

Diagnostic Territorial Partagé

Eure-et-Loir

Version examinée par le CTS d'Eure-et-Loir le 29 mars 2017

Sommaire

1.	INTRODUCTION	4
1.1.	Préambule : le projet régional de santé	4
1.1.1.	Composition.....	4
1.1.2.	Le cadre d'orientation stratégique	4
1.1.3.	Le schéma régional de santé	4
1.1.4.	Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis.....	4
1.1.5.	Calendrier d'élaboration.....	5
1.2.	Modalités d'élaboration du diagnostic régional de santé.....	5
2.	Éléments du diagnostic territorial partagé d'Eure-et-Loir	6
2.1.	Présentation socio-démographique du territoire	6
2.1.1.	Une population inégalement répartie, tant au regard de l'âge que de la densité de population	7
2.1.2.	Un territoire marqué de fortes disparités socio-économiques.....	8
2.2.	Santé - Environnement	9
2.2.1.	La qualité de l'eau potable	9
2.2.2.	L'habitat indigne	12
2.2.3.	Les risques liés au monoxyde de carbone	13
2.2.4.	La pollution de l'air extérieur	14
2.2.5.	Les territoires multi-exposés aux facteurs environnementaux.....	16
2.3.	État de santé de la population d'Eure-et-Loir	18
2.3.1.	Indicateurs de mortalité et de nouvelles ALD	18
2.3.2.	Affections de longue durée (ALD).....	22
2.3.3.	Synthèse des enjeux sanitaires à l'échelle départementale	25
2.3.4.	Enjeux de santé des territoires d'Eure-et-Loir.....	27
2.4.	Santé mentale.....	31
2.4.1.	Données épidémiologiques et d'accès aux soins	31
2.4.2.	Données sur les hospitalisations sous contrainte	31
2.4.3.	Éléments de démographie médicale : psychiatres.....	32
2.5.	Démographie des professionnels de santé	35
2.5.1.	La démographie des médecins généralistes libéraux : une situation dégradée et très préoccupante.....	35
2.5.2.	La démographie des infirmiers libéraux	38
2.5.3.	Accessibilité aux Soins de premier recours	39
2.5.4.	Leviers pour remédier à la faible démographie médicale	40

2.6.	Offres de soins et d'accompagnement (travaux dans le cadre des parcours)	42
2.6.1.	Des capacités hospitalières réduites	42
2.6.2.	Développement du virage ambulatoire	44
2.6.3.	La restructuration de l'offre de soins	46
2.7.	Point sur la politique publique en faveur des personnes âgées.....	51
2.7.1.	Données populationnelles.....	51
2.7.2.	Données sur l'offre	52
2.8.	Point sur la politique publique en faveur des personnes handicapées.....	57
2.8.1.	En faveur des enfants et adolescents en situation de handicap	57
2.8.2.	Point sur la politique publique en faveur des adultes en situation de handicap	63
	Références bibliographiques	68
	Listes des annexes	70

1. INTRODUCTION

1.1. Préambule : le projet régional de santé

1.1.1. Composition

Les modalités d'élaboration du Projet régional de santé (PRS) sont décrites dans le décret n° 2016-1023 du 26 juillet 2016 relatif au projet régional de santé.

Le futur PRS, désigné par la suite « PRS2 », comportera trois documents :

- Le **cadre d'orientation stratégique** (COS) sur 10 ans (2018-2028),
- Le **schéma régional de santé** (SRS) sur 5 ans (2018-2022),
- Le **programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies** (PRAPS) sur 5 ans (2018-2022).

Des précisions sur ces trois documents, sur la base d'extraits du décret n° 2016-1023 du 26 juillet 2016, sont apportées ci-dessous.

1.1.2. Le cadre d'orientation stratégique

« Art. R. 1434-3. du code de la santé publique - Le cadre d'orientation stratégique détermine les objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans pour améliorer l'état de santé de la population, lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé, en particulier celles relatives à l'accès à la prévention, aux soins et à l'accompagnement médico-social. »

1.1.3. Le schéma régional de santé

*« Art. R. 1434-4.-Le Schéma Régional de Santé est élaboré par l'Agence Régionale de Santé sur le fondement d'une évaluation des besoins. A cette fin, elle effectue **un diagnostic comportant une dimension prospective des besoins de santé, sociaux et médico-sociaux et des réponses existantes à ces besoins, y compris celles mises en œuvre dans le cadre d'autres politiques publiques.***

Le diagnostic porte également sur la continuité des parcours de santé, l'identification d'éventuels points de rupture au sein de ces parcours et les difficultés de coordination entre professionnels, établissements ou services.

(...) »

1.1.4. Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis

« Art. R. 1434-11.-Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies détermine, à échéance de cinq ans :

- 1° Les actions à conduire ;*
- 2° Les moyens à mobiliser ;*
- 3° Les résultats attendus ;*
- 4° Le calendrier de mise en œuvre ;*
- 5° Les modalités de suivi et d'évaluation »*

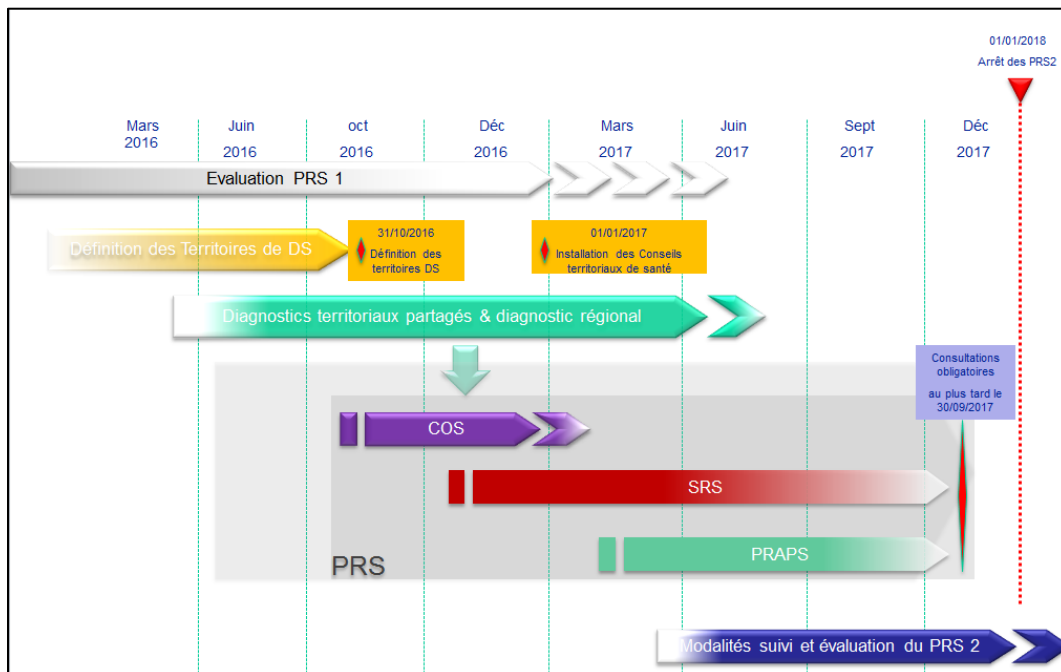
1.1.5. Calendrier d'élaboration

L'élaboration du PRS2 passe par :

- La **définition des territoires de démocratie sanitaire (TDS)** pour le 31/10/2016 ;
- L'**installation des conseils territoriaux de santé (CTS)** pour le 01/01/2017 ;
- L'**élaboration des diagnostics territoriaux partagés (DTP) et du diagnostic régional** (échéance visée : mars 2017) ;
- L'**élaboration des trois documents** composant le PRS2 (**COS, SRS et PRAPS**) pour une consultation obligatoire le 30/09/2017 et un PRS2 arrêté le 01/01/2018.

Ces différentes étapes sont illustrées par la Figure 1 :

Figure 1. Calendrier d'élaboration du PRS2



1.2. Modalités d'élaboration du diagnostic régional de santé

Notamment fondé sur les diagnostics territoriaux partagés élaborés pour chaque département, le diagnostic régional doit être **centré sur les spécificités de la région** Centre-Val de Loire. Il ne s'agit pas d'un catalogue exhaustif de données. Il doit permettre de **faire des choix pour l'élaboration du PRS**, et, partant, documenter les « intérêts à agir ». En outre, ce diagnostic régional doit intégrer une forte dimension prospective.

2. Eléments du diagnostic territorial partagé d'Eure-et-Loir

2.1. Présentation socio-démographique du territoire

Au 1^{er} janvier 2014, l'Eure-et-Loir, troisième département le plus peuplé de la région Centre-Val de Loire, comptait près de 433 762 habitants¹. Etendu sur près de 6 000 km², il comprend 391² communes réparties en 15 cantons. Chartres, chef-lieu du département, structure le territoire avec les trois autres pôles urbains que constituent Dreux, Châteaudun et Nogent-le-Rotrou.

Depuis le 1er janvier 2017, l'Eure-et-Loir est structuré autour de 11 Etablissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI), issus de plusieurs fusions entre les 21 structures préexistantes (cf. 0).

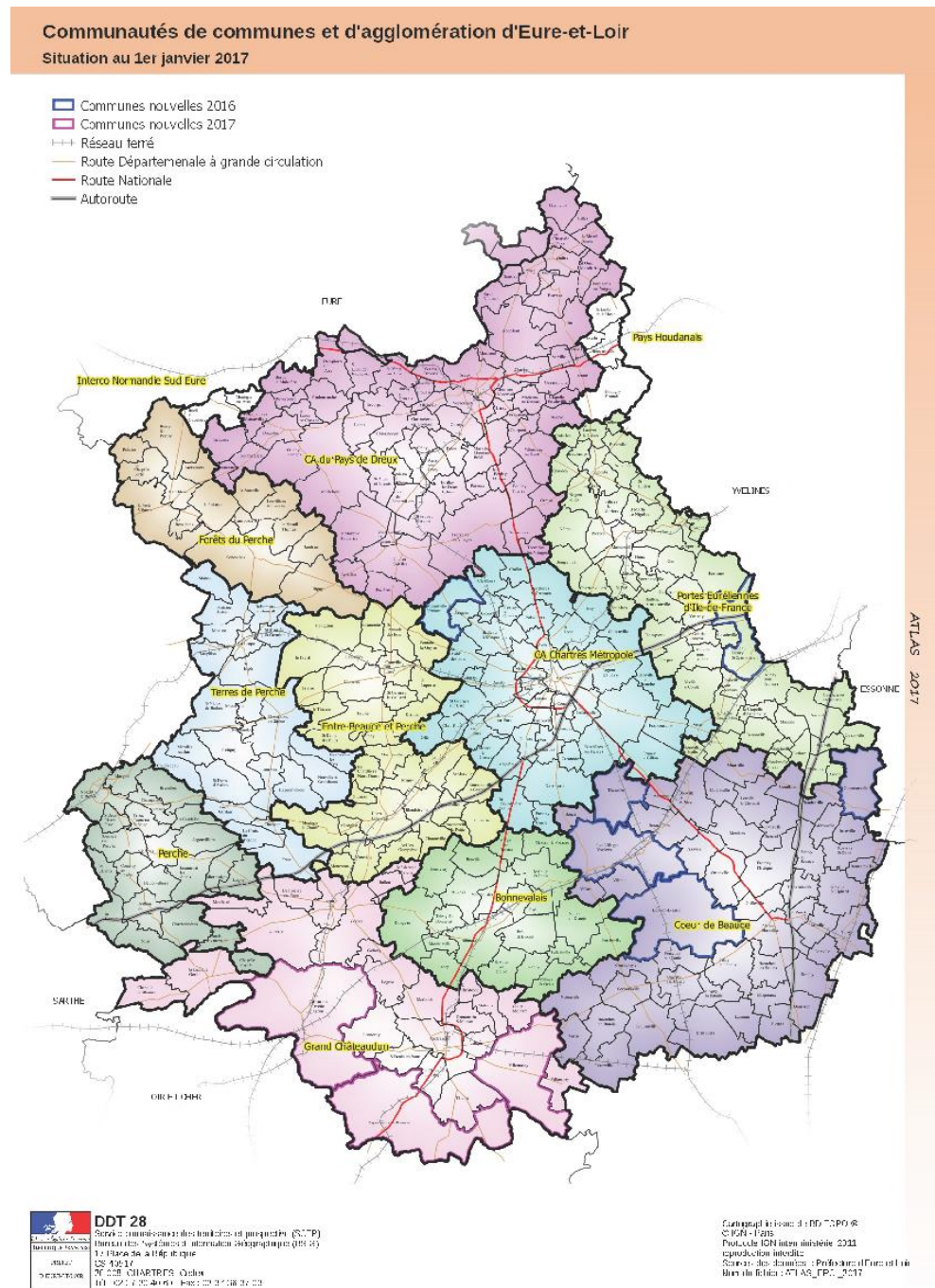


Figure 2. Nouvelles intercommunalités au 1er janvier 2017 (DDT 28)

¹ Populations légales en vigueur à compter du 1er janvier 2014 – Source : INSEE.

² Nombre de communes au 15 juin 2016

2.1.1. Une population inégalement répartie, tant au regard de l'âge que de la densité de population

La démographie varie dans une proportion assez proche de l'évolution nationale (+ 5,93 % entre 1999 et 2013)³, et **les foyers de population les plus importants demeurent concentrés autour des quatre pôles urbains**, ainsi que sur la frange francilienne du département. Les études de l'INSEE révèlent néanmoins un phénomène de desserrement de la population à la périphérie des grandes villes, qui se traduit par une évolution plus favorable de la démographie au niveau des communautés d'agglomérations et des aires urbaines que dans les villes-centres⁴.

L'indice de vieillissement global du département – nombre de personnes de 75 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans – est le plus faible de la région (63,9 contre 77,2 au niveau régional)⁵. L'analyse cartographique fait cependant ressortir de **fortes disparités territoriales, notamment dans les cantons de l'Ouest dont les indices sont sensiblement plus élevés** (cf. Figure 3 et Figure 4).

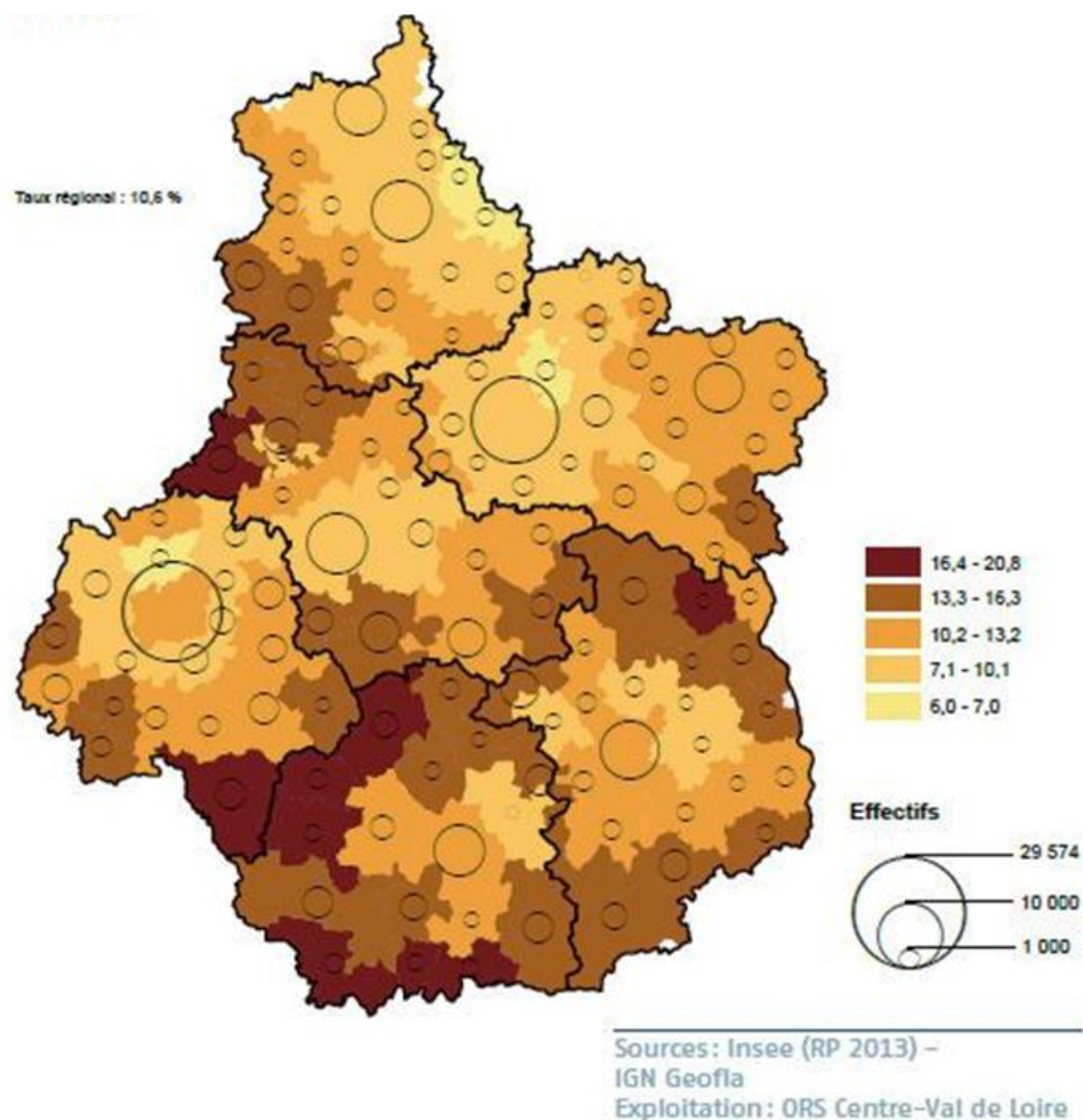


Figure 3. Nombre de personnes de 75 ans et plus pour 100 personnes en 2013 en région CVDL (INSEE, 2013)

³ INSEE Centre Dossiers n° 17 – Bilan économique et social de la région Centre – Edition 2012.

⁴ INSEE Centre Info n° 184 - Décembre 2012.

⁵ Observation sociale croisée des acteurs régionaux et départementaux 2016 – Source : DRJSCS du Centre.

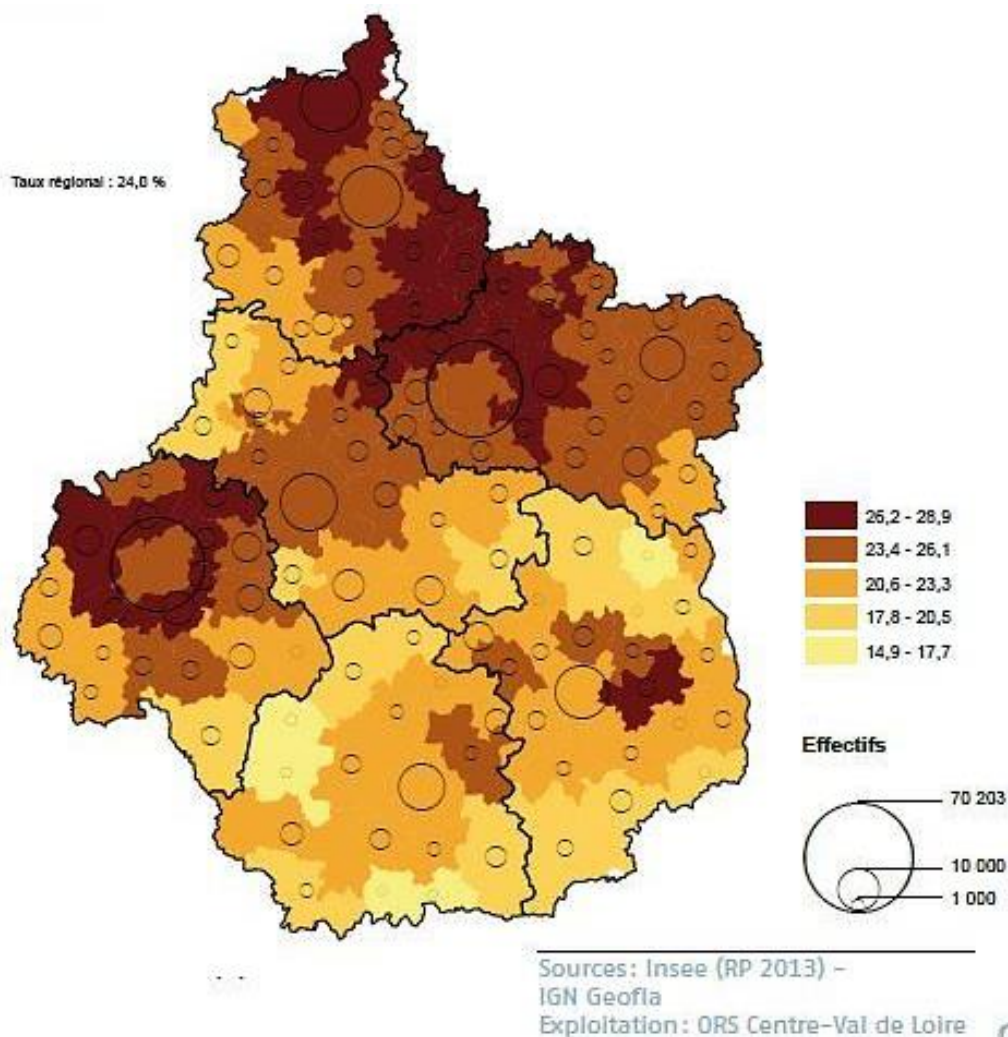


Figure 4. Nombre de personnes âgées de moins de 20 ans pour 100 personnes en 2013 (INSEE, 2013)

La distribution géographique des moins de 20 ans (Figure 4) est plutôt homogène sur le territoire sauf dans le sud-ouest, où elle est moins présente. La population âgée, quant à elle, est principalement localisée dans le Pays Perche (Figure 3). Ces données peuvent être biaisées car elles sont calculées en moyenne par EPCI (EPCI existants en 2013).

Selon les prévisions d'évolution de la structure par âge de la population, la proportion des plus de 65 ans dans le département devrait augmenter de 59 % d'ici 2040. Cette progression serait sensiblement supérieure aux estimations régionales (53 %) et nationales (57 %)⁶.

2.1.2. Un territoire marqué de fortes disparités socio-économiques

Fin 2015, le taux de chômage en Eure-et-Loir s'élevait à 9,6%, en légère baisse par rapport à l'année 2013 (9,9 %) et inférieur aux niveaux régional (9,7 %) et national (10 %)⁷. **La zone la plus impactée est le bassin d'emploi de Dreux (12,3 %), devant celui de Châteaudun (10,2%),** alors que les taux mesurés pour les pôles urbains de Chartres (8,4 %) et de Nogent-le-Rotrou (9,0 %) restent sensiblement en-deçà des statistiques régionales⁸.

⁶ Source : Insee, Omphale 2010.

⁷ Observation sociale croisée des acteurs régionaux et départementaux 2016 – Source : DRJSCS du Centre.

⁸ Taux de chômage localisés par zone d'emploi, en moyenne trimestrielle, en France métropolitaine en 2016 – Source : INSEE.

Selon les données de la DGFIP, **le revenu médian de la population eurélienne en 2010 est sensiblement plus élevé dans le Nord-Est du département**, avec des montants supérieurs à 19 485 euros, alors que le revenu médian régional est de 18 756 euros⁹. Inversement, l'analyse cartographique fait apparaître des résultats nettement inférieurs dans certains cantons limitrophes des villes de Dreux, Chartres et Châteaudun (cf. Figure 5).

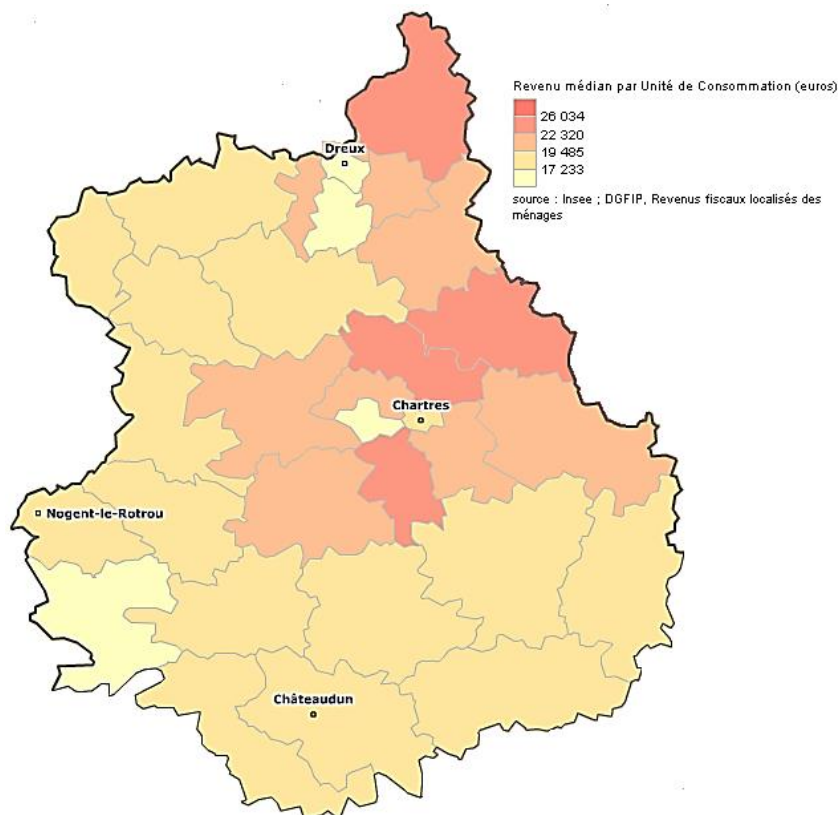


Figure 5. Revenu médian par unité de consommation (DGFIP, 2010)

2.2. Santé - Environnement

2.2.1. La qualité de l'eau potable

L'eau destinée à la consommation humaine dans le département de l'Eure-et-Loir provient essentiellement des captages d'eau souterraine. La seule ressource d'eau de surface est issue du cours d'eau l'Eure.

Le département est impacté par des problèmes de qualité d'eau distribuée dus principalement aux nitrates et pesticides. Les risques sanitaires liés aux polluants (nitrates, pesticides, chlorure de vinyle monomère et perchlorates) sont présentés en annexe 1.

⁹ Revenus fiscaux localisés des ménages en 2010 – Source : DGFIP.

- Exposition de la population aux nitrates

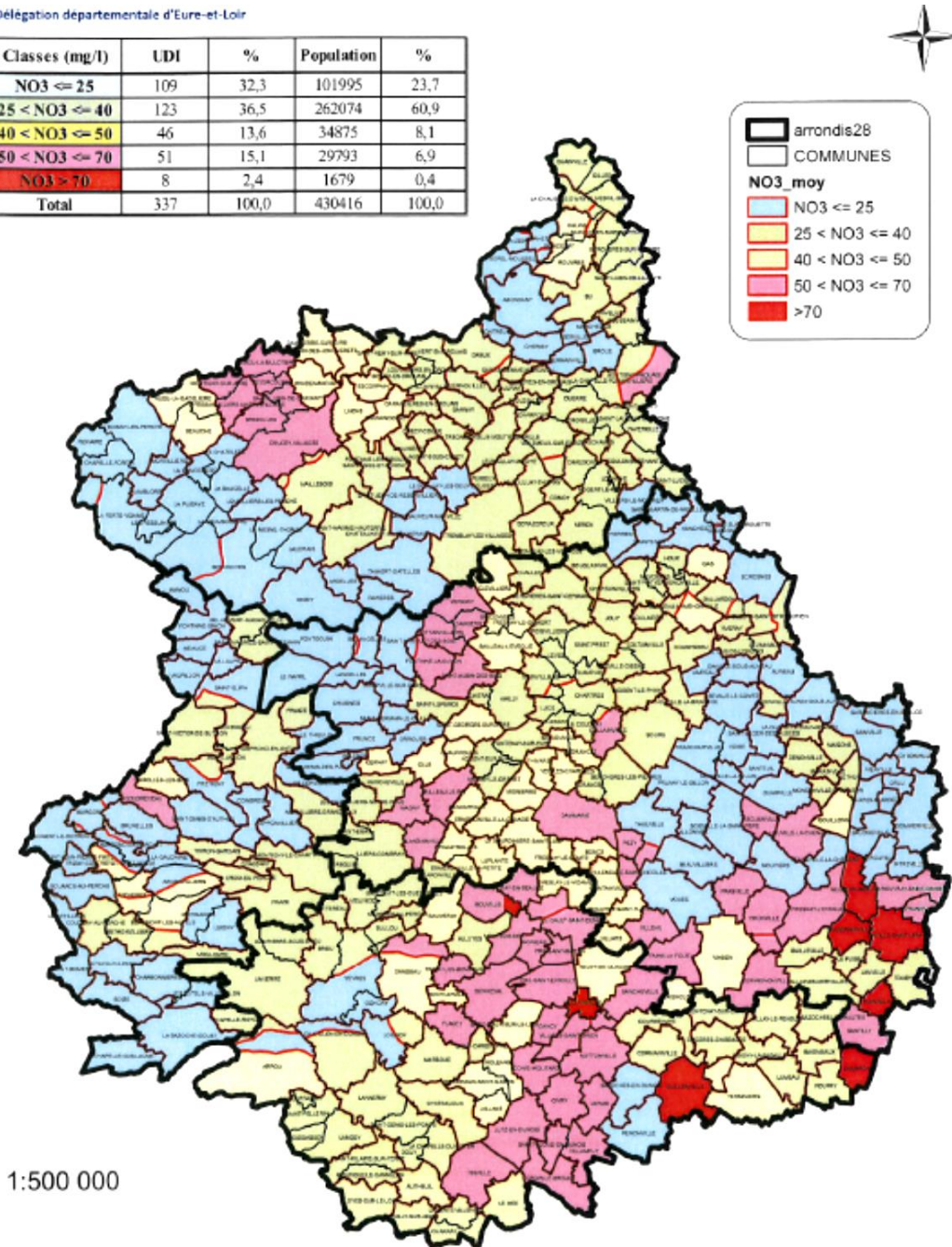
La présence de nitrates dans l'eau destinée à la consommation humaine augmente dans les eaux souterraines suite à l'activité humaine, notamment suite à l'usage de produits azotés dans l'agriculture.

Environ 7% de la population eurélienne est concernée par la distribution d'une eau non conforme au regard de la concentration en nitrates supérieure à la limite de qualité (50 mg/L).

D'un point de vue géographique, la problématique nitrates impacte particulièrement le quart Sud-Est du département, notamment les arrondissements de Chartres et Châteaudun (cf figure 6). Ces territoires se trouvent sur la nappe de Beauce. Une légère partie du Nord-Ouest est également impacté.

Délégation départementale d'Eure-et-Loir

Classes (mg/l)	UDI	%	Population	%
NO3 ≤ 25	109	32,3	101995	23,7
25 < NO3 ≤ 40	123	36,5	262074	60,9
40 < NO3 ≤ 50	46	13,6	34875	8,1
50 < NO3 ≤ 70	51	15,1	29793	6,9
NO3 > 70	8	2,4	1679	0,4
Total	337	100,0	430416	100,0



Date: 14/12/2016

Figure 6. Concentration moyenne en nitrates dans l'eau distribuée en 2015 (données ARS)

- Exposition de la population aux pesticides

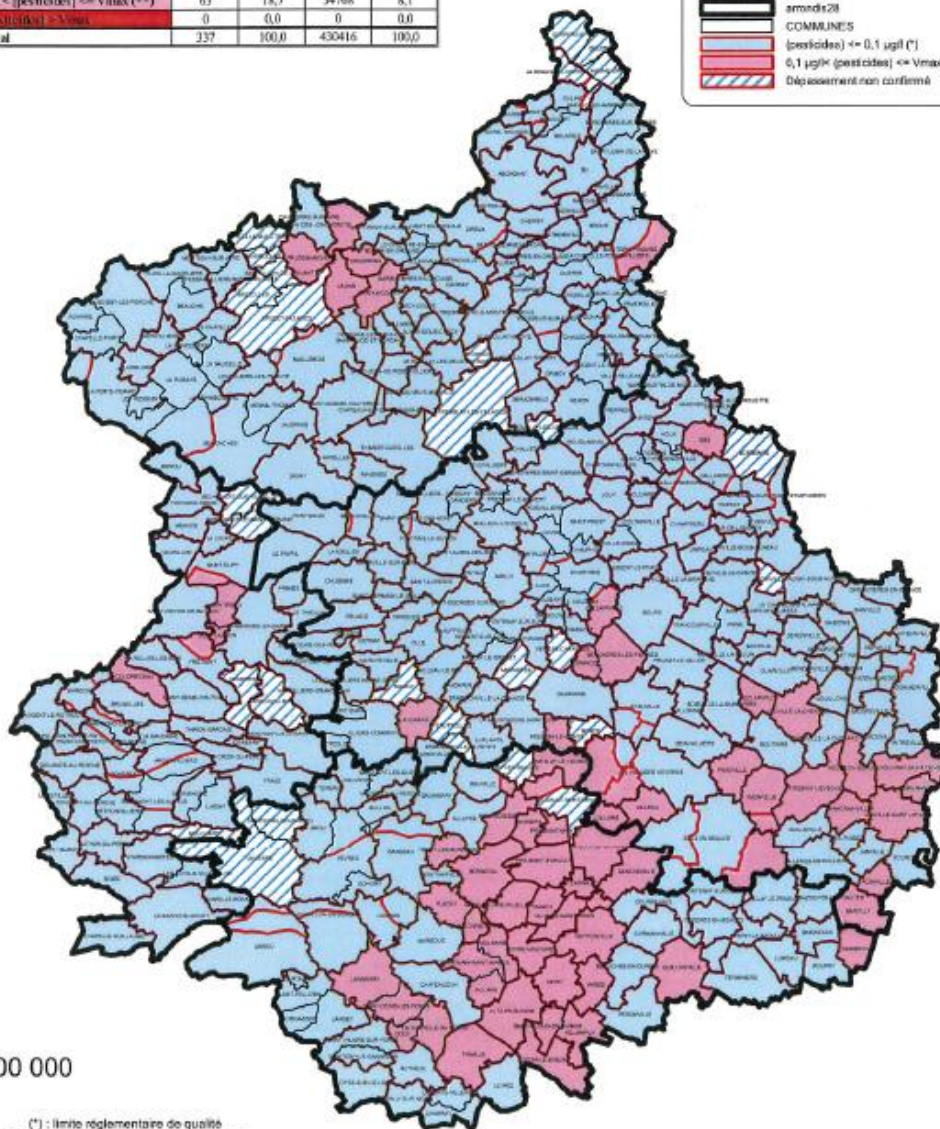
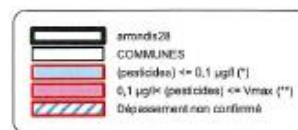
Environ 8% de la population eurélienne est concernée par la distribution d'une eau présentant des pesticides. Les principaux dépassements sont observés sur les paramètres atrazine et atrazine déséthyl.

D'un point de vue géographique, la problématique de santé liée à la présence de pesticides dans l'eau concerne tout particulièrement le quart Sud-Est du département et notamment l'arrondissement de Châteaudun qui concentre le plus grand nombre d'unités de distribution (UDI) avec une eau non conforme (cf. Figure 7).

Toutefois, ces chiffres sont en légère amélioration au fil des années grâce notamment aux recours à de nouvelles techniques agricoles, à la réalisation d'interconnexions des réseaux d'eau, à la recherche de nouvelles ressources de meilleure qualité et à l'installation de stations de traitement.

Délégation départementale d'Eure-et-Loir

Classes (µg/l)	UDI	%	Population	%
[pesticides] ≤ 0,1 (*)	256	76,0	378550	87,9
dépassement non confirmé	18	5,3	17098	4,0
0,1 < [pesticides] ≤ Vmax (**)	63	18,7	34768	8,1
[pesticides] > Vmax	0	0,0	0	0,0
Total	337	100,0	430416	100,0



1:500 000

(*) : limite réglementaire de qualité
 (**) : valeur sanitaire maximale admissible
 (définie par matière active)

Date: 14/12/2016

Figure 7. Concentration maximale en pesticides dans l'eau distribuée sur la période 2013 à 2015 (données ARS)

- Exposition de la population aux perchlorates

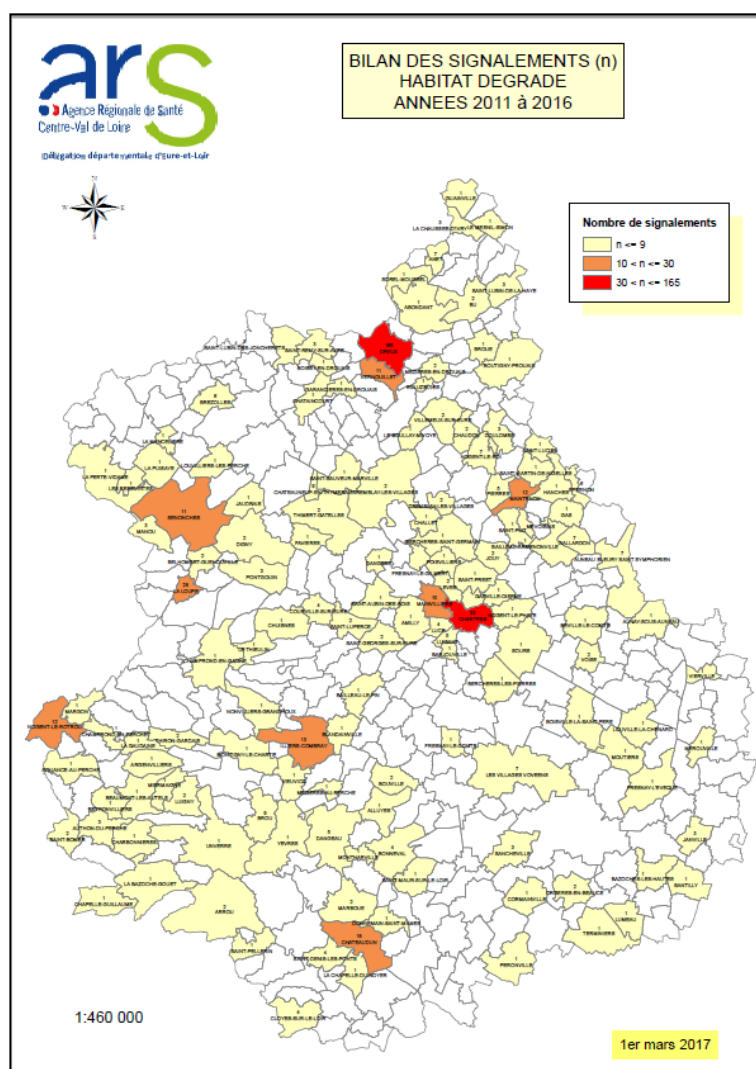
D'autres problématiques liées à l'eau sont également présentes sur le département, comme celle des perchlorates.

Les perchlorates se retrouvent essentiellement dans l'eau distribuée dans le Sud-Est du département. L'arrondissement de Chartres est le plus concerné par les dépassements en perchlorates. Quelques dépassements sont également observés dans le sud de l'arrondissement de Dreux. Au total 46 UDI sont concernées par cette problématique (cf. annexe 2).

- Exposition de la population aux chlorures de vinyle monomères (CVM)

Le contrôle sanitaire de l'ARS a identifié 25 communes concernées par des dépassements de la limite de qualité en CVM. Ces collectivités se retrouvent essentiellement dans le quart sud-ouest du département. L'arrondissement de Nogent-le-Rotrou est le plus concerné (cf. annexe 3). La plupart de ces collectivités ont engagé des mesures correctives afin de rétablir les concentrations en CVM en dessous du seuil réglementaire.

2.2.2. L'habitat indigne



On estime que chaque individu passe de 70 à 90 % de son temps dans des espaces clos. La qualité de l'environnement intérieur constitue donc une préoccupation de santé publique, en particulier pour les plus sensibles et fragiles vis-à-vis des polluants de l'air (enfants, femmes enceintes, personnes âgées, personnes allergiques ou immunodéprimées).

Le statut socio-économique des occupants, leur comportement ou leurs choix en matière de matériaux intérieurs influent sur la qualité du logement et de l'air intérieur. Elle est notamment fonction de la sur-occupation du logement, de l'absence d'équipements de base comme l'eau courante ou l'électricité, de problèmes d'infiltration et d'humidité ou encore la présence de nuisibles (ORS, 2016).

Figure 8. Bilan des signalements d'habitat dégradé – 2011 à 2016

En Eure-et-Loir, les signalements d'habitat dégradé sont

majoritairement liés à des situations conflictuelles entre locataires et bailleurs. Le pôle départemental de lutte contre l'habitat indigne, composé de partenaires institutionnels (DDT- ANAH, DDCSPP, CAF, service d'action sociale du Conseil départemental, villes de Chartres

(SCHS) et de Dreux (Maison de l'habitat Drouais)) recueille les réclamations des particuliers et tente d'apporter les réponses adéquates, en fonction des problématiques rencontrées.

Les signalements **concernent en majorité les chefs-lieux d'arrondissement**, eu égard au nombre d'habitants, mais également quelques communes de taille moins importante (cf. figure 8). Sur les villes de **Chartres et Dreux**, la présence respective d'un service communal d'hygiène et de santé (SCHS) et de la Maison de l'habitat Drouais contribue à la **dynamique du repérage** des dossiers et au traitement des signalements.

Par ailleurs, l'exploitation des fichiers fiscaux et fonciers par la Direction Générale des Impôts permet une approche statistique du parc privé potentiellement indigne (PPPI).

Le PPPI est le nombre de résidences principales du parc privés :

- De catégorie cadastrale 6 (ordinaire) occupées par un ménage au revenu fiscal de **référence < 70% du seuil de pauvreté** ;
- De catégories cadastrales 7 et 8 (niveau médiocre à délabré) occupées par un ménage au revenu fiscal de référence < 150 % du seuil de pauvreté.

L'indicateur statistique « Parc Privé Potentiellement Indigne » (PPPI) repose sur l'hypothèse suivante : un logement a plus de risque de ne pas avoir été profondément amélioré ou réhabilité depuis 1970, et d'avoir un classement cadastral initial toujours valable, s'il est aujourd'hui occupé par un ménage à revenus modestes.

Sont donc considérés comme «potentiellement indignes » les logements de catégories cadastrales 6, 7 et 8, dont on sait qu'initialement ils étaient de qualité médiocre voire délabrés et qui sont occupés par des ménages à bas revenus.

