

Délégation départementale du Loiret

Diagnostic Territorial Partagé

LOIRET

Version du 27/04/2017

Sommaire

Introduction	3
1. Préambule : le projet régional de santé (PRS)	3
1.1. Composition	3
1.2. Calendrier d'élaboration	4
2. Caractéristiques générales du département	5
2.1. Données sociaux démographiques	5
2.2. Données socio-économique	7
2.3. Données sanitaires	8
2.4. Inégalités sociales et territoriales de santé	13
3. Santé environnementale	15
4. Santé et parcours de santé : approche populationnelle	19
4.1. Santé des jeunes	19
4.2. Femmes enceintes-périnatalité	26
4.3. Personnes âgées	34
4.4. Personnes handicapées	48
4.5. Personnes en souffrance psychique-santé mentale	56
4.6. Personnes atteintes de cancer	58
4.7. Personnes atteintes de maladie chronique	62
4.8. Personnes en situation de vulnérabilité	66
5. Organisation de l'offre de soins	73
5.1. Démographie des professionnels de santé	73
5.2. L'offre de soins des établissements de santé et HAD	78
6. Bilan : analyse des forces faiblesses opportunités et risques du territoire	77
6.1. Carte des territoires de projet CLS	77
6.2. Analyses des forces et faiblesses par territoire de projet issu des coordinations	78
6.3. Synthèse départementale	82
Conclusion	85
Références bibliographiques	86
Annexes	85
1 Carte du cumul de facteurs environnementaux et de nuisances dans le Cher (ORS, 2016)	
2. Carte du parc privé potentiellement indigne (PPPI) en région (ORS, 2016)	
3. Tableau des réductions capacitaires des établissements de santé et l'HAD dans le Loiret	
4. Quelques données sur me virage ambulatoire	
5. Données 2016 et 2016 – source SAE (via DIAMANT et STATISS)	
Glossaire	90

Introduction

1. Préambule : le projet régional de santé (PRS)

1.1. Composition

Les modalités d'élaboration du futur 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 sera composé de 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.

1.1.1. Le cadre d'orientation stratégique

Art. R. 1434-3 : 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.

1.1.2. 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** ».

1.1.3. Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies

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.

1.2. Calendrier d'élaboration

L'élaboration du PRS2 passe par différentes étapes :

- la définition des territoires de démocratie sanitaire (TDS) au 31/10/2016 : le territoire départemental du Loiret est retenu,
- l'installation du conseil territorial de santé (CTS) du Loiret le 13/12/2016,
- **l'élaboration des diagnostics territoriaux partagés (DTP) et du diagnostic régional au 1^{er} semestre 2017,**
- l'élaboration des trois documents composants 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 suivante :