En 2013 (PPPI 2015), on comptait (annexe 4) :

- 7089 logements dans l'ensemble du PPPI soit 4,6 % du parc privé ;
- 58,1 % de propriétaires occupants ;
- 41,1 % de ménages âgés de plus de 60 ans ;
- 704 logements dans le PPPI noyau dur, logements de catégories cadastrales 7 et 8 (niveau médiocre à délabré) dont les revenus des occupants n'excèdent pas 70 % du seuil de pauvreté soit 477 euros par mois et par unité de consommation (en zonage PINEL B2) (DDT, *comm. pers.*).

2.2.3. Les risques liés au monoxyde de carbone

Le monoxyde de carbone (CO) est un gaz inodore, incolore et non irritant. On dénombre chaque année en France environ 1 400 épisodes d'intoxications au monoxyde de carbone à l'origine d'une centaine de décès. Le CO est produit lors de la combustion incomplète de matière carbonée (gaz naturel, bois, charbon, butane, essence, fioul, pétrole, propane), notamment lors du mauvais fonctionnement d'appareils de chauffage ou de production d'eau chaude sanitaire.

Le CO constitue la première cause de mortalité accidentelle par toxique en France, avec une centaine de décès par an en moyenne. La mise en place du système de surveillance des cas avérés et soupçonnés d'intoxication au CO a été généralisée à toute la France au 1^{er} janvier 2005. Depuis, la lutte contre ces intoxications mobilise de nombreux organismes (services d'incendie et secours, SAMU, SMUR, gestionnaires de réseau gaz, administrations..) et suppose une action coordonnée des services lors de tout signalement d'intoxication.

Tout cas avéré ou suspecté d'intoxication au CO fait l'objet d'une enquête médicale par le Centre AntiPoison d'Angers ainsi que d'une enquête environnementale de l'ARS afin de rechercher la cause de l'intoxication et éviter tout risque de récurrence. Sont exclues les intoxications liées au tabagisme, à la consommation de chicha et aux incendies.

En Eure-et-Loir, le nombre d'intoxications reste relativement constant chaque année (cf. figure 9). Ces intoxications sont particulièrement dues à un mauvais usage de chauffages d'appoint ou de défaut d'entretien des chaudières, et correspondent essentiellement à la période hivernale d'octobre à mars.

Figure 9. Intoxication au CO en Eure-et-Loir entre 2011 et 2016 (données Agence Régionale de Santé Centre - Val de Loire)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre de personnes intoxiquées	33	17	31	29	30	20
Nombre de décès	0	0	0	0	0	0
Nombre d'épisodes domestiques d'origine accidentelle	7	6	12	12	8	6
Nombre d'épisodes d'origine volontaire	0	0	0	0	0	0

Le nombre le plus important de signalements d'intoxication CO provient de la ville de Dreux puis de Mainvilliers (cf. annexe 5).

2.2.4. La pollution de l'air extérieur

A - Pollution atmosphérique en Eure-et-Loir

La contribution des polluants atmosphériques dans la morbidité et la mortalité au sein de la population est admise. La pollution de l'air entraîne une augmentation des maladies respiratoires et cardio-vasculaires et est source de surmortalité. Le CIRC (Centre International de Recherche sur le Cancer) a classé la pollution de l'air extérieur comme étant cancérigène certain pour l'homme. Les particules fines, ou PM 2,5, ont été étudiées séparément et classées également dans ce groupe.

La qualité de l'air extérieur est surveillée par l'association Lig'air qui possède cinq stations de mesures sur le département : à Chartres, Lucé, Oysonville, Dreux et Saint-Rémy-sur-Avre (cf. annexe 6). Les paramètres réglementaires suivis sont : le dioxyde d'azote (NO₂), l'ozone (O₃), les particules fines de diamètre inférieur à 10 micron (PM10) et les particules fines de diamètre inférieur à 2,5 micron (PM2,5)¹⁰.

Les valeurs guides de respect de la qualité de l'air recommandées par l'OMS sont les suivantes :

PM2,5 : 10µg / m3 en moyenne annuelle et 25 µg / m3 en moyenne sur 24 heures
PM10 : 20 µg / m3 en moyenne annuelle et 50 µg / m3 en moyenne sur 24 heures
O ₃ : 100 µg / m3 en moyenne sur 8 heures
NO ₂ : 40 µg / m3 en moyenne annuelle et 200 µg / m3 en moyenne horaire

Les zones sensibles, définies par le code de l'environnement, sont celles au sein desquelles les orientations du Schéma Régional Climat Air Energie (SRCAE) relatives à la qualité de l'air doivent être renforcées en raison de risques liés à la densité de population, aux milieux naturels et aux caractéristiques topographiques. En Eure-et-Loir, quelques communes de l'agglomération de

¹⁰ <https://www.ligair.fr/>

Dreux, de Chartres Métropole, du Perche et du Dunois sont caractérisées comme zones sensibles (cf. figure 10) (ORS, 2016).

Concernant l'exposition des euréliens, la moitié Est du département est concernée par des dépassements en PM10 qui connaissent 6 à 7 jours de pic par an (cf. Figure 10). L'exposition à la pollution de l'air est la plus importante pour les communes se situant le long de l'axe routier RN154.

Moyenne annuelle en PM₁₀ et nombre de jours de dépassement (50µg/m³) en 2014

Moyenne annuelle en situation de fond en NO₂ en 2014

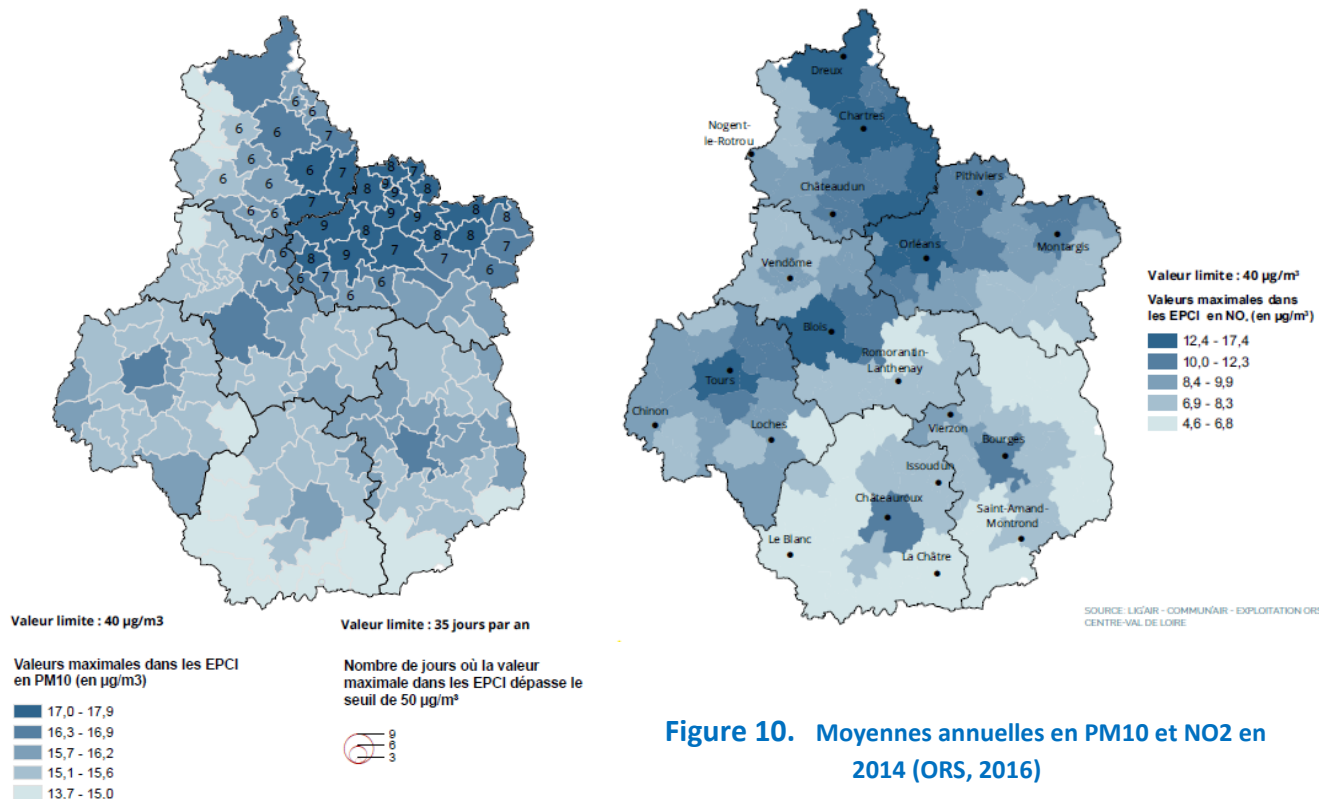


Figure 10. Moyennes annuelles en PM10 et NO2 en 2014 (ORS, 2016)

B -L'ambroisie et son pollen allergisant

L'ambroisie est la cause d'allergies automnales. Au moment de sa floraison elle libère du pollen, responsable de réactions allergiques multiples (rhinite, conjonctivite, trachéite, asthme, urticaire ou eczéma). Les allergies apparaissent généralement vers la mi-août et peuvent continuer jusqu'en octobre. On estime entre 6 % et 12 % la part de la population sensible à l'ambroisie (ORS, 2016).

Les mesures préventives, efficaces lorsque l'ambroisie n'a pas encore colonisé le territoire, consistent notamment à détruire les pieds d'ambroisie avant que le pollen ne puisse être dispersé par l'air¹¹.

Les spots d'ambroisie se trouvent autour de Chartres et dans la commune de Senonches (cf. annexe 7).

¹¹ <http://www.ambroisie.info/>

2.2.5. Les territoires multi-exposés aux facteurs environnementaux

La population d'Eure-et-Loir est exposée à un cumul de facteurs environnementaux : qualité de l'eau distribuée, qualité de l'air extérieur, qualité des sols... La figure 11 présente la répartition géographique des différents facteurs environnementaux et le facteur de cumul engendré.

Extrait du diagnostic régional Santé-Environnement (ORS, 2016) :

➤ **La Beauce**

« On retrouve en Beauce, des densités de sites et de sols pollués supérieures au niveau régional. Ce territoire présente également des non conformités en pesticides et/ou nitrates. Les moyennes annuelles en PM10 et NO₂, en situation de fond, y sont également élevées. Par ailleurs, certains établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) enregistrent des parts de parcs privés potentiellement indignes plus élevées qu'au niveau régional.

➤ **Le sud du département**

Ce secteur est marqué par de plus fortes densités de sites et de sols pollués et d'installations classées IED (directive relative aux émissions industrielles). Certaines unités de distribution (UDI) de ce territoire montrent des teneurs non conformes en pesticides ou nitrates. Enfin, le parc privé potentiellement indigne, en comparaison au niveau régional, est relativement plus important.

➤ **L'ouest du département**

D'une manière générale, l'ouest du département présente peu de problématiques, si ce n'est quelques unités de distribution (UDI) où des taux de non-conformité bactériologique ont pu être relevés. Des EPCI se démarquent par des densités de sites et de sols pollués ou d'installations classées IED supérieures au niveau régional. S'agissant de l'habitat indigne, de nombreux EPCI présentent des proportions importantes par rapport à la moyenne régionale.

➤ **Le cas particulier des agglomérations de Chartres, Dreux et des marges franciliennes**

Ces territoires ont de fortes concentrations en PM10 et NO₂. La population exposée au bruit routier y est en nombre également beaucoup plus important que sur le reste du territoire départemental. Les densités de sites et de sols pollués sont supérieures au niveau régional. Certaines UDI peuvent présenter par endroits des taux de non-conformité bactériologique, des teneurs en nitrates ou en pesticides non conformes. En plus de ces sources de nuisances ou de pollutions, des densités d'installations classées IED supérieures au niveau régional sont relevées dans les EPCI des marges franciliennes (ORS, 2016). »

Cumul de facteurs environnementaux et de nuisances dans l'Eure-et-Loir

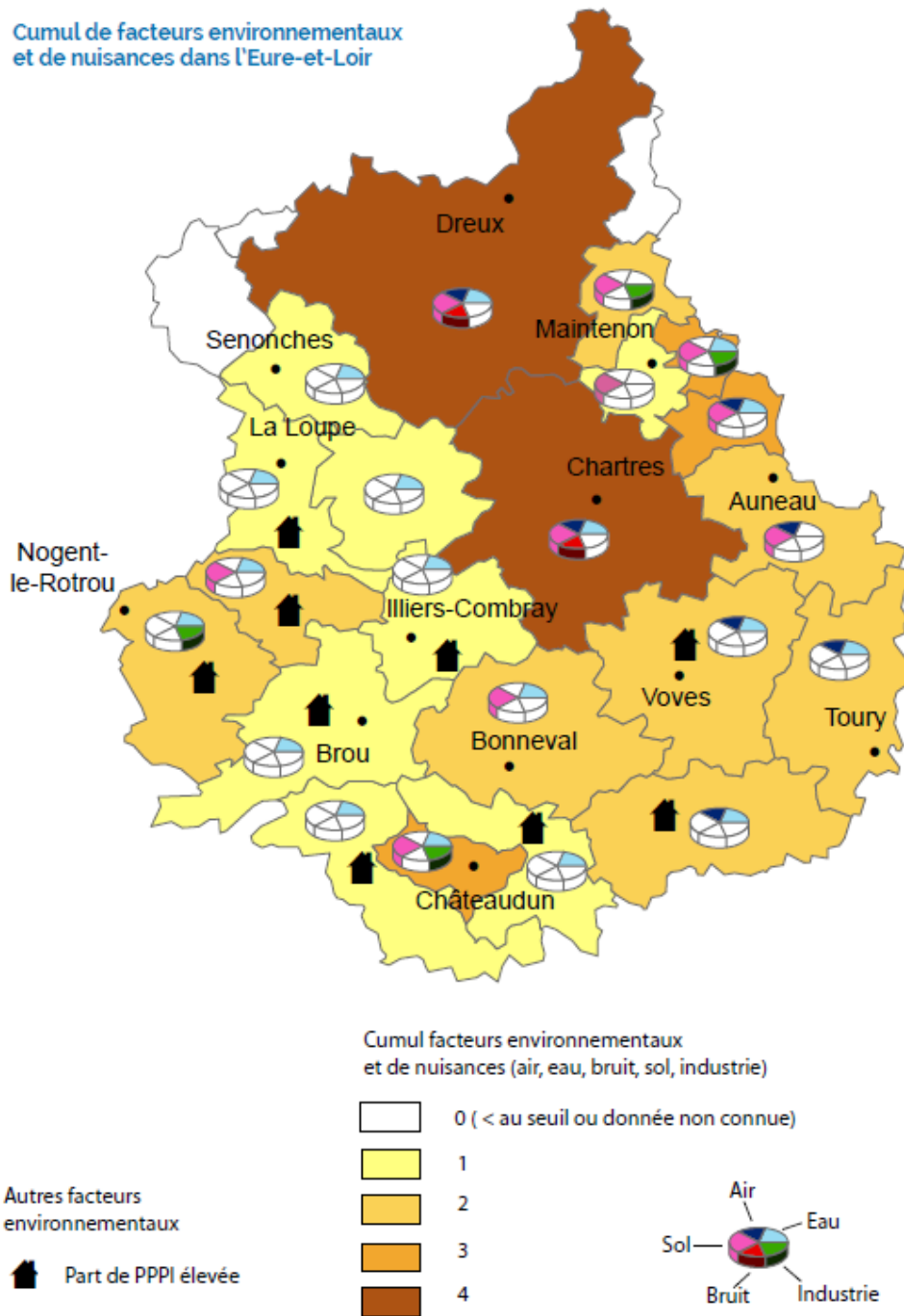


Figure 11. Cumul de facteurs environnementaux et de nuisances en Eure-et-Loir (ORS, 2016)

2.3. État de santé de la population d'Eure-et-Loir

2.3.1. Indicateurs de mortalité et de nouvelles ALD

La mortalité est un indicateur de l'état de santé faisant l'objet d'un recueil systématique et continu, quelles que soient l'aire géographique et la pathologie. Ce recueil est matérialisé par les certificats de décès remplis par les médecins et exploités par l'INSEE et par l'INSERM.

L'Eure-et-Loir est le département de la région Centre-Val de Loire qui bénéficie de la baisse la plus significative du taux de mortalité générale. En effet, ce taux est passé de 1 011,3/100 000 habitants à 844,6 en l'espace de 10 ans (ORS, 2015).

2.3.1.1. Mortalité prématurée

Les décès qualifiés de prématurés surviennent avant l'âge de 65 ans. Pour l'Eure-et-Loir, le taux standardisé de mortalité prématurée pour 100 000 habitants est de 212,6 sur la période 2003-2011 (ORS, 2015). Une réduction de la mortalité prématurée, par rapport à la période 1993-2001 est constatée, avec un taux d'évolution de -18,7 % (cf. figure 12), supérieur à celui de la Région (-15,7 %) et de la France métropolitaine (-18,2 %).

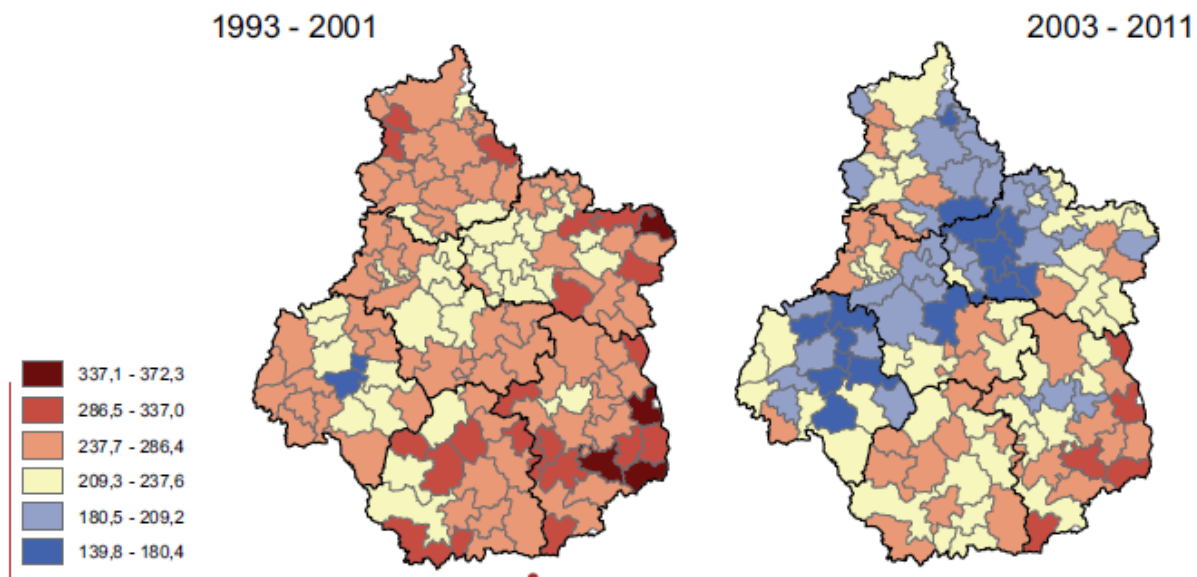


Figure 12. Taux standardisés de mortalité prématurée pour 100 000 habitants

2.3.1.2. Mortalité par cancer

En Eure-et-Loir, le taux standardisé de mortalité par cancer pour 100 000 habitants est de 248,7 habitants sur la période 2003-2011, soit une baisse de 10,4 % par rapport à la période 1993-2001. Cette diminution est supérieure à celle constatée pour la Région (-8,9 %) mais reste inférieure à celle de la France métropolitaine (-12,3 %). La mortalité prématurée par cancer est plus marquée dans le nord et le sud-ouest du département (cf. figure 13) (ORS, 2015).

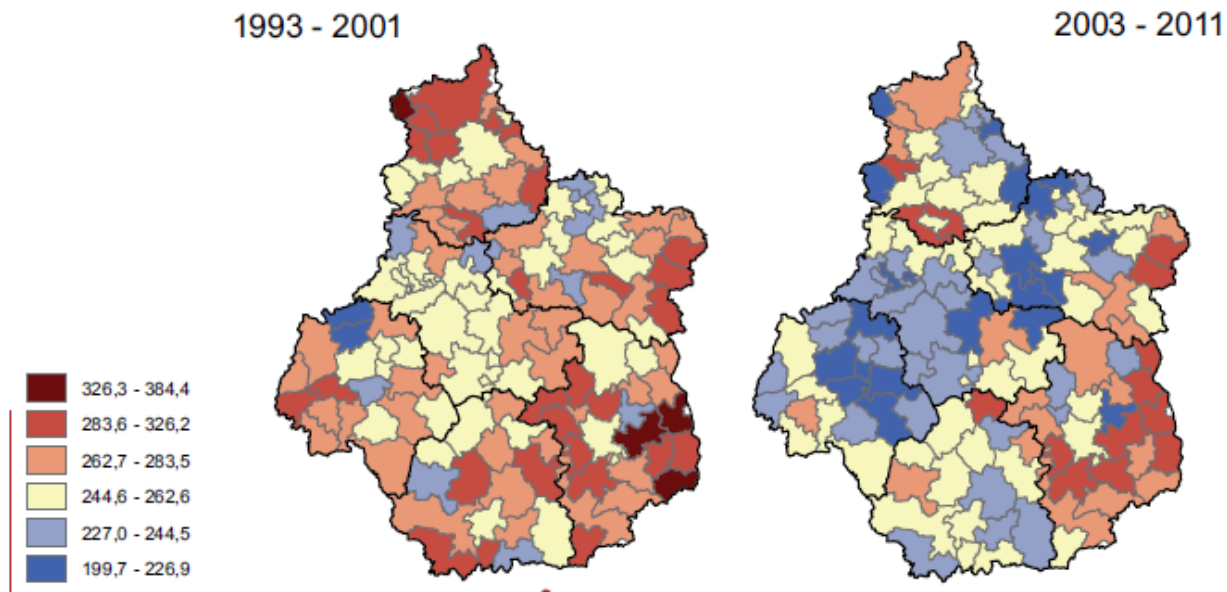


Figure 13. Taux standardisés de mortalité prématurée par cancer pour 100 000 habitants

Plus spécifiquement, le département est touché par un taux de mortalité par cancer du sein supérieur à celui de la Région et du niveau national. Depuis 1993, on observe une diminution de ce taux (- 6,8 %), baisse toutefois inférieure à l'évolution régionale (- 9 %).

Le taux de participation au dépistage du cancer du sein a augmenté depuis 2007 mais est en légère stagnation depuis 2010 avec un taux proche de 60 % (cf. Figure 14 14).

Figure 14. taux de participation des femmes pour le dépistage du cancer du sein de 2004 à 2016(données ADOC28, 2017)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Population cible	NC	NC	28.196	28.750	29.290	29.568	30.036	30.420	30.855	31.210	31.715	32.202	32.760
Nbre femmes dépistées	7.368	14.639	15.213	17.952	18.730	17.473	18.510	18.327	19.172	18.699	19.461	19.166	19.115
Taux de participation (Insee)	35.7%	52.1%	54.0%	62.4%	64.0%	59.1%	61.6%	60.2%	62.1%	59.9%	61.3%	59.4%	58.3%

2.3.1.3. Mortalité par suicide

En Eure-et-Loir, le taux standardisé de mortalité par suicide est équivalent à celui de la région soit 20/100 000 habitants entre 2003 et 2011. Cependant, ce taux reste bien supérieur à celui de la France métropolitaine et constitue donc une préoccupation majeure, notamment pour la moitié sud du département et les cantons plus ruraux (cf. Figure 15).

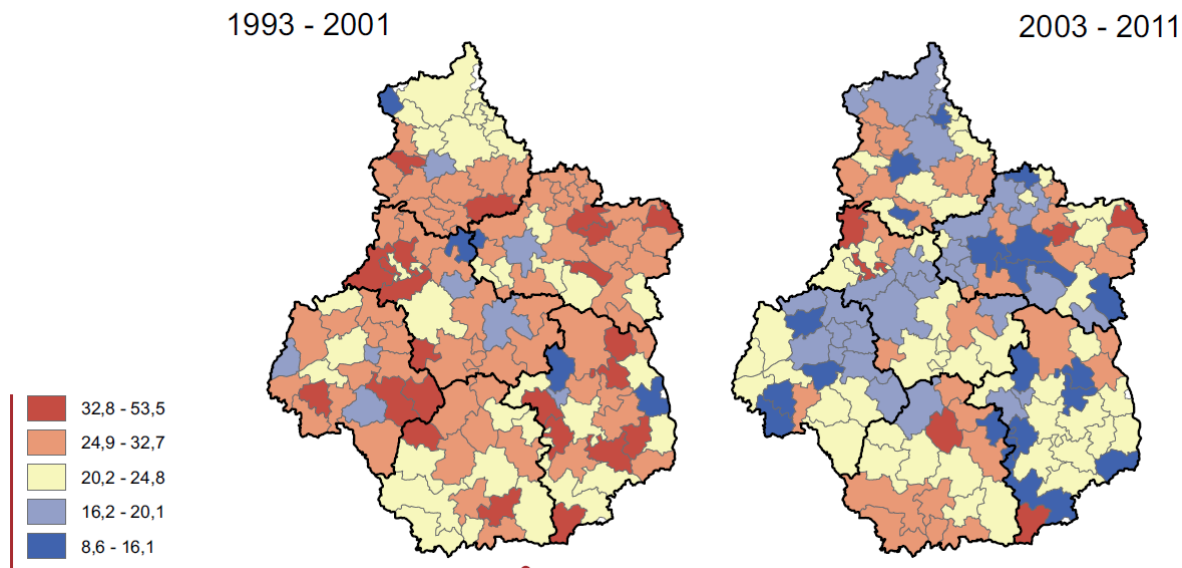


Figure 15. Taux standardisés de mortalité prématurée par suicide pour 100 000 habitants

Les données recueillies par la Délégation Départementale de l'ARS font apparaître une moyenne annuelle d'environ 50 suicides.

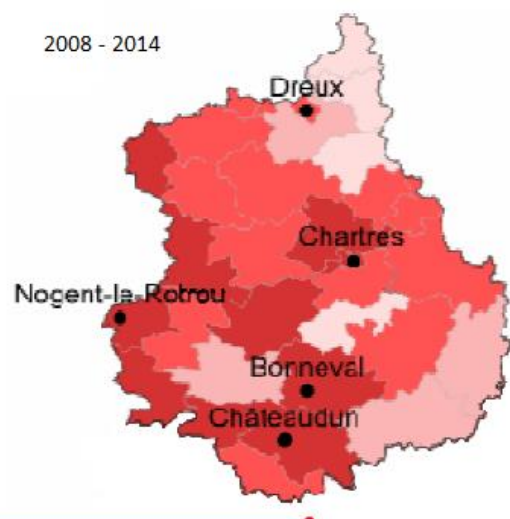
La situation des hommes et des femmes fait apparaître des différences significatives : Les hommes décèdent davantage par suicide à partir de 45 ans. Les femmes, pour leur part, sont confrontées à une mortalité par suicide 4 fois inférieure, et sont plus particulièrement touchées à partir de 65 ans. En revanche, elles sont deux fois plus concernées par les tentatives de suicides, ainsi que le démontrent les statistiques établies à partir des données régionales d'hospitalisation dans les services de médecine – chirurgie – obstétrique (MCO).

S'agissant des tentatives de suicide de manière générale, on constate une diminution sensible des taux standardisés, entre 2008 et 2014, passant de 268 à 219 pour 100 000 habitants. Ces taux demeurent cependant nettement supérieurs aux données régionales, qui sont passées, pour la même période, d'une moyenne de 226 à 196 tentatives pour 100 000 habitants.

En outre, ces taux paraissent particulièrement élevés dans les cantons ruraux de l'Ouest et du Sud-Ouest du département (cf. Figure 16).

Figure 16. Taux standardisés des tentatives de suicide pour 100 000 hab. entre 2008 et 2014 (données Union régionale d'épidémiologie hospitalière – PMSI MCO)

Il convient cependant de nuancer l'interprétation de ces données puisque, grâce au déploiement, depuis de nombreuses années, de formations dédiées au repérage de la crise suicidaire, l'augmentation des taux d'hospitalisation peut également s'expliquer par une meilleure détection des troubles et orientation vers les services dédiés.



2.3.1.4. Mortalité liée aux addictions

La mortalité liée au tabac comprend, parmi les causes initiales, les mortalités par cardiopathies ischémiques et par cancer de la trachée, des bronches et du poumon ainsi que les causes initiales, associées et de comorbidités de la mortalité par bronchopneumopathies chroniques obstructives. Le taux standardisé de mortalité par pathologies liées au tabac est de 129,9 pour 100 000 habitants. Ce taux est légèrement supérieur à celui pour la région Centre-Val de Loire. La frange francilienne et l'ouest du département sont particulièrement concernés par cette problématique (cf. Figure 17).

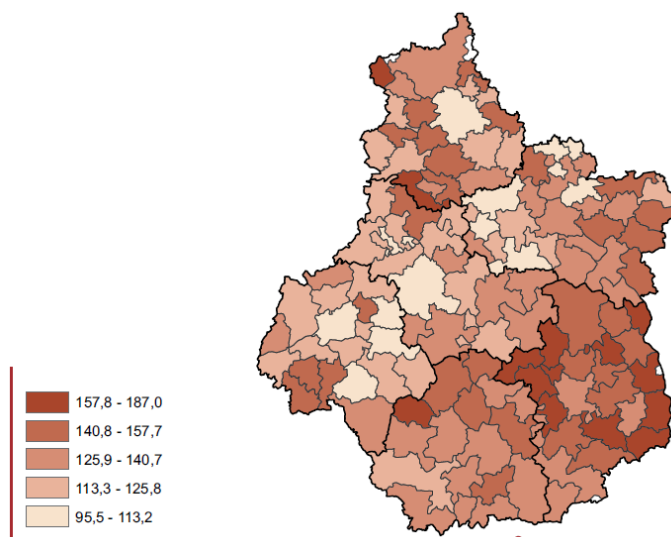


Figure 17. Taux standardisés de mortalité par pathologies liées au tabac pour 100 000 habitants – 2003-2011 (ORS)

Le taux de mortalité par pathologies liées à l'alcool est fondé sur les pathologies suivantes : tumeurs de la lèvre, de la cavité buccale, du pharynx, du larynx et de l'œsophage, cirrhoses du foie et psychoses alcooliques. Le taux standardisé pour 100 000 habitants de l'Eure-et-Loir (35,3) est toujours supérieur à celui de la région (34,3) ainsi que celui de la France métropolitaine (31,5). Les taux les plus importants sont ceux des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) de l'ouest du département. Par contre, l'Eure-et-Loir a connu une nette progression de ce taux entre les périodes 1993-2001 et 2003-2011 (cf. figure 18).

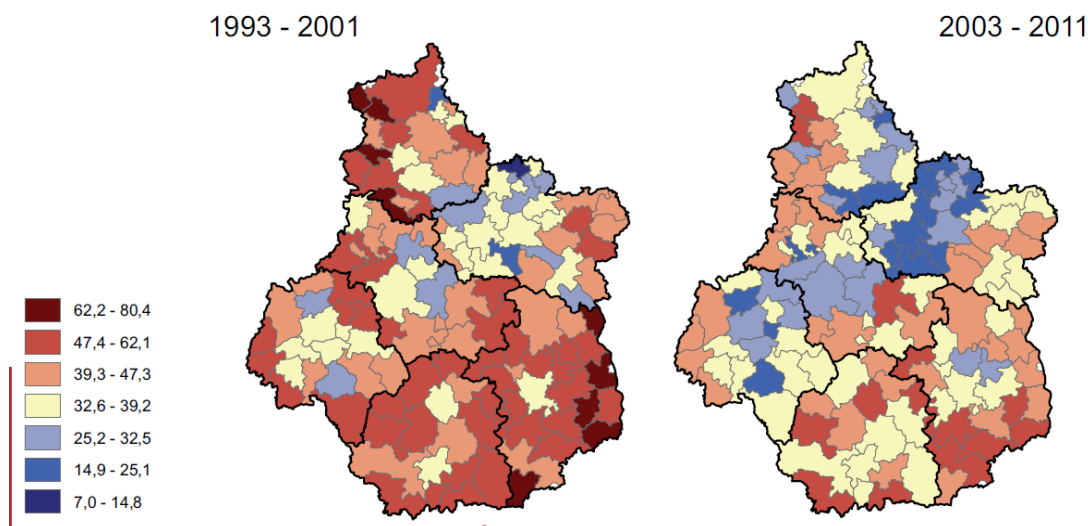


Figure 18. Taux standardisés de mortalité par pathologies liées à l'alcool pour 100 000 habitants

Cependant, il faut indiquer que ces données peuvent présenter un biais de sélection au regard du choix des pathologies considérées comme liées au tabac ou à l'alcool. En effet, elles sont souvent dues à des expositions multifactorielles.

2.3.2. Affections de longue durée (ALD)

Le rapport de l'ORS Centre-Val de Loire propose également une batterie d'indicateurs relatifs aux affections de longue durée. Cependant, ils peuvent comporter un biais car ils sont collectés grâce aux remontées, pas toujours exhaustives, réalisées par les médecins.

D'après l'INSEE, le dispositif des affections de longue durée (ALD) a été mis en place dès la création de la sécurité sociale afin de permettre la prise en charge des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse.

2.3.2.1. Nouvelles admissions en ALD pour maladies cardio-vasculaires

Le taux standardisé de nouvelles admissions en ALD pour maladies cardio-vasculaires pour 100 000 habitants (2010-2013) en Eure-et-Loir est de 648,6. Le département eurélien est le plus touché de la région Centre-Val de Loire. Ce taux est bien supérieur à ceux de la région (590) et de la France (604).

2.3.2.2. Nouvelles admissions en ALD pour diabète de type 1 et 2

En Eure-et-Loir, le pourcentage de nouvelles ALD liées au diabète est de 383,5 pour 100 000 habitants. Ce taux est bien supérieur à celui de la région (380,3) et du niveau national (367,6). La figure 19 présente les taux standardisés par EPCI. Ainsi, le territoire le plus concerné par cette problématique est celui de l'agglomération du Pays de Dreux.

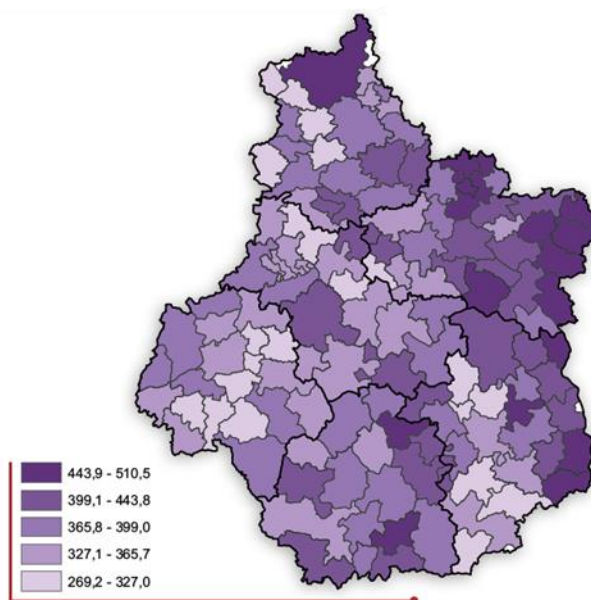


Figure 19. Taux standardisés de nouvelles ALD pour diabète de type 1 et 2 pour 100 000 habitants

2.3.2.3. Nouvelles admissions en ALD pour cancers

Les nombres d'ALD liées à des cancers, pour 100 000 habitants, sont proches des valeurs régionales et nationales. L'ensemble des territoires sont touchés par ces ALD (ORS, 2015).

2.3.2.4. Nouvelles admissions en ALD pour affections psychiatriques de longue durée

Les affections psychiatriques de longue durée sont des pathologies très présentes en Eure-et-Loir. Le taux standardisé est de 223,1 pour 100 000 habitants, bien supérieur aux taux régional et national respectivement de 177,1 et 202,9. La figure 20 permet d'identifier les territoires avec les taux d'ALD les plus élevés.

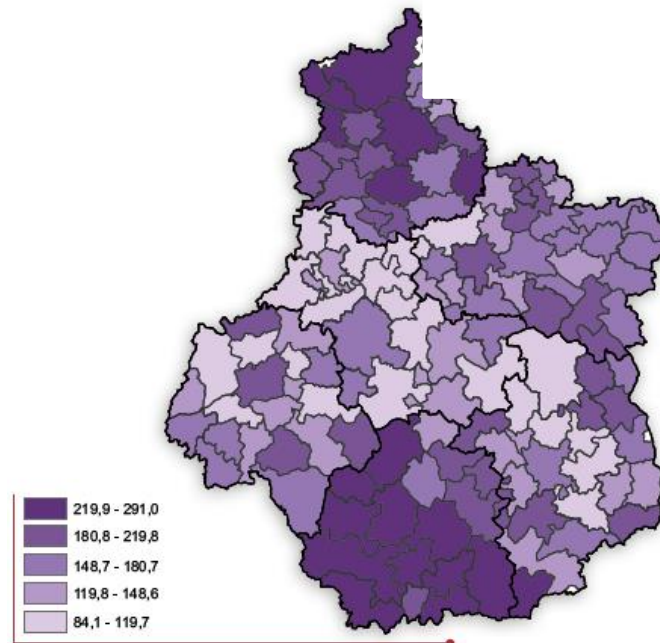


Figure 20. Taux standardisés de nouvelles ALD pour affections psychiatriques de longues durées pour 100 000 habitants

2.3.2.5. Nouvelles admissions en ALD liées aux conduites addictives

Les taux standardisés des ALD prématurées liées à l'alcool relevés annuellement font apparaître une baisse régulière des nouvelles admissions depuis 2009. Toutefois, ce taux demeure toujours sensiblement supérieur aux statistiques nationales (cf. figure 21).

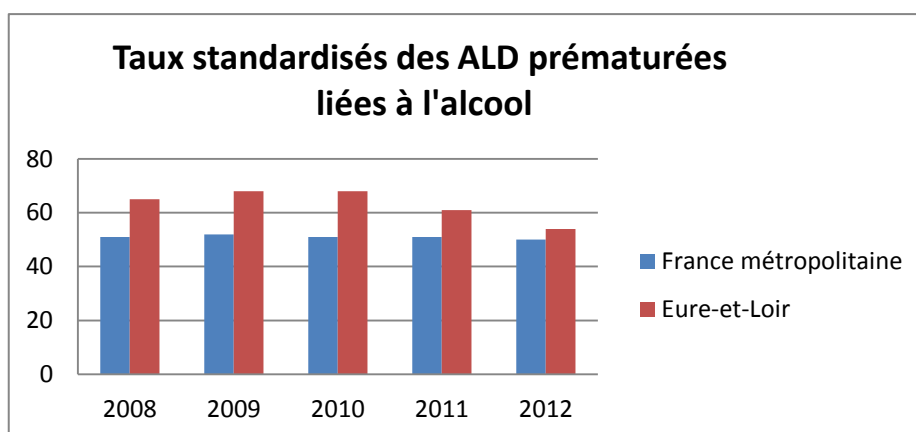


Figure 21. Taux standardisés des ALD prématurées liées à l'alcool pour 100 000 habitants (données Cnamts, CCMSA, CNRSI, Insee - Exploitation FNORS)

En outre, la problématique de l'alcool paraît particulièrement préoccupante chez les jeunes, qui boivent moins souvent mais en quantités plus importantes que leurs aînés. L'usage régulier d'alcool chez les jeunes de 17 ans de la région est passé de 45 % à 47 % entre 2011 et 2014, même si ce taux reste en-deçà de la moyenne nationale, de 49 % (sources : enquêtes ESCAPAD 2011 et 2014).

Les taux standardisés des ALD prématurées liées au tabac relevés ces dernières années sont plus inquiétants. A l'instar de la tendance enregistrée pour l'ensemble de la France métropolitaine, ces taux apparaissent en hausse constante et régulière entre 2008 et 2012. Il est néanmoins notable que, pour cette dernière année, le taux départemental a stagné à 134 admissions pour 100 000 habitants, alors qu'il a continué à augmenter au niveau national, en passant de 132 à 135 admissions pour 100 000 habitants (cf. figure 22).

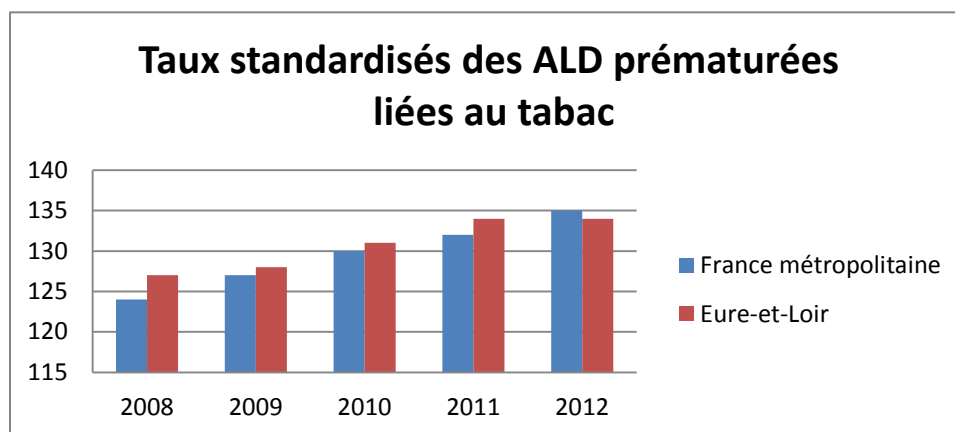


Figure 22. Taux standardisés des ALD prématurées liées au tabac pour 100 000 habitants (données CNAMTS, CCMSA, CNRSI, INSEE - Exploitation FNORS)

Selon les données de l'ODICER, la consommation de tabac en Eure-et-Loir demeure supérieure à celle enregistrée pour l'ensemble du territoire national, malgré une baisse régulière enregistrée depuis quelques années.

Les enquêtes menées à l'occasion de la journée Défense et Citoyenneté ont démontré que la consommation des jeunes avait augmenté depuis 2008. Ainsi, en 2014, 33 % des euréliens de 17 ans déclarent fumer régulièrement, taux équivalent à celui relevé au niveau national (source : enquête ESCAPAD 2014).

L'enquête TABASCOL 28, menée de 2007 à 2011 dans 55 collèges d'Eure-et-Loir, fait apparaître que l'expérimentation du tabagisme peut débuter dès le CM2. En particulier pour des élèves ayant un entourage fumeur.

Les niveaux d'expérimentation et d'usage du cannabis en région Centre-Val de Loire apparaissent similaires à ceux déclarés dans le reste de la France. Toutefois ces chiffres ont sensiblement augmenté entre 2011 et 2014 : ainsi, la consommation a connu une augmentation de 6 % chez les jeunes de 17 ans, et concerne la moitié des garçons et 41 % des filles. 9% en fument régulièrement (contre 6 % en 2011) (sources : enquêtes ESCAPAD 2011 et 2014).

On observe que les consultations réalisées par les Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) n'augmentent pas, en Eure-et-Loir, en proportion du développement des ALD liées aux addictions.

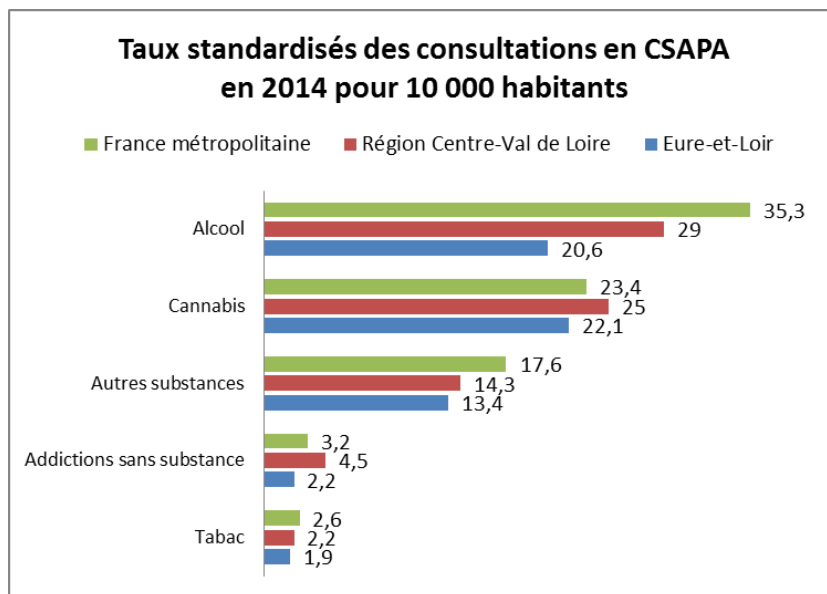


Figure 23. Taux standardisés des consultations en CSAPA en 2014 pour 10 000 habitants (données : DGS/Rapports d'activité CSAPA – Exploitation ODICER)

Les violences faites aux femmes sont en parties corrélées aux addictions, en particulier à l'alcoolisme. Ces violences ont un effet notable sur la santé physique et mentale des femmes qui les subissent mais également sur celle des enfants qui en sont témoins. Un focus particulier sur ce type de violence figure en annexe 8.

2.3.3. Synthèse des enjeux sanitaires à l'échelle départementale

L'étude menée par l'ORS en 2015 met en exergue les inégalités sociales et territoriales de santé de la région et plus particulièrement celles d'Eure-et-Loir, tel que le montre la figure 23. Quatre « classes » ont été définies à l'échelle de l'établissement public de coopération intercommunale, c'est-à-dire de l'intercommunalité.

Les territoires euréliens concernés par la classe D – classe la plus défavorable au regard des indicateurs précités – sont le Perche Senonchois et la Communauté de Communes Les Trois Rivières (cf. figure 24). Ces informations sont par ailleurs corrélées à l'indice de vieillissement de la population plus important sur ces collectivités.

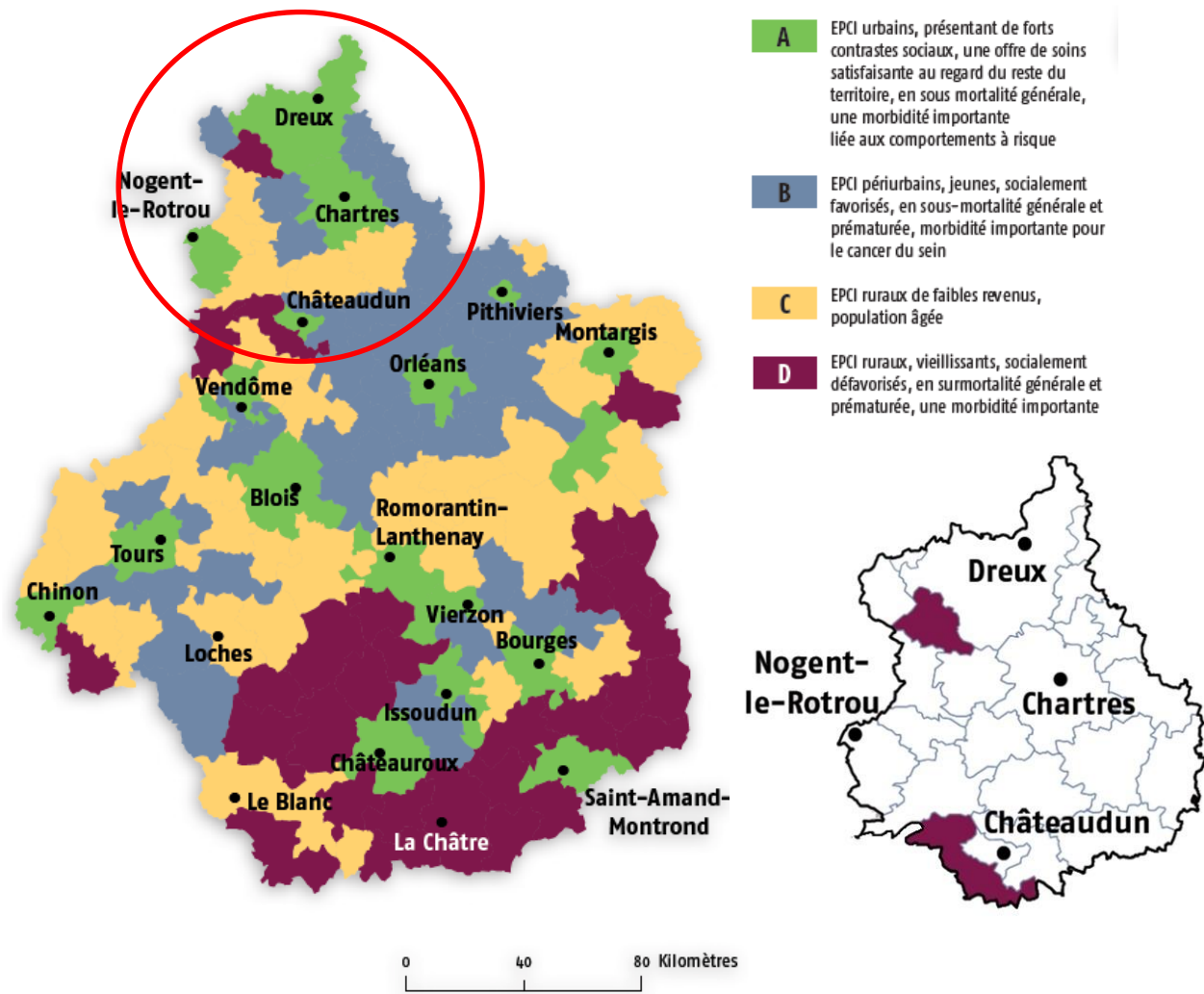


Figure 24. Inégalités sociales et territoriales de santé en Centre-Val de Loire – Focus sur la classe D (ORS, 2015)

A la lumière des informations issues de l'étude territoriale de l'état de santé de la population, la Délégation départementale de l'ARS préfigure les grandes orientations suivantes comme prioritaires, s'agissant des actions locales de prévention et de promotion de la santé

- La **prévalence de la mortalité par cancer** induit de poursuivre les efforts d'accompagnement des patients atteints par ce type de pathologies, ainsi que des aidants, sur l'ensemble du département. En outre, compte tenu des taux de mortalité standardisés enregistrés par l'ORS, des actions de prévention et de dépistage, adaptées aux différentes pathologies concernées, doivent être menées prioritairement dans le Nord et le Sud du département (cf. 2.1.1.1).
- Eu égard à la répartition géographique des cas de suicide et de tentatives de suicide enregistrés dans le département, des actions **de sensibilisation et de repérage précoce de la crise suicidaire** doivent être menées en priorité dans les cantons ruraux de l'Ouest et du Sud du département (cf. 2.1.1.2).
- L'augmentation croissante des admissions en ALD liées au tabac (cf. 2.1.2.5) démontre la nécessité de **développer des actions de prévention sur les pathologies liées au tabac et sur les outils de sevrage tabagique**. La répartition géographique des cas de mortalité (cf. 2.1.1.3) suppose de privilégier la frange francilienne et les cantons ruraux de l'Ouest du département.

- Les taux standardisés d'admissions en **ALD liées à l'alcool** (cf. 2.1.2.5) nécessitent le renforcement des actions consacrées à cette addiction.
- Eu égard à la répartition géographique des cas de mortalité (cf. 2.1.1.3), il convient de développer prioritairement des actions de prévention dans les EPCI de l'Ouest du département.
- Qu'il s'agisse de la consommation régulière de tabac et d'alcool ou de l'expérimentation du cannabis, les enquêtes statistiques réalisées auprès des jeunes démontrent la nécessité de les cibler comme population prioritaire, et d'organiser à leur attention des actions de prévention consacrées au champ des addictions (cf. 2.1.2.5). A cette fin, une approche générale paraît être la plus appropriée, à travers le développement des compétences psycho-sociales. Ces interventions doivent être menées sur l'ensemble du département au sein des établissements scolaires prioritairement. Elles doivent de ce fait s'inscrire dans le cadre de la convention entre l'ARS et l'Education nationale mise en œuvre par son appel à projets départemental. Ce dernier n'a pas encore été lancé pour la campagne 2016-2017 et s'appuiera sur ce même diagnostic.
- Les taux élevés d'admission en ALD pour diabète (cf. 2.1.2.2) et maladies cardio-vasculaires enregistrés en Eure-et-Loir (cf. 2.1.2.1), placent l'accompagnement des patients concernés, via l'éducation thérapeutique, comme un enjeu fort du territoire. En amont, des actions de prévention dédiées à la nutrition et à la pratique sportive doivent être assurées, en priorité dans les collectivités de la Beauce Vovéenne et de la Beauce de Janville, particulièrement concernées.
- La cartographie des admissions en ALD pour affections psychiatriques de longue durée fait apparaître des taux bien supérieurs aux statistiques régionales et nationales (cf. 2.1.2.4). Cet état de fait implique de mener des actions de sensibilisation et de connaissance de ces pathologies, des actions destinées à permettre le repérage précoce des troubles psychiques et des actions d'accompagnement des patients souffrant d'affections psychiatriques. Celles-ci doivent être menées en priorité au sein des collectivités qui sont plus particulièrement concernées par cette problématique (agglomération du Pays de Dreux, Orée du Perche, Perche Senonchois, Porte du Perche, Chartres Métropole, Communauté de Communes du Bonnevalais et Beauce de Janville).
- Outre les priorités identifiées ci-dessus, une attention particulière doit être portée, dans le choix des actions de prévention et de promotion de la santé, sur les deux territoires concernés par la classe D, le Perche Senonchois et la Communauté de Communes des Trois Rivières, où difficultés sanitaires et sociales se cumulent.

Une redéfinition de ces priorités pourra être réalisée en fonction des données probantes qui auront été apportées dans le cadre de cette consultation par les partenaires institutionnels et les acteurs de prévention.

2.3.4. Enjeux de santé des territoires d'Eure-et-Loir

En 2017, le département d'Eure-et-Loir dénombre 11 établissements publics de coopération intercommunale (EPCI). Une analyse plus précise de l'état de santé de la population, à l'échelle de l'EPCI, peut être réalisée à l'aide des diagnostics locaux de santé et du diagnostic sur les inégalités sociales et territoriales en santé de l'ORS (ORS, 2015).

2.3.4.1. Les priorités en prévention du département d'Eure-et-Loir

L'ARS souhaite mettre les jeunes au centre des préoccupations en prévention et promotion de la santé. Les actions devront cibler l'acquisition de compétences psychosociales par les jeunes, leur permettant ainsi de modifier par eux-mêmes leur comportement et de prendre soin de leur santé.

Les priorités de l'ARS concernant la campagne budgétaire 2017 en Prévention – Promotion de la Santé :

- **Développer l'acquisition et le renforcement des compétences psycho-sociales :**

L'organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les compétences psycho-sociales comme « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement ».

L'OMS propose de décliner cette compétence globale en cinq paires de compétences :

- Savoir résoudre les problèmes / Savoir prendre des décisions
 - Avoir une pensée créative / Avoir une pensée critique
 - Avoir conscience de soi / Avoir de l'empathie pour les autres
 - Savoir gérer son stress / savoir gérer des émotions
 - Savoir communiquer efficacement / Etre habile dans les relations interpersonnelles
- **Domaines ou orientations spécifiques s'inscrivant dans le cadre précité du développement des compétences psycho-sociales :**
- Améliorer l'accès à l'activité physique et à l'alimentation équilibrée,
 - Améliorer la santé mentale,
 - Améliorer la capacité de faire face (comportements ; addictions ; campagne Moi (s) sans tabac, maladies chroniques),
 - Améliorer la santé sexuelle (sexualité respectueuse, satisfaisante et à moindre risque, améliorer les dépistages),
 - Améliorer le taux des vaccinations obligatoires et recommandées (hors missions des dispositifs assurant la mise en œuvre des compétences sanitaires recentralisées),
 - Améliorer l'accès aux dépistages organisés (hors missions des structures assurant la gestion des dépistages organisés des cancers).
- **Agir précocement et de manière universelle en direction des populations identifiées :**
- Femmes enceintes ;
 - Enfants de moins de 3 ans ;
 - Jeunes parents ;
 - Enfants et adolescents.
- **Agir sur les déterminants de santé liés à l'environnement :**

Les priorités d'actions, identifiées dans le 3ème Plan régional santé environnement (PRSE3) sont :

- d'une part, d'améliorer la connaissance de l'exposition de la population aux facteurs environnementaux,
- d'autre part, de donner toute sa place à la prévention pour la réduction des expositions environnementales, en accompagnant et en valorisant les actions locales probantes.

- **Agir de manière proportionnée en adaptant les stratégies (Universalisme proportionné) :**
 - aux caractéristiques des populations au sein des territoires (quartier, commune, groupement de communes, Etablissement Public de Coopération Intercommunale, Pays),
 - aux personnes porteuses de maladies chroniques,
 - aux personnes en situation de handicap,
 - aux personnes « majeurs protégés »,
 - aux personnes en très grande précarité,
 - aux personnes migrantes,
 - aux gens du voyage,
 - aux personnes détenues,
 - aux personnes âgées,
 - autres populations spécifiques.

2.3.4.2. Les Contrats Locaux de Santé (CLS)

Le Contrat local de santé (CLS) est un outil de lutte contre les inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé. Le programme d'action d'un CLS inclut les problématiques en prévention et promotion de la santé.

Introduits par la loi relative à l'hôpital, aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009, ils sont également des outils de déclinaison du PRS sur des territoires de proximité, permettant de répondre au plus près des besoins des habitants.

En Eure-et-Loir, deux CLS sont actuellement signés sur le territoire :

- Le CLS 2013-2015 de Dreux-Vernouillet : signé le 22 janvier 2013 et prolongé par un avenant jusqu'au 31 décembre 2016 ;
- Le CLS 2014-2016 du Pays Perche : signé le 15 janvier 2014, pour l'instant suspendu suite au départ de l'animatrice.

Ces territoires ont fait l'objet d'un diagnostic local en santé permettant ainsi d'établir un état des lieux de la santé de leur population et d'identifier les enjeux sanitaires prioritaires.

Au Pays Perche s'est aujourd'hui substitué le Pôle d'Equilibre Territorial et Rural (PETR) du Perche regroupant trois Communautés de Communes : Forêts du Perche, Terres de Perche et Perche.

En 2017, trois nouvelles collectivités font réaliser un diagnostic local de santé en vue de l'élaboration d'un CLS : Communauté de Communes Cœur de Beauce, Communauté de Communes du Grand Châteaudun et l'Agglomération de Chartres.

2.3.4.3. Problématiques de santé et priorités sanitaires identifiées par territoire d'Eure-et-Loir

Un diagnostic territorial en prévention-promotion de la santé (PPS) a été réalisé à partir des diagnostics de l'Observatoire Régional de la Santé Centre-Val de Loire sur les inégalités sociales, territoriales et environnementales en Santé ainsi que des diagnostics locaux de santé. Ce diagnostic PPS a ensuite été soumis pour avis et complétude aux opérateurs du territoire afin d'identifier ensemble les priorités sanitaires par infra-territoires d'Eure-et-Loir. Une synthèse de ces enjeux est proposée dans le tableau 25. Une analyse plus précise des enjeux sanitaires par territoires d'Eure-et-Loir est proposée en annexe 9.

Figure 25. Problématiques de santé et priorités sanitaires identifiées par territoire d'Eure-et-Loir

		Problématiques de santé	Priorités ARS - Compétences psychosociales - Les jeunes et la population générale
Dreux-Vernouillet (Agglomération du Pays de Dreux)	Couverts par un CLS	<ul style="list-style-type: none"> - taux de mortalité prématurée par diabète - taux de mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires - taux de mortalité par consommation excessive d'alcool - admission en ALD pour diabète - admission en ALD pour affections psychiatriques - suivi difficile des grossesses -maladies respiratoires (causes environnementales) 	<ul style="list-style-type: none"> - nutrition - conduites à risques des jeunes (alcool, drogue) -périnatalité et accompagnement des femmes enceintes - prévention et éducation thérapeutique (maladies chroniques : diabète, cancer...) -Santé mentale : repérage et accompagnement des patients touchés par des affections psychiatriques -prévention liée aux risques environnementaux (habitat, air intérieur...)
PETR du Perche (ancien Pays Perche)		<ul style="list-style-type: none"> - surmortalité liée au suicide - tentatives de suicide - mortalité liée aux addictions (surtout alcool et tabac) - surmortalité des femmes liée aux maladies cardio-vasculaires 	<ul style="list-style-type: none"> -santé mentale : repérage et accompagnement des patients touchés par des affections psychiatriques - conduites à risques
Communauté de Communes Cœur de Beauce	En cours d'élaboration d'un CLS	<ul style="list-style-type: none"> - surmortalité par cancer du côlon-rectum et cancer du sein - nouvelles ALD relatives aux cancers - taux de mortalité par suicide -nouvelles ALD pour diabète -nouvelles ALD pour affections psychiatriques (Beauce de Janville) 	<ul style="list-style-type: none"> -santé mentale : repérage et accompagnement des patients touchés par des affections psychiatriques - nutrition (chez les jeunes notamment) - prévention et éducation thérapeutique du patient souffrant de maladies chroniques (diabète, cancers...)
Communauté de Communes du Grand Châteaudun		<ul style="list-style-type: none"> -mortalité par cancer -mortalité par pathologies liées au tabac -pathologies liées à l'alcool -suicide 	<ul style="list-style-type: none"> - prévention et éducation thérapeutique du patient souffrant de maladies chroniques (cancer) - conduites à risques -Repérage et accompagnement des patients touchés par des affections psychiatriques
Agglomération de Chartres		<ul style="list-style-type: none"> - admissions en ALD pour affections psychiatriques et pour maladie d'Alzheimer - nombre de signalements habitat dégradé - recrudescence de conduites à risque chez les jeunes - obésité 	<ul style="list-style-type: none"> - repérage et accompagnement de patients souffrant de troubles psychiques - conduites à risques chez les jeunes (alcool, drogue) -prévention des risques environnementaux (habitat, air intérieur...) - nutrition et lutte contre l'obésité -éducation thérapeutique (maladies chroniques)
Communauté de Communes du Bonnevalais	Non couverts par un CLS	<ul style="list-style-type: none"> - mortalité par pathologies liées au tabac - problématiques de santé mentale - tentatives de suicide - ALD pour affections psychiatriques de longue durée 	<ul style="list-style-type: none"> - prévention liée aux conduites addictives - sensibilisation au sevrage tabagique -santé mentale : repérage et accompagnement des patients concernés par des affections psychiatriques
Communauté de Communes Entre Beauce et Perche		<ul style="list-style-type: none"> - mortalité par pathologies liées au tabac - mortalité liée à l'alcool - mortalité par suicide - tentatives de suicide 	<ul style="list-style-type: none"> - prévention liée aux conduites addictives - sensibilisation à la santé mentale : prévention du suicide -repérage et accompagnement des patients concernés par des affections psychiatriques
ComCom Portes Euréliennes d'Ile-de-France		<ul style="list-style-type: none"> - mortalité par pathologies liées au tabac - ALD pour affections psychiatriques de longue durée 	<ul style="list-style-type: none"> - prévention liée aux conduites addictives - actions de sensibilisation ou de repérage des troubles psychiques

Les priorités intersectorielles en prévention sont présentées en annexe 10.

2.4.Santé mentale

2.4.1. Données épidémiologiques et d'accès aux soins

Les affections psychiatriques de longue durée sont des pathologies très présentes en Eure-et-Loir (voir plus haut).

S'agissant des pathologies diagnostiquées, les exigences du secret statistique imposent de cantonner le champ de l'étude à l'échelon régional. La répartition des diagnostics principaux posés en 2012 révèle des différences importantes en fonction des modalités de prise en charge.

Ainsi, les troubles psychotiques (schizophrénie notamment) représentent 50 % des pathologies détectées chez les patients admis en soins psychiatriques sans consentement, contre 23 % pour ceux hospitalisés librement. Inversement, les troubles de l'humeur (bipolaires et dépressifs) concernent près d'un tiers des hospitalisations libres, contre 15 % des mesures de contrainte. Les troubles liés à l'addiction arrivent en troisième position, mais les différences constatées selon les régimes ne sont pas aussi significatives (14 % en hospitalisation libre contre 10 % en soins sans consentement).

Le taux de l'Eure-et-Loir est proche du taux régional, médiocre par rapport au taux national, même si ces 2 taux sont en amélioration absolue et relative par rapport au taux national par rapport à la précédente période.

Au travers des diagnostics ORS, on relève un taux de tentatives de suicide et de suicide plus élevé dans les cantons ruraux : Perche globalement (plus de 240 cas pour 100 000 habitants, contre seulement 196 pour l'ensemble de la région), canton d'Illiers-Combray, de Courville-sur-Eure

Figure 26. Taux standardisé d'ALD pour troubles mentaux pour 100 000 hbts (source : ORS- Score santé)

Ensemble	2008	2009	2010	2011 ^(p)	2012 ^(p)
Centre-Val de Loire	157 ⁽²⁾	171 ⁽²⁾	180 ⁽²⁾	181 ⁽²⁾	178 ⁽²⁾
Cher	147 ⁽²⁾	158 ⁽²⁾	158 ⁽²⁾	162 ⁽²⁾	156 ⁽²⁾
Eure-et-Loir	175 ⁽¹⁾	210 ⁽²⁾	233 ⁽²⁾	228 ⁽²⁾	209 ⁽¹⁾
Indre	201 ⁽²⁾	221 ⁽²⁾	239 ⁽²⁾	254 ⁽²⁾	249 ⁽²⁾
Indre-et-Loire	143 ⁽²⁾	151 ⁽²⁾	162 ⁽²⁾	165 ⁽²⁾	171 ⁽²⁾
Loiret	168 ⁽²⁾	178 ⁽²⁾	179 ⁽²⁾	173 ⁽²⁾	174 ⁽²⁾
Loir-et-Cher	117 ⁽²⁾	124 ⁽²⁾	129 ⁽²⁾	130 ⁽²⁾	130 ⁽²⁾

Sur l'agglomération chartraine, les données quantitatives font apparaître un taux de nouvelles admissions en ALD pour **affections psychiatriques** de longue durée très élevé ([219,9 – 291,0] pour 100 000 habitants) par rapport à celui du département (223,1), de la région (177,1) et de la France (202,9) (cf. paragraphe 2.3.2.4).

2.4.2. Données sur les hospitalisations sous contrainte

Le tableau ci-dessous retrace sur 4 ans l'évolution du nombre pris concernant des patients placés en hospitalisation sur représentation du représentant de l'Etat (SDRE) ou à la demande d'un tiers (SDT). La baisse du nombre d'actes ne doit pas être prise en compte strictement : des sorties de très courte durée ont cessé d'être formalisées par un acte à partir de 2014.

Année	Nb actes + Sorties non autorisées 48h	Nb patients hospitalisés sous contrainte non détenus en cours au 31/12	Nb patients hospitalisés sous contrainte non détenus avec une mesure levée dans l'année	Nb patients hospitalisés sous contrainte et détenus
2013	638	33	35	35
2014	583	32	28	34
2015	410	32	36	17
2016	465	38	39	18

Figure 27. Patients en hospitalisation sous contrainte entre 2013 et 2016 (données ARS)

L'ouverture de l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA), de Saran a eu un effet très net sur la file active du CH Bonneval. Une telle unité est destinée à accueillir, de façon programmée, des détenus requérant des soins psychiatriques en hospitalisation. Cette unité a toutefois une vocation régionale, et est donc contingentée en places. Pour cette raison, des patients continuent à être orientés vers Bonneval, de même que les urgences. Une fois ces 2 biais statistiques écartés, on peut considérer qu'il y a une certaine stabilité dans le volume des hospitalisations sous contrainte.

2.4.3. Eléments de démographie médicale : psychiatres

46 psychiatres exercent dans le département : 36 sont salariés des établissements de santé, ou des établissements médico-sociaux ; 5 ont un exercice mixte et 5 seulement sont libéraux exclusifs. Ils ont un âge moyen de 55 ans ; 19 d'entre eux ont soixante et plus (41%). 6 ont soixante-dix ans et plus. 6 seulement ont moins de 40 ans.

Densité médicale en psychiatres salariés et libéraux	Eure-et-Loir	Région Centre	France
Pour 100 000 habitants	10,98	14,9	21,8

Le département d'Eure-et-Loir se caractérise par une très faible offre en psychiatres libéraux, qui n'est pas compensée par une offre institutionnelle, en lits ou en offre ambulatoire.

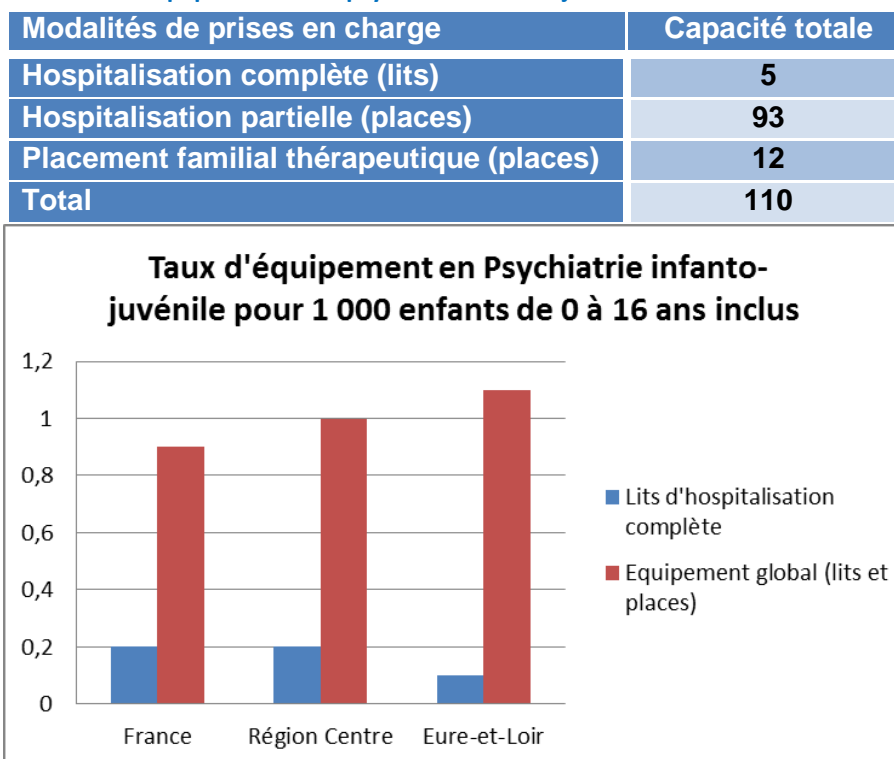
Sans que le lien puisse être formellement établi avec cette offre restreinte par rapport à d'autres départements, on constate toutefois un accroissement des patients se faisant suivre en hospitalisation dans des structures hors département : 9,8 % en 2011 et 12 % en 2015 (source RIM-P) ; ce qui n'est pas le cas pour les prises en charge ambulatoires : 8,9 % en 2011 et 7,9 % en 2015.

Figure 28. Indicateurs RIM-P

Département : 28 - Eure-et-Loir					Indicateurs de comparaison : 2015			
Indicateurs	2011	2012	2013	2014	2015	valeur médiane des départements	Région CVDL	France entière
Nb total patients ambu exclusifs*	9 286	9 846	10 458	10 599	10 763	12 705	54 964	1 723 398
% des patients fréquentant les étab psy de la zone (patients ambu exclusifs)	91,10%	91,10%	91,90%	91,60%	92,10%	93,30%	94,60%	.
% des patients fréquentant des étab psy hors de la zone (patients ambu exclusifs)	8,90%	8,90%	8,10%	8,40%	7,90%	6,70%	5,40%	.

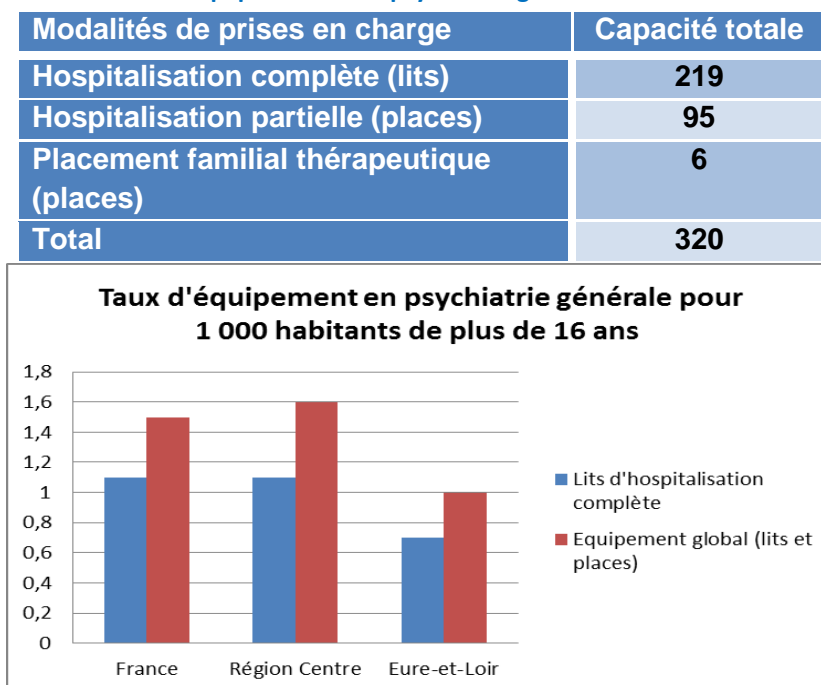
* Double compte des patients pris en charge exclusivement en ambulatoire par deux (ou plus) établissements de la même zone géographique.

Figure 29. Taux d'équipement de la psychiatrie infanto-juvénile en Eure-et-Loir au 1er janvier 2017



Le taux d'équipement en lits est médiocre comparé au reste de la France. En revanche, le virage ambulatoire a déjà été pris dans le département dans cette discipline.

Figure 30. Taux d'équipement de la psychiatrie générale en Eure-et-Loir au 1er janvier 2017 :



Le département souffre d'une offre de lits et places insuffisante en psychiatrie adultes. Pour autant, l'offre est de qualité (cf infra : points forts), même s'il existe de nombreuses marges de progrès (cf infra : points faibles).

A noter aussi depuis le travail sur le Projet Territorial de Santé en 2015, une avancée récente proposée par le CH Dreux : démarrage de téléconsultations de psychiatrie au bénéfice des EHPAD dépendant de son secteur.

Figure 31. ANALYSE FORCES / FAIBLESSES DU SECTEUR SANTE MENTALE
(Source : PTS 28 - feuille de route rédigée en 2015)

	Points forts	Points faibles
Information et sensibilisation sur les problématiques de santé mentale	Des manifestations d'envergure départementale organisées depuis plusieurs années qui parviennent à mobiliser aussi bien les professionnels que le grand public Travail sur les compétences psycho-sociales auprès des jeunes des IME	Des actions de prévention primaire qui ne parviennent pas à toucher certains publics, pourtant identifiés comme étant prioritaires (détenus, résidents des quartiers prioritaires, notamment les femmes et les personnes d'origine étrangère) Des professionnels qui n'envisagent la santé mentale que sous l'angle de la psychiatrie
Repérage précoce et accompagnement vers les soins	Plusieurs partenariats constitués afin d'apporter des réponses locales aux situations de crise dans les domaines du suicide et de la santé mentale Une offre de diagnostic précoce variée et adaptée en fonction de l'âge et de la situation sociale (nourrissons, petite enfance, adolescents, jeunes adultes, adultes en situation de précarité...) Qualité de la filière « autisme »	Une coordination des actions menées par les acteurs locaux insuffisante Présence à conforter de la Maison Départementale des Ados sur Chartres et sur le Sud du département CAMSP : délais de RV trop longs sur Dreux ; pas assez de temps psychiatre sur Chartres
Gestion des situations critiques	Une organisation constructive entre les services de pédiatrie et de pédopsychiatrie pour répondre à une situation de crise nécessitant une hospitalisation Une UHSA pleinement opérationnelle depuis avril 2015 et située à une distance raisonnable du centre de détention de Châteaudun	Des circuits de soins inadéquats (transfert d'un patient de Châteaudun à Chartres (admissions CPC) en cas d'urgence psychiatrique, pour une hospitalisation ensuite sur Bonneval)
Offre de soins	Une réorganisation de l'offre pédopsychiatrique en filières, atténuant les effets de la démographie médicale, favorisant les soins par des experts et encourageant le dialogue interprofessionnel Des perspectives d'équipe mobile extrahospitalière à la fois pour les enfants et les adultes, pour répondre aux situations complexes surtout en institution, mais à envisager à domicile	Une offre d'HC insuffisante en pédopsychiatrie (en nbre de lits : Chartres ; en continuité sur la semaine : Dreux) Des locaux de pédopsychiatrie vétustes ou non conformes (accessibilité) Une démographie médicale très insuffisante (seulement 5 psychiatres libéraux) Des délais d'attente en CMP excessifs Une coordination entre les services de psychiatrie et les établissements médico-sociaux à développer
Réinsertion sociale et prévention des rechutes	Diverses expériences menées tant par les CH que par les services médico-sociaux destinées à permettre aux malades de restaurer leur autonomie, après une hospitalisation en psychiatrie	Un manque de lieux d'hébergement transitoire dédiés à la réinsertion des patients, en aval d'une hospitalisation

2.5. Démographie des professionnels de santé

2.5.1. La démographie des médecins généralistes libéraux : une situation dégradée et très préoccupante

2.5.1.1. Dénombrement et densité

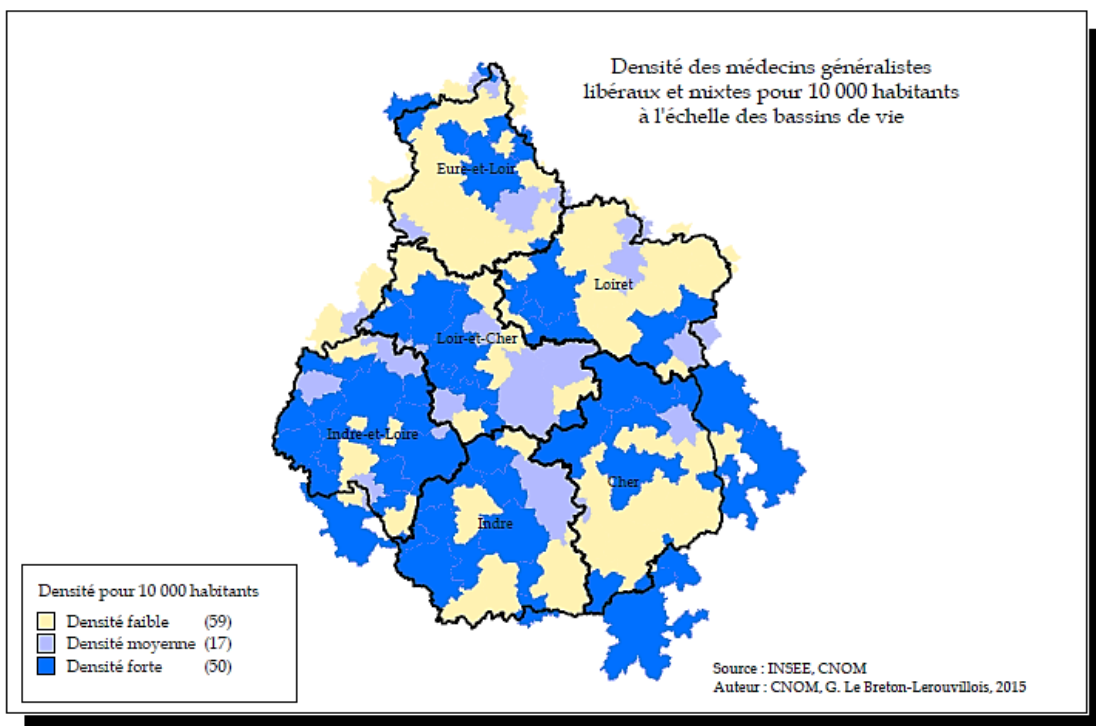
Au 06 mars 2017, l'Eure-et-Loir comptabilisait 281 médecins généralistes libéraux, soit 64,90 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants, ce qui place le département en dernière position de la région Centre Val de Loire.

Sur ces 281 médecins généralistes exerçant actuellement, 162 médecins ont plus de 55 ans (soit 57 %) ce qui laisse présager une dégradation progressive de la situation compte-tenu d'un âge moyen de départ à la retraite évalué à 63 ans (cf. figures 32 et 33).

Dépt.	Nb de médecins généralistes	Densité MG pour 100 000 habitants	% de médecins de plus de 55 ans
18	220	70,59	55,90 %
28	281	64,90	57,65 %
36	163	71,46	58,89 %
37	574	95,63	47,73 %
41	260	78,31	56,53 %
45	473	71,07	60,89 %
Région	1955	76,05	56,26 %

Figure 32. Données médecins généralistes (MG) (source : données ARS au 6 mars 2017).

Figure 33. Densité régionale des médecins généralistes libéraux et mixtes pour 10.000 habitants à l'échelle des bassins de vie



Une faible densité est constatée pour tout le département excepté Chartres et son agglomération, ainsi qu'une partie de la frange Francilienne.

2.5.1.2. La pyramide des âges des médecins en région Centre

En 2016, l'âge moyen des médecins généralistes se situe autour de 54 ans. Parmi les 11% de médecins de moins de 40 ans dans la région Centre, 65% sont des femmes.

Figure 34. Pyramide des âges des médecins en région Centre

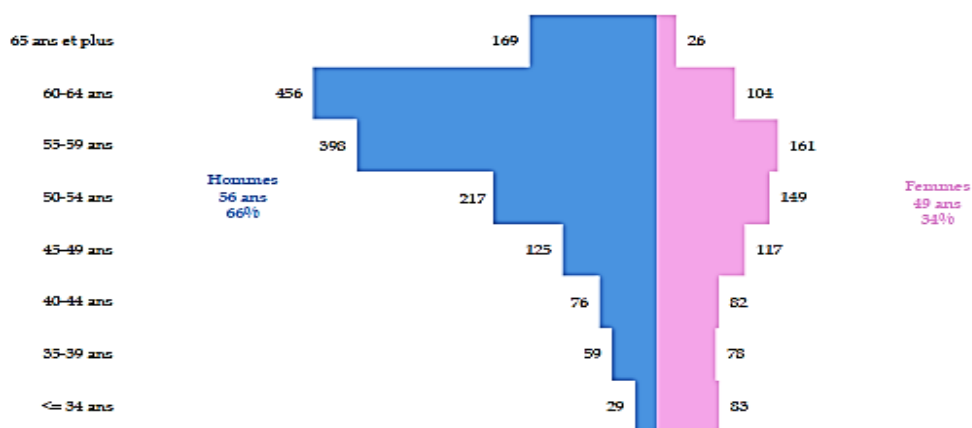


Figure 35. Profil démographique des médecins généralistes libéraux et mixtes à l'échelle départementale – situation en 2015

Département	Moyenne d'âge	>= 60 ans	< 40 ans	Proportion d'exercice individuel
Cher	54,3	27,1%	9,4%	49,3%
Eure et Loir	54,6	27,9%	7,5%	53,6%
Indre	54,6	32,7%	10,3%	71,5%
Indre et Loire	52,0	20,2%	14,2%	33,0%
Loir et Cher	53,7	30,0%	12,9%	54,2%
Loiret	54,7	31,3%	10,1%	48,1%

2.5.1.3. Les différents modes d'exercice

Figure 36. Mode d'exercice des médecins généralistes installés en Eure-et-Loir (2014)

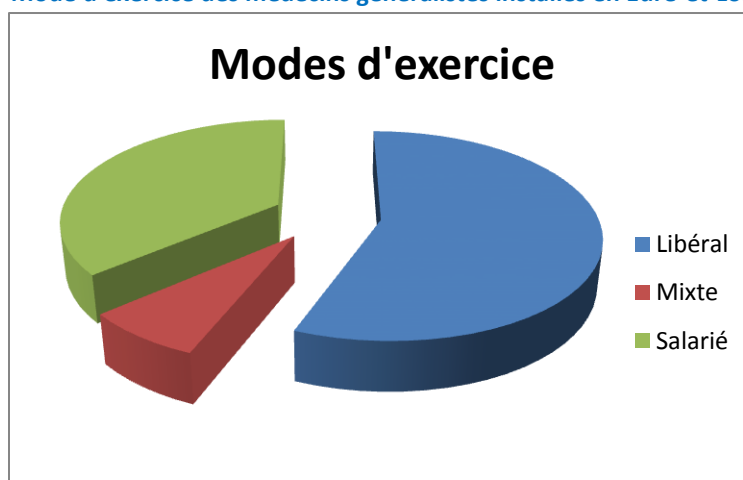
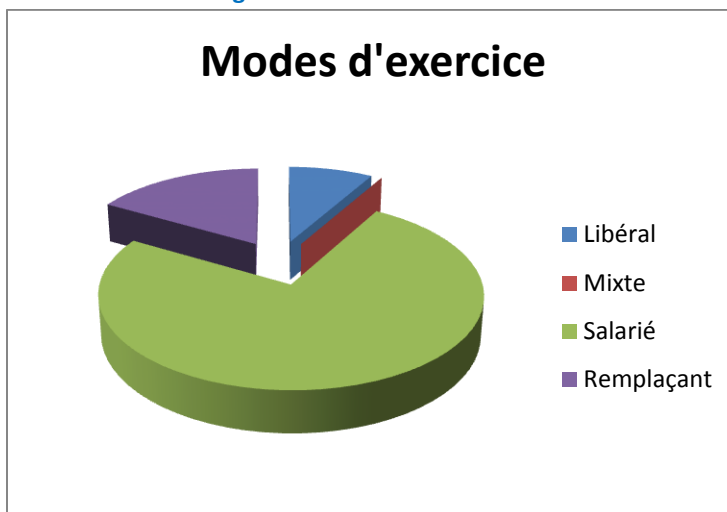


Figure 37. Les médecins généralistes nouvellement inscrits en Eure-et-Loir (2014)



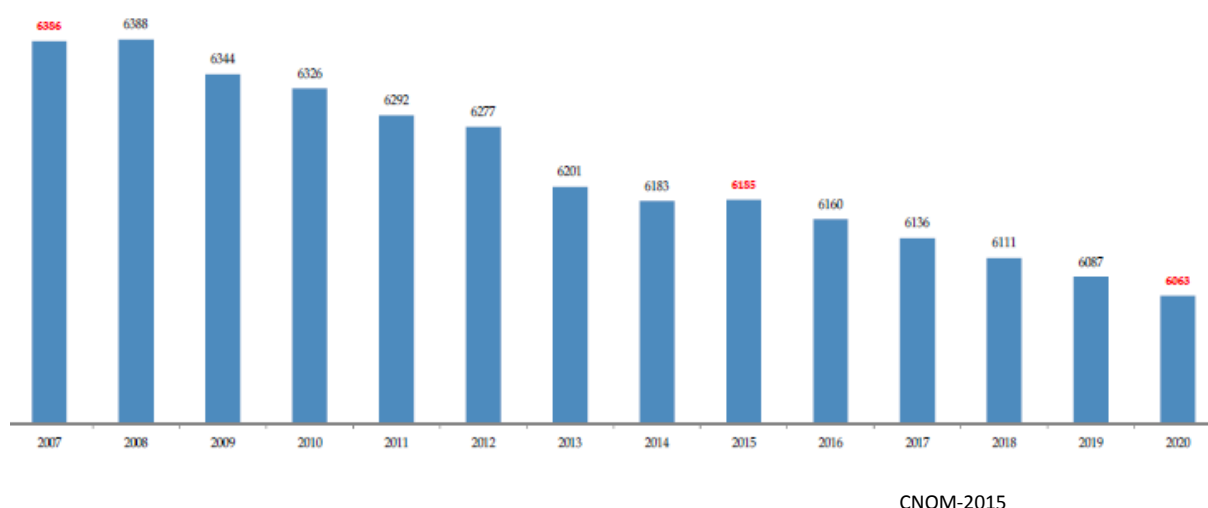
La médecine libérale (8.3%) connaît une baisse de popularité face au salariat (75%), qui, proposant de meilleures conditions économiques et sociales (féminisation de la profession, gestion administrative et amplitudes horaires moindres, etc...), séduit de plus en plus de médecins.