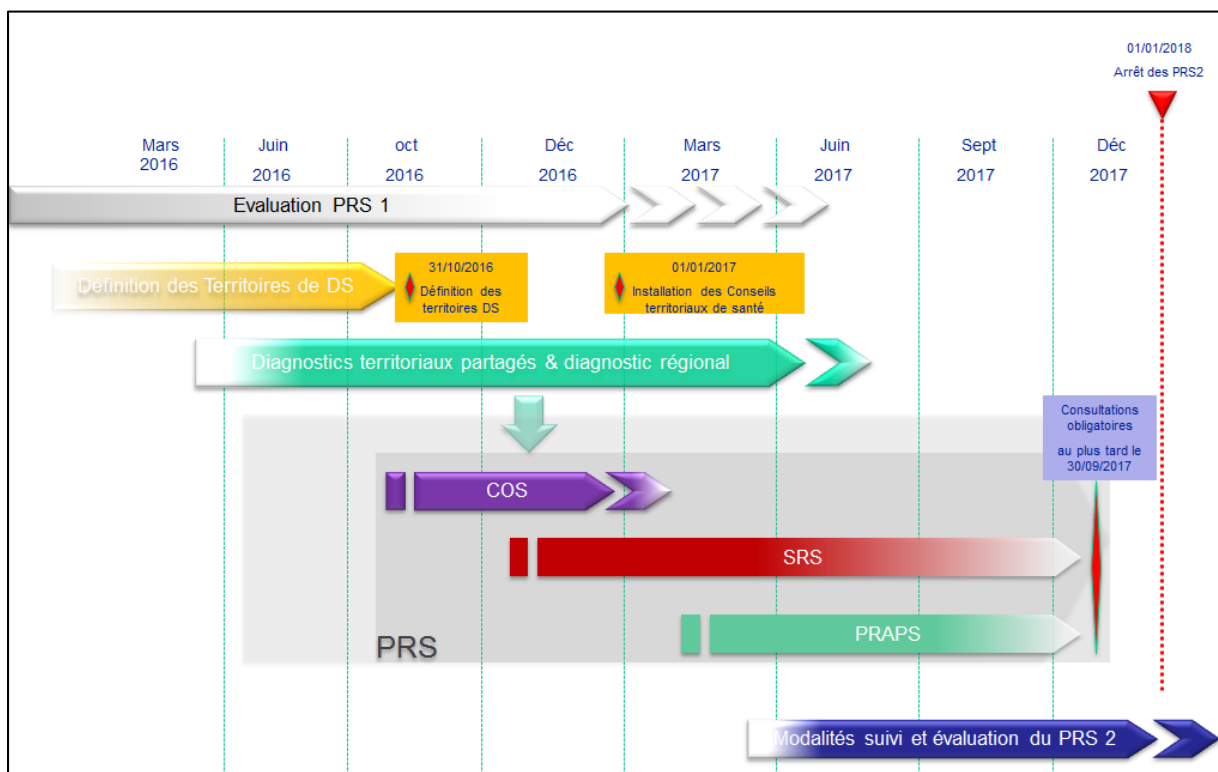


Figure 1 Calendrier d'élaboration du PRS2

2. Caractéristiques générales du département

2.1. Données démographiques

Le département du Loiret est un département plutôt urbain, relativement dynamique au plan économique. Il compte 3 arrondissements, 21 cantons et 327 communes.

Sa croissance démographique est soutenue (8,5% estimé sur la période 2015-2040). Orléans, est le chef-lieu de la région Centre-Val de Loire, région qui en réalité compte, de fait, deux « métropoles » (Tours et Orléans). Le Loiret est le département le plus peuplé de la région Centre avec 670 906 habitants, le plus dense aussi (99 hab. /km²). Sa population se concentre à plus de 80% autour des grandes aires urbaines que sont Orléans, Montargis, Gien et Pithiviers.

La tendance à la hausse de la démographie se poursuit puisqu'elle est projetée à hauteur de 8,5%, taux comparable au niveau régional mais inférieur à la projection nationale cependant.

La part de la population vivant dans les grandes aires urbaines se confirme et reste comparable à celle de la France, se montrant en proportion plus élevée que pour la région.

Le taux de natalité est le plus élevé de la région, très légèrement supérieur à celui de la France. L'indice de vieillissement est légèrement inférieur à l'indice national.

Une problématique claire et majeure ressort, partagée d'ailleurs avec les départements de la Région, c'est la question de la démographie des professionnels de santé...