De plus, d'après le CNOM, chaque année, **25% des médecins diplômés en France ne s'inscrivent pas à l'ordre**, préférant au soin l'exercice d'autres professions (ex : journalisme, administration).

2.5.1.4. Evolution et perspectives

On constate sur la région Centre, une baisse significative des médecins en activité régulière. La région devrait encore connaître une diminution de -1.57% de son effectif dans les prochaines années (variation 2016-2020).

Figure 38. Les effectifs de l'observé à l'attendu 2007/2020



Ces résultats, issus du modèle de projection des médecins (CDOM), trouvent leur origine dans la démographie médicale actuelle et dans le pilotage réglementaire des effectifs d'étudiants en médecine.

Cette baisse s'est confirmée pour 5 des 6 départements que compte la région Centre.

Au sein de la région, seul l'Indre-et-Loire a une situation relativement favorable, notamment grâce à l'implantation de la faculté de médecine à Tours et à une bonne attractivité.



Figure 39. Les effectifs de l'observé à l'attendu des médecins en activité totale à l'échelle départementale (CNOM 2015)

La tendance se confirme depuis 2007 pour le département d'Eure-et-Loir. Toutefois, la projection concernant les médecins spécialistes en activité régulière dans l'Eure-et-Loir prévoit une augmentation de +4.2% (2015-2020) :

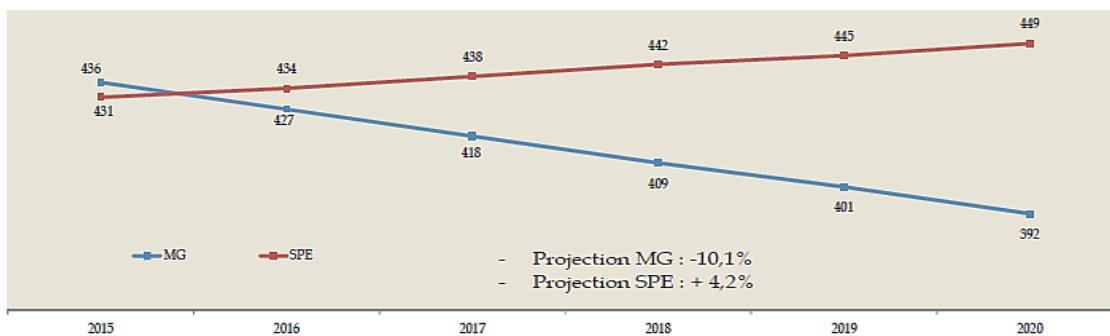


Figure 40. Le nombre des médecins généralistes et spécialistes en activité régulière à l'échelle départementale de l'Eure-et-Loir – L'attendu (source : CNOM 2015)

2.5.2. La démographie des infirmiers libéraux

Le bassin de vie d'Epervain recense la plus faible densité régionale : 0.8 infirmier contre 7.8 en moyenne régionale.

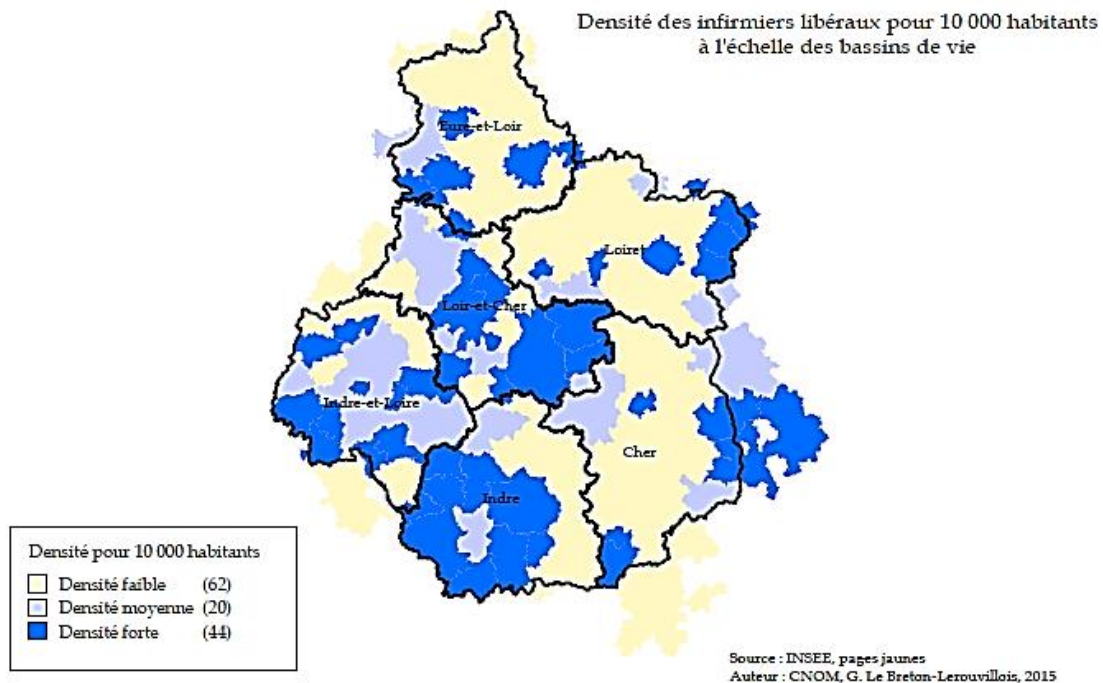


Figure 41. Densité des infirmiers libéraux pour 10.000 habitants à l'échelle des bassins de vie

2.5.3. Accessibilité aux Soins de premier recours

La carte ci-dessous (carte CNOM n°5) fait apparaître la situation de chaque bassin de vie en matière d'accès aux soins, en tenant compte de la densité des médecins généralistes, de leur âge, du taux de féminisation¹², de la densité des autres professions de santé et de variables sociodémographiques. L'Eure-et-Loir y apparaît comme le département de la région le plus défavorisé en matière d'accès aux soins.

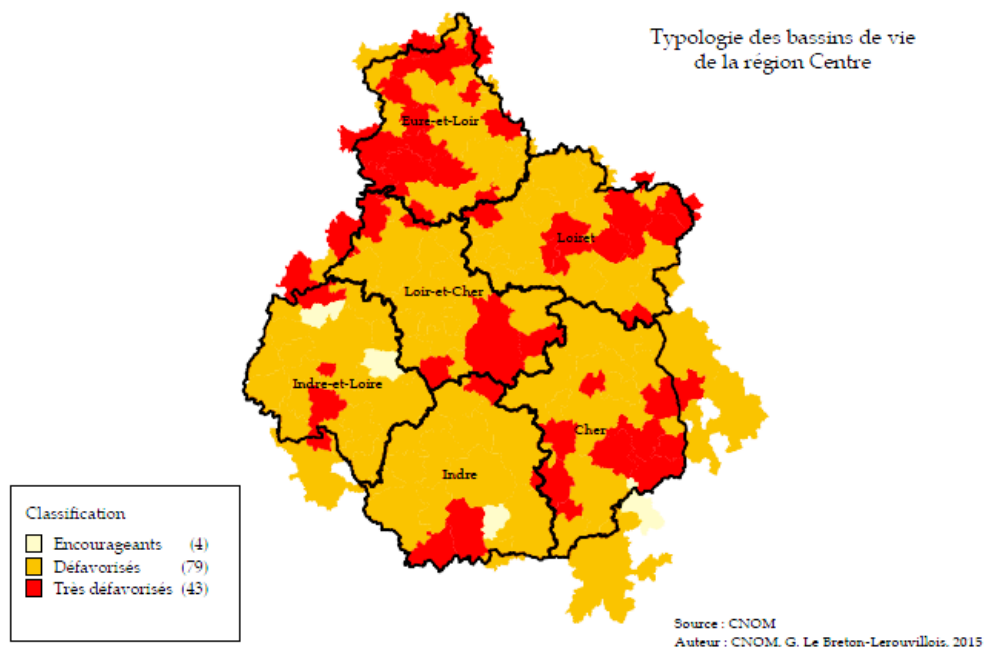


Figure 42. Typologie des bassins de vie de la région Centre - Val de Loire

¹² Le taux de féminisation croissant observé ces dernières années impacte l'activité globale de médecine générale en particulier en matière de conciliation vie privée/vie professionnelle.

	Très défavorisés	Défavorisés	Encourageants	Région Centre
Variables médicales				
Densité généralistes	4,7	7,2	11,6	7,3
Variations 2007-2015	-33,0%	-7,1%	42,1%	-13,3%
% de médecins généralistes de plus de 60 ans	31,6%	30,5%	26,8%	27,7%
% de médecins généralistes moins de 40 ans	4,5%	10,5%	35,4%	10,7%
Taux de féminisation	25,2%	33,2%	41,3%	34,3%
Taux d'exercice individuel	56,1%	52,6%	38,9%	46,6%
Densité autres professions de santé (pour 10 000 habitants)				
Infirmiers	8,1	7,3	14,1	12,6
Pharmacies	3,8	4,0	5,9	6,9
Kinésithérapeutes	4,0	5,3	6,6	10,4
Variables sociodémographiques *				
% population des retraités	28,3%	27,9%	28,9%	25,4%
% population de plus de 75 ans et plus	11,5%	11,6%	12,3%	10,2%
% chômeurs	34,4%	33,9%	34,7%	31,0%
% ouvriers/employés	32,5%	32,2%	32,2%	31,7%
Variation population 2007-2015	4,6%	4,3%	3,4%	4,0%

*: Sources INSEE 2010

Figure 43. Tableau de bord des bassins de vie de la région Centre - Val de Loire

2.5.4. Leviers pour remédier à la faible démographie médicale

Pour enrayer cette situation si difficile, le Ministère de la santé, ainsi que la CNAMTS ont lancé plusieurs plans d'incitation à l'installation, ainsi qu'un assouplissement de la réglementation sur les médecins collaborateurs.

On peut identifier les leviers suivants :

2.5.4.1. Création de Maisons de Santé Pluridisciplinaires

Avec un appui financier à l'investissement, de la part de l'Etat et du Conseil régional, ces MSP ont encouragé un exercice regroupé, modalité de travail qui attire les jeunes professionnels de santé.

Les MSP suivantes ont ouvert dans le département :

- 2011 : MSP de Coulombs et de Bailleau l'Evêque
- 2012 : MSP de Châteaudun, de Janville, la Loupe et Orgères-en-Beauce
- 2013 : MSP de Bonneval et Senonches
- 2015 : MSP de Courville- Fontaine la Guyon
- 2016 : MSP des Bâtes à Dreux et MSP de Maintenon
- 2017 : ouverture de la MSP de Nogent-le-Rotrou et prochainement Cloyes-sur-le-Loir
- Projets financés, en attente de construction : Saint Piat (antenne de Maintenon), Nogent le Phaye
- Projets en réflexion avancée : Villages vovéens

Il existe aussi des exercices regroupés, non labellisés MSP, mais dans lesquels des praticiens travaillent de façon rapprochée.

2.5.4.2. Le dispositif « Praticien Territorial de Médecine Générale »

Ce dispositif a également incité quelques praticiens à s'installer dans le département : il assure un revenu de base durant deux ans maximum, versé par l'ARS sur justificatifs et dégressif au fur et à mesure que la clientèle du praticien s'étoffe.

Sa signature est réservée à un exercice situé dans une zone dite « prioritaire » caractérisée par une offre médicale insuffisante.

Depuis la mise en place du dispositif, **7 contrats PTMG** ont été signés pour le département.

2.5.4.3. Possibilité pour des étudiants en médecine non thésés de devenir « adjoints de médecins »

Cette faculté résulte d'une interprétation assouplie des articles L 4111-1 et L 4131-2 du CSP quant à la notion d'afflux massif de population. Pour rappel, l'article L 4111-1 pose le principe selon lequel :

« *Nul ne peut exercer la profession de médecin (...) s'il n'est :*

1° Titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné aux articles L. 4131-1, L. 4141-3 ou L. 4151-5 ; (...) »

L'article L 4131-2 permet cependant de déroger à titre exceptionnel à ce principe en autorisant « à exercer la médecine, soit à titre de remplaçant d'un médecin, soit comme adjoint d'un médecin en cas d'afflux exceptionnel de population, constaté par un arrêté du représentant de l'Etat dans le département, les personnes remplissant les conditions suivantes :

1° Avoir suivi et validé la totalité du deuxième cycle des études médicales en France ou titulaires d'un titre sanctionnant une formation médicale de base équivalente, délivré par un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ;

2° Avoir validé au titre du troisième cycle des études médicales en France un nombre de semestres déterminé, en fonction de la spécialité suivie, par [...] décret (...) »

Tel qu'il est rédigé, ce second article ne paraissait pas permettre le recours à des médecins non thésés pour pallier la désertification médicale de l'Eure-et-Loir. Pourtant, sur le terrain, une désertification médicale et un afflux massif de population ont en commun la même conséquence de dépasser les capacités des professionnels de santé à répondre aux besoins des patients.

Aussi la Délégation départementale de l'ARS en Eure-et-Loir, le Conseil départemental de l'Ordre des médecins et les représentants des médecins libéraux ont-ils pris l'initiative d'une intervention après du ministère de la santé, avec le ferme soutien de députés locaux.

Il en est résulté une instruction ministérielle du 24 novembre 2016 émanant de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé, interprétant « *l'afflux exceptionnel de population* » comme *l'exercice dans des zones caractérisées par une situation de déséquilibre entre l'offre de soins et les besoins de la population, générant une insuffisance voire une carence d'offre de soins, dans une ou plusieurs spécialités. Cette interprétation a pour objectif de prendre en considération l'intérêt de la population.*

Sur ce fondement et sur proposition de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire, le Préfet d'Eure-et-Loir a pris, le 9 janvier 2017, un arrêté permettant au Conseil départemental de l'Ordre des médecins d'autoriser des étudiants en médecine ayant validé le 2^{ème} cycle des études médicales et un nombre de semestres déterminé par spécialité au titre du 3^{ème} cycle, à exercer la médecine en tant qu'adjoints d'un médecin.

2.6. Offres de soins et d'accompagnement (travaux dans le cadre des parcours)

Depuis l'écriture du Schéma régional de l'Offre de Soins en 2011, l'offre départementale a considérablement évolué :

- ⇒ Réduction des capacités hospitalières
- ⇒ Développement du virage ambulatoire
- ⇒ Restructuration de l'offre départementale en court et moyen séjour
- ⇒ Travaux menés dans le cadre du plan ONDAM

2.6.1. Des capacités hospitalières réduites

Le tableau page suivante synthétise ces diminutions :

197 lits ont été fermés depuis 2 ans dans le département, touchant les disciplines de médecine, chirurgie, SSR., avec redéploiement partiel en ambulatoire, dont 164 lits MCO sur un total de 1121 lits MCO (14,6 % des capacités).

Des réductions supplémentaires sont possibles en médecine et en chirurgie. Toutefois, il convient de conserver une capacité de déploiement rapide de lits en cas d'épidémie ou de crise sanitaire majeure.

Figure 44. Diminution des capacités hospitalières en Eure-et-Loir

CH	Fermetures lits	Redéploiement vers	Virage ambulatoire	Commentaires
Châteaudun	24 lits de médecine (cardio et gastro) entre 2015 et 2016	Regroupement des places d'HDJ ; développement des CS- amélioration de la qualité hôtelière des chambres (1 lit) Perspective de polyvalence accrue dans les lits de médecine (moins de spécialisation) Certains lits fermés ont été réorientés vers de la Médecine gériatrique aigue	Fermeture d'une salle de bloc pour améliorer l'organisation des urgences 100 % de la chirurgie est en ambulatoire Il reste des séjours > à 1 jour	Activité en chirurgie trop faible ; à développer Réorientations conformes à la fois aux nécessités du CREF et aux attendus d'un CH de proximité
Nogent le Rotrou	non	SO	100 % de la chirurgie est ambulatoire, avec un bon niveau d'activité	Il ne serait pas pertinent de fermer des lits de médecine ; le récent épisode de grippe a démontré le besoin de lits pour accueillir des PA atteintes d'IRA et autres (installation d'un 3 ^{ème} lit dans des chambres)
Chartres	non	SO	Création d'un HDJ oncologie (24 places ; extension à 30 possible), par regroupement de lits disséminés dans les services 15 pl seulement de CA	Accroître la visibilité de l'activité d'oncologie au CH et structurer l'organisation de cette activité Taux de CA 2016 : 37 % (cible régionale : 54 %) Le CH n'a pas pris le virage ambulatoire dans ses pratiques professionnelles
CRF Beaurouvre	Suppression de 33 lits de SSR polyvalents au 1/01/2017	Projets non validés par l'ARS (ETP, Cs, HDJ, équipe mobile..)	Création d'un HDJ de 15 places sur le site du CH de Chartres depuis 2015 par redéploiement de lits d'HC	Viser des rééducations plus actives
Hôpital Privé d'Eure-et-Loir	Fusion avec la clinique ND Bon Secours au 01/01/2017		Les 95 lits de chirurgie de NDBS n'ont pas été transférés à SF. La totalité de l'activité s'effectue soit dans les lits existants, soit en ambulatoire : + 10 places	Orientation sur de la chirurgie spécialisée, pour la plupart à réhabilitation rapide (circuits très courts et courts)
CH Dreux	Oui, 42 lits fermés en 2014-2016 (surtout lits de médecine)	Création d'un HDJ médecine	Activité de CA installée depuis plusieurs années	Taux de CA 2016 : 54 % (atteinte de la cible régionale)

2.6.2. Développement du virage ambulatoire

Chaque fois que c'est médicalement possible, les modalités de prise en charge en hôpital de jour sont à renforcer, à la fois au bénéfice de l'utilisateur (confort du retour à domicile, réduction du risque d'infections nosocomiales) et de l'établissement (se recentrer sur le soin et non sur une prestation hôtelière).

2.6.2.1. La chirurgie ambulatoire en plein essor

Le taux national de recours à la chirurgie était de 94,4 séjours pour 1 000 habitants en 2015.

En 2014, il y avait autant de recours à la chirurgie en hospitalisation complète qu'en chirurgie ambulatoire : 47,1 et 47,1 séjours pour 1 000 habitants.

La « bascule » en faveur de la chirurgie ambulatoire s'est faite en 2015 où le taux national 2015 de chirurgie ambulatoire est passé à 51,9 %. Ce taux est calculé sur les « 55 gestes marqueurs » et non sur la totalité des actes de chirurgie.

Le taux attendu 2016 était de 54,7 % et la perspective 2020 est établie à 66,2 %. Pour mémoire, dans les pays d'Europe du Nord, ce taux était déjà à plus de 65 % en 2012.

L'ARS, par le biais de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), a proposé un appui méthodologique aux hôpitaux pour œuvrer dans cette direction.

Les établissements du département ont atteint en 2016 les taux suivants :

- Chartres : 35,5 %
- Dreux : 53,6 %
- Clinique Saint François : 58%

Parallèlement, l'hospitalisation à domicile est une modalité d'hospitalisation à développer.

2.6.2.2. Le développement de l'hospitalisation à domicile

Le territoire eurélien est actuellement couvert par une autorisation d'effectuer cette activité détenue depuis avril 2016 par l'ASSAD-HAD (antérieurement : HAD Val de France).

Alors que cette modalité se développe en France, elle a été en diminution en 2015 dans la région. Cette baisse s'explique partiellement par des suivis liés à la périnatalité qui ne sont désormais plus autorisés en HAD (dispositif PRADO maternité en substitution).

Les patients pris en charge en HAD en région Centre -Val de Loire en 2015 ont le profil suivant :

« Près d'un patient sur 2 a plus de 75 ans et 1 patient sur 4 plus de 85 ans. L'âge moyen a augmenté d'une année en 2015. Le sexe ratio est en faveur de l'homme (lié à l'importante activité de cancérologie). **La dépendance s'aggrave pendant le séjour**, entre la première séquence et la dernière séquence de l'année.

Hors grossesses et nouveau-nés, **près d'1/3 des journées d'HAD en 2015 concerne des pathologies cancéreuses** ; proche du national.

La 1^{ère} activité en journées concerne **les pansements complexes** (29 % des journées, 19 % des patients), en augmentation en nombre de patients. Le nombre moyen de jours par patient est élevé (56 jours vs 37 jours pour la totalité de l'HAD).

L'activité de **soins palliatifs concerne ¼ de l'activité** (26 % de patients et 25 % des journées) : 72 patients de plus pris en charge en moyenne 35 jours (? sur quelle période ? plus par rapport à quel chiffre ? Pourcentage d'augmentation ?) . **En augmentation par rapport à 2014, l'activité de l'HAD soins palliatifs permet à plus de 6 patients en fin de vie sur 10 de mourir à leur domicile** (+ 2 % par rapport à 2014, rapport UREH Soins Palliatifs 2015).

On peut en rapprocher **les prises en charge de la douleur**, en augmentation (5 % des patients, souvent des patients cancéreux et/ou en soins palliatifs) avec un nombre moyen de jours par patient plus faible (16 j.)

Les soins de nursing lourds représentent près de 8 % des patients et 12 % des journées avec une diminution importante (respectivement – 26 % et – 20 %). Ils concernent des pathologies variées : cancers, ulcères, patients neurologiques ou grabataires, fractures...

La nutrition entérale et parentérale, et les traitements intraveineux représentent environ 13 % de l'activité en journées (n = 22 000) et patients (n = 600). Ils comprennent des traitements très longs (75 jours en moyenne) pour la nutrition parentérale, activité en progression.

L'assistance respiratoire baisse et touche à peine une centaine de patients pour des séjours très longs (73 jours).

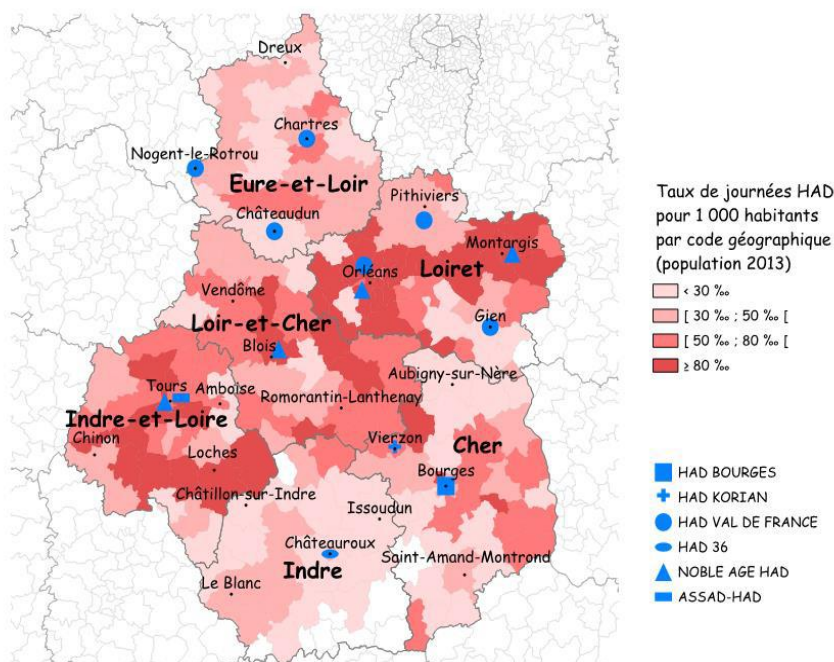
Les autres traitements, en augmentation, concernent 137 patients nécessitant un suivi médico-soignant spécifique pour des traitements exceptionnels ou peu fréquents (33 jours/patients en 2015).

La prise en charge post chirurgicale après une baisse en 2013 et 2014 est en forte augmentation en 2015 (+ 1800 jours et + 65 patients). Un nouveau Mode de Prise en charge Principal (MPP) « sortie précoce de chirurgie » a été créé au 1er mars 2016.

La chimiothérapie anticancéreuse à domicile et la surveillance post-chimiothérapie touchent peu de patients (< 2 %) et n'augmentent pas. L'HAS a émis des recommandations en 2015 pour encourager le développement de la chimiothérapie en HAD » (Rapport FNEHAD 2015-2016).

On constate que le taux de recours à l'HAD en Eure-et-Loir est bien moindre que dans les autres départements de la région.

Figure 45. Taux standardisé de recours en journées HAD de la région Centre - Val de Loire -2015



Taux départementaux de recours à la HAD :

Indre 24 %	Cher 40 %	Indre-et-Loire 77 %
Eure-et-Loir 33 %	Loir-et-Cher 71 %	Loiret 87 %

Il existe aussi une marge de progrès pour l'intervention de l'HAD en EHPAD dans le département : en moyenne de 7 % au niveau régional, elle n'était que 3% en 2015 en Eure-et-Loir.

2.6.3. La restructuration de l'offre de soins

Outre l'évolution capacitaire des établissements déjà évoquée supra, on observe que le paysage sanitaire a évolué depuis le début du SROS dans le département :

- Délocalisation du SSR en endocrinologie et diabétologie « Les Sorbiers », sis à Jallans : construction d'un bâtiment neuf à Mainvilliers en février 2016 et extension de la capacité, passée de 40 lits à 99 lits et 15 places d'hôpital de jour).
- Transfert et extension de l'hôpital de jour du SSR de Beaurouvre (15 places) sur un site voisin du CH de Chartres en mai 2016.
- Fusion des cliniques Notre Dame du Bon Secours et clinique Saint François au 1^{er}/01/2017 : implantation sur le site de Saint François de la totalité de l'activité chirurgicale et médicale. Le site de Bon Secours ne conserve qu'une activité administrative et de consultations externes.

Par ailleurs, la mise en œuvre du GHT au 1^{er} juillet 2016 va contribuer aussi à structurer l'offre de soins dans le département.

2.6.3.1. Le GHT d'Eure-et-Loir

A/ Le Cadrage

Le GHT a été instauré par la loi de modernisation de notre système de santé qui précise « qu'il a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un Projet Médical Partagé garantissant une offre de proximité ».

Dès les travaux préparatoires de la loi, les établissements hospitaliers publics d'Eure-et-Loir avaient mis en place un Comité stratégique préfigurateur, ainsi qu'une assemblée commune des Commissions médicales d'établissement pour lancer officiellement le processus d'élaboration du Projet Médical Partagé.

B/ Les objectifs d'Eure-et-Loir

Le GHT d'Eure-et-Loir a défini les 8 grandes orientations stratégiques :

- **Objectif n° 1** : organiser une offre graduée sur le territoire Eure-et-Loir en garantissant une offre de qualité et de sécurité des soins selon trois niveaux de prise en charge : de proximité, de référence, et de recours.
- **Objectif n° 2** : organiser la répartition des ressources médicales.

- **Objectif n° 3** : identifier et organiser les parcours des soins dans le cadre des filières de prise en charge.

Chaque filière rassemblant les professionnels de chaque établissement définit son projet médical de filière tout en garantissant les complémentarités et interactions qui existent entre elles. Dans ce cadre, 25 filières ont été identifiées :

- Anesthésie,
- Biologie et anatomopathologie,
- Cardiologie,
- Chirurgie : vasculaire, urologique, viscérale et orthopédique,
- Dermatologie,
- Education thérapeutique,
- Endocrinologie-diabétologie,
- Gastro-entérologie,
- Gériatrie (court séjour, HDJ) et soins de suite et de réadaptation,
- Gynécologie obstétrique sénologie orthogénie,*Infectiologie, antibiothérapie,
- Imagerie médicale,
- Médecine polyvalente,
- Néphrologie, insuffisance rénale chronique,
- Neurologie,
- Oncologie,
- ORL, Tête et cou, Ophtalmologie,
- Pédiatrie (dont oncologie pédiatrique),
- PMA
- Pneumologie (association de la chirurgie thoracique),
- Réanimation,
- Rhumatologie et médecine interne,
- Soins palliatif.

ET

- **une filière psychiatrie** qui définit son projet psychiatrique de territoire en relation avec les autres filières concernées.

Cette filière comprend notamment la psychiatrie addictologie, la psychiatrie adulte et infanto-juvénile, la géronto-psychiatrie, l'autisme, la psychiatrie de liaison, les urgences psychiatriques, l'addictologie de liaison, l'équipe mobile psychiatrie précarité, la prise en charge des détenus, la prise en charge des troubles alimentaires.

- **Une filière structurée de prise en charge des urgences** en interrelations avec les autres filières (urgences psychiatriques, équipe mobile de gérontologie, équipe mobile de soins palliatifs), qui s'appuie sur un réseau formalisé par une convention définissant des objectifs communs et organisant la prise en charge coordonnées de l'urgence sur le territoires entre les établissements de Chartres, Châteaudun, Dreux et Nogent-le-Rotrou.

Cette filière tend à poursuivre le déploiement d'un maillage territorial déjà existant entre Dreux et Chartres grâce à un SAMU 28 basé au centre hospitalier de Dreux, en le développant à l'échelle de tous les établissements parties du GHT.

- **Objectif n° 4** : conforter et développer la coopération ville-hôpital.
- **Objectif n° 5** : développer la coopération : l'objectif est d'améliorer l'articulation des prises en charges médicales, médico-sociales et sociales et favoriser la fluidité des parcours des patients.
- **Objectif n° 6** : organiser les missions de recherche, d'enseignement et de gestion de la démographie médicale en lien avec le CHU de la région Centre-Val de Loire et les Centres Universitaires et de recherche référents.

- **Objectif n° 7** : développer les actions de prévention, d'éducation pour la santé et de prise en compte des maladies chroniques.
- **Objectif n° 8** : développer les actions de prise de compte des personnes souffrant de handicap afin de favoriser leur accueil au sein des établissements publics de santé parties du GHT.

C/ Le CH de Chartres désigné « Etablissement support du GHT d'Eure-et-Loir »

La Loi précise que, dans un GHT, les établissements hospitaliers doivent désigner un « établissement support » qui doit assurer les 4 fonctions suivantes pour le compte de l'ensemble des établissements du GHT :

- la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un **système d'information** hospitalier convergeant, en particulier la mise en place d'un **dossier « patient »** permettant une prise en charge coordonnée des patients ;
- la gestion d'un département de **l'information médicale** de territoire ;
- la fonction « **achats** » ;
- et la **coordination des instituts et des écoles** de formation paramédicale du GHT et des plans de **formation continue** et de **développement professionnel continu** des personnels des établissements du GHT.

En Eure-et-Loir, le CH de Chartres a été désigné « établissement support » du GHT.

D/ La Convention constitutive

Le GHT d'Eure-et-Loir a fait l'objet d'une Convention constitutive signée entre tous les établissements hospitaliers publics du département.

Dans un 1^{er} temps, Madame la Directrice Générale de l'ARS a approuvé le périmètre du GHT, c'est-à-dire la désignation de l'ensemble des Centres hospitaliers qui le composent, par arrêté daté du 1^{er} juillet 2016. Puis, dans un 2^{ème} temps, la DG ARS a approuvé la Convention constitutive du GHT d'Eure-et-Loir par arrêté du 31 août 2016.

Initialement, le Centre Hospitalier Henri Ey de Bonneval n'a pas souhaité intégrer le GHT d'Eure-et-Loir et ses instances ont demandé à bénéficier d'une dérogation d'adhésion. Cette demande a été refusée aux motifs que le Centre Hospitalier de Bonneval ne remplissait pas des critères de spécificité tels que son adhésion pourrait être empêchée. Les concertations entreprises au sein du Centre Hospitalier et avec les autres Centres Hospitaliers déjà membres du GHT, et en particulier le Centre Hospitalier de Chartres désigné comme « établissement support du GHT », ont permis que le CH Henri Ey adhère au GHT d'Eure-et-Loir fin octobre 2016. Cette adhésion a fait l'objet d'un avenant n° 1 à la convention constitutive, validé par arrêté de la DG ARS début novembre 2016.

E/ Le Projet Médical Partagé

Point de situation au 21/03/2017 :

Les établissements hospitaliers publics membres du GHT ont travaillé sur l'ensemble de l'année 2016 à l'élaboration du Projet Médical Partagé sur la base des 26 filières identifiées (cf. point 1-2/objectif n° 3). L'objectif était de rendre un pré Projet Médical Partagé avec les grandes orientations stratégiques pour le 31/12/2016. Ce document a été examiné par le Comité

stratégique du GHT le 16/12/2016, il a été adressé ensuite pour avis à la Direction Générale de l'ARS.

L'avis de l'Agence Régionale de Santé Centre - Val de Loire :

L'avis de l'ARS a été notifié à l'ensemble des établissements hospitaliers, et a fait l'objet d'un arrêté d'approbation en date du 14 mars 2017 (Avenant n° 2 à la convention constitutive du GHT d'Eure-et-Loir).

Prochaine échéance :

Les établissements hospitaliers ont maintenant jusqu'au 30 septembre 2017 pour achever la rédaction du Projet Médical Partagé en passant des grandes orientations stratégiques aux axes opérationnels.

2.6.3.2. Les travaux menés dans le cadre du plan Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM)

Il est demandé aux ARS de travailler avec les établissements de santé dans une perspective de maîtrise des dépenses de santé. Il s'agit moins d'une démarche de stricte maîtrise budgétaire des hôpitaux, que d'impact sur les dépenses nationales d'assurance maladie.

Ainsi, il est demandé aux hôpitaux de travailler sur leurs modalités de prescription des transports sanitaires, bloc de dépenses relevant de l'enveloppe dite « de ville » et non des dépenses hospitalières.

En ce qui concerne les dépenses hospitalières, les axes de travail portent notamment sur la politique des achats, les prescriptions de médicaments, la maîtrise de la masse salariale. Pour satisfaire ces objectifs, il est attendu des réflexions internes des établissements sur leurs modalités de travail. Ainsi, des analyses sont faites sur la pertinence des actes chirurgicaux et une alerte est notifiée lorsque certains sont pratiqués en nombre excessif au regard des références nationales.

Le plan d'action pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS), concerté avec l'assurance maladie, objectif d'après des données de l'ATIH, et soutenu par des recommandations de bonnes pratiques de la HAS a sélectionné 3 gestes parmi 33 au niveau national :

- Les césariennes programmées,
- La chirurgie bariatrique,
- La chirurgie du rachis (cf. annexe 11).

Pour réduire les écarts observés, deux types d'actions correctives ont été proposés aux établissements et professionnels de santé : la contractualisation avec des objectifs qualitatifs et la mise sous accord préalable (MSAP).

En Eure-et-Loir, 2 établissements ont ainsi fait l'objet d'une MSAP en matière de chirurgie ambulatoire, exérèse de lésions sous-cutanées et d'accès vasculaire, et un SSR en matière de prothèse de hanche.

Accompagnement et suivi sont réalisés pour les établissements ayant un taux de recours important à la césarienne. L'Eure-et-Loir n'est pas concerné par cette procédure. La MSAP constitue un levier pour le développement de la chirurgie ambulatoire.

Des mesures de dégressivité tarifaire ont également été appliquées aux hôpitaux. Les gestes concernés pour le département sont les suivants : amygdalectomies, interventions en urologie, cholécystectomies et interventions digestives.

De la même manière, les séjours excessivement longs sont analysés :

L'ATIH (Agence technique de l'Information sur l'Hospitalisation) effectue un retraitement des données PMSI des établissements de santé, et extrait les séjours dits en « borne haute », c'est-à-dire d'une durée supérieure à la moyenne nationale des séjours. Ces données sont pondérées par le degré de sévérité de l'état des patients pris en charge (gradation de 1 à 4 en médecine et chirurgie, avec un niveau 1 sans sévérité significative ou sans comorbidité associée et un niveau 4 avec au moins 3 comorbidités associées). Pour l'activité de gynéco-obstétrique, il existe 4 niveaux également : de A à D.

On constate en Eure-et-Loir, sur les années 2013 à 2015:

	Nbre total de séjours en borne haute	Dont de sévérité 1	Avec un excédent de durée de séjour de x jours en S1
2013	1070	468	3,9 j pour une DMS de 12 j
2014	1110	527	3,9 j / 11,8
2015	925	369	4 j / 12

Figure 46. Les séjours longs en Eure-et-Loir

S'il est peu envisageable d'agir sur les durées des séjours de sévérité 3 et 4, il est en revanche possible d'agir sur ceux de sévérité 1 ou 2, en analysant les raisons de cette longueur excessive. Les deux hôpitaux de référence du département sont sensibilisés au fait qu'on y recense des durées de séjour trop longues (> à 1) au regard de la moyenne des établissements français de même catégorie :

IPDMS Chartres : médecine : 2015 : 1,018 ; chirurgie : 1,088 (valeurs 2015)

IPDMS Dreux : médecine : 1,07 ; chirurgie : 0,967 (valeurs 2015)

Ils mènent par conséquent des actions d'amélioration sur ce sujet en assurant la mise en place de bonnes pratiques. Ainsi, le CH de Dreux a créé une commission des séjours longs, qui analyse ces dossiers en identifiant des pistes de progrès : recourir à l'HAD, fluidifier le parcours en SSR, renforcer le travail social pour faciliter le retour à domicile.

Ce tableau synoptique présente une synthèse de l'offre de soins hospitalière d'Eure-et-Loir :

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> Bonne répartition territoriale des ES (Etablissements de santé), permettant aux euréliens d'accéder à une offre hospitalière de 1^{er} niveau à proximité Offre ambulatoire croissante, au bénéfice des patients : HJ d'oncologie à Chartres (CH) ; essor de la chirurgie ambulatoire à l'Hôpital privé d'Eure et Loir, à Dreux, à Nogent le Rotrou Modernisation des plateaux techniques : HP d'Eure et Loir, HJ de réadaptation de Beaurouvre, Institut de Nutrition et de Diabétologie du Centre Intégration de la psychiatrie dans le GHT, permettant une continuité soins somatiques / soins psychiatriques 	<ul style="list-style-type: none"> Peu de filières de prises en charge construites Difficultés économiques des ES, limitant les possibilités d'investir Peu de relations avec le secteur médico-social Un outil « GHT » insuffisamment compris et approprié
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> Une offre de soins en cancérologie à consolider : bonne PEC en sénologie, urologie, gastroentérologie...avec possibilité de chimio et radiothérapie sans déplacements hors 28 Des marges de progrès sur certaines DMS, pour mieux fluidifier les sorties, retours à domicile... Des travaux pertinents menés sur les sorties : médiatrices de sortie, mobilisation de l'HAD à développer,... 	<ul style="list-style-type: none"> Concurrence entre communautés médicales hospitalières Démographie médicale difficile, y compris pour les ES Manque de communication ville/hôpital (médecins)

L'état des lieux de la santé de la population eurélienne et de l'offre de soins et d'accompagnement à sa disposition ne serait pas complet s'il n'était fait un focus sur les publics les plus vulnérables : les personnes âgées et les personnes handicapées.

2.7. Point sur la politique publique en faveur des personnes âgées

2.7.1. Données populationnelles

- Un département plutôt jeune mais avec des territoires contrastés

Si l'Eure-et-Loir dispose, comparativement aux autres départements de la région Centre – Val de Loire, d'une **population relativement jeune, sa répartition sur le territoire est très contrastée**. En effet, le vieillissement du sud-ouest du département (les zones de NOGENT LE ROTROU et CHATEAUDUN) est plus prononcé et est même supérieur à la moyenne régionale. A l'inverse, les zones d'emploi de CHARTRES et surtout de DREUX sont les zones géographiques les plus jeunes de toute la région Centre – Val de Loire (1^{ère} et 3^{ème} positions pour DREUX et CHARTRES).

Ce contraste démographique des territoires s'accompagne également d'un contraste socio-économique puisque les deux bassins les plus âgés (CHATEAUDUN et NOGENT LE ROTROU) sont également les zones où le revenu fiscal médian des 75 ans et plus est le plus faible et où les fragilités économiques des plus de 55 ans sont les plus fortes.

- **Fragilité socio-économique des plus de 55 ans par EPCI en 2015**

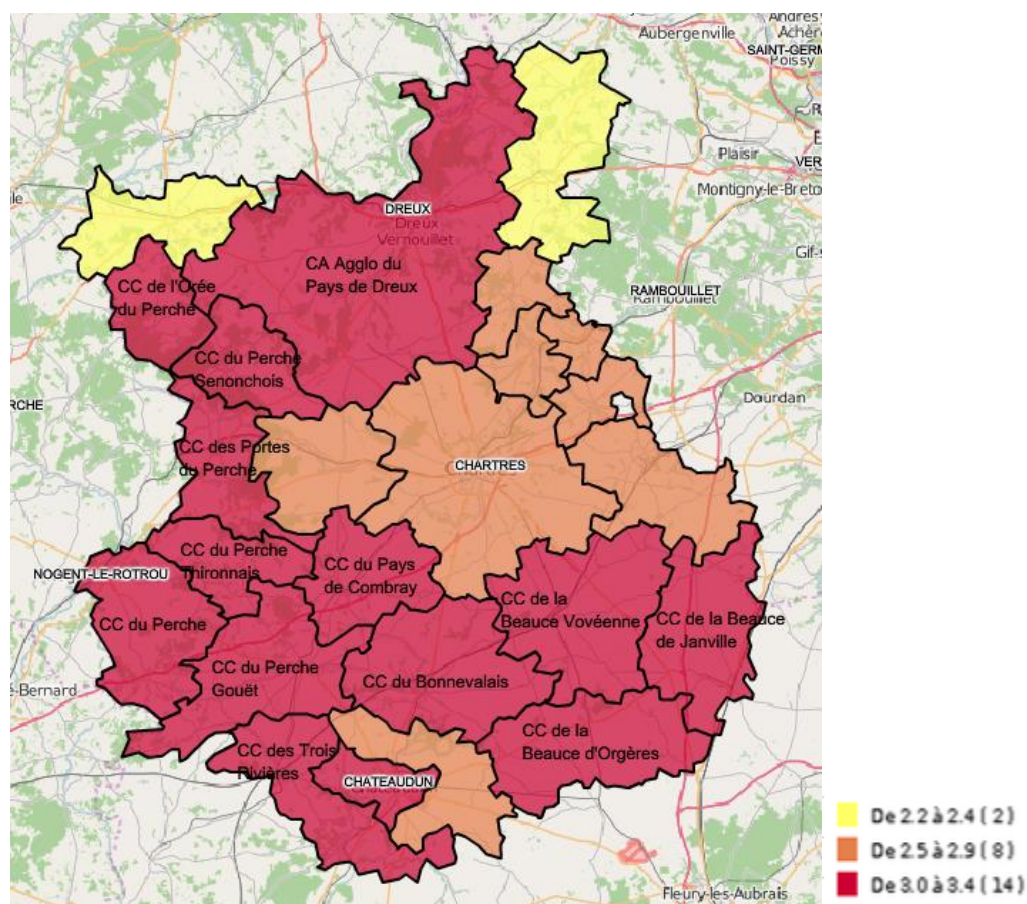


Figure 47. Score de fragilité socio-économique 55 ans et plus

- **Une population âgée plus autonome en comparaison avec la population âgée au niveau national**

Score d'autonomie moyen au sein de la pop. + de 60 ans

Score d'autonomie moyen au sein de la pop. + de 75 ans

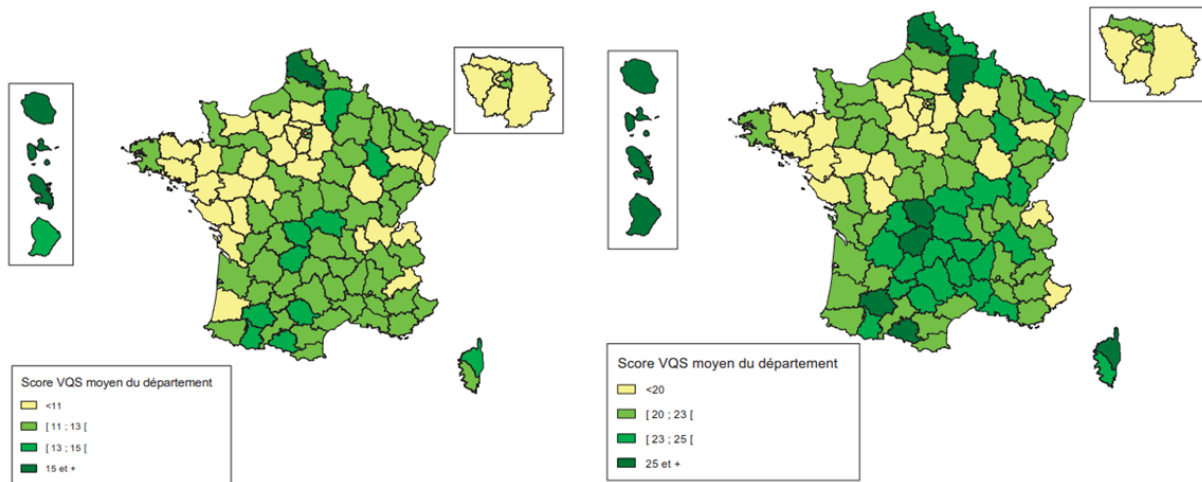


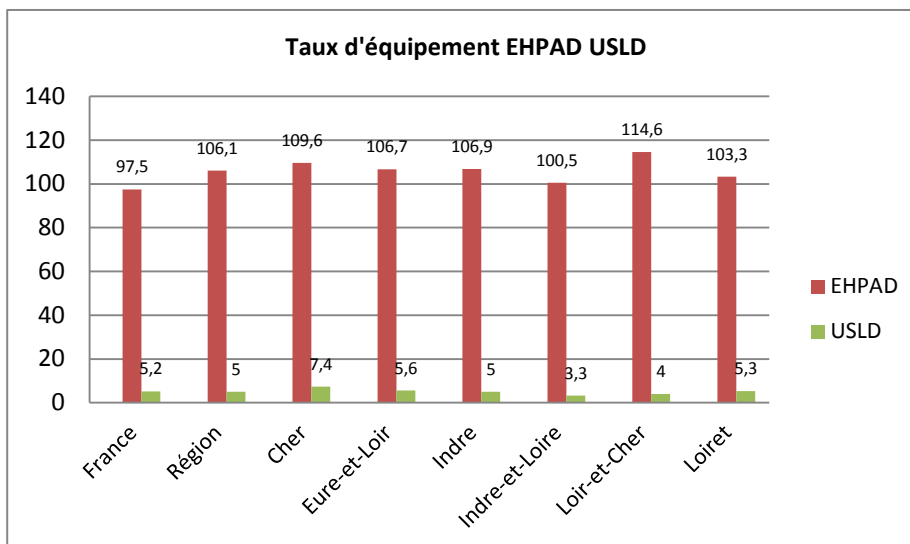
Figure 48. Scores d'autonomie moyens par département

Selon une enquête effectuée en 2014 par le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, les populations âgées de 60 ans et plus et de 75 ans et plus en Eure-et-Loir sont globalement plus autonomes que la reste du territoire français.

2.7.2. Données sur l'offre

- **Les taux d'équipement**

Figure 49. Taux d'équipement en EHPAD et USLD



Le département dispose d'un équipement EHPAD-USLD satisfaisant voire légèrement supérieur aux besoins départementaux à l'ouest et au sud (quelques places vacantes). A l'inverse, la zone de CHARTRES reste soumise à des tensions en raison de problèmes d'accessibilité tarifaire (forte proportion d'EHPAD non habilités à l'aide sociale).

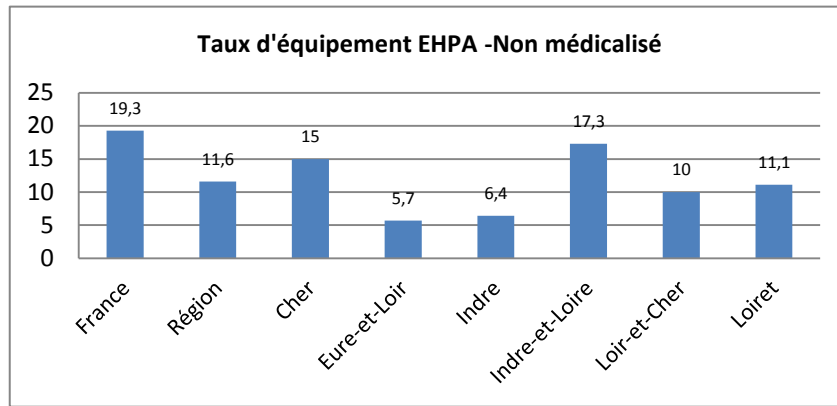


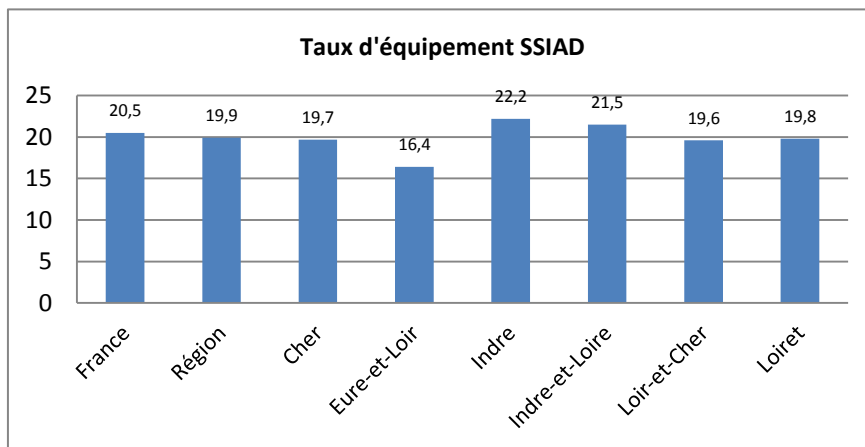
Figure 50. Taux d'équipement EHPA non médicalisés

Parmi cet équipement, sont comptabilisés 13 PASA et 2 UHR.

L'offre apparente est inférieure aux moyennes régionale et nationale. Cependant, trois points d'attention :

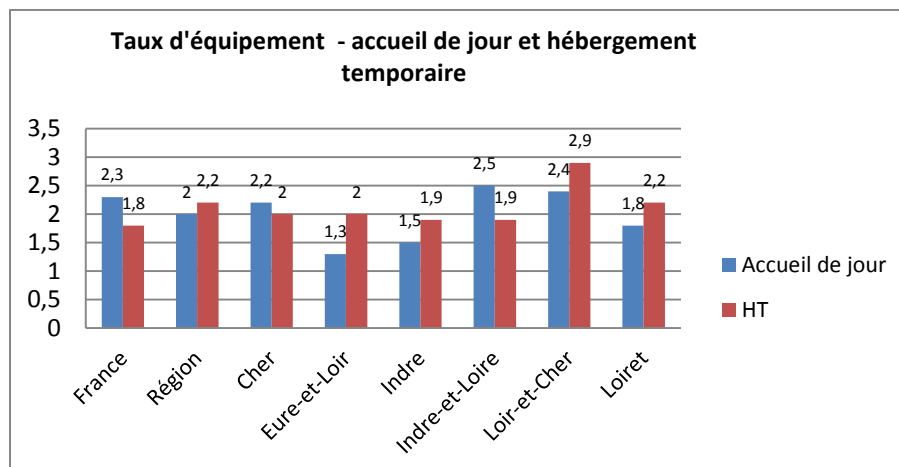
- Pas de remontée de besoins particuliers par les MDA de territoire
- Inscription aléatoire de l'offre dans les fichiers FINESS et CNSA (travail en cours ARS-CD de fiabilisation de l'offre)
- Forte politique de développement départemental de l'offre en matière de résidences-services et de logements adaptés (« Euréliales »)

Figure 51. Taux d'équipement SSIAD



Malgré un doublement de l'offre en dix ans, l'équipement d'Eure-et-Loir reste très inférieur aux moyennes régionale et nationale. Il comprend néanmoins 4 équipes de soins « Alzheimer » (ESA) couvrant tout le territoire.

Figure 52. Taux d'équipement en accueil de jour et hébergement temporaire



L'équipement départemental est nettement inférieur aux moyennes régionale et nationale. Toutefois, la MDA et les EHPAD font remonter un paradoxe : il est souvent exprimé le besoin d'un accueil alternatif tandis que les places autorisées sont sous-occupées.

- **La dépense publique**

Figure 53. Répartition des dépenses médico-sociale pour les 75 ans et plus

Types de dépenses	18 Cher	28 Eure-et-Loir	36 Indre	37 Indre-et-Loire	41 Loir-et-Cher	45 Loiret	Région Centre - VdL	France
Dépense « enveloppe médico-sociale » en € par hab 75 ans et + - 2015	1705	1839	1756	1566	1898	1679	1720	1579
Dépenses USLD en par hab. 75 ans et + - 2015	230	163	173	73	127	163	147	168
Dépenses APA 2012 en € par hab. 75 ans et + - 2012	139.3	130.3	136	128	141	130.3	135.4	127.6
Bénéficiaires de l'APA / 100 personnes 75 ans et +	19.2	19.1	18.8	16.9	20.8	21.2	19.3	20.8

Conséquence directe de son bon taux d'équipement en EHPAD, l'Eure-et-Loir consacre sur l'enveloppe médico-sociale une dépense moyenne par habitant plus élevée que la moyenne régionale.

En revanche, le taux de recours à l'APA reste inférieur à la moyenne nationale. Au-delà du fait que la population eurélienne est a priori plus autonome (cf. Figure 48), l'existence de causes complémentaires (réticence des usagers, repérage insuffisant... ?) n'est pas établie

- **L'offre de soins gériatrique**

Figure 54. Répartition de l'offre de soins gériatrique en Eure-et-Loir

	CH CHARTRES	CH DREUX	CH CHATEAUDUN	CH NOGENT LE ROTROU – CH LA LOUPE
Médecine gériatrique ¹³	53	25	28	0
SSR gériatrique ou polyvalent	85	50	50	47
USLD	0	92	40	31 (site de LA LOUPE)
HDJ gériatrique	Oui	Oui	Non	Non
Consultations gériatriques standardisées	Oui	Non	Oui	Non
Consultations mémoire	Oui	Oui	Non	Non
Equipe mobile intra-hospitalière	Oui	Oui	Non	Non

Le département dispose également de trois sites de SSR privés (La Boissière à NOGENT LE PHAYE, BEAUROUVRE et Le Clos du Roy à DREUX).

L'organisation des filières gériatriques au niveau départemental est assez hétérogène. Très bien structurée sur CHARTRES (même si les délais d'attente aux consultations externes et à l'HDJ restent longs), les filières sont incomplètes sur le reste du territoire.

¹³ La capacité tient compte uniquement des lits identifiés « médecine gériatrique » et ne prend pas en compte les lits de médecine générale (notamment à LA LOUPE et NOGENT LE ROTROU), pourtant souvent occupés par des personnes âgées.

D'une manière générale, les établissements hospitaliers sont confrontés à deux difficultés récurrentes :

- Le recrutement de médecins gériatres
- Les tensions budgétaires internes qui ne favorisent pas le développement de dispositifs de coordination (telle une équipe mobile) ou de consultations spécialisées.
- **La politique de prévention**

Indépendamment des actions réalisées par les caisses de retraite, l'action de la Maison Départementale de l'Autonomie d'Eure-et-Loir s'organise autour de quatre temps :

- = La **semaine bleue** : organisée tous les ans la première semaine d'octobre, cette semaine s'appuie sur 4 événements selon un format spectacle-forum (Chartres, Chateaudun, Dreux et Nogent-le-Rotrou) qui réunissent 100 à 400 personnes selon les sites. Les pièces de théâtre portent sur la thématique de l'avancée en âge, le bien vieillir, ... A l'issue de ces pièces, sont présentés différents stands d'information des partenaires.
- Les ateliers d'information « **parcours ateliers santé seniors** » (PASS) déployé avec la Mutualité Française. Ces ateliers sont réalisés sur des communautés de communes. Ces ateliers sont présentés à l'occasion de la diffusion d'une pièce de théâtre organisée en mai.
- Le **Plan départemental d'aide aux aidants** (PDAA) est le fruit d'une politique partagée entre le Conseil départemental d'Eure-et-Loir et de l'inter-régime (Carsat, MSA, Mutualité Française, AGIRC-ARRCO). Porté et animé par la MDA il se décline en plusieurs temps. La diffusion d'une pièce de théâtre, « Mathilde, Jacques et les autres », créée spécifiquement pour le PDAA, permet de proposer aux aidants un plan d'actions personnalisé ou chacun est invité à s'inscrire. A l'issue, il est proposé un entretien individuel avec un professionnel des MDA de territoires afin de bénéficier d'une orientation personnalisée vers des dispositifs ou actions existantes. Afin d'offrir des réponses diversifiées aux usagers, un cycle se décline autour d'actions collectives en faveur des aidants :
 - un parcours d'information et de sensibilisation constitué d'ateliers animés par des professionnels (MDA et partenaires locaux) ;
 - un groupe d'échanges (MDA) suivi du Café des proches (MFC).
 - une formation à destination des aidants peut être proposée à l'issue du Café des proches (MFC).

La perception par la MDA de ces différentes actions est plutôt positive avec une forte affluence aux pièces de théâtre (beaucoup plus que pour une conférence traditionnelle). Les questionnaires mettent en évidence une appréciation favorable des participants. Toutefois, la MDA pointe deux limites :

- L'impact des ateliers d'information réalisés sur des micro-territoires est limité à quelques dizaines de personnes
- La difficulté à sensibiliser les personnes âgées isolées qui ne se déplacent pas .
- **Les partenariats**
- **L'hospitalisation à domicile** : si le déploiement de son activité reste parfois difficile au niveau départemental, les coopérations avec les EHPAD sont dans l'ensemble satisfaisantes. La majorité des EHPAD dispose désormais d'une convention avec l'HAD et il n'est pas noté de problème particulier en ce domaine.

- **Les liens avec les hôpitaux** : les relations s'améliorent avec les EHPAD, grâce notamment à l'animation conjointe (hôpital / MDA) d'un réseau gériatrique. A CHARTRES, CHATEAUDUN et NOGENT LE ROTROU, un important travail de fluidification des flux (entrées / sorties hospitalières) a été réalisé. A DREUX, ces améliorations sont moins perceptibles.
- **Les soins palliatifs** : il est noté une forte implication de l'équipe d'appui départementale de soins palliatifs (EADSP28) auprès des EHPAD. Une action de formation a notamment été conduite ces deux dernières années et se poursuit en 2017. La disponibilité de l'EADSP est particulièrement appréciée.
- **La géronto-psychiatrie** : un pôle de référence est situé à BONNEVAL ; cependant, la majorité des acteurs départementaux (EHPAD, acteurs du domicile) évoque des difficultés de coopération, notamment quant à la compréhension des circuits d'admission dans cette unité.
- **La MDA** : depuis le 1^{er} octobre 2016, le GIP MDPH porte la MDA d'Eure-et-Loir organisée autour d'un siège et 4 MDA de territoire. S'appuyant historiquement sur les 4 espaces seniors info-services, chacune des MDA de territoire portent en un même lieu un CLIC PA/PH et une MAIA. Elles ont pour objectif d'assurer la fonction de guichet de proximité pour les usagers, d'évaluer les besoins de compensation liés au handicap ou la dépendance, d'animer les réseaux gérontologiques et handicap locaux. Très récentes, ces MDA n'ont pas encore acquis toute la technicité nécessaire ; toutefois leur légitimité, leur légitimité et leur implication sont déjà reconnues et leur poids dans le pilotage de la politique publique départementale est déjà important.

Figure 55. Synthèse

<p style="text-align: center;"><u>Forces</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Un équipement en EHPAD satisfaisant - La politique départementale en faveur du maintien à domicile - La qualité du soutien apporté par l'équipe d'appui départemental de soins palliatifs 	<p style="text-align: center;"><u>Faiblesses</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Un sous-équipement en matière de SSIAD - Une sous-utilisation des dispositifs de répit (AJ / HT) - Une offre sanitaire hétérogène (hôpital de jour, consultations mémoire, ...) - L'absence d'Unité Cognitivo-Comportementale - L'absence d'UHR au nord du département - La faiblesse de la géronto-psychiatrie départementale - Des difficultés de repérage des personnes fragiles
<p style="text-align: center;"><u>Opportunités</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - La mise en place de la MDA et des MDA de territoire qui regroupent plusieurs dispositifs (MDPH, missions PA/PH délégué par le CD, CLIC PA/PH et MAIA). - La mise en œuvre opérationnelle de la Conférence des financeurs. - Le partenariat social, médico-social et sanitaire dans les territoires fragiles (dunois et perche). 	<p style="text-align: center;"><u>Menaces</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - La densité médicale et paramédicale départementale - L'apparition de places vacantes dans les EHPAD

2.8. Point sur la politique publique en faveur des personnes handicapées

2.8.1. En faveur des enfants et adolescents en situation de handicap

2.8.1.1. Données populationnelles¹⁴

Figure 56. Population régionale – Vieillesse et handicap

Catégorie de Population	18 Cher	28 Eure-et-Loir	36 Indre	37 Indre-et-Loire	41 Loir-et-Cher	45 Loiret	Région CVDL
Pop totale 2015	311 768	435 171	225 590	606 164	332 775	670 906	2 582 374
pop <20 ans 2015	67 451	111 395	46 996	145 566	76 970	170 762	619 140
Projection pop <20 ans en 2040	64 759	110 868	45 957	154 395	78 208	170 602	624 789
% évol pop <20 ans 2015 – 2040	-4.0 %	-0.5 %	-2.2 %	6.1 %	1.6 %	-0.1 %	0.9 %
Indice de vieillissement de la population en 2014 ¹⁵	107	69	120	82	97	72	84
% évolution pop totale 2015 – 2040	1 %	8.5 %	5.5 %	13.5 %	10 %	8.5 %	8.7 %
Taux de bénéf. d'AEEH (pour 100 hab. de 0 à 19 ans) 12/2014	1.2	1.5	1.5	1.1	1.5	1.0	1.3

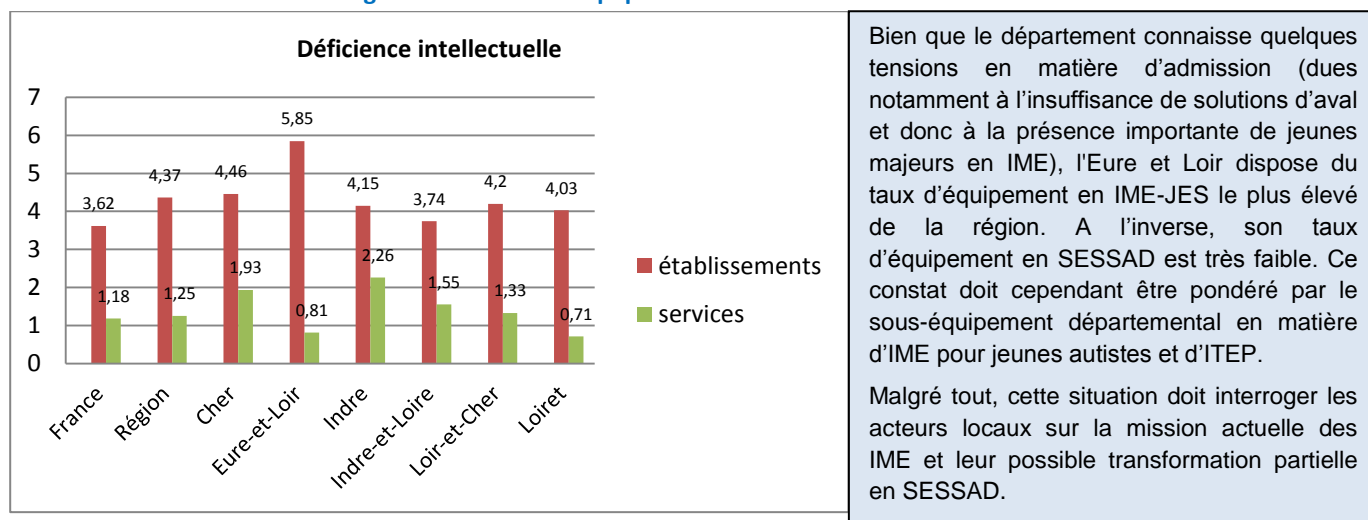
L'Eure-et-Loir dispose actuellement de l'indice de vieillissement le plus faible de la région Centre, quoiqu'assez proche de l'indice national (75). Cet indice évoluera à la hausse dans les prochaines années car si les projections de population à 2040 indiquent un accroissement de la population totale (+8.5 %), le nombre de jeunes de moins de 20 ans restera quasi stable (-0.5 %).

Par ailleurs, l'Eure-et-Loir se distingue par un taux de bénéficiaires d'AEEH (1.5) légèrement supérieur aux moyennes régionale (1.3) et nationale (1.4).

2.8.1.2. Données sur l'offre

❖ Le taux d'équipement¹

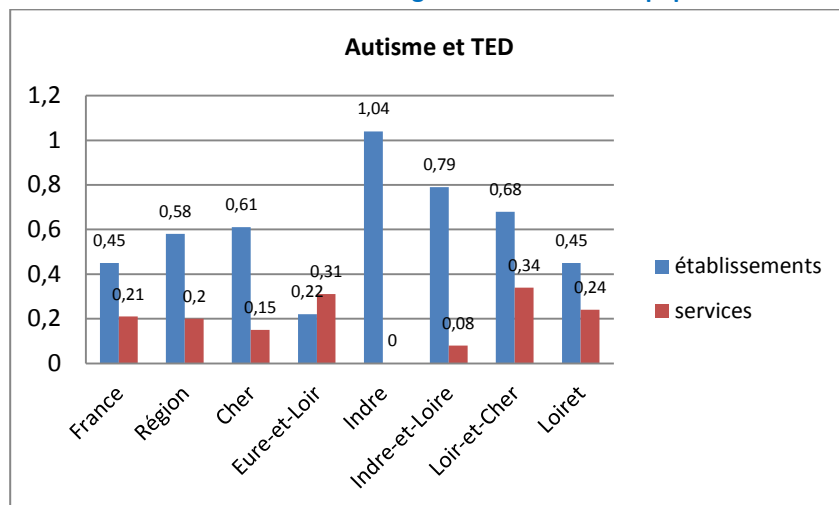
Figure 57. Taux d'équipement : déficience intellectuelle



¹⁴ Source CNSA

¹⁵ nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans

Figure 58. Taux d'équipement : autisme et TED

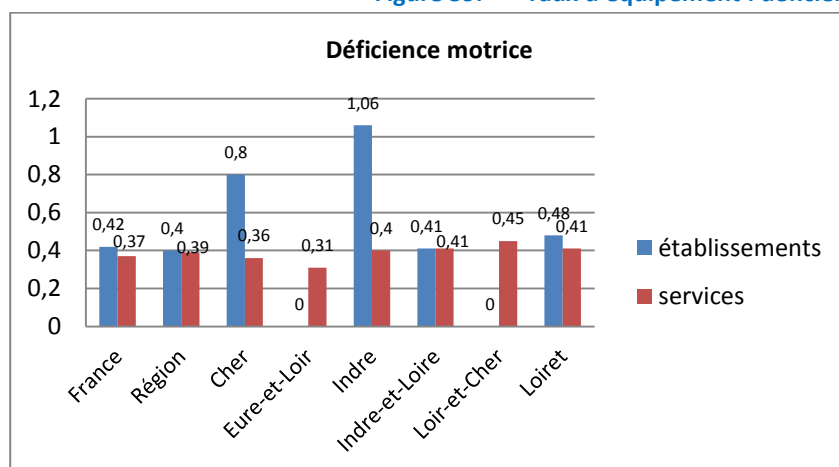


L'Eure et Loir dispose du taux d'équipement en IME le plus faible de la région Centre – Val de Loire mais d'un bon taux en matière de SESSAD.

Cette situation est consécutive aux orientations départementales qui ont privilégié l'accueil des jeunes autistes dans les IME de proximité dits « généralistes » avec, très souvent, l'appui du SESSAD départemental.

Par conséquent, malgré un faible taux d'équipement apparent, pas ou peu d'enfants autistes sont sans solution.

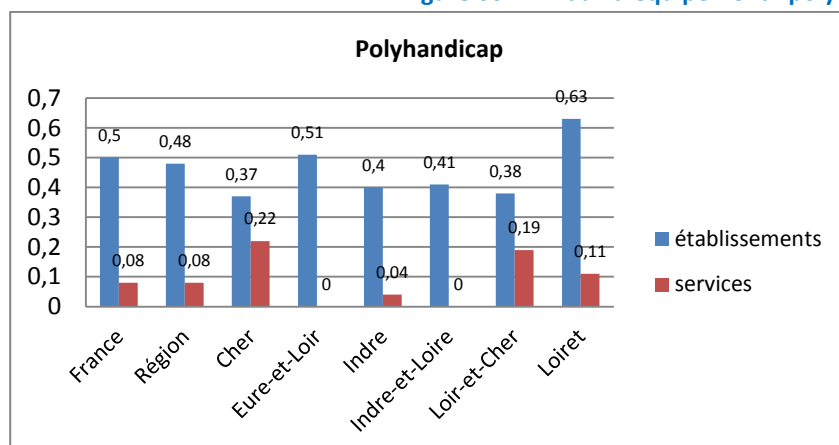
Figure 59. Taux d'équipement : déficience motrice



Le choix a été fait de ne pas créer d'IEM, l'équipement limitrophe (78, 45) permettant de répondre aux besoins d'accueil en institution qui sont limités compte tenu de la forte politique d'inclusion scolaire en la matière.

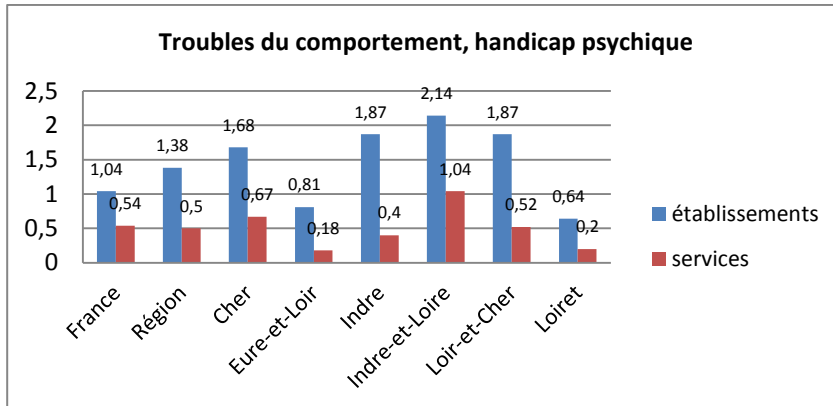
Le seul équipement départemental est donc un SESSAD géré par l'APF,

Figure 60. Taux d'équipement : polyhandicap



L'Eure et Loir en ayant transformé des places de SESSAD "polyhandicap" en places d'IME dispose désormais d'un équipement a priori satisfaisant. Toutefois, faute de solution d'aval (principalement manque de places de MAS), les deux IME, avec un recrutement quasi exclusivement départemental, ne peuvent répondre à l'ensemble des besoins exprimés.

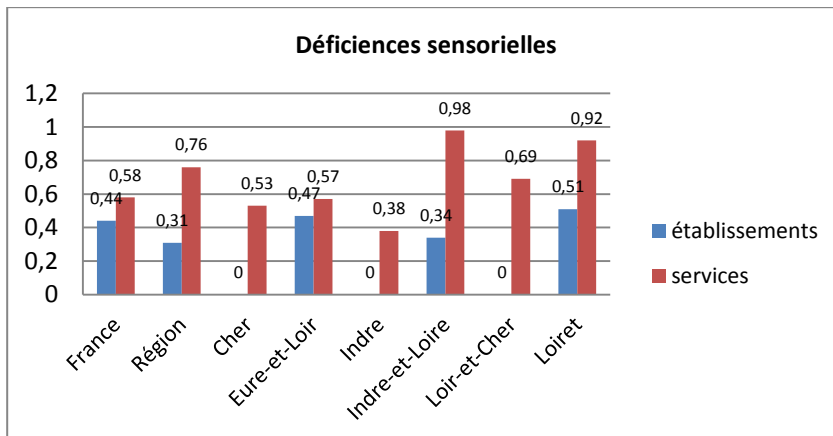
Figure 61. Taux d'équipement : troubles du comportement et handicap psychique



Malgré la création en 10 ans de 2 ITEP et de l'ISEMA, le département dispose toujours d'un faible taux d'équipement.

Par ailleurs forte demande du Conseil départemental de pouvoir disposer au niveau départemental ou régional d'un établissement ouvert 365 j / 365 et accessible aux situations complexes

Figure 62. Taux d'équipement : déficiences sensorielles



L'Eure et Loir dispose d'un équipement satisfaisant répondant non seulement aux besoins du département (1 site principal et deux antennes) mais également aux besoins des départements frontaliers, y compris extrarégionaux (72, 61).

Dans le champ de la déficience visuelle, le département bénéficie d'un service du Loiret qui se déplace en Eure et Loir.

Enfin, le département s'est équipé récemment d'un dispositif autour des troubles « dys ». Si ce dernier a permis des avancées majeures en matière de diagnostic, la mise en œuvre des prescriptions et adaptations reste délicate, notamment sur le plan pédagogique.

Le département compte, par ailleurs :

- 2 CAMSP (CHARTRES et DREUX)
- 2 CMPP (CHARTRES – avec une antenne à CHATEAUDUN – et DREUX).

Les capacités n'ayant pas toujours de signification pour ces structures, les taux d'équipement n'ont pas été calculés.

Il est constaté néanmoins des temps d'attente importants d'accès aux CMPP tandis que l'absence d'antennes de CAMSP Eure-et-Loir au sud et à l'ouest du département, génère de réelles difficultés d'accès aux soins pour les personnes concernées.

Enfin, l'Eure-et-Loir dispose, depuis 2016, d'un « espace ressources » qui a vocation à organiser et accompagner l'inclusion des jeunes en situation de handicap dans les centres de loisirs et les établissements d'accueil de jeunes enfants (crèches / haltes garderie).

❖ La dépense publique¹⁶

Figure 63. Répartition régionale des dépenses médico-sociale pour les 0 à 19 ans

Types de dépenses	18 Cher	28 Eure- et-Loir	36 Indre	37 Indre-et- Loire	41 Loir-et- Cher	45 Loiret	Région CVDL	France
Dépense « enveloppe médico-sociale » en € par hab 0 à 19 ans - 2015	454	362	574	442	371	420	424	380
Dépenses AEEH (pour 1000 hab 0 à 19 ans) - 2014	25	42	39	51	35	36	39	46

Si les dépenses du département d'Eure-et-Loir en matière d'AEEH se situent entre les moyennes régionale et nationale, **la part du département dans l'enveloppe médico-sociale régionale est très inférieure au poids de sa population**. Ce constat témoigne a priori d'un sous-équipement, hypothèse corroborée par l'existence de listes d'attente importantes en matière de services.

❖ Les structures de l'Education Nationale¹⁷

L'Eure-et-Loir dispose de 33 ULIS-école, 19 ULIS-collège et 3 ULIS-lycée, soit un équipement légèrement inférieur à la moyenne régionale.

Toutes les ULIS sont agréées pour l'accueil d'enfants et adolescents atteints de troubles importants des fonctions cognitives. Une Unité d'Enseignement en Maternelle pour Autistes (UEMA) a également été créée en septembre 2016 à CHARTRES.

Ce moindre équipement, qui n'est pas perçu comme pénalisant par la Maison Départementale de l'Autonomie (MDA), se traduit par des taux de scolarisation collective légèrement inférieurs aux moyennes régionales mais qui sont compensés par des taux de scolarisation individuelle nettement supérieurs. A ce titre, à la rentrée dernière, 670 enfants étaient accompagnés par un auxiliaire de vie scolaire et, au total, 2300 enfants bénéficiaient d'un projet personnalisé de scolarisation (653 en ULIS et 1647 hors ULIS).

Cependant, si ce mouvement d'inclusion scolaire est aujourd'hui bien déployé à l'école maternelle pour la grande majorité des élèves en situation de handicap, il reste plus complexe dans sa mise en œuvre à partir de l'école élémentaire. En effet, **l'inclusion des enfants atteints d'une déficience intellectuelle demeure inaboutie en dehors du réseau des ULIS**.

❖ L'offre de soins

En ce qui concerne la prise en charge psychiatrique des enfants handicapés, il convient de se reporter à la partie santé mentale du présent document.

❖ Les partenariats

Historiquement, le département a développé diverses coopérations entre les structures médico-sociales et les établissements scolaires et sanitaires.

- a) **L'Education nationale** a notamment initié des partenariats entre la plupart des IME et les écoles et collèges de proximité, de nature à favoriser l'inclusion scolaire des élèves handicapés, au travers de « classes externées ». Pour les élèves inclus en milieu ordinaire,

¹⁶ Source CNSA

¹⁷ Source Education Nationale / Maison Départementale de l'Autonomie (MDA)

l'Education nationale a également développé un équipement en ULIS-école qui répond aux besoins départementaux.

Néanmoins, ce partenariat historique entre le secteur médico-social et l'Education nationale nécessiterait aujourd'hui d'être réajusté afin de tenir compte de l'évolution des besoins des publics et des pratiques institutionnelles.

Ces ajustements concernent trois domaines :

- **l'inclusion des jeunes handicapés en collège et en lycée** : il est constaté un effet d'entonnoir important après les ULIS-école (33 ULIS-école – 19 ULIS-collège et 3 ULIS-lycée). Il existe pourtant une forte demande de la part des familles, relayée par la MDA, concernant la poursuite de la scolarisation en milieu ordinaire.
- **la formation professionnelle des jeunes handicapés** : elle est aujourd'hui assurée exclusivement par le CFAS, dans le cadre de l'apprentissage. Or, cette voie, si elle est très souvent adaptée sur un plan pédagogique aux adolescents en situation de handicap, constitue pour certains jeunes un frein car elle requiert une admission en IME et reste limitée dans son offre de formations. Une plus grande ouverture des lycées professionnels permettrait de développer cette offre.
- **l'inclusion des enfants atteints d'une déficience cognitive** : si l'inclusion est réelle en école maternelle, souvent grâce au soutien des auxiliaires de vie scolaire, elle reste plus limitée à partir de l'école élémentaire. L'Education Nationale répond encore difficilement à la demande des familles d'une inscription dans l'école de proximité et renvoie plutôt vers deux modes d'inclusion :
 1. les classes adaptées (de type ULIS voire SEGPA)
 2. les unités d'enseignement des IME.

Néanmoins, quand bien même l'école serait plus inclusive, le dispositif médico-social n'est pas en mesure aujourd'hui de soutenir ce mouvement, en raison à la fois d'un manque de places en SESSAD et d'un dispositif médico-social trop figé.

- b) S'agissant du partenariat avec **les établissements de santé**, il est constaté régulièrement la mise en place de parcours partagés entre le secteur médico-social et le secteur pédopsychiatrique. La réorganisation sous forme de filières a notamment permis de réaffirmer le soutien des secteurs psychiatriques infanto-juvéniles auprès des structures médico-sociales. Les difficultés observées tiennent davantage aujourd'hui à l'insuffisance de ressources médicales dans ces structures, qui induit des délais de prise en charge parfois longs, voire l'impossibilité d'intervenir sur site, notamment en situation de crise. L'accompagnement des situations complexes (jeunes présentant des pathologies psychiatriques importantes) reste toutefois un défi à l'échelle départementale au regard à la fois de sa technicité et de son intensité (demande des familles et du Conseil Départemental de places d'internat de semaine complète).
- c) Enfin, il est observé une excellente coopération de **la Maison Départementale de l'Autonomie (MDA)** avec l'ensemble des acteurs du territoire. Sa connaissance des besoins et sa capacité à fédérer les différentes institutions autour de projets individuels lui confèrent une vraie légitimité. De plus, sa récente réorganisation interne (création de 4 MDA de territoire) devrait renforcer ces liens de proximité, souvent utiles pour la résolution des situations complexes, et lui permettre de s'impliquer davantage dans la structuration départementale de l'aide à la parentalité, afin de soutenir les familles confrontées au handicap soit en matière de formation/information soit dans la construction du parcours de vie de l'enfant.

Figure 64. Synthèse

<p style="text-align: center;"><u>Forces</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Un équipement plutôt bien réparti sur le territoire - Des ESMS « engagés » (accueil régulier en surcapacité, ouverture à d'autres types de handicap que leur agrément initial, inscription dans des réseaux, ...) - Des coopérations importantes au niveau local (ESMS – Education Nationale – MDA – pédopsychiatrie) - L'organisation de la prise en charge des jeunes autistes, malgré la faiblesse des moyens apparents - L'organisation de la prise en charge des jeunes ayant des troubles du comportement par le dispositif TCC (ITEP et SESSAD) 	<p style="text-align: center;"><u>Faiblesses</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Un équipement insuffisant en matière de SESSAD - Les délais d'attente en CMPP-SESSAD - L'absence de CAMSP au sud et à l'ouest du département - La dimension « accompagnement » du dispositif « troubles dys » - Le déploiement de la politique d'inclusion scolaire qui s'appuie principalement sur le réseau des ULIS - La formation professionnelle des jeunes handicapés qui s'appuie principalement sur le réseau « CFAS » (peu de liens avec les lycées professionnels) - L'absence d'internat de répit (en dehors d'un IME pour enfants polyhandicapés) permettant d'accueillir des situations complexes. - L'absence de plan départemental d'aide à la parentalité (formation / information des parents, organisation du répit, ...).
<p style="text-align: center;"><u>Opportunités</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - La mise en place de MDA de territoires - La politique régionale de convergence des équipements (favorable à l'Eure-et-Loir compte tenu de sa sous-dotation historique) - L'initiative de l'ADPEP 28 de transformer deux IME en dispositifs - La volonté de l'Education Nationale de déployer le principe de l'école inclusive sur tout le département (inscription et scolarisation si possible dans l'école de proximité) - Le plan « Autisme » - La généralisation des CPOM - Le déploiement récent d'un espace ressource dédié à l'accompagnement des jeunes en CLSH et crèche / halte-garderie 	<p style="text-align: center;"><u>Menaces</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - La faible densité médicale et paramédicale départementale - La faiblesse des marges de manœuvres départementale compte tenu des nombreux redéploiements opérés depuis dix ans - L'insuffisance de solutions d'aval (champ « adultes handicapés »)

2.8.2. Point sur la politique publique en faveur des adultes en situation de handicap

2.8.2.1. Données populationnelles¹⁸

Figure 65. Adultes handicapés : données populationnelles

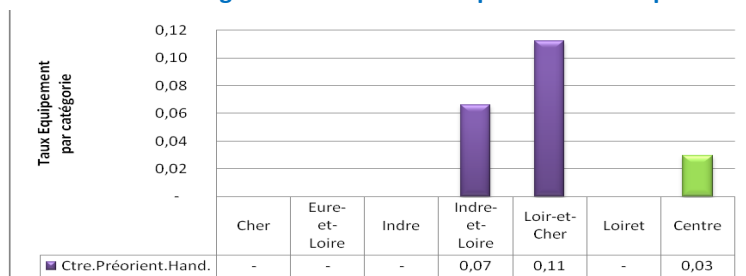
Catégorie de Population	18 Cher	28 Eure-et-Loir	36 Indre	37 Indre-et-Loire	41 Loir-et-Cher	45 Loiret	Région Centre
pop totale 2015	311 768	435 171	225 590	606 164	332 775	670 906	2 582 374
Projection pop > 20 ans en 2040	315 000	472 000	238 000	688 000	366 000	728 000	2 807 000
% évolution pop 2015 – 2040	1.0 %	8.5 %	5.5 %	13.5 %	10.0 %	5.5 %	8.7 %
Nombre d'allocataires de l'AAH pour 100 hab. de 20 à 59 ans - 2014	4.3	2.4	4.8	3.1	3.2	2.4	3.1
Nb d'allocataires de PCH ou ACTP pour 100 hab. de 20 à 59 ans - 2014	1.0	0.4	0.8	0.5	0.7	0.4	0.6

Troisième département de la région par sa population, l'Eure-et-Loir se distingue par un taux de bénéficiaires des prestations AAH, PCH et ACTP, nettement inférieur aux moyennes régionale et nationale. Ce faible taux doit toutefois être relativisé par un taux plus important de bénéficiaires de pension d'invalidité.