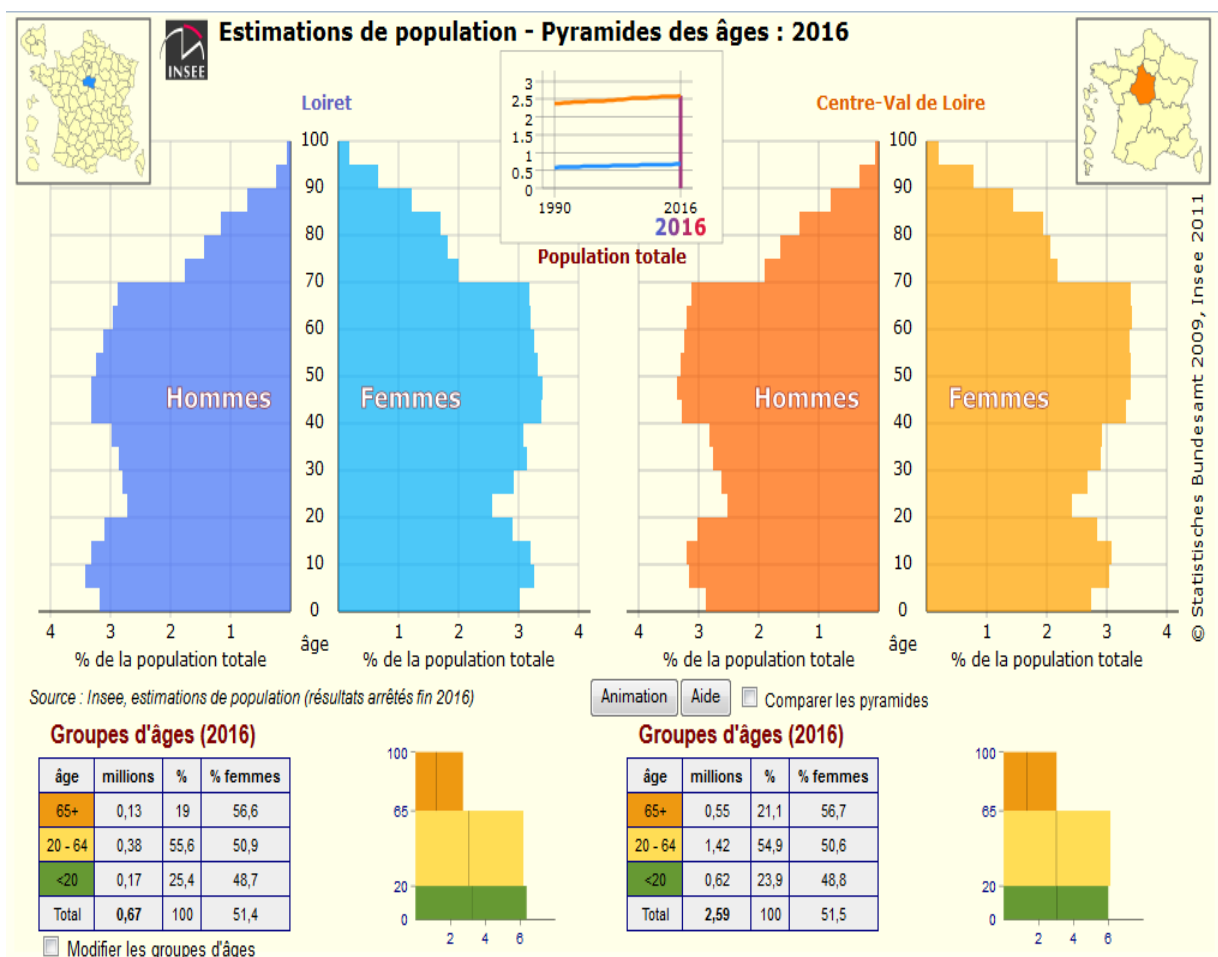
Contexte géographique, démographique et social	LOIRET	Région Centre-Val de Loire	FRANCE
Démographie			
Population totale en 2015	670 906	2 582 374	66 380 602
Densité au 1/01/2014 en habitants / km ²	99	66	118
Part de la population vivant dans les grandes aires urbaines en 2012	82,2	73,7	82,7
Taux de natalité en 2013 - Naissances domiciliées pour 1 000 habitants	12,8	11,3	12,2
Taux de mortalité infantile - Décès de moins d'1 an/1000 naissances (moyenne 2011-2012-2013)	3,7	3,3	3,3
Indice de vieillissement de la population en 2014 - Nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans	72	84	75
Projection de la population en 2040	728 000	2 807 000	73 200 000
Evolution de la population 2015-2040	8,5%	8,7%	10,3%

La structure par âge de la population en 2016 montre que le Loiret a une part de population de moins de 20 ans plus jeune (25,4%) que la région. Mais l'évolution projetée à horizon 2040 sera stagnante, voire en très légère régression, contrairement aux départements de l'Indre et Loire (+6,1%) et du Loir et Cher (+1,6%), les deux seuls départements qui connaîtront une évolution positive en région Centre Val de Loire.

La part des plus de 65 ans est inférieure au taux régional. Le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans est quasi identique à celui du département de l'Indre et Loire. Ces deux départements représentent à eux seuls presque la moitié du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans de la région en 2015.