2.8.2.2. Données sur l'offre

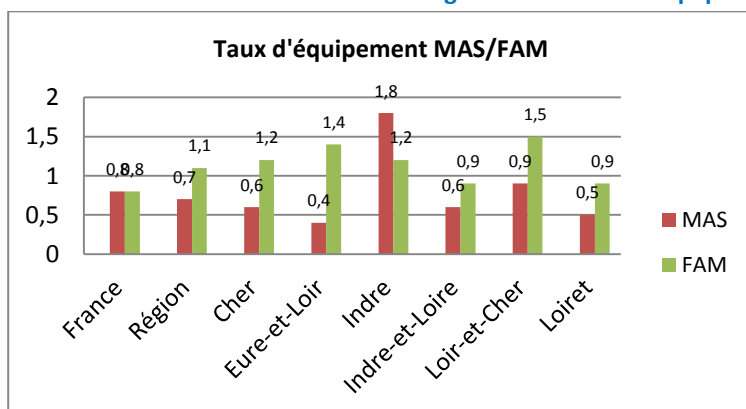
❖ Le taux d'équipement⁵

Figure 66. Centres de pré-orientation professionnelle des personnes handicapées



Il n'existe aucun établissement en Eure et Loir ; ce type d'établissement ayant une vocation régionale.

Figure 67. Taux d'équipement MAS-FAM



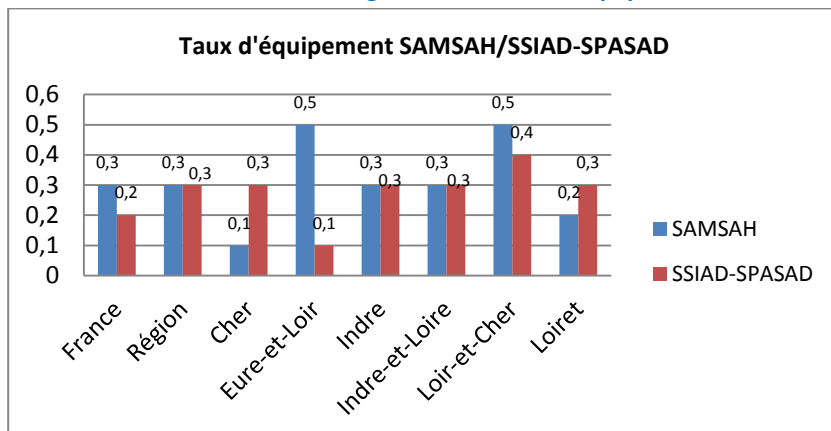
Faible équipement départemental (2 MAS seulement) atténué par un taux d'équipement en FAM satisfaisant.

Diversité des agréments (traumatisés crâniens, polyhandicap, autistes, ...).

Par ailleurs, organisation départementale garantissant aux personnes handicapées vieillissantes le maintien dans des structures « PH ».

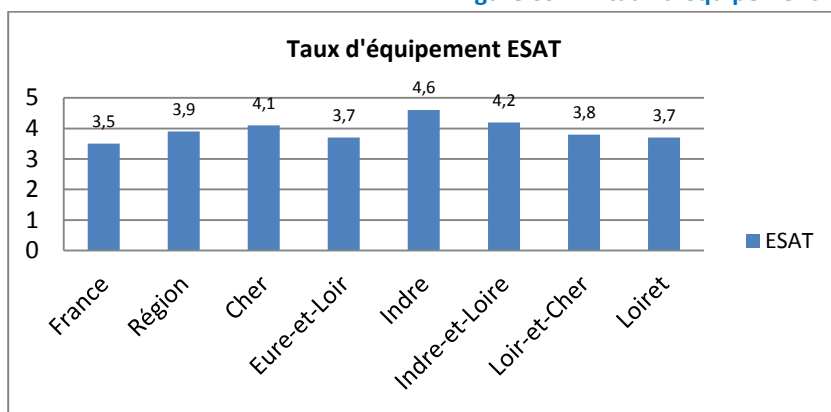
¹⁸ Source CNSA

Figure 68. Taux d'équipement SAMSAH-SSIAD-SPASAD



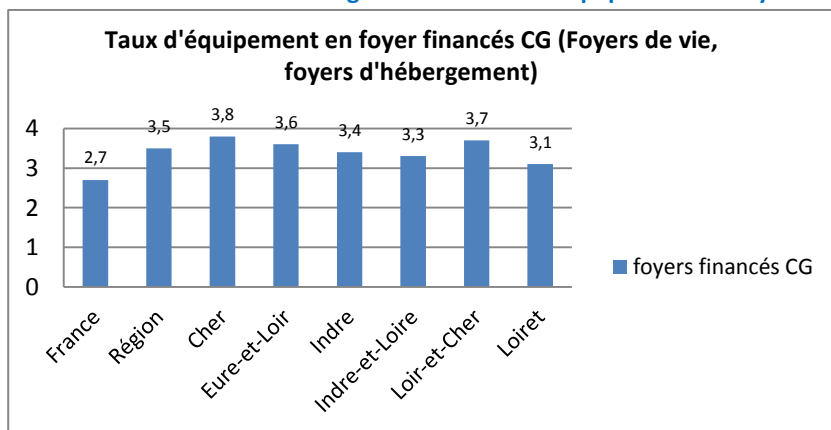
Présence de 4 SAMSAH.
Taux d'équipement surévalué compte tenu de la capacité d'un SAMSAH (SAMSAH handicap psychique – 60 places) surdimensionné au regard de son activité réelle.
Faible équipement apparent en SSIAD ; toutefois, intervention régulière des SSIAD « personnes âgées » auprès de personnes handicapées.
Enfin, existence d'un SSIAD (6 places) spécialisé dans l'accompagnement des personnes sortant de psychiatrie

Figure 69. taux d'équipement ESAT



Léger sous-équipement départemental au regard du taux régional.
Listes d'attente importantes mentionnées par la MDA

Figure 70. Taux d'équipement en foyers financés par le CD



Bon taux d'équipement en foyers de vie ; par contre, équipement assez peu diversifié (peu d'offre en accueil de jour).
Par ailleurs, équipement plus faible en matière de foyers d'hébergement qui ne semble pas, selon la MDA, poser de difficultés.

❖ La dépense publique¹⁹

Figure 71. Répartition des dépenses médico-sociales pour les 20 à 59 ans

Types de dépenses	18	28	36	37	41	45	Région CVDL	France
Dépense « enveloppe médico-sociale » en € par hab 20 à 59 ans - 2015	113	74	153	91	149	79	100	97
Dépenses PCH + ACTP (pour 1000 hab de 20 à 59 ans) - 2014	61	25	45	37	39	23	35	41
Dépenses AAH en € par personne de 20 à 59 ans – 2014	281	172	310	227	220	179	217	227

A l'instar du champ de l'enfance handicapée, **l'Eure-et-Loir se distingue par la part d'enveloppe la plus faible de la région Centre – Val de Loire et très en dessous de la moyenne nationale.** Cet indicateur doit toutefois être pondéré par le fort engagement du Conseil Départemental d'Eure-et-Loir, qui a permis, entre autres, le développement de FAM (au détriment de places de MAS).

Les dépenses d'allocations sont également les plus faibles de la région, particulièrement les dépenses PCH et ACTP.

- L'offre sanitaire

○ Psychiatrie adulte

En ce qui concerne la prise en charge psychiatrique des adultes handicapés, il convient de se reporter à la partie santé mentale du présent document.

○ Rééducation fonctionnelle

En matière de rééducation fonctionnelle, le département dispose d'une offre reposant sur deux structures : le CH de Dreux (SSR) et le Centre de réadaptation fonctionnelle (CRF) de Beaurouvre (Illiers-Combray), géré par l'Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie du Centre (UGECAM) depuis l'année 2000.

¹⁹ Source CNSA

Figure 72. Offre de rééducation fonctionnelle

	CH Dreux	CRF Beaurouvre
Prise en charge	SSR avec mention de prise en charge spécialisée des affections de l'appareil locomoteur en hospitalisation complète et à temps partiel, et également de prise en charge des affections du système nerveux en HC et en hospitalisation partiel	SSR avec mention de prise en charge spécialisée des affections de l'appareil locomoteur, du système nerveux et de la personne âgée poly-pathologique dépendante ou à risque de dépendance (uniquement en HC pour cette dernière prise en charge).
Modalités	HC et HDJ	HC et HDJ
Missions	Rééducation des séquelles liées aux interventions chirurgicales orthopédiques, aux atteintes poly-traumatiques ou aux atteintes neurologiques, qu'elles soient d'origine centrale ou périphérique. L'objectif étant la rééducation des patients et leur réadaptation afin de les réinsérer dans leur milieu familial, social ou professionnel en leur permettant de retrouver une autonomie la plus large possible	Cette structure propose des spécialités telles que la kinésithérapie, l'ergothérapie, la balnéothérapie, ainsi que des consultations externes en médecine physique sur rendez-vous. Une convention de coopération, entre CH de Chartres, Dreux et CRF, signée le 2/06/2008, définit les modalités de collaboration dans la prise en charge des patients nécessitant des soins dans la spécialité de médecine physique et de réadaptation (MPR). La mise en œuvre d'une consultation avancée au CH de Chartres fonctionne deux fois par mois avec un médecin MPR du CRF. Aujourd'hui, la consultation spécialisée concerne principalement le service de neurologie du CH mais est amenée à s'étendre.
Capacité	Le service conçu pour l'accueil de 60 patients en hospitalisation complète et 6 places en hospitalisation de jour, comprend : ◊ 52 lits d'hospitalisation (10 chambres doubles et 36 individuelles) et 6 places d'HDJ en chambres doubles ou individuelles, ◊ 8 lits réservés à l'unité EVC / EPR regroupés au sein d'une aile individualisée.	Depuis le 01/01/2017, le site de BEAUROUVRE ne dispose plus que de 80 places de rééducation fonctionnelle. Le CRF a, par ailleurs, créé 15 places d'HDJ fin 2015 sur le site du COUDRAY.
Volume d'activité (données 2015)	◊ 18 610 journées en HC ◊ 3 098 journées en HDJ. 43 % de l'activité concerne des affections de l'appareil locomoteur et 57 % des affections du système nerveux	◊ 22 116 journées en HC

❖ Les partenariats

Les partenariats dans le secteur "adultes handicapés" se révèlent plus limités que dans le secteur « enfance ».

En premier lieu, **la MDA reconnaît une vraie difficulté dans le recensement précis des besoins**. Des efforts ont été consentis par la MDA ces dernières années, en lien avec les ESMS, afin de mieux suivre l'effectivité des notifications prises par la CDAPH mais il manque aujourd'hui un outil fiable d'analyse des besoins permettant aux autorités (ARS – Conseil Départemental) de se positionner quant à l'expression des besoins.

De la même manière, **les partenariats avec le secteur psychiatrique sont moins élaborés** que dans le domaine de l'enfance handicapée. Les parcours partagés (temps partiel en institution médico-sociale – temps partiel en établissement sanitaire) sont rares et les coopérations se concrétisent aujourd'hui essentiellement par des interventions mensuelles de professionnels de psychiatrie dans les ESMS et par des séjours de rupture, principalement au CH de BONNEVAL (Unité St-Florentin). Cette question de la difficulté des coopérations avec les établissements psychiatriques est relayée régulièrement par les ESMS, qu'ils soient sous champ de compétence CD (foyers de vie) ou ARS (MAS-FAM). La capacité de la psychiatrie à intervenir en ambulatoire est également interrogée par les acteurs du domicile, malgré la création il y a trois ans d'un

service spécialisé dans le suivi des patients sortant de psychiatrie (SAMAD) dont la pertinence a été démontrée.

- ❖ Plus globalement, **les coopérations entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social restent limitées et inorganisées**. La difficulté pour le secteur médico-social à développer en interne une réelle expertise médicale (par défaut de professionnels) rend complexe l'instauration de relations efficaces entre les deux secteurs. **La question de l'accès aux soins des personnes handicapées** (mise en lumière par le rapport "JACOB") **reste problématique**, que ce soit pour les personnes accueillies en institution ou vivant à domicile.
- ❖ Enfin, le champ du handicap est encore fortement contraint par les cadres juridiques d'autorisation, ce qui n'est pas sans provoquer parfois **des ruptures de parcours de vie**. La notion de dispositifs et de plates-formes de services, à l'inverse du secteur "enfance", est encore peu utilisée en Eure-et-Loir et nécessiterait d'être explorée afin de replacer les personnes handicapées au cœur des politiques publiques départementales. La primauté encore accordée à l'institution, par ailleurs très monotypique (hébergement permanent) et, parallèlement, l'insuffisance des dispositifs d'appui permettant un véritable maintien à domicile (malgré la création de SAMSAH) sont de véritables freins à l'exercice d'une vie pleinement citoyenne dans une société inclusive.

Figure 73. Synthèse

<u>Forces</u>	<u>Faiblesses</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Un équipement diversifié en matière de types de handicap accompagnés - L'organisation de l'offre en faveur des personnes handicapées vieillissantes 	<ul style="list-style-type: none"> - La méconnaissance des besoins précis - Un équipement insuffisant en MAS et ESAT - La difficulté à proposer des réponses extra-institutionnelles (offre peu diversifiée en matière de modes d'accompagnement) - L'insuffisante structuration de l'offre dans le domaine de l'autisme - Les coopérations entre la psychiatrie et les ESMS
<u>Opportunités</u>	<u>Menaces</u>
<ul style="list-style-type: none"> - La mise en place de la MDA et des MDA de territoire - Les plans « polyhandicap » et « autisme » - La politique régionale de convergence des équipements (favorable à l'Eure-et-Loir compte tenu de sa sous-dotation historique) - La démarche « accompagnement dans l'emploi » - La mise en place de HANDISANTE - Les projets structurants impulsés par la CNSA (réponse accompagnée pour tous, pôle de compétences et de prestations externalisées, VIA TRAJECTOIRE, ...) 	<ul style="list-style-type: none"> - La faible densité médicale et paramédicale départementale - La faiblesse des marges de manœuvre départementales compte tenu des nombreux redéploiements opérés depuis dix ans - Existe-t-il une volonté commune (autorités publiques, collectivités, associations, ...) de proposer des solutions alternatives à l'institution ?

Références bibliographiques

ANSES, 2011. Avis de l'Anses relatif à l'évaluation des risques sanitaires liés à la présence d'ions perchlorate dans les eaux destinées à la consommation humaine. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. 18 juillet 2011. 22 p. Disponible sur : <https://www.anses.fr/fr/system/files/EAUX2011sa0024.pdf>

Conseil régional Centre-Val de Loire, 2016. « Regard sur le bassin de vie de Chartres ». Services du Conseil Régional Centre-Val de Loire. Juin 2014. 16 p. Disponible sur : http://www.regioncentre-valdeloire.fr/files/live/sites/regioncentre/files/contributed/docs/avenir-region/forums-participatifs/Regard_BV_Chartres_V2_24062014.pdf

Conseil régional Centre-Val de Loire, 2016. « Regard sur le bassin de vie de Châteaudun ». Services du Conseil Régional Centre-Val de Loire. Octobre 2016. 16 p. Disponible sur : http://www.regioncentre-valdeloire.fr/files/live/sites/regioncentre/files/contributed/docs/avenir-region/forums-participatifs/Regard_BV_Chateaudun.pdf

Décret n° 2016-1023 du 26 juillet 2016 relatif au projet régional de santé <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032938566&categorieLien=id>

Direction générale de la santé, INSTRUCTION N°DGS/EA4/2012/366 du 18 octobre 2012 relative au repérage des canalisations en polychlorure de vinyle susceptibles de contenir du chlorure de vinyle monomère résiduel risquant de migrer vers l'eau destinée à la consommation humaine et à la gestion des risques sanitaires en cas de dépassement de la limite de qualité des eaux destinées à la consommation humaine pour le chlorure de vinyle monomère en application des articles R.1321-26 à R.1321-36 du code de la santé publique. 18 octobre 2012. 10 pages. Consultable sur : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36013.pdf

Fédération nationale des observatoires régionaux de santé. « Base de données SCORE-Santé ». Disponible sur : <http://www.scoresante.org/score2008/index.html>

Henrion, R., 2014. Violences conjugales : a-t-on progressé ? Académie nationale de médecine. Séance du 8 avril 2014. 8 p. Disponible sur : <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2014/04/8.4.14-HENRION-site.pdf>

INSEE, 2015. En Centre-Val de Loire, la qualité de la vie n'est pas la même selon le lieu de résidence. INSEE Flash Centre-Val de Loire- N°5. 2015. 3 p. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285307>

InVS, 2010. Note de position de l'InVS, chlorure de vinyle monomère (CVM). Institut de veille et de sécurité sanitaire. 15 juillet 2010. 2 pages. Consultable sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/2010/chlorure_vinyle_monomere_2010/chlorure_vinyle_monomere_2010.pdf

Ministères des Affaires sociales et de la Santé, 2015. Perchlorates dans l'eau du robinet. *Direction générale de la santé*. Mise à jour décembre 2015. Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/sante-et-environnement/eaux/article/perchlorates-dans-l-eau-du-robinet>

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), 2014. « Enquête ESCAPAD 2014 ». Disponible sur : <http://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/escapad/>

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). « Observatoire des drogues pour l'information sur les comportements en région (ODICER) ». Disponible sur : <http://odicer.ofdt.fr/mobile.php#>

Observatoire des fragilités grand Nord. Système d'information géographique de la CARSAT-CPAM. Disponible sur : http://www.observatoiredesfragilites.fr/sites/l2G/prod/app/www/index.php?cont=ctl_main&id=CH_OIX_REGION&ID_EN_COURS=58bd0d99071e1

Observatoire Régional de Santé Centre-Val de Loire, 2010. « Diagnostic local de santé du Pays Perche ». Observatoire Régional de Santé. Novembre 2010. 40 p. Disponible sur : http://www.orscentre.org/images/files/publications/diagnostic_sante_territoire/Rapports/Plaqueette_paysduperche.pdf

Observatoire Régional de Santé Centre-Val de Loire, 2012. « Diagnostic local de santé des villes de Dreux et Vernouillet ». Observatoire Régional de Santé. Septembre 2012. 88 p. Disponible sur : http://www.orscentre.org/images/files/publications/diagnostic_sante_territoire/Rapports/DLS_Dreux_2013.pdf

Observatoire Régional de Santé Centre-Val de Loire, 2015. « Les inégalités sociales et territoriales de santé en Centre-Val de Loire ». *Edition 2015*. Observatoire Régional de Santé et Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire. Décembre 2015. 188 p. Disponible sur : http://www.orscentre.org/images/files/publications/inegalites_de_sante/Rapports/inegalites_2015.pdf

Observatoire Régional de Santé Centre-Val de Loire, 2016. « Diagnostic régional Santé Environnement ». Observatoire Régional de Santé et Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire. Avril 2016. 121 p. Disponible sur : http://www.orscentre.org/images/files/publications/environnement/Rapports/DRSE_2016.pdf

Schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS). Carte du zonage fragile en région Centre. 2014. Disponible sur : https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/Carte_zonage_fragile_2014.pdf

Union régionale d'épidémiologie hospitalière (UREH) Centre-Val de Loire, 2016. « Tentatives de Suicide et Suicides Région Centre-Val de Loire (CVL) - PMSI 2008-2014 ». Unité Régionale d'Épidémiologie Hospitalière en Région Centre. Septembre 2016. 8 p. Disponible sur : https://www.sante-centre.fr/portail/gallery_files/site/136/2215/2306/2427/5052.pdf

Listes des annexes

Annexe 1 : Risques sanitaires liés à l'eau potable	71
Annexe 2 : Concentration moyenne en perchlorates en distribution.....	73
Annexe 3 : CVM : situation de non-conformité dans l'eau distribuée sur les réseaux du département.....	74
Annexe 4 : Carte régionale des parcs potentiellement indignes	75
Annexe 5 : bilan des intoxications CO entre 2011 et 2016 (données Agence Régionale de Santé Centre - Val de Loire).....	76
Annexe 6 : Carte du réseau de surveillance de la qualité de l'air et communes sensibles (ORS, 2016).....	77
Annexe 7 : L'ambrosie et son pollen allergisant.....	77
Annexe 8 : Les violences faites aux femmes	79
Annexe 9 : Santé et territoires d'Eure-et-Loir	81
Annexe 10 : Les priorités intersectorielles en prévention	104
Annexe 11 : Plan ONDAM – gestes ciblés au niveau régional.....	106

Annexe 1 : Risques sanitaires liés à l'eau potable

A - Les problématiques de nitrates et pesticides en Eure-et-Loir

a) Les risques sanitaires associés aux nitrates

Les nitrates transformés en nitrites dans l'organisme peuvent, par la modification des propriétés de l'hémoglobine du sang, empêcher un transport correct de l'oxygène par les globules rouges. Si des effets cancérigènes ont été observés chez l'animal exposé à de très fortes doses en nitrates, le risque de cancérogenèse lié aux nitrates n'a pas été démontré pour l'homme, de façon absolue. Toutefois, le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) a classé les nitrates et les nitrites en cancérogènes probables pour l'homme²⁰. La consommation de l'eau, présentant une teneur en nitrates supérieure à 50 mg/L, norme réglementaire fixée par le Code de la santé publique, est déconseillée pour le groupe de personnes constitué d'enfants de moins de 6 mois et les femmes enceintes. Il est recommandé alors d'utiliser de l'eau embouteillée pour la préparation des biberons. Au-delà de 100 mg/L, la restriction de consommation de l'eau du robinet s'applique à tous.

b) Risques sanitaires associés aux pesticides

Les effets des pesticides sur la santé sont surtout connus en cas d'intoxications professionnelles suite à exposition accidentelle à un produit concentré. A de très fortes doses, l'intoxication dite « aiguë » se manifeste par des troubles nerveux, digestifs, respiratoires, cardio-vasculaires ou musculaires. La connaissance des effets d'une exposition à de très faibles doses de pesticides et à long terme est encore aujourd'hui incomplète (notamment les effets associés à un cocktail de molécules). Certains pesticides sont suspectés d'être cancérigènes, voire mutagènes, et d'entraîner des effets néfastes sur le système nerveux central (Parkinson) et le foie. Ils sont également considérés comme des perturbateurs endocriniens. Les femmes enceintes et les jeunes enfants sont particulièrement vulnérables²¹.

La limite de qualité est égale à 0,1 µg/L pour un pesticide et à 0,5 µg/L pour le total des pesticides.

Les pesticides ou produits phytosanitaires sont des substances chimiques utilisées pour lutter contre les maladies des cultures ou pour éliminer les adventices. La pollution des eaux par ces produits est liée à leur entraînement par ruissellement ou érosion ou par infiltration. Le transfert des pesticides dans les rivières ou les nappes est influencé par leur solubilité dans l'eau, leur stabilité chimique, la nature du sol, la pluviométrie, ...

B - Les Perchlorates dans l'eau destinée à la consommation humaine

D'autres problématiques liées à l'eau sont également présentes sur le département, comme celle des perchlorates.

²⁰ <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/la-qualite-des-eaux-dalimentation-en-2015>

²¹ <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/la-qualite-des-eaux-dalimentation-en-2015>

Le perchlorate d'ammonium est utilisé dans de nombreuses applications industrielles, en particulier dans les domaines militaire et aérospatial. Certains engrais agricoles, notamment les engrais dits « chiliens » utilisés en quantité importante sur la période 1850-1930, présentent des teneurs élevées en ions perchlorates (Ministères des Affaires sociales et de la Santé, 2015).

Les perchlorates sont des perturbateurs endocriniens agissant principalement sur les fonctions thyroïdiennes. Ils ne s'accumulent pas dans l'organisme humain et leurs effets sont réversibles. Les études épidémiologiques ne permettent pas de conclure à un effet clinique sur l'homme aux niveaux d'exposition actuellement mis en évidence. Compte tenu du mécanisme d'action des perchlorates, la vulnérabilité des personnes est liée au statut en iode de la thyroïde. C'est pourquoi, les personnes les plus à risques sont les femmes enceintes et les nourrissons (ANSES, 2011).

Les perchlorates se retrouvent essentiellement dans l'eau distribuée dans le Sud-Est du département. L'arrondissement de Chartres est le plus concerné par les dépassements en perchlorates. Quelques dépassements sont également observés dans le sud de l'arrondissement de Dreux. Au total 46 UDI sont concernées par cette problématique.

C - Le Chlorure de Vinyle Monomère dans l'eau destinée à la consommation humaine

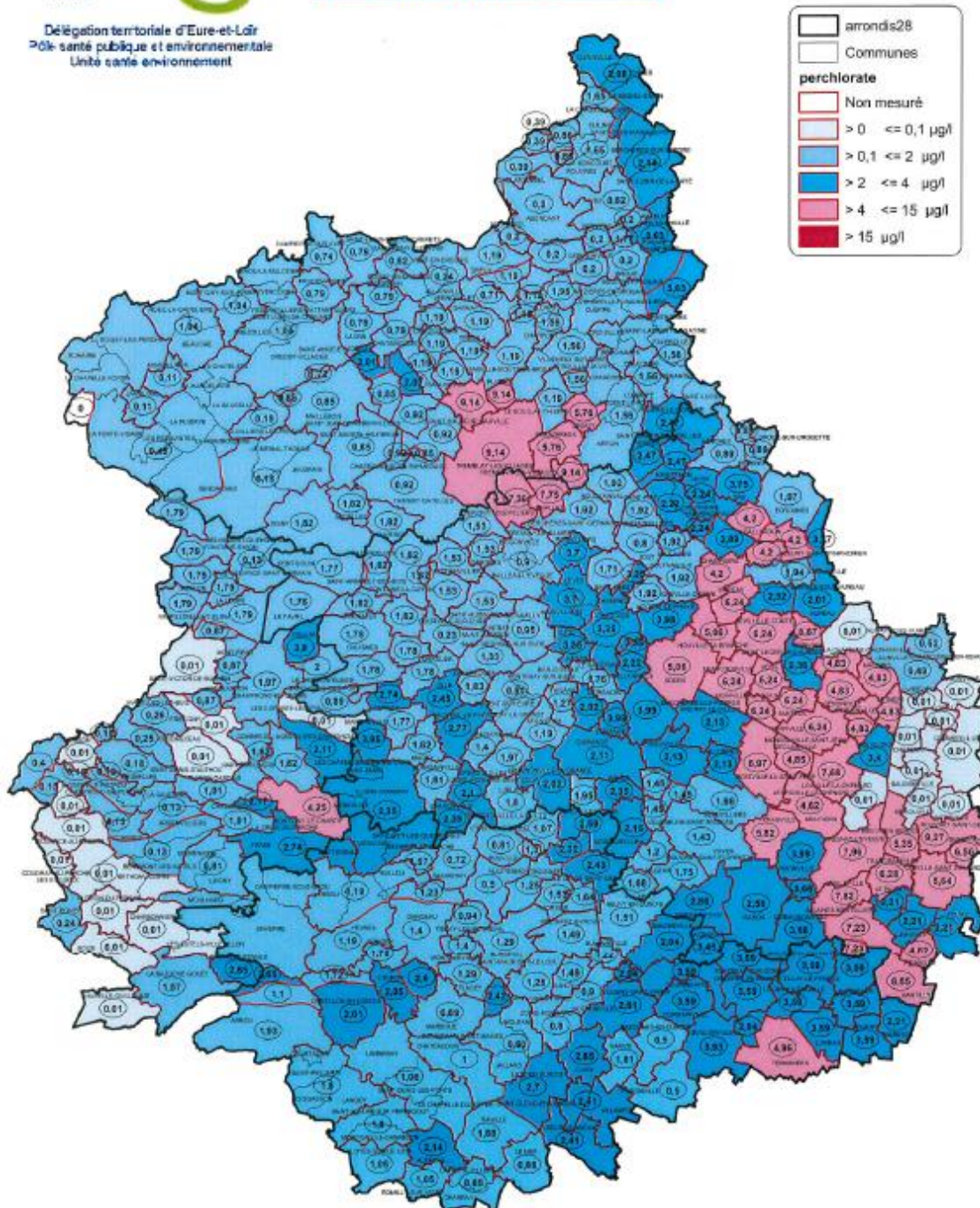
Le chlorure de vinyle est un composé chimique de synthèse utilisé essentiellement dans la fabrication de plastique, PVC ou polychlorure de vinyle. Il n'existe aucune source naturelle de ce composé ; celui-ci est fabriqué par l'homme. Le chlorure de vinyle monomère (CVM) dans l'eau destinée à la consommation humaine est issue de la dégradation des canalisations en PVC d'avant 1980. La température de l'eau, le linéaire des tronçons de canalisations en PVC et les longs temps de séjour de l'eau dans ce type de réseaux, favorisent la migration de ces molécules dans l'eau (Instruction N°DGS/EA4/2012/366 du 18 octobre 2012)

Le chlorure de vinyle est classé comme cancérogène certain. C'est un facteur de risque de l'angiosarcome hépatique. Il est également mis en cause dans les carcinomes hépatocellulaires (InVS, 2010).

Annexe 2 : Concentration moyenne en perchlorates en distribution



Concentration moyenne en perchlorates en distribution



	arronds28
	Communes
perchlorate	
	Non mesuré
	> 0 <= 0,1 µg/l
	> 0,1 <= 2 µg/l
	> 2 <= 4 µg/l
	> 4 <= 15 µg/l
	> 15 µg/l

1:320 000

24 juin 2014

Annexe 3 : CVM : situation de non-conformité dans l'eau distribuée sur les réseaux du département



Délégation départementale d'Eure-et-Loir
Pôle santé publique et environnementale
Unité santé environnement

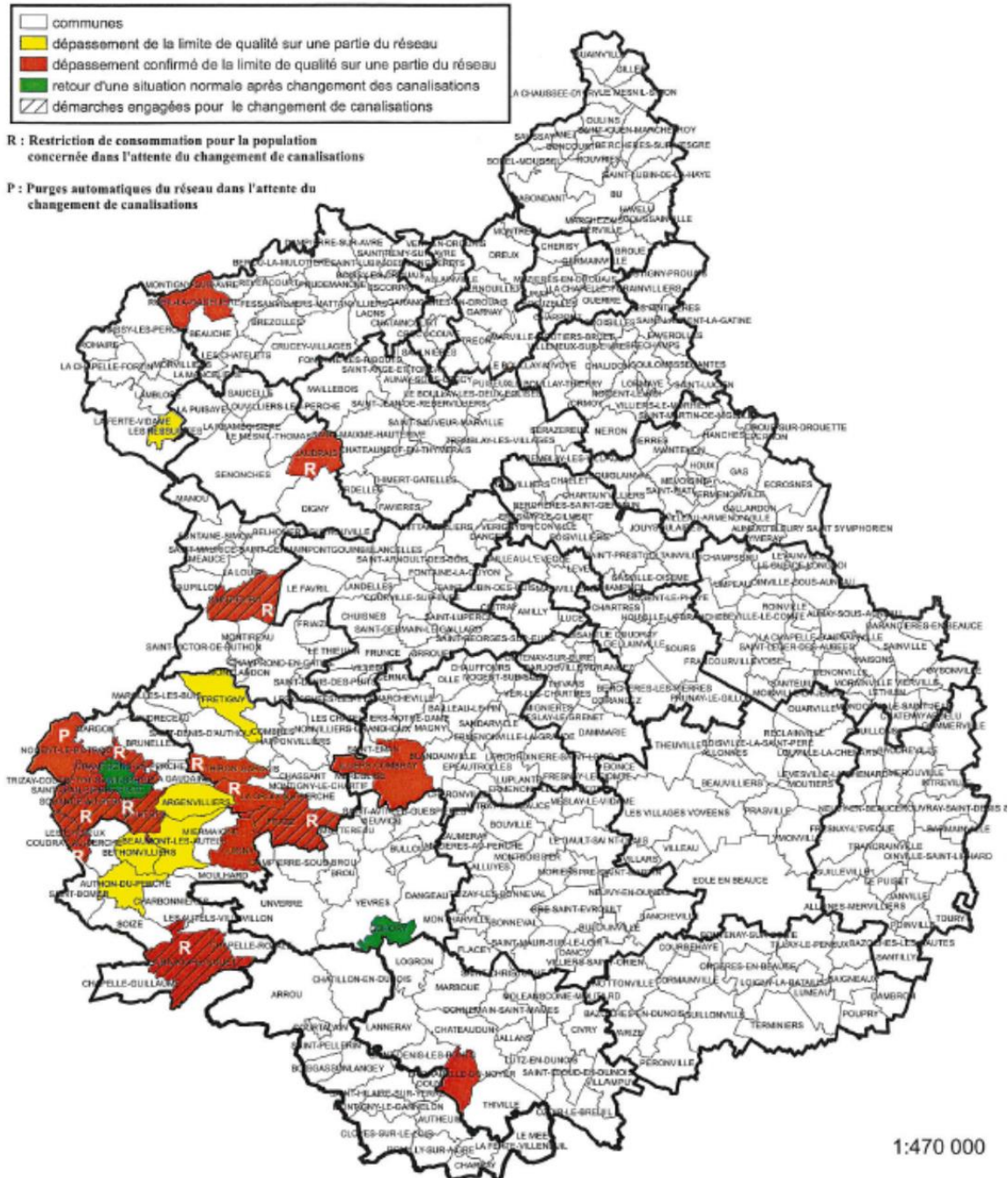
CVM
Situations de non-conformité dans l'eau distribuée sur les réseaux du département d'Eure-et-Loir



- communes
- dépassement de la limite de qualité sur une partie du réseau
- dépassement confirmé de la limite de qualité sur une partie du réseau
- retour d'une situation normale après changement des canalisations
- démarches engagées pour le changement de canalisations

R : Restriction de consommation pour la population concernée dans l'attente du changement de canalisations

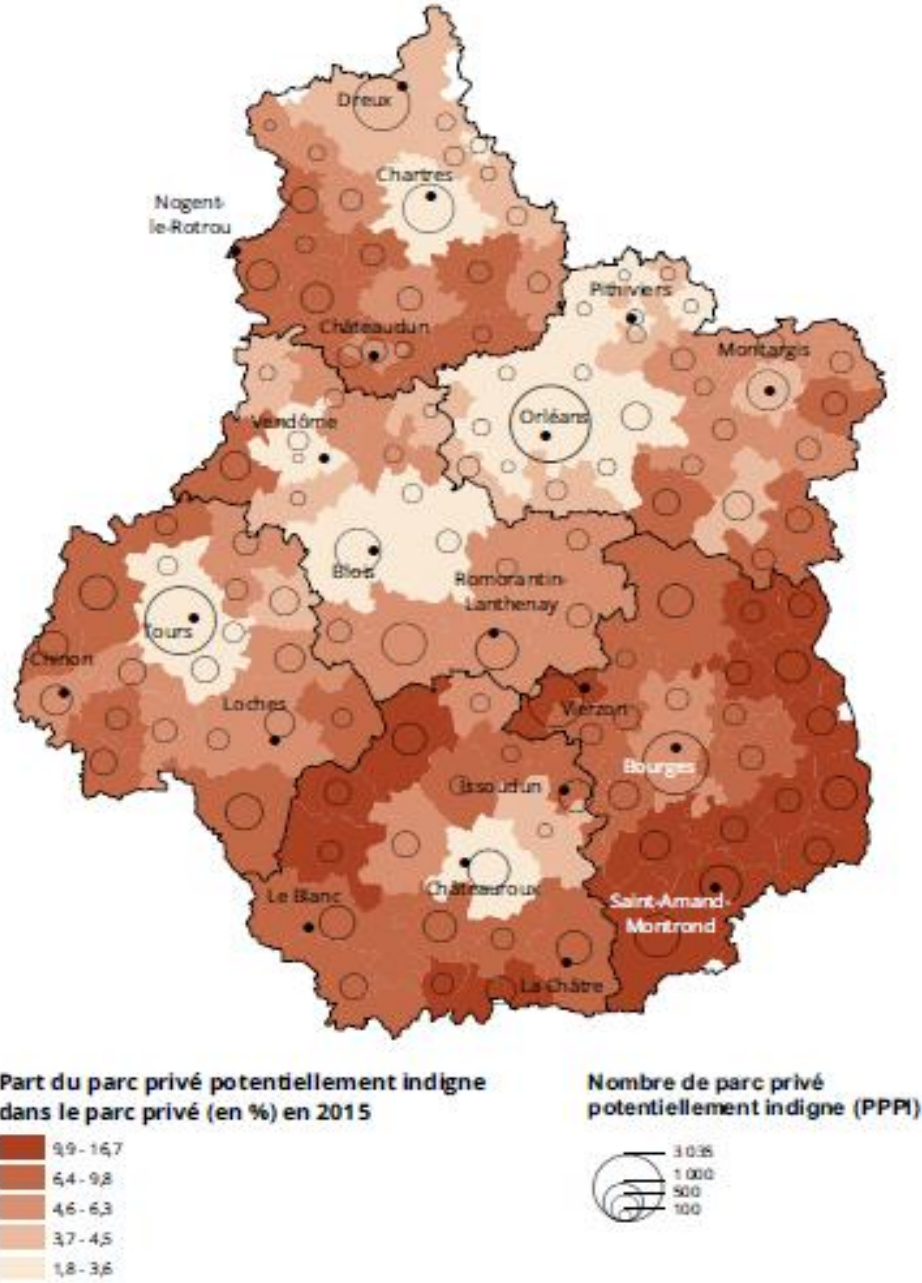
P : Purges automatiques du réseau dans l'attente du changement de canalisations



1:470 000

Date: 01/09/2016

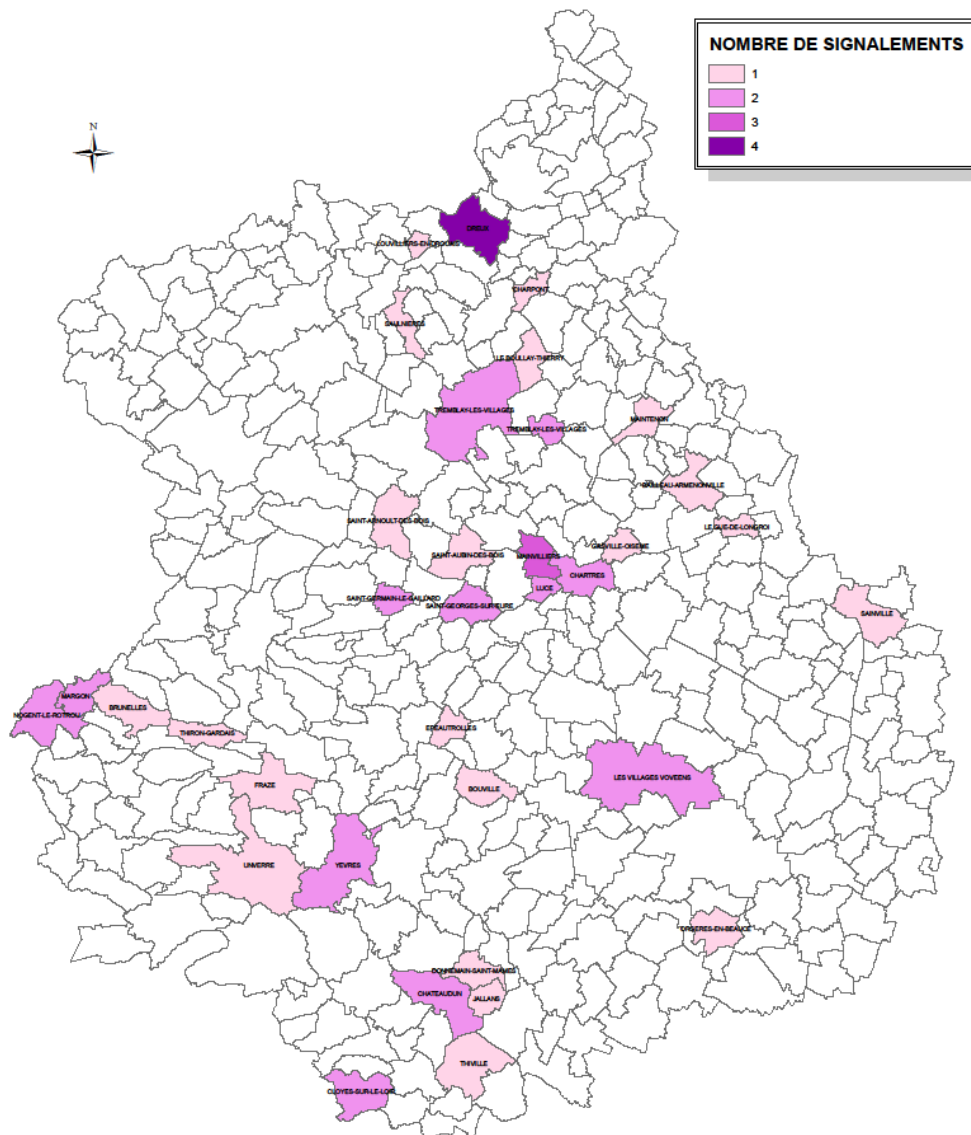
Annexe 4 : Carte régionale des parcs potentiellement indignes



Annexe 5 : bilan des intoxications CO entre 2011 et 2016 (données Agence Régionale de Santé Centre - Val de Loire)



INTOXICATIONS CO
BILAN 2011 A 2016

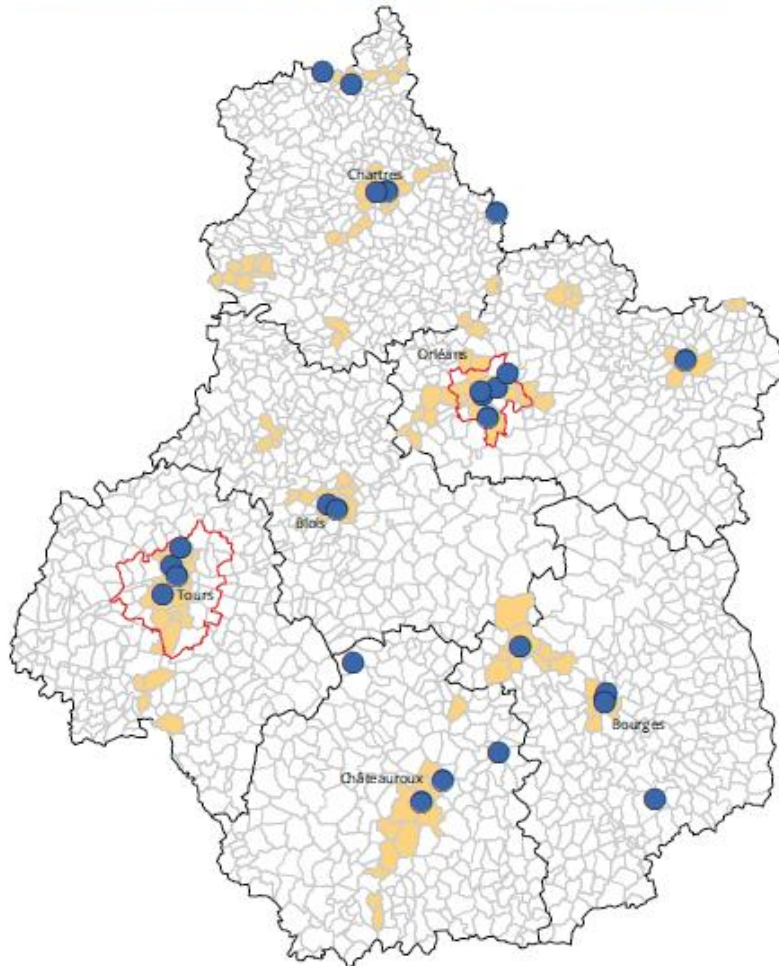


1:350 000

1er mars 2017

Annexe 6 : Carte du réseau de surveillance de la qualité de l'air et communes sensibles (ORS, 2016)

Réseau de surveillance de la qualité de l'air et communes sensibles



Réseau de surveillance de la qualité de l'air :

- Localisation des stations de mesure de la qualité de l'air en 2015
- Plans de protection de l'atmosphère (PPA)
- Communes sensibles

SOURCES: LIGAIR - EXPLOITATION ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

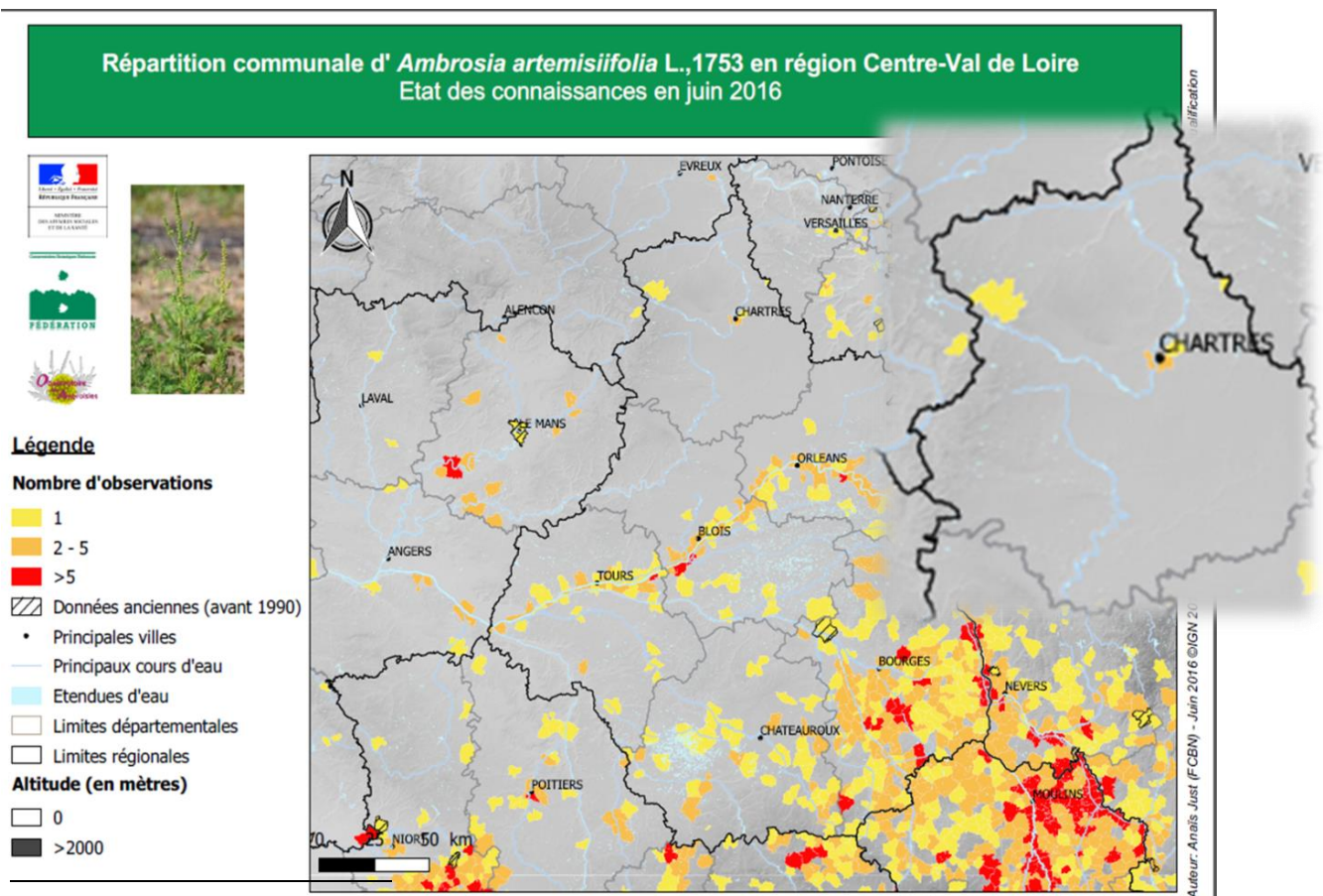
Annexe 7 : L'ambroisie et son pollen allergisant

Plante envahissante originaire d'Amérique du nord, l'ambroisie à feuilles d'armoise (*Ambrosia artemisiifolia* L., 1753) possède un pouvoir allergisant de niveau 5, soit le maximum sur l'échelle de mesure du caractère allergisant allant de 1 à 5 développée par le Réseau National de Surveillance Aérobiologique (R.N.S.A.). Elle se développe et se multiplie très facilement sur différents types de terrains, notamment ceux sur lesquels interviennent des activités humaines (surfaces agricoles, bords de route, chantiers...) ²².

L'ambroisie est la cause d'allergies automnales. Au moment de sa floraison elle libère du pollen, responsable de réactions allergiques multiples (rhinite, conjonctivite, trachéite, asthme, urticaire ou eczéma). Les allergies apparaissent généralement vers la mi-août et peuvent continuer jusqu'en octobre. On estime entre 6 % et 12 % la part de la population sensible à l'ambroisie (ORS, 2016).

Les mesures préventives, efficaces lorsque l'ambroisie n'a pas encore colonisé le territoire, consistent notamment à détruire les pieds d'ambroisie avant que le pollen ne puisse être dispersé par l'air ²³.

Les spots d'ambroisie se trouvent autour de Chartres et dans la commune de Senonches.



²² <http://social-sante.gouv.fr/sante-et-environnement/risques-microbiologiques-physiques-et-chimiques/especes-nuisibles-et-parasites/article/l-ambroisie-une-plante-sous-surveillance>

²³ <http://www.ambroisie.info/>

Annexe 8 : Les violences faites aux femmes

Violences conjugales en Eure-et-Loir :

Il est très difficile de disposer d'une photographie des situations de violences physiques et sexuelles sur un département. C'est une vraie problématique méthodologique : seules 14% des femmes déposent plainte quand ces violences s'effectuent au sein du ménage, ce taux baisse à 10% quand il s'agit d'un viol.

Le tableau suivant présente les procédures enregistrées par le TGI de Chartres sur trois ans. (Mme Guardiola, déléguée départementale droits des femmes et à l'égalité, *comm. pers.*) :

Figure 74. Procédures judiciaires liées aux violences faites aux femmes (TGI Chartres, de 2013 à 2015)

Années	VIOLENCES CONJUGALES (TGI CHARTRES)		
	2013	2014	2015
Nombre de procédures enregistrées	323	441	504

En 2015, 186 appels au numéro national de référence (3919) ont été identifiés en provenance du département d'Eure-et-Loir (source FNSF 2015).

Pour mieux repérer les situations de violences et proposer une prise en charge adaptée dans tous les services de santé, il est nécessaire de développer des relais auprès des professionnels de santé et auprès de l'ensemble de la société pour encourager les victimes à signaler les faits et les soutenir. A noter, d'après l'enquête INSEE, les médecins sont les premiers interlocuteurs des femmes dans les situations de violences physiques (27% des cas) et de viols (29%).

Le phénomène d'addiction (en particulier l'alcool mais aussi d'autres stupéfiants) est très souvent identifié dans les éléments de contexte des violences conjugales connues des différents services (Henrion, 2014).

Les violences subies par les femmes affectent profondément et durablement leur santé physique, mentale et génésique²⁴ :

- ▶ Les violences au sein du couple constituent un danger pour la santé maternelle et périnatale. Elles multiplient par 1,9 le risque de fausse-couche et augmentent de 17% celui de naissance prématurée
- ▶ Les femmes ayant subi des violences sexuelles au cours des 12 derniers mois ont 26 fois plus de risque de faire une tentative de suicide que celles qui n'ont pas été victimes.
- ▶ 70% des femmes ayant subi des violences graves au sein du couple et 78% de celles ayant vécu un viol ou une tentative de viol déclarent que ces agressions ont causé des dommages psychologiques importants.
- ▶ Un tiers des femmes qui ont subi des violences répétées ont qualifié leur état de santé de moyen, mauvais ou très mauvais. Elles ont des infections chroniques (asthme, diabète, HPA) et des arrêts de travail plus nombreux. Elles sont plus souvent hospitalisées en dehors de la grossesse. 80 % d'entre elles se disent tout le temps stressées, 50 % souffrent de dépressions et 25 % ont consulté un psychiatre. Elles ont

²⁴ http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/lettre_ONVF_-_no_6_-_mai_2015_-_violences_et_sante.pdf

une consommation accrue d'alcool, de médicaments psychotropes, de tabac, de cannabis, ou de toute autre drogue dans 30 à 40 % des cas, pour essayer de supporter ce qu'elles endurent.

► La grossesse est un facteur déclenchant ou aggravant des violences conjugales. Il est donc primordial d'intégrer le dépistage des violences dans les consultations en périnatalité, en particulier autour du 4^e mois de grossesse.

► Diagnostic 2015-2016 sur les situations de prostitution en Eure-et-Loir (Mme Guardiola, déléguée départementale aux droits aux femmes et à l'égalité, comm. pers.)

Cette étude a été coordonnée par la Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations et confiée au Mouvement du Nid-Délégation du Loiret en mai 2015, financée par des crédits FIPD et Droits des femmes.

Les résultats montrent qu'au-delà d'une prostitution dite visible dans des espaces publics ou celle identifiée comme phénomène de traite des êtres humains, il existe dans les quartiers mais aussi dans les zones rurales du département, des formes de prostitution cachée et régulière qui touchent des femmes, jeunes et adultes, en grande vulnérabilité économique, administrative ou psychologique.

Les informations recueillies permettent d'estimer qu'au minimum 250-300 personnes sont victimes de prostitution en Eure-et-Loir. 99% sont des femmes dont un quart des mineures et un tiers de jeunes majeures.

L'entrée en prostitution s'effectue, comme partout ailleurs, très jeune parfois dès 14 ans. On constate chez certaines jeunes filles un discours de banalisation de l'acte sexuel contre rémunération ou « cadeaux », sans le nommer prostitution. Le diagnostic a encore mis en lumière des prises de risques importantes tant sanitaires que sociaux de ces jeunes filles, car elles ne se protègent pas (IST, IVG), sont rapidement déscolarisées et éprouvent des difficultés à suivre un parcours d'insertion.

La prévention auprès des jeunes est donc l'un des axes d'actions du comité de suivi du diagnostic. Il est en effet nécessaire d'intervenir le plus précocement possible auprès de ce public par l'intégration de la notion de respect et de la dimension affective dans l'éducation à la sexualité. Les séances d'éducation à la sexualité doivent présenter une vision égalitaire des relations entre les femmes et les hommes et contribuer à l'apprentissage du respect dû au corps humain. L'information sur les réalités et les dangers de la marchandisation du corps doit être développée dans les établissements secondaires notamment. Un travail sur l'impact de la pornographie auprès des jeunes est également un axe à aborder pour traiter cette problématique.

Au niveau des risques sanitaires (VIH, MST, grossesse non désirée), des réponses doivent être apportées par les opérateurs de prévention et le centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGGID). La communication sur le préservatif féminin et sa mise à disposition doit être renforcée.

Enfin si à terme l'objectif serait d'identifier une structure ressource sur le territoire, la coordination au niveau départemental a été impulsée par les résultats du diagnostic et les partenariats mis en œuvre visent à mieux appréhender ces situations et à faciliter tant l'accompagnement des personnes concernées par la prostitution que les professionnels.

Annexe 9 : Santé et territoires d'Eure-et-Loir

1. Enjeux de santé des territoires d'Eure-et-Loir

Depuis le 1^{er} janvier 2017, l'Eure-et-Loir est structuré autour de 11 établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), issus de fusions entre les 21 structures préexistantes (cf. figure 75). Ces grands ensembles territoriaux constituent pour la Délégation départementale de l'ARS une base permettant d'affiner l'analyse de l'état de santé de la population, afin de l'adapter aux enjeux locaux. Toutefois, en l'absence de nouveaux diagnostics à l'échelle redéfinie de ces territoires, les enjeux de santé mentionnés dans la présente partie sont issus principalement des diagnostics de l'ORS pour les CLS existants ou en cours de création.

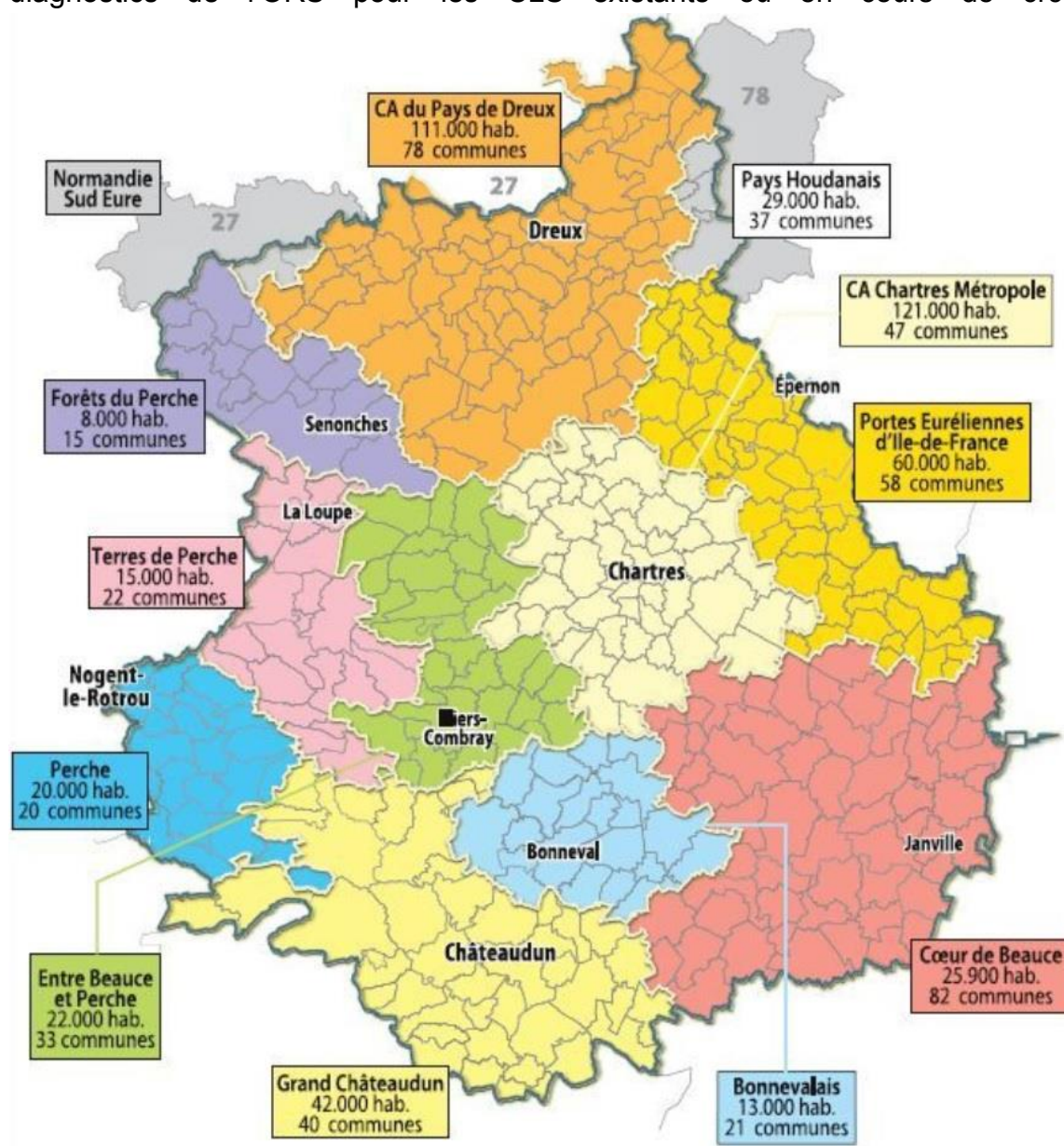


Figure 75. Nouvelles intercommunalités au 1er janvier 2017 (données Préfecture d'Eure-et-Loir, exploitation par l'Echo Républicain)

La distribution de la population de moins de 20 ans est plutôt homogène sur le territoire sauf dans le sud-ouest où elle est moins présente. La population âgée, quant à elle, est principalement localisée dans le Pays Perche et le Pays de Beauce. Ces données peuvent être biaisées car elles sont calculées en moyenne par EPCI.

Les actions de santé doivent s'adapter aux priorités identifiées sur chacun des territoires et se destiner aux populations cibles.

1. Les territoires couverts par un Contrat local de santé (CLS)

Certains territoires ont fait l'objet au début des années 2010 de diagnostics locaux de santé, afin de préparer au mieux l'élaboration des axes stratégiques de leur futur contrat local de santé. Ces diagnostics permettent encore aujourd'hui d'identifier les problématiques et besoins des territoires pour les deux villes de Dreux et Vernouillet ainsi que pour l'ancien territoire du Pays Perche, aujourd'hui Pôle d'Equilibre Territorial et Rural (PETR) regroupant six Communautés de Communes du Perche (cf. annexe 4).

1.1. Les collectivités de Dreux et Vernouillet et plus largement l'agglomération du Pays de Dreux

Pour le diagnostic local en santé des villes de Dreux et Vernouillet, élaboré en septembre 2012, l'ORS s'est appuyé sur une analyse de données quantitatives, un recensement des acteurs et actions de prévention, des entretiens avec des personnes ressources et des habitants ainsi que sur une analyse bibliographique.

Ces deux collectivités et plus largement l'agglomération drouaise se situent à un carrefour avec l'Île-de-France, ce qui influence la diversité populationnelle.

Un travail de redéfinition des quartiers prioritaires a été engagé par l'État en 2014, en amont de la signature du nouveau Contrat de Ville qui a eu lieu en 2015. Au niveau local, 4 quartiers ont été identifiés comme quartiers prioritaires sur le territoire de l'Agglo du Pays de Dreux :

- Les Bâtes – Tabellionne (Dreux – Vernouillet)
- Les Rochelles (Dreux)
- Dunant-Kennedy (Dreux)
- Les Vauvettes (Vernouillet).

Deux Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) sont présents sur ces deux communes et proposent des actions de prévention et d'accompagnement social.

➤ Problématiques de santé sur l'agglomération du Pays de Dreux (ORS, 2012)

Le taux de mortalité de cet EPCI est bien plus élevé comparativement à celui du département et de la région. Les principales causes de décès sont les cancers puis les maladies de l'appareil circulatoire et enfin les causes extérieures liées à un traumatisme ou un empoisonnement. Les hommes de ce territoire meurent davantage à cause d'accidents de la circulation et de pathologies liées à une consommation excessive d'alcool. Par contre, les femmes du Drouais sont plus sensibles aux maladies de l'appareil circulatoire puis aux cancers.

Le taux de mortalité prématurée est également supérieur à la moyenne départementale. Le taux comparatif de mortalité par **diabète**, entre 2002 et 2009, relevé sur le territoire de Dreux-Vernouillet est significativement supérieur à ceux observés aux plans départemental, régional et national (respectivement 27,1 décès par diabète pour 100 000 habitants de Dreux-Vernouillet contre 18,9 dans le département, 19,7 en région et 18,6 en France). L'analyse de la mortalité prématurée (décès survenus avant 65 ans) par **maladies cardiovasculaires** pour les habitants de Dreux-Vernouillet montre également une surmortalité en comparaison aux différents territoires.

Par ailleurs, les principales admissions en ALD du Drouais sont les mêmes que celles identifiées au niveau national : maladies cardiovasculaires, tumeurs malignes et diabète. Par contre, si l'on compare ce territoire au département, celui-ci présente davantage d'admissions en ALD pour cause de **diabète** et d'**affections psychiatriques**.

Les entretiens conduits lors de l'élaboration du diagnostic du CLS corroborent l'importance de la problématique liée au diabète sur le Drouais. Cette pathologie est liée aux habitudes alimentaires et a un fort impact sur la vie quotidienne. Cela demande aux patients de réguler leur hygiène de vie et de faire attention à leur alimentation.

Les entretiens avec les professionnels de santé font apparaître une difficulté de suivi des grossesses et d'accompagnement de la mère et de l'enfant après l'hospitalisation. Le territoire du Drouais présente un taux de fécondation relativement important. La précarité socio-économique et les habitudes culturelles ne facilitent pas la sensibilisation des femmes enceintes aux thématiques de santé. La **périnatalité** est donc une thématique prioritaire identifiée dans le contrat local de santé de Dreux-Vernouillet.

Concernant les **maladies respiratoires**, en lien avec des conditions environnementales difficiles notamment par rapport aux logements, les habitants de certains quartiers ont fait part d'un besoin de réhabilitation et de rénovation : problème de champignons, d'humidité et de déperdition de chaleur.

En éliminant les effets liés à l'âge, le taux standardisé de mortalité par **consommation excessive d'alcool** sur le territoire de Dreux est significativement

supérieur à ceux observés dans les différents territoires (45,5 décès pour 100 000 habitants de Dreux-Vernouillet contre 37,3 dans le département, 35,7 en région et 33,1 en France). Les hommes semblent être plus touchés que les femmes. Par contre, l'ORS n'observe pas de surmortalité liée au tabac sur Dreux-Vernouillet.

Globalement, les professionnels observent un rajeunissement de la population dans la consommation de produits addictifs. Des phénomènes d'alcoolisation rapide et excessive, d'augmentation des consommations quotidiennes et de banalisation du cannabis sont de plus en plus présents sur le territoire. Les professionnels signalent également de plus en plus de problématiques addictives chez les femmes notamment liées aux jeux et aux nouvelles technologies.

La population du Drouais semble exposée à un cumul de déterminants de santé qui détériore l'état de santé global de la population : isolement social, précarité socio-économique et troubles sanitaires apparentés à leurs consommations.

Enfin, la rencontre avec les habitants d'un quartier de Dreux a permis de mettre en avant des problématiques liées au cadre de vie et à l'environnement qui ont des conséquences directes sur leur état de santé.

➤ Priorités en Prévention – Promotion de la santé sur l'Agglomération du Pays de Dreux

L'ARS souhaite mettre les jeunes au centre des préoccupations en prévention et promotion de la santé. Sur le territoire de l'Agglomération du Pays de Dreux, les actions devront cibler l'acquisition de compétences psychosociales par les jeunes, leur permettant ainsi de modifier par eux-mêmes leur comportement et de prendre soin de leur santé. Les problématiques de santé mises en exergue par le diagnostic et sur lesquelles les efforts devront porter sont : la nutrition afin de prévenir les maladies cardiovasculaires et le diabète ainsi que les conduites à risque (alcool, drogue).

Une attention particulière sera portée aux femmes enceintes de ce territoire qui ne sont pas sensibilisées aux problématiques de santé et qui n'ont pas l'habitude d'être suivies. Ainsi, les actions de prévention sur la périnatalité semblent intéressantes à poursuivre sur le territoire.

Concernant la population générale, les problématiques en santé liées aux maladies chroniques (diabète, cancers...) et aux affections psychiatriques sont prépondérantes sur ce territoire et doivent constituer une priorité d'actions pour les acteurs de prévention – promotion de la santé ainsi que pour les structures proposant de l'éducation thérapeutique du patient (nombreuses personnes concernées sur le territoire).

➤ Les ressources existantes

Les habitants ont fait remonter leur difficulté à accéder aux spécialistes et autres professionnels de santé. La précarité sociale et l'absence de mobilité aggravent la difficulté d'accès aux soins. Cependant, de nombreuses structures de prévention, de promotion et d'éducation à la santé, ainsi que des structures d'offres de soins sont présentes et actives sur le territoire.

Attention ! Les tableaux récapitulatifs des ressources disponibles sur chaque territoire ne sont pas exhaustifs (cf. tableaux 4 à 11). En effet, ils ont été complétés par une partie des opérateurs sollicités dans le cadre de l'élaboration du diagnostic territorial partagé en Prévention-Promotion de la Santé (taux de participation égal à 55 %).

Figure 76. Recensement des opérateurs de prévention sur le territoire de l'Agglomération drouaise (non exhaustif)

Diabète	• Association des diabétiques d'Eure-et-Loir (AFD 28), CPAM 28, DSDEN28, Familles rurales, Maison du diabète et de la nutrition de Dreux(MDND)
Maladies cardiovasculaires	• CPAM28, Familles rurales
Nutrition	• CCAS Vernouillet, CH Dreux, CESEL, DSDEN28, Familles rurales, Maison des Adolescents (MDA), Mutualité Française Centre, ONCO 28, PJJ STEMO Chartres
Conduites à risque	• Alcool assistance, Associations néphalistes, CESEL, CICAT, DSDEN28, Familles Rurales, MDA, Maux à mots, Mouvement du Nid 28, Olympio, PJJ STEMO Chartres, UPE (CH Chartres)
Prévention - dépistage cancers	• ADOC 28, Comité de ligue contre le cancer, CPAM28, ONCO 28, Profession Sport 28, UPE (CH Dreux)
Santé Mentale	• Association LOGICIEL, ALVE, CESEL, DSDEN28, Mutualité Française Centre, Olympio, PJJ STEMO Chartres, Profession Sport 28
Santé de la mère et de l'enfant	• CPAM28, Femmes d'ici et d'ailleurs (AFIDA), PJJ STEMO 28, PMI
Prévention - dépistage IST	• AIDES, CeGIDD, Centre de planification et d'éducation familiale, CESEL, DSDEN28, Maux à Mots, Mouvement du Nid 28, PJJ STEMO Chartres, planning familial
Education thérapeutique du patient	• CPAM28, ONCO28, Profession Sport 28, UTEP (CH Dreux)
Violences faites aux femmes	• Aviel, CeGIDD, CIDFF, DSDEN28, Femmes d'ici et d'ailleurs, Mouvement du Nid 28, PJJ STEMO Chartres
Habitat	• Habitat Drouais

1.2. Le Pôle d'équilibre territorial et rural du Perche

Signé le 15 janvier 2014, le Contrat local de santé du Pays Perche d'Eure-et-Loir, devenu Pôle d'équilibre territorial et rural (PETR) du Perche, associe 74 communes, pour une population totale de plus de 53 000 habitants. Selon la nouvelle cartographie des intercommunalités établie en 2017, ce PETR s'étend sur l'intégralité du territoire de trois EPCI (Forêts du Perche, Terres du Perche et Perche) et intègre quelques communes appartenant à deux autres EPCI (Entre Beauce et Perche et Grand Châteaudun). A l'image du CLS de Dreux-Vernouillet, il s'appuie sur un diagnostic local de santé réalisé par l'ORS du Centre, en novembre 2010.

Le territoire couvert par le CLS présente une densité de population sensiblement inférieure à celles observées aux niveaux départemental, régional et national. Cette donnée tient à sa structuration semi-rurale, avec une population qui, malgré l'étendue géographique, est principalement concentrée autour des communes de La Ferté-Vidame, de Senonches, de La Loupe, de Montlandon, de Nogent-le-Rotrou, de Thiron-Gardais, d'Authon-du-Perche et de Brou.

Selon le zonage établi en 2014, le CLS comprend un « quartier prioritaire de la politique de la ville », celui du Val à Nogent-le Rotrou, autour duquel s'étend le quartier des Gauchetières, défini comme « quartier de veille active ». Ces territoires sont ainsi susceptibles de bénéficier de subventions spécifiques au titre de l'appel à projets du Contrat de ville de Nogent-le-Rotrou.

➤ Problématiques de santé identifiées dans le PETR du Perche

Le diagnostic élaboré par l'ORS a mis en évidence les principales difficultés auxquelles le PETR du Perche est confronté dans le domaine de la santé.

Les besoins de la population ne sont pas satisfaits tant du point de vue de l'offre sanitaire, compte tenu de la faible démographie des professionnels de santé, que de l'offre médico-sociale, avec de fortes carences en termes d'accueil et de logement des personnes âgées ou en situation de handicap. Les cantons de Senonches et de Nogent-le-Rotrou ont ainsi été identifiés comme des « zones fragiles » dans le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) arrêté par l'ARS en 2014. De même, l'ensemble du territoire du PETR du Perche a été classé en « zone carencée » dans le volet santé du contrat de plan Etat-Région Centre-Val de Loire 2015-2020.

Par ailleurs, l'état des lieux de l'ORS pointait un taux standardisé de **mortalité prématurée** supérieur à celui observé dans le département et en région Centre. En effet, à structure d'âge comparable, près de 360 décès prématurés pour 100 000 personnes dans le Perche ont été comptabilisés contre 325 dans le département de l'Eure-et-Loir et 319 en région Centre. Malgré une baisse sensible entre la période

1993 – 2001 et la période 2003 – 2011, ces taux demeurent particulièrement élevés dans les cantons de La Loupe et de Senonches.

De même, le diagnostic révélait, pour les **maladies cardio-vasculaires**, une surmortalité des femmes du territoire, avec 259 décès pour 100 000 habitantes, par rapport au département (240 pour 100 000 hab.) et à la région (236 pour 100 000 hab.).

Le PETR du Perche se démarque en outre du département et de la région par une surmortalité par **consommation excessive d'alcool** (51 décès pour 100 000 habitants contre respectivement 41 et 40 pour 100 000 pour le département et pour la région), avec des taux parmi les plus élevés de la région dans les cantons de La Loupe et de Senonches. Les taux standardisés de mortalité par **pathologie liée au tabac** apparaissent également particulièrement élevés dans les cantons de la Ferté-Vidame et de Brou.

La surmortalité par **suicide** était soulignée dans le diagnostic, avec un taux standardisé de 31,1 décès pour 100 000 personnes (contre 22,7 au niveau départemental et 22,1 à l'échelon régional). Les taux standardisés de tentatives de suicide dans le Perche sont très nettement supérieurs à la moyenne régionale, notamment dans les cantons de La Ferté Vidame, La Loupe, Nogent-le-Rotrou et Authon-du-Perche, avec plus de 240 cas pour 100 000 habitants, contre seulement 196 pour l'ensemble de la région.

Le cloisonnement des secteurs sanitaire, médico-social et social se traduit concrètement par un manque de coordination dans les actions menées par les acteurs locaux.

Enfin la dispersion des actions de prévention et d'éducation à la santé a été pointée sur le territoire du Perche par le diagnostic de l'ORS et mériterait une meilleure coordination.

➤ Priorités en Prévention – Promotion de la santé

Le diagnostic a mis en évidence des problématiques de santé sur lesquelles les actions devront porter de manière prioritaire :

Le PETR du Perche présentant une surmortalité par rapport aux niveaux départemental et régional s'agissant de la consommation excessive d'alcool et des pathologies liées au tabac, des actions de prévention globales relatives aux conduites addictives devront être mises en œuvre.

Compte tenu des taux élevés de suicide et de tentatives de suicide enregistrés dans le Perche, lesquels y apparaissent sensiblement supérieurs à ceux relevés pour le département et la région, une attention particulière sera portée aux actions de prévention dans le domaine de la santé mentale et du repérage de la crise suicidaire.

L'accent pourra également être mis sur la prévention des maladies cardiovasculaires chez les femmes, particulièrement touchées par ce type de pathologies sur ce territoire. A cette fin, la priorité sera donnée aux de sensibilisation liées à la nutrition et au tabac.

➤ Les ressources existantes

Le PETR du Perche comprend plusieurs structures sanitaires, dont les centres hospitaliers de Nogent-le-Rotrou et de La loupe, ainsi qu'un centre médico-psychologique (CMP), qui dépend du centre hospitalier Henri Ey de Bonneval. Trois maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) sont également implantées sur ce territoire (Senonches, La Loupe et, plus récemment Nogent-le-Rotrou).

Du point de vue de la coordination des acteurs locaux, le Réseau santé / social de Nogent-le-Rotrou, porté par la MILOS 28 et le CMP de Nogent-le-Rotrou, organise des réunions mensuelles entre les partenaires locaux intervenant dans le champ de la santé et dans le secteur social, afin d'assurer une meilleure cohérence entre leurs interventions respectives.

Figure 77. Recensement des opérateurs de prévention sur le territoire du pôle d'équilibre territorial et rural du Perche (non exhaustif)

Diabète	•CPAM 28, DSDEN28, Familles rurales
Maladies cardiovasculaires	•Familles rurales
Nutrition	•CESEL, DSDEN28, Familles rurales, Maison du Tertre, MILOS 28, Mutualité Française Centre, ONCO 28, PJJ STEMO Chartres, Profession Sport 28
Conduites à risque	•Alcool assistance, Associations néphalistes, CESEL, CICAT, DSDEN28, Familles Rurales, MILOS 28, Olympio, PJJ STEMO Chartres
Prévention - dépistage cancers	•ADOC 28, Comité de ligue contre le cancer, CPAM28, ONCO 28
Santé Mentale	•CESEL, DSDEN28, GEM « Oxygem 28 », MILOS 28, Olympio, PJJ STEMO Chartres, Profession Sport 28
Santé de la mère et de l'enfant	•PJJ STEMO 28, PMI
Prévention - dépistage IST	•AIDES, CeGIDD, Centre de planification et d'éducation familiale, CESEL, DSDEN28, MILOS 28, PJJ STEMO Chartres
Education thérapeutique du patient	•CPAM28, ONCO28, Profession Sport 28
Violences faites aux femmes	•Aviel, CIDFF, DSDEN28, MILOS 28, PJJ STEMO Chartres
Habitat	•

1.3. Les territoires en cours de couverture par un CLS

D'autres collectivités se sont récemment engagées à mettre en place un contrat local de santé sur leur territoire : la Communauté de Communes Cœur de Beauce, la communauté de communes du Grand Châteaudun et l'Agglomération de Chartres. Un diagnostic local de santé a donc été lancé sur chacun de ses territoires. Pour le moment, l'ARS ne dispose pas des résultats de ces diagnostics. L'analyse qui suit repose sur les données quantitatives de l'ORS produites à l'échelle de l'EPCI ainsi que sur les contributions des acteurs locaux.

1.3.1. La Communauté de Communes Cœur de Beauce

La Communauté de Communes Cœur de Beauce regroupe trois anciens EPCI : la Beauce Vovéenne, la Beauce d'Orgères et la Beauce de Janville.

Ce territoire présente une hétérogénéité d'accès à une offre de santé de base. Aucune des sous-préfectures n'est située sur ce territoire très rural. De ce fait, la Communauté de Communes Cœur de Beauce est peu attractive.

Ce territoire est peu densément peuplé. Le taux de personnes âgées de moins de 20 ans en 2011 est compris entre 26 % et 29,2 % ; taux supérieur à ceux départemental et régional. La population âgée de plus de 75 ans est également présente à hauteur d'environ 10 %. On observe sur cette Communauté de Communes un vieillissement modéré de la population (indice de vieillissement compris entre 62,6 et 73,8) (ORS, 2015).

Cependant, l'Observatoire des fragilités Grand Nord indique une grande fragilité socio-économique chez les personnes de 55 ans et plus sur ce territoire.

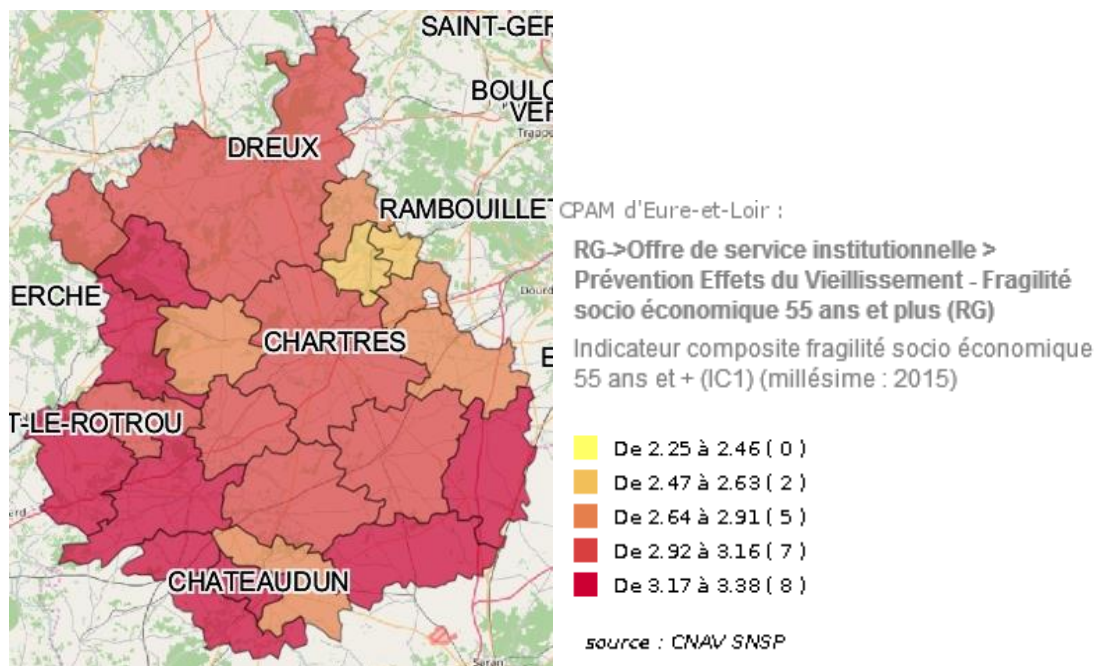


Figure 78. Extrait du système d'information géographique de la CARSAT-CPAM - l'observatoire des fragilités *grand Nord*

➤ Problématiques de santé identifiées en Cœur de Beauce

D'après la cartographie de l'Observatoire Régional de Santé, le taux de mortalité est dans la moyenne du département.

Par contre, une surmortalité par **cancer** du côlon-rectum (Beauce d'Orgères), de la prostate (Beauce d'Orgères puis Beauce Vovéenne) et du cancer du sein (Beauce Vovéenne) existe sur ce territoire. Le nombre de nouvelles ALD relatives aux cancers est également important.

Par ailleurs, la Com'com Cœur de Beauce présente un des taux de mortalité par **suicide** les plus importants du département. En effet, le diagnostic faisant état de la santé de la population démontrait une prédominance des actes de suicide dans les territoires ruraux.

De plus, le rapport de l'ORS fait apparaître deux autres problématiques de santé sur le territoire liées au **diabète** et aux **affections psychiatriques de longue durée** (nouvelles ALD) notamment sur la Beauce de Janville (ORS, 2015).

➤ Priorités en Prévention – Promotion de la santé

La santé mentale semble apparaître comme un enjeu sanitaire sur le territoire Cœur de Beauce. En effet, la prévention de la crise suicidaire ainsi que l'accompagnement des patients ayant des troubles psychiques peuvent constituer deux axes stratégiques d'actions.

Par ailleurs, la problématique de la nutrition (hygiène alimentaire, malnutrition, bonne gestion de son diabète...) émerge des éléments quantitatifs obtenus. Les messages de prévention devront s'adapter aux jeunes principalement et notamment intégrer les

compétences psychosociales. Des actions de prévention en nutrition chez les personnes âgées semblent également essentielles. Cependant, elles pourront être financées dans un autre cadre notamment lors de l'appel à projets CARSAT ou via la Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées.

Enfin, il est essentiel d'identifier les ruptures dans le parcours d'un patient cancéreux et de lui proposer un accompagnement durant son parcours de santé.

L'éducation thérapeutique peut être un moyen pour le patient de savoir mieux vivre avec sa maladie. Elle pourrait s'appliquer aux patients en ALD liées au diabète et aux cancers, plus nombreux sur le territoire de la Communauté de Communes Cœur de Beauce.