A horizon 2040, l'évolution des plus de 75 ans du Loiret sera très importante (+ 73%), de manière comparable à l'Indre et Loire à nouveau (+ 74%), mais restant inférieure de 3 points à l'évolution nationale (+ 76%). Pour la région Centre Val de Loire connaîtra quant à elle une évolution de la part des plus de 75 ans plus basse de 5 points à celle du Loiret.

La part des 20-64 ans est proportionnellement très proche de celle de la région, mais les perspectives d'évolution à horizon 2040 sont négatives excepté pour l'Indre et Loire (+4,4%) seul département à avoir une évolution projetée positive. Pour le Loiret, l'évolution est estimée à 0%.



Il peut être souligné que l'évolution de la population est contrastée par bassin de vie. On peut se référer pour cela aux diagnostics territoriaux de santé de l'ORS élaborés dans le cadre des contrats locaux de santé (CLS).

2.2 Données socio-économiques :

La population du Loiret connaît un taux de pauvreté tout à fait comparable à celui de la région dans sa globalité, et inférieur au taux national. La part de la population couverte par le RSA est inférieure au taux national, mais on observe toutefois que la part de la population couverte par la CMUC est supérieure à la moyenne régionale et reste très proche du taux national.

Indicateurs sociaux	Loiret	Région Centre-Val de Loire	France
Taux de pauvreté monétaire 2012	12,2	12,3	14,3
Nombre total d'allocataires RSA au 31/12/2014	20 109	77 840	2 467 508
Pourcentage de la population couverte par le RSA u 31/12/2014	6,8	6,6	7,4
Pourcentage de la population couverte par la CMUC au 31/12/2013	6,5	5,8	6,4
Dépense CNAM, CNAF, CNSA en € et nombre d'allocataires pour 1000 adultes de 20 à 59 ans	Loiret	Région Centre-Val de Loire	France
Dépense Médico-sociale adultes en € par personne de 20 à 59 ans 2015	79	100	97
Dépense PCH + ACTP en € par personne de 0 à 59 ans - 2014	23	35	41
Dépense AAH en € par personne de 20 à 59 ans - 2014	179	217	227
Dépense pension d'invalidité 2013 en € par personne de 20 à 59 ans - 2014	141	144	159
Nombre d'allocataires de l'AAH pour 100 habitants de 20 à 59 ans - 2014	2,4	3,1	3,1
Nombre d'allocataires de PCH ou ACTP pour 100 habitants de 0 à 59 ans - 2014	0,4	0,6	0,6

Les dépenses médico-sociales adultes montrent que le Loiret se situe en dessous de la dépense moyenne par personne adulte de la France et de la région, de manière significative.

Nombre de bénéficiaires pour 100 habitants de 75 ans ou plus 12-2013	Loiret	Région Centre-Val de Loire	France
Bénéficiaires de l'APA / 100 personnes de 75 ans ou +	21,2	19,3	20,8
dont % bénéficiaires APA à domicile GIR1 + GIR2	23,0	21,3	19,1
Allocation supplémentaire minimum vieillesse (ASPA, ASV) : Allocataires / 100 personnes 65 ans+	2,1	2,1	3,1
Bénéficiaires de pension d'invalidité / 100 personnes de 20 à 59 ans	1,7	1,8	2,0

Taux de chômage localisés au 3e trimestre 2016 (données CVS) : comparaisons départementales

	En %	3e trim. 2016 en % (*)	2e trim. 2016 en %	3e trim. 2015 en %
18	Cher	10,6	10,5	10,8
28	Eure-et-Loir	9,6	9,5	9,8
36	Indre	9,8	9,7	9,8
37	Indre-et-Loire	9,1	9,0	9,4
41	Loir-et-Cher	8,7	8,6	9,0
45	Loiret	9,9	9,8	10,1
M	France métropolitaine	9,7	9,6	10,1
(*) Les données du dernier trimestre sont provisoires				

Champ : France métropolitaine

Source : Insee, taux de chômage localisés et taux de chômage au sens du BIT

Le taux de chômage du département est légèrement supérieur à celui de la France métropolitaine.

2.3 Données sanitaires :

- **Mortalité générale**

Le **taux de mortalité générale** de la population du Loiret pour les deux sexes est de **809,2 pour 100 000 habitants**, légèrement en dessous de la moyenne régionale qui est de 831,3 (données ORS 2003-2011) qui est quasi équivalente à la moyenne nationale (832,7).