➤ Les ressources existantes

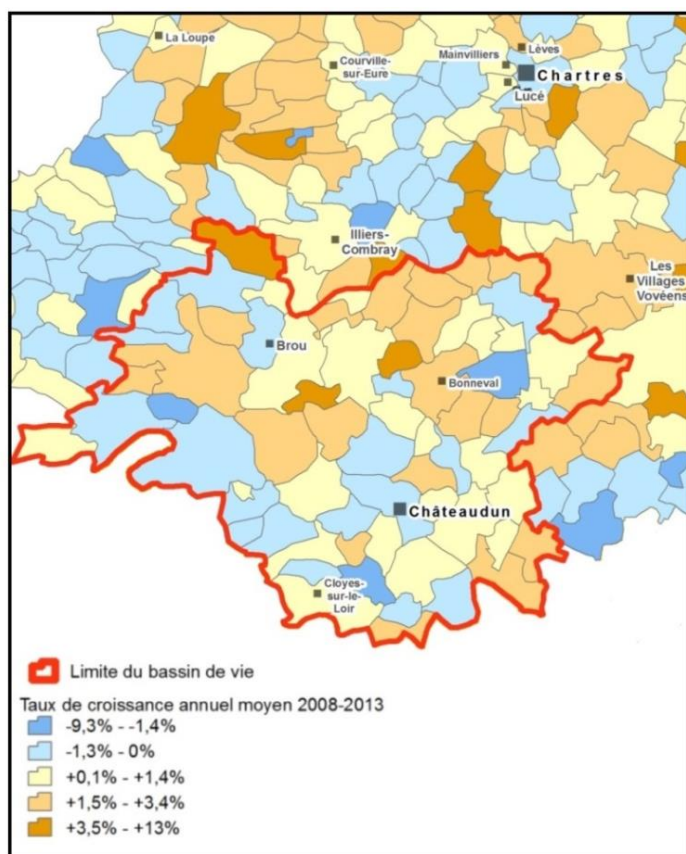
Figure 79. Recensement des opérateurs de prévention sur le territoire de la Communauté de Communes Cœur de Beauce (non exhaustif)

Diabète	•CPAM 28, DSDEN28, Familles rurales
Maladies cardiovasculaires	•Familles rurales
Nutrition	•DSDEN28, Familles rurales, MILOS 28, Mutualité Française Centre, ONCO 28, PJJ STEMO Chartres
Conduites à risque	•BPDJ, CICAT, DSDEN28, Familles Rurales, MILOS 28, PJJ STEMO Chartres
Prévention - dépistage cancers	•ADOC 28, CPAM28, ONCO 28
Santé Mentale	•CESEL, DSDEN28, MILOS 28, PJJ STEMO Chartres, Profession Sport 28
Santé de la mère et de l'enfant	•CPAM28, PJJ STEMO 28
Prévention - dépistage IST	•DSDEN28, MILOS 28, PJJ STEMO Chartres
Education thérapeutique du patient	•CPAM28, ONCO28, Profession Sport 28
Violences faites aux femmes	•CIDFF, DSDEN28, MILOS 28, PJJ STEMO Chartres
Habitat	•

1.3.2. La communauté de communes du Châteaudun

Situé entre la Beauce et le Perche, le bassin de vie de Châteaudun présente un paysage majoritairement rural où près de 60 % des communes du territoire comptent moins de 500 habitants. Il se situe en périphérie des grandes unités urbaines régionales d'Orléans, Chartres, Blois et Vendôme. Un ensemble de pôles structure le territoire. Le plus important en termes d'habitants et d'emplois est la ville de Châteaudun, qui accueille 23 % de la population (soit 13 230 hab.) et 40 % des emplois du bassin. Trois autres pôles urbains maillent également le territoire, à savoir : Bonneval (4 840 hab.) situé au Nord de Châteaudun, Brou (3 450 hab.) à l'Ouest du bassin de vie et Cloyes-sur-le-Loir (2 760 hab.) à l'extrémité Sud (cf. figure 27).

Entre 2008 et 2013, le bassin de vie de Châteaudun affiche une évolution démographique de 0,2 % par an en moyenne, un taux inférieur à celui de la région (0,3 % par an). Cette croissance est uniquement portée par un solde migratoire élevé (0,2 % par an en moyenne, contre 0,1 % par an en région). Le bassin attire principalement des retraités, plus nombreux à venir s'y installer qu'à le quitter. Quant au solde naturel, il est quasi-nul sur cette période, même s'il s'est légèrement amélioré par rapport à la période 1999 – 2008 (- 0,1 %), grâce à l'arrivée de jeunes ménages. La part des moins de 20 ans est inférieure à la moyenne régionale (23 % contre 24 %), alors que celle des 60 ans et plus est nettement supérieure (31 % contre 27 %). En outre, l'observatoire des fragilités Grand Nord souligne de grandes difficultés socio-économiques chez les personnes de 55 ans et plus dans les communes de l'Est du bassin (cf. figure 80).



C'est sur ce territoire qu'a été créée, le 1^{er} janvier 2017, la communauté de communes du Grand Châteaudun, issue de la fusion des Communautés de Communes du Dunois, des Trois Rivières et des Plaines et Vallées Dunoises et de 10 communes du Perche Gouët, pour un total de 40 communes. Il est accolé à la communauté de communes du Bonnevalais.

L'ORS du Centre-Val de Loire est en train de réaliser un diagnostic

local de santé portant sur plusieurs communes situées autour de Châteaudun, dans la perspective de la signature d'un CLS. Ce contrat couvrira l'EPCI du Grand Châteaudun.

Selon le zonage établi en 2014, le quartier Camus-Schweitzer, situé à Châteaudun, est identifié comme « quartier prioritaire de la politique de la ville » et le périmètre qui l'encadre est qualifié de « quartier de veille active ». Ces territoires sont ainsi susceptibles de bénéficier de subventions spécifiques au titre de l'appel à projets du Contrat de ville de Châteaudun.

➤ Problématiques de santé identifiées dans le Grand Châteaudun

Dans l'attente des conclusions du diagnostic local de santé de l'ORS, certaines données ont déjà été mises en évidence par les services du Conseil régional dans son étude « Regard sur le bassin de vie de Châteaudun », parue en octobre 2016.

Ainsi, en 2016, 41 % des habitants du bassin de vie de Châteaudun résident dans une commune ne disposant pas de médecin généraliste libéral (contre une moyenne de 25 % en région Centre-Val de Loire). La densité médicale (5,3 professionnels pour 10 000 hab.) est nettement inférieure à celle de la région (7,9 pour 10 000 hab.), elle-même sensiblement plus faible que la densité nationale (9,4 pour 10 000 hab.). Ces professionnels sont majoritairement installés à Châteaudun et dans les trois autres pôles urbains du bassin. En outre, le bassin de vie est confronté au vieillissement de sa population médicale, 57 % d'entre eux ayant plus de 55 ans (soit 17 professionnels sur un total de 30). L'ensemble de ce territoire a été classé en « zone carencée » dans le volet santé du contrat de plan Etat-Région Centre-Val de Loire 2015-2020.

Parmi les indicateurs de mortalité mis en évidence par l'ORS dans son étude sur les inégalités de santé en région Centre-Val de Loire, certaines données permettent d'ores et déjà de mettre en évidence des difficultés géographiques ou de santé qui se posent avec plus d'acuité dans l'EPCI du Grand Châteaudun.

Le canton de Cloyes-sur-le-Loir présente ainsi un des taux de **mortalité prématurée** le plus élevé du département. Il en va de même de la **mortalité par cancer** dans ce dernier canton, ainsi que dans celui de Châteaudun.

S'agissant des addictions, la mortalité par pathologies liées au **tabac** y est préoccupante dans les cantons de Cloyes-sur-le-Loir et de Châteaudun, et une attention particulière doit être portée aux pathologies liées à l'**alcool** dans les cantons de Brou et de Cloyes-sur-le-Loir, malgré une diminution significative des taux de mortalité standardisés entre la période 1993 – 2001 et la période 2003 - 2011.

Enfin, si les chiffres du **suicide** ont également diminué entre ces mêmes périodes dans plusieurs cantons, ils demeurent élevés à Brou et à Cloyes-sur-le-Loir.

➤ Priorités en Prévention – Promotion de la santé

Eu égard à la prévalence des cancers sur ce territoire, il conviendra de promouvoir le développement d'actions dédiées, centrée sur la sensibilisation et le dépistage.

Afin de conforter la diminution significative de la mortalité liée à l'**alcool**, des actions d'information et d'accompagnement devront être privilégiées dans les cantons les plus concernés.

Les actions de repérage de la crise suicidaire doivent se poursuivre sur certains cantons (Brou et Cloyes-sur-le-Loir) de manière à confirmer la tendance à la baisse des suicides constatée sur le territoire du Grand Châteaudun.

➤ Les ressources existantes

Le territoire comprend plusieurs structures sanitaires, dont le centre hospitalier de Châteaudun, qui dispose d'une centaine de lits en médecine, et un centre médico-psychologique (CMP), situé à Châteaudun, antenne locale du centre hospitalier Henri Ey de Bonneval. Parallèlement, afin d'impulser une offre médicale de proximité et de renforcer l'offre de soins, une maison de santé pluridisciplinaire (MSP) est implantée à Châteaudun et une seconde est en projet, à Cloyes-sur-le-Loir. La mairie de Châteaudun a également financé, en février 2017, un centre de santé municipal.

Du point de vue de la coordination des acteurs locaux, le Réseau santé / social de Châteaudun, porté conjointement par le CMP de Châteaudun et par le Conseil départemental, organise des réunions mensuelles entre les partenaires locaux intervenant dans le champ de la santé et dans le secteur social, afin d'assurer une meilleure cohérence entre leurs interventions respectives.

Figure 81. Recensement des opérateurs de prévention sur le territoire de la Communauté de Communes du Grand Châteaudun (non exhaustif)

Diabète	•AFD 28, CPAM 28, DSDEN28, Espace Diabète 28, Familles rurales, MSA BCL, MSP Châteaudun
Maladies cardiovasculaires	•Familles rurales, MSA BCL, MSP Châteaudun
Nutrition	•CESEL, CPAM28, DSDEN28, Espace Diabète 28, Familles rurales, MILOS 28, MSA BCL, MSP Châteaudun, ONCO 28, PJJ STEMO Chartres
Conduites à risque	•CESEL, CICAT, CPAM 28, DSDEN28, Espace Dabiète 28, Familles Rurales, Maux à Mots, MILOS 28, Mouvement du Nid 28, MSA BCL, MSP Châteaudun, PJJ STEMO Chartres
Prévention - dépistage cancers	•ADOC 28, Comité de ligue contre le cancer, CPAM28, MSA BCL, MSP Châteaudun, ONCO 28, Profession SPort 28
Santé Mentale	•CESEL, DSDEN28, MILOS 28, Mutualité Française Centre, Olympio, PJJ STEMO Chartres, Profession Sport 28
Santé de la mère et de l'enfant	•CPAM28, MSP Châteaudun, Mutualité Française Centre, PJJ STEMO 28, PMI
Prévention - dépistage IST	•CeGIDD, CESEL, DSDEN28, Maux à mots, MILOS 28, Mouvement du Nid 28, MSP Châteaudun, PJJ STEMO Chartres
Education thérapeutique du patient	•CPAM28, MSA BCL, MSP Châteaudun, ONCO28, Profession Sport 28
Violences faites aux femmes	•Aviel, CIDFF, DSDEN28, MILOS 28, Mouvement du Nid 28, MSP Châteaudun, PJJ STEMO Chartres
Habitat	•

1.3.3. L'agglomération de Chartres

Le territoire chartrain est très densément peuplé comparativement aux autres EPCI du département. Le taux de personnes âgées de moins de 20 ans en 2011 est compris entre 23,4 % et 25,9 %. L'agglomération chartraine a un taux de personnes âgées de 75 ans et plus relativement bas par rapport aux autres territoires – valeur comprise entre 5,7 % et 8,4 % (ORS, 2015). On y observe un vieillissement modéré de la population (indice de vieillissement compris entre 62,6 et 73,8). La particularité de la population chartraine est un taux de personnes âgées vivant seules très élevé et en nette progression.

➤ Problématiques de santé sur l'Agglomération de Chartres

Les statistiques de l'INSEE montrent des taux de mortalité par pathologies généralement plus bas que la moyenne départementale.

Le taux de mortalité prématurée par cancer ainsi que celui par consommation excessive d'alcool sont proches de la moyenne départementale.

Par contre, les données quantitatives font apparaître un taux de nouvelles admissions en ALD pour **affections psychiatriques** de longue durée très élevé ([219,9 – 291,0] pour 100 000 habitants) par rapport à celui du département (223,1), de la région (177,1) et de la France (202,9). Les nouvelles admissions en ALD pour **maladie d'Alzheimer** et autres démences sont également en excès par rapport aux autres échelles territoriales (ORS, 2015).

La rencontre avec différents acteurs locaux de Chartres a pu également mettre en exergue les problématiques liées à la **santé mentale** et à l'**habitat**. En effet, certaines personnes atteintes de troubles psychiques n'ont pas conscience du cadre dans lequel elles vivent et détériorent leur logement. Elles nécessitent un accompagnement dans leur parcours de santé : soins, social et environnemental.

Par ailleurs, l'Agglomération chartraine propose une offre importante de structures scolaires (collèges, lycées, universités) qui attirent les jeunes euréliens. Ce territoire est donc propice aux actions de prévention et de promotion dirigées vers cette population – population qui constitue l'une des priorités de l'ARS. Les acteurs de terrain remarquent notamment la recrudescence de **conduites à risque** (alcool, drogues...) chez les jeunes.

Il semble également que de plus en plus de jeunes soient touchés par des problèmes d'**obésité**.

La population nord-africaine des quartiers prioritaires de la ville est également plus exposée aux risques liés à l'obésité du fait de leurs habitudes alimentaires.

➤ Priorités en Prévention – Promotion de la Santé

Les principaux enjeux sanitaires du territoire de l'agglomération de Chartres, pour la population globale, sont :

- L'accompagnement de patients souffrant de troubles psychiques,
- L'amélioration de l'habitat chartrain,
- La lutte contre l'obésité.

L'éducation thérapeutique des patients constitue également un axe d'actions intéressant pour aider les nombreuses personnes en ALD du territoire.

Les jeunes, quant à eux, devront toujours être sensibilisés sur l'acquisition de compétences psychosociales. Les thématiques à cibler sont les conduites à risques et la nutrition.

Les personnes âgées isolées, potentiellement en perte d'autonomie, sont difficiles à sensibiliser car elles ne se déplacent pas dans les structures chartraines (problématique de transport, manque de communication sur les actions, sujets pour lesquels elles ne se sentent pas concernés...). Cette population constitue la cible prioritaire des actions financées par la Conférence des Financeurs pilotée par le Conseil Départemental et l'ARS, et mise en œuvre par la Maison Départementale de l'Autonomie.

Ces priorités pourront être davantage précisées à la suite du diagnostic local de santé.

➤ Ressources du territoire

Figure 82. Recensement des opérateurs de prévention sur le territoire de l'agglomération de Chartres Métropole (non exhaustif)

Diabète	•AFD 28, CPAM 28, DSDEN28, Espace Diabète 28, FAC, Familles rurales, Profession Sport 28
Maladies cardiovasculaires	•CPAM28, Familles rurales
Nutrition	•CESEL, CPAM28, DSDEN28, Espace Diabète 28, FAC, Familles rurales, Mutualité Française Centre, ONCO 28, PJJ STEMO Chartres
Conduites à risque	•Alcool Assistance, Associations néphalistes, CESEL, CICAT, CPAM 28, DSDEN28, Espace Dabète 28, Familles Rurales, Maux à Mots, Mutualité Française Centre, Olympio, PJJ STEMO Chartres, Vie Libre
Prévention - dépistage cancers	•ADOC 28, Comité de ligue contre le cancer, CPAM28, Mutualité Française Centre, ONCO 28, Profession Sport 28
Santé Mentale	•ALVE, CESEL, DSDEN28, Mutualité Française Centre, Olympio, PJJ STEMO Chartres, Profession Sport 28
Santé de la mère et de l'enfant	•CPAM28, Mutualité Française Centre, PJJ STEMO 28, PMI
Prévention - dépistage IST	•AIDES, CeGIDD, Centre de planification et d'éducation familiale, CESEL, DSDEN28, Maux à mots, Mouvement du Nid 28, Olympio, PJJ STEMO Chartres, Planning Familial
Education thérapeutique du patient	•ADMS, CPAM28, Espace Diabète 28, ONCO28, Profession Sport 28
Violences faites aux femmes	•Aviel, CIDFF, DSDEN28, FAC, La Source Accueil de jour, Maux à Mots, Mouvement du Nid 28, Planning Familial, PJJ STEMO Chartres
Habitat	• FAC, SCHS

1.4. Les territoires non couverts par un diagnostic de l'ORS

Parmi les onze nouveaux EPCI qui couvrent le territoire de l'Eure-et-Loir, trois ne sont, à l'heure actuelle, couverts par aucun diagnostic de l'ORS. Il s'agit des communautés de communes des Portes euréliennes d'Ile-de-France, de l'Entre Beauce et Perche et du Bonnevalais, respectivement situées à l'Est, à l'Ouest et au Sud de l'agglomération chartraine.

1.4.1. Les franges franciliennes de l'Eure-et-Loir

Proches des centres urbains de Chartres, de Dreux et en limite du département des Yvelines, les franges franciliennes apparaissent plutôt denses d'un point de vue démographique et bénéficient d'une situation favorable tant socialement qu'en termes de services. A compter du 1^{er} janvier 2017, ce territoire s'est constitué en EPCI, sous le nom de « Communauté de communes des Portes euréliennes d'Ile-de-France ». Cette dernière regroupe 58 communes, dont les principales sont Epernon, Nogent-le-Roi, Maintenon, Gallardon et Auneau, pour un total de 60 000 habitants.

L'accès aux équipements y est aisé, en raison de la proximité des villes importantes, le niveau de revenu de la population est élevé et celle-ci, de profil plus diplômé, compte peu de chômeurs. Les emplois sont cependant majoritairement tournés vers la région parisienne. La part d'actifs utilisant les transports en commun y est ainsi très élevée et plus d'un actif en emploi sur deux travaille à plus de trente minutes de son domicile.

➤ Problématiques de santé dans les Portes euréliennes d'Ile-de-France

Selon les statistiques établies en 2013 pour le bassin de vie chartrain, auquel appartient cet EPCI, 25,8% des habitants résident dans une commune ne disposant pas de médecin généraliste libéral (contre 24% au niveau régional).

Ces professionnels de santé sont toutefois majoritairement installés dans le pôle urbain structurant du territoire, Epernon, et sur le territoire voisin de la communauté d'agglomération de Chartres Métropole. L'offre médicale locale apparaît donc insuffisante pour répondre aux besoins de l'ensemble des habitants de l'EPCI. Ainsi, une grande partie de son territoire, soumise à la pression démographique, est située en zone carencée selon les conclusions du volet santé du contrat de plan Etat-Région Centre-Val de Loire 2015-2020.

➤ Priorités en Prévention – Promotion de la Santé

En l'absence d'un diagnostic territorial de santé effectué par l'ORS, des priorités peuvent être identifiées en matière de prévention et de promotion de la santé à partir

de l'étude sur les inégalités sociales et territoriales de santé en Centre-Val de Loire menée par l'Observatoire en 2015.

Ainsi, il ressort de la cartographie des taux standardisés de mortalité par pathologies liées au tabac, que cette problématique de santé est un enjeu majeur sur le territoire de l'EPCI. Les statistiques apparaissent en effet bien supérieures à la moyenne régionale. Les actions de prévention liées au sevrage tabagique devront dès lors y être privilégiées.

Par ailleurs, eu égard aux taux standardisés de nouvelles ALD pour affections psychiatriques de longue durée enregistrés sur ce territoire, une attention particulière doit être portée sur cette thématique avec, dans la mesure du possible, le développement d'actions de sensibilisation sur ces maladies ou de repérage des troubles psychiques.

➤ Ressources du territoire

En termes de structures, deux maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) sont implantées sur ce territoire sur les communes de Coulombs et Maintenon.

Figure 83. Recensement des opérateurs de prévention sur le territoire des Franges Franciliennes d'Eure-et-Loir (non exhaustif)

Diabète	•AFD 28, CPAM 28, DSDEN28, Familles rurales
Maladies cardiovasculaires	•CPAM28, Familles rurales
Nutrition	•CESEL, DSDEN28, Familles rurales, ONCO 28, PJJ STEMO Chartres
Conduites à risque	•CESEL, DSDEN28, Familles Rurales, PJJ STEMO Chartres
Prévention - dépistage cancers	•ADOC 28, CPAM28, ONCO 28
Santé Mentale	•CESEL, DSDEN28, Olympio, PJJ STEMO Chartres, Profession Sport 28
Santé de la mère et de l'enfant	•CPAM28, PJJ STEMO 28
Prévention - dépistage IST	•CESEL, DSDEN28, PJJ STEMO Chartres
Education thérapeutique du patient	•CPAM28, ONCO28, Profession Sport 28
Violences faites aux femmes	•CIDFF, DSDEN28, PJJ STEMO Chartres
Habitat	•

1.4.2. La communauté de communes Entre Beauce et Perche

Localisé en grande couronne de l'agglomération chartraine, ce territoire présente une faible densité démographique et dispose de peu d'équipements et de services. A compter du 1^{er} janvier 2017, ce territoire s'est constitué en EPCI, sous le nom de « Communauté de communes Entre Beauce et Perche ». Cette dernière, née de la fusion des communautés de communes voisines du Pays Courvillois et du Pays de Combray, regroupe 33 communes, dont les principales sont Illiers-Combray, Courville-sur-Eure, Pontgouin et Fontaine-la-Guyon, pour un total de 22 000 habitants.

Les actifs y travaillent, pour l'essentiel, loin de leur domicile, notamment dans les pôles d'emploi du département (Chartres, Châteaudun, Nogent-le-Rotrou...). Ils utilisent peu les transports en commun et consacrent un temps important à se rendre sur leur lieu de travail. Les emplois disponibles localement sont d'ailleurs très différents de ceux des résidents. Le taux de chômage de longue durée et la part de familles monoparentales y sont faibles et le niveau de revenu des habitants y est supérieur à la moyenne régionale.

➤ Problématiques de santé dans la communauté de communes Entre Beauce et Perche

Le territoire de ce nouvel EPCI se trouve au carrefour des quatre bassins de vie du département, dont les villes-centre concentrent l'essentiel de l'offre sanitaire. De même, il est situé en marge de deux contrats locaux de santé signés (Perche), ou en projet (communauté de communes du Grand Châteaudun).

Compte tenu du faible niveau de l'offre de santé, l'ensemble du territoire a donc été classé en « zone carencée » dans le volet santé du contrat de plan Etat-Région Centre-Val de Loire 2015-2020. Plus particulièrement, le canton de Courville-sur-Eure a été identifié comme une « zone fragile » dans le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) arrêté par l'ARS en 2014.

➤ Priorités en Prévention – Promotion de la Santé

Comme pour les franges franciliennes du département, les actions de prévention et de promotion de la santé à privilégier au sein de la communauté de communes Entre Beauce et Perche peuvent être identifiées à partir de l'étude de l'ORS sur les inégalités sociales et territoriales de santé en Centre-Val de Loire, parue en 2015.

A cet égard, la lutte contre les conduites addictives apparaît comme une priorité. En effet, le taux standardisé de mortalité par pathologies liées au tabac est très supérieur à celui enregistré à l'échelon régional. De même, ce territoire présente des statistiques inquiétantes s'agissant de la mortalité liée à l'alcool.

Par ailleurs, le taux standardisé de mortalité par suicide est l'un des plus élevés dans le canton de Courville-sur-Eure, alors que le canton d'Illiers-Combray enregistre un taux standardisé de tentatives de suicide très nettement supérieur à la moyenne nationale. Dans ces conditions, la prévention du suicide doit être considérée comme prioritaire dans le choix des interventions à mener sur ce territoire.

➤ Ressources du territoire

Afin de répondre aux carences locales en matière d'offre de soins, une maison de santé pluridisciplinaire (MSP) est implantée dans la commune de Courville-sur-Eure.

Un centre d'action et de libération des malades éthyliques (CALME), doté d'une capacité de 43 lits, est également installé dans la commune d'Illiers-Combray. Axé sur la cure en alcoologie, le CALME intervient de plus en plus dans la prise en charge de l'ensemble des conduites addictives (tabac, cannabis, mésusage de médicaments psychotropes ...).

Figure 84. Recensement des opérateurs de prévention sur le territoire de la Communauté de Communes Entre Beauce et Perche (non exhaustif)

Diabète	•CPAM 28, DSDEN28, Familles rurales
Maladies cardiovasculaires	•CPAM28, Familles rurales
Nutrition	•CESEL, DSDEN28, Familles rurales, ONCO 28, PJJ STEMO Chartres
Conduites à risque	•CESEL, CICAT, DSDEN28, Familles Rurales, PJJ STEMO Chartres
Prévention - dépistage cancers	•ADOC 28, CPAM28, ONCO 28
Santé Mentale	•CESEL, DSDEN28, Olympio, PJJ STEMO Chartres, Profession Sport 28
Santé de la mère et de l'enfant	•CPAM28, PJJ STEMO 28
Prévention - dépistage IST	•CESEL, DSDEN28, PJJ STEMO Chartres
Education thérapeutique du patient	•CPAM28, ONCO28, Profession Sport 28
Violences faites aux femmes	•CIDFF, DSDEN28, PJJ STEMO Chartres
Habitat	•

1.4.3. La communauté de communes du Bonnevalais

La communauté de communes du Bonnevalais, qui regroupe 21 communes, pour un total de 13 000 habitants, est située au carrefour entre les EPCI de Chartres Métropole et du Grand Châteaudun. S'il n'a pas fait l'objet d'une étude spécifique de la part de l'ORS, les services du Conseil régional ont dressé un profil socio-

économique de ce territoire dans son étude « Regard sur le bassin de vie de Châteaudun » évoquée ci-dessus (cf. 2.2.2.2).

➤ Problématiques de santé identifiées

L'EPCI du Bonnevalais présente des difficultés similaires à celles exposées à propos de la communauté de communes du Grand Châteaudun. Marqué par une faible densité médicale, son territoire est ainsi classé en « zone carencée » dans le volet santé du contrat de plan Etat-Région Centre-Val de Loire 2015-2020.

Toutefois, il est également situé en zone fragile selon le schéma régional d'organisation des soins (SROS) établi par l'ARS, en 2014.

L'EPCI présente l'un des taux de mortalité prématurée les plus élevés du département, d'où la nécessité d'y apporter une attention toute particulière. La mortalité par pathologies liées au tabac y est en outre préoccupante.

Par ailleurs, les problématiques de santé mentale paraissent se poser avec une particulière acuité sur ce territoire. Ainsi, les taux standardisés de tentative de suicide et de nouvelles ALD pour affections psychiatriques de longue durée enregistrés par l'ORS y figurent parmi les plus élevés de la région.

➤ Priorités en Prévention – Promotion de la santé

La mortalité par pathologies liées au tabac rend ce territoire prioritaire pour la mise en œuvre d'actions de prévention dédiées au sevrage tabagique.

Compte tenu de la prégnance des problématiques de santé mentale, ce territoire doit être privilégié pour le développement d'interventions de sensibilisation sur ce thème en général et d'actions de prévention destinées à améliorer le repérage des situations de mal-être ou de troubles psychiques.

➤ Les ressources existantes

Le territoire comprend un établissement spécialisé en psychiatrie, le centre hospitalier Henri Ey de Bonneval, et une maison de santé pluridisciplinaire (MSP), situé sur le territoire de cette même commune.

Figure 85. Recensement des opérateurs de prévention sur le territoire de la Communauté de Communes du Bonnevalais (non exhaustif)

Diabète	•CPAM 28, DSDEN28, Familles rurales
Maladies cardiovasculaires	•Familles rurales
Nutrition	•CESEL, DSDEN28, Familles rurales, MILOS 28, ONCO 28, PJJ STEMO Chartres
Conduites à risque	•DSDEN28, Familles Rurales, MILOS 28, PJJ STEMO Chartres
Prévention - dépistage cancers	•ADOC 28, CPAM28, ONCO 28
Santé Mentale	•CESEL, DSDEN28, MILOS 28, PJJ STEMO Chartres
Santé de la mère et de l'enfant	•CPAM28, PJJ STEMO 28
Prévention - dépistage IST	•DSDEN28, MILOS 28, PJJ STEMO Chartres
Education thérapeutique du patient	•CPAM28, ONCO28, Profession Sport 28
Violences faites aux femmes	•CIDFF, DSDEN28, MILOS 28, PJJ STEMO Chartres
Habitat	•

Annexe 10 : Les priorités intersectorielles en prévention

L'ARS Centre-Val de Loire partage certaines de ses priorités en prévention avec les partenaires institutionnels du territoire. Celles-ci se déclinent notamment à travers différents appels à projets.

- Les priorités mises en œuvre au sein des établissements scolaires :

Ces priorités font l'objet d'une campagne d'appel à projets entre l'ARS Centre-Val de Loire et la direction des services départementaux de l'Education nationale (DSDEN) qui s'inscrit dans le cadre de la convention de partenariat avec le Rectorat. Les actions mises en œuvre sont destinées aux jeunes des écoles primaires et des collèges du département. Une approche transversale des thématiques de prévention est privilégiée à travers le développement des compétences psychosociales.

- Les priorités liées aux conduites addictives :

Ces priorités font l'objet d'une campagne d'appel à projets de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) à laquelle l'ARS Centre-Val de Loire est associée. Les crédits de la MILDECA seront majoritairement consacrés en 2017 aux actions à destination des jeunes favorisant le développement des compétences psychosociales.

- Les priorités liées à l'environnement :

Ces priorités font l'objet d'une campagne d'appel à projets entre l'ARS Centre-Val de Loire et la direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL) autour de 4 axes majeurs :

- La qualité de l'air intérieur,
- La qualité de l'air extérieur,
- L'eau et les substances émergentes,
- La santé, l'environnement et les territoires.

- Les priorités liées à l'activité physique adaptée :

Ces priorités font l'objet d'une campagne d'appel à projets entre l'ARS Centre-Val de Loire et le Centre National pour le Développement du Sport (CNDS) pour le développement de l'activité physique adaptée dans le cadre des maladies chroniques. Les demandes sont co-instruites par la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) et les directions départementales de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP).

- Les priorités destinées aux personnes en perte d'autonomie :

Ces priorités font l'objet d'une campagne d'appel à projets entre l'ARS Centre-Val de Loire et la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) sur le « Bien vieillir ». Ces actions concernent l'alimentation et l'activité physique des personnes âgées à domicile.

Ces priorités peuvent également s'inscrire dans les actions ciblées par la Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées à domicile.

Enfin, ces priorités peuvent faire l'objet d'une campagne d'appel à projets de l'ARS Centre-Val de Loire en faveur du public en perte d'autonomie en établissements.

Les priorités destinées aux habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville :

Ces priorités font l'objet d'une campagne d'appel à projets à laquelle l'ARS Centre-Val de Loire est associée sur la thématique santé/social. Elle est réservée aux quartiers identifiés comme prioritaires au sein des 4 arrondissements du département.

Annexe 11 : Plan ONDAM – gestes ciblés au niveau régional

Pour notre région, trois gestes ont été ciblés :

- **Les césariennes programmées**, en raison d'une hétérogénéité entre les territoires et du fort taux de recours de certains établissements.

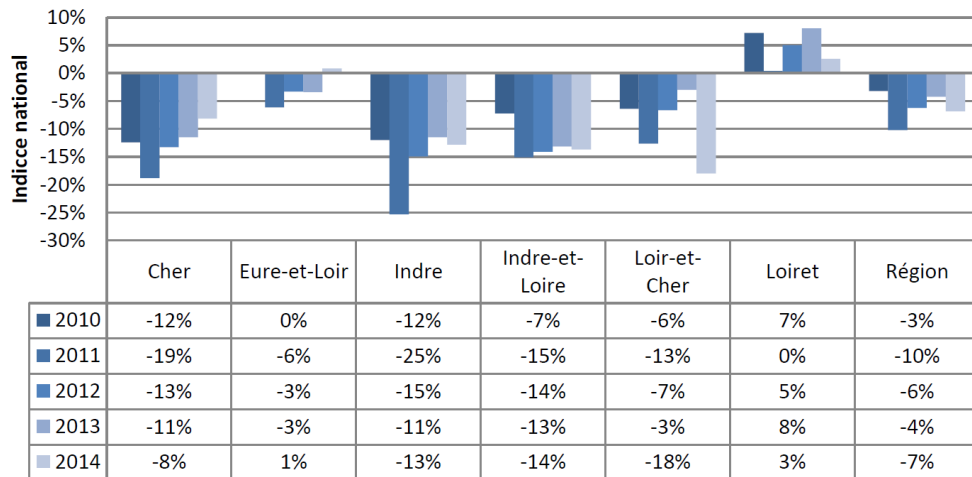


Figure 86. Recours à la césarienne

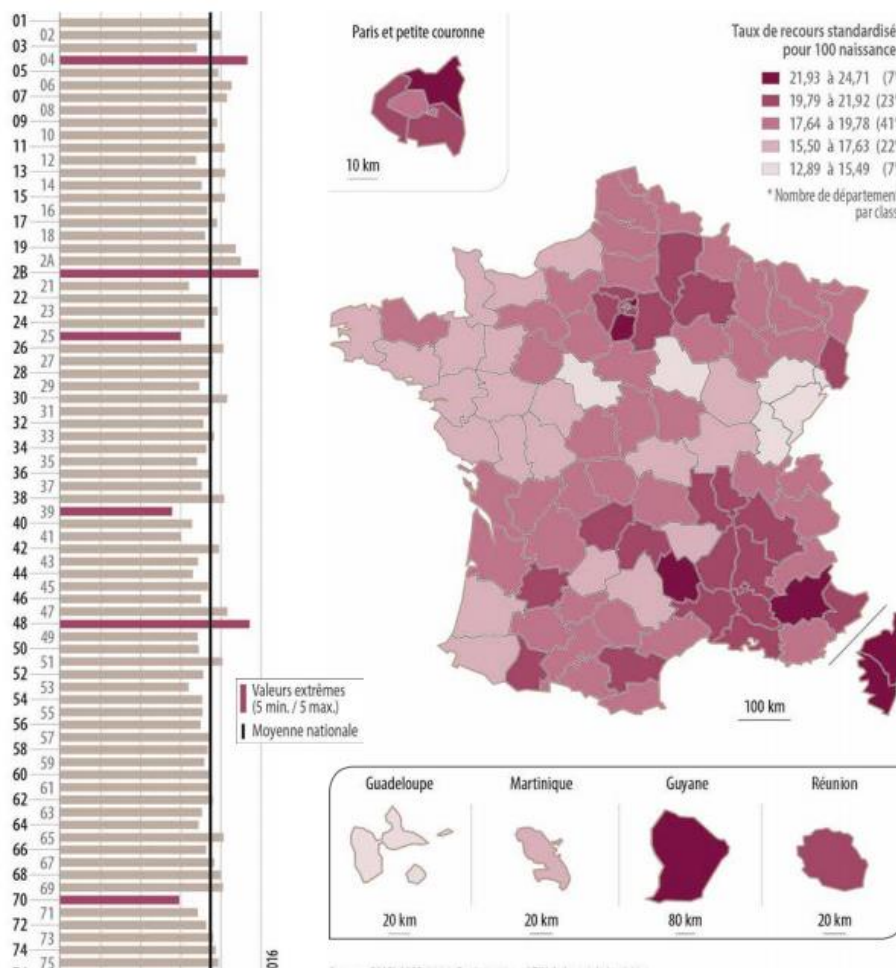


Figure 87. Césarienne : Taux de recours départemental standardisé pour 100 naissances en 2014

En 2014, on observe toujours un taux de césariennes beaucoup plus important dans les maternités privées que dans les maternités publiques, ainsi que dans les maternités de niveau 1 par rapport à celles de niveau 3* (HAS, 2016).

- **La chirurgie bariatrique**, en raison d'une rapide augmentation du taux de recours (écart de + 1.25 comparé au national pour l'Eure-et-Loir), et des enjeux sanitaires (mortalité post-opératoire).

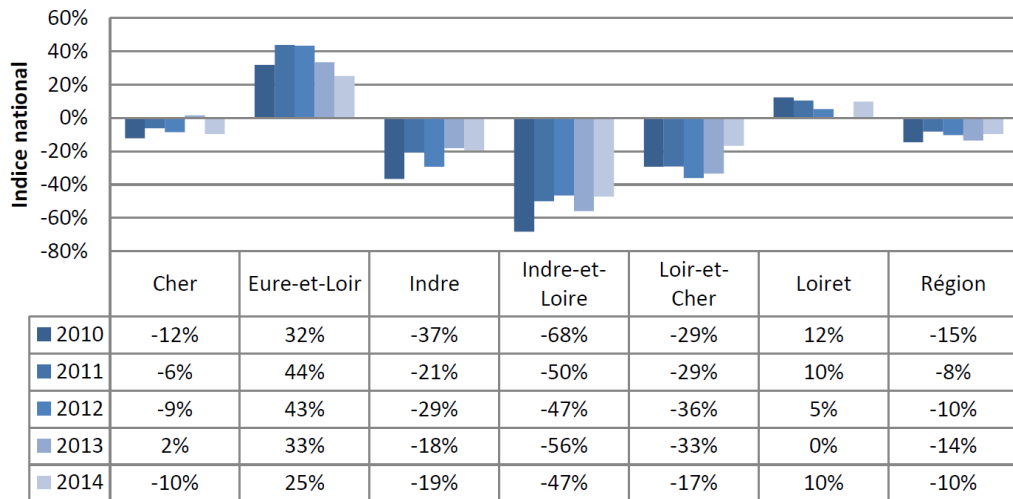


Figure 88. Recours à la chirurgie bariatrique

4 établissements de la région présentent un volume important de taux de recours à la chirurgie bariatrique, dont 1 dans l'Eure-et-Loir.

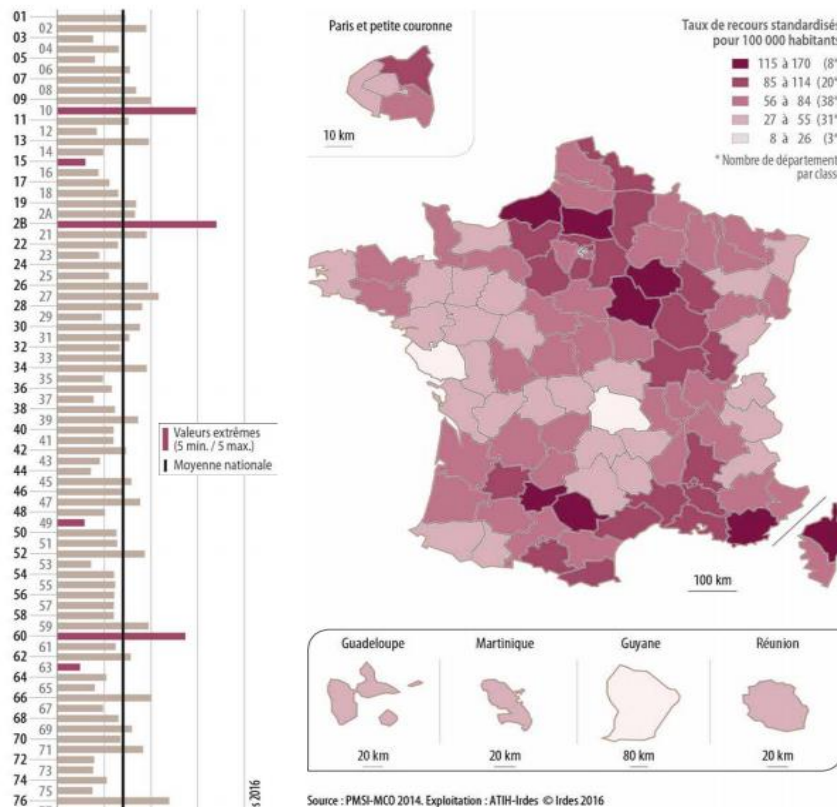


Figure 89. Chirurgie bariatrique ou de l'obésité : taux de recours départemental standardisé pour 100 000 habitants en 2014

En 2014, le taux de recours moyen au niveau national est de 72 pour 100 000 habitants. Les différences ne s'expliquent pas par la prévalence de l'obésité, puisque les zones géographiques où cette chirurgie est le plus souvent réalisée ne correspondent pas aux zones où l'obésité est la plus fréquente.

- **La chirurgie du rachis**, en raison d'une forte progression sur ces dernières années, avec une proportion d'effets invalidants post-opératoire.

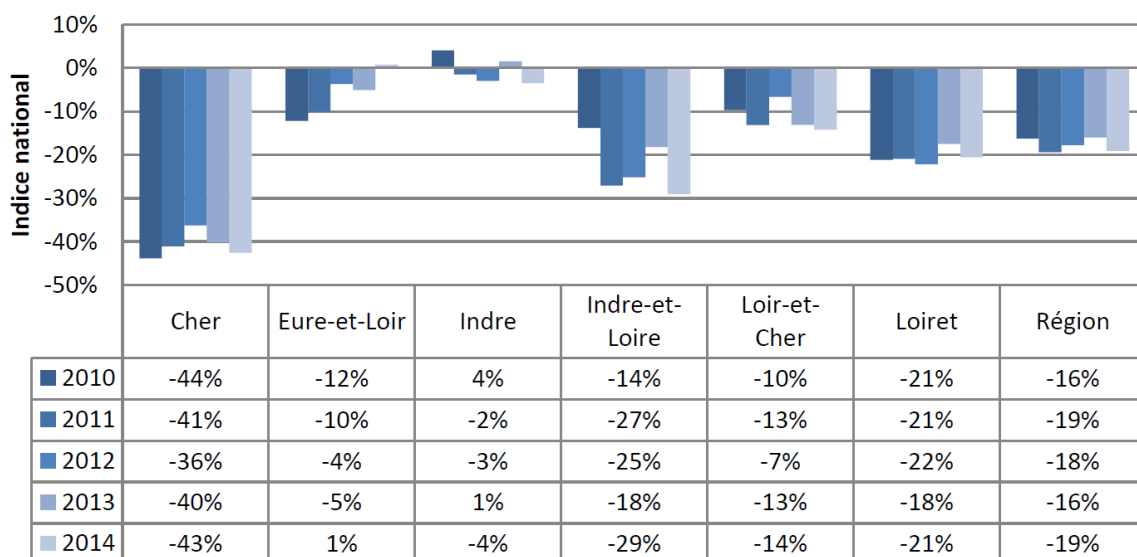


Figure 90. Recours à la chirurgie du rachis

Un taux de fuite important, de l'ordre de 40%, est constaté en Eure-et-Loir, où cette chirurgie est quasi inexistante.