Il est beaucoup plus contrasté selon les sexes : **1070,8 pour les hommes** (contre 1107,2 pour la région, 11142,2 pour la France) et **619,1** pour les femmes (contre 628,7 au niveau régional, 636,9 pour la France) ; pour ces deux populations le taux départemental reste cependant inférieur aux moyennes régionale et nationale : le département ne présente pas d'atypies majeures.

Mais si l'on regarde de manière infra territoriale les données issues des diagnostics de l'ORS dans le cadre des contrats locaux de santé, on constate des disparités territoriales importantes :

Territoire	Année de référence	Taux territorial
Montargois en Gâtinais	2002-2010	Les deux sexes : 897,5 Hommes : 1195,5 Femmes : 675,3
Giennois	2003-2011	Les deux sexes : 897,9 Hommes : 1194,8 Femmes : 675,8
Pithiverais	2004-2012	Les deux sexes : 815,7 Hommes : 1025,8 Femmes : 631,4
Agglomération orléanaise	2003-2011	Les deux sexes : 735,7 Hommes : 990,4 Femmes : 564
Les 3 Pays	2003-2011	Les deux sexes : Hommes : Femmes :

Taux de mortalité générale, données ORS Centre-Val de Loire : taux pour 100 000 habitants

Le territoire du Montargois en Gâtinais et du Giennois présentent un taux supérieur à la moyenne régionale et nationale pour les deux sexes.

- **Mortalité prématurée**

Taux standardisés de mortalité prématurée pour 100 000 habitants (1993-2001 et 2003-2011) et son évolution (en %)

	1993-2001	2003-2011	Taux d'évolution
Cher	271,5*	242,7*	-10,6*
Eure-et-Loir	261,5*	212,6*	-18,7*
Indre	262,1*	235,2*	-10,3*
Indre-et-Loire	228,2*	188,5*	-17,4*
Loir-et-Cher	247,3	218,5*	-11,7*
Loiret	241,8*	195,4*	-19,2*
Région	248,6	209,5*	-15,7*
France hexagonale	250,7	205,0	-18,2*

Sources : Inserm-CépiDc, Insee - Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

*Chiffre significatif au niveau national $p < 0.05$

Le taux de mortalité prématurée de la population du Loiret pour les deux sexes est de **195,4 pour 100 000 habitants**, légèrement en dessous de la moyenne régionale qui est de 209,5 qui se situe elle-même au-dessus de la moyenne nationale (205). *Données ORS 2003-2011.*

Il est beaucoup plus contrasté selon les sexes : **265,4 pour les hommes** (contre 290,7 pour la région, et 284,8 pour la France) et **127 pour les femmes** (contre 130,2 au niveau régional, et 128,2 pour la France) ; pour ces deux populations le taux départemental reste dans les moyennes régionale et nationale : le département ne présente pas d'atypies majeures.

Si l'on se réfère au tableau supra, ce taux est en baisse plus significative dans le Loiret par rapport aux autres départements entre 1993 et 2011, en tendance générale.

Mais si l'on regarde de manière infra territoriale les données issues des diagnostics de l'ORS dans le cadre des contrats locaux de santé, on constate des disparités territoriales importantes :

Territoire	Année de référence	Taux territorial
Montargois en Gâtinais	2002-2010	Les deux sexes : 243,1 Hommes : 329,1 Femmes : 159,1
Giennois	2003-2011	Les deux sexes : 228 Hommes : 309,9 Femmes : 147,3
Pithiverais	2004-2012	Les deux sexes : 200,3 Hommes : 270,1 Femmes : 129,4
Agglomération orléanaise	2003-2011	Les deux sexes : 173,8 Hommes : 238,2 Femmes : 113,3
Les 3 Pays	2003-2011	Les deux sexes : Hommes : Femmes :

Taux de mortalité prématurée, données ORS Centre-Val de Loire, taux pour 100 000 habitants

Les cartes suivantes permettent de percevoir les contrastes plus marqués entre les territoires infra-départementaux, où l'axe ligérien se distingue par de meilleurs indicateurs que les autres territoires :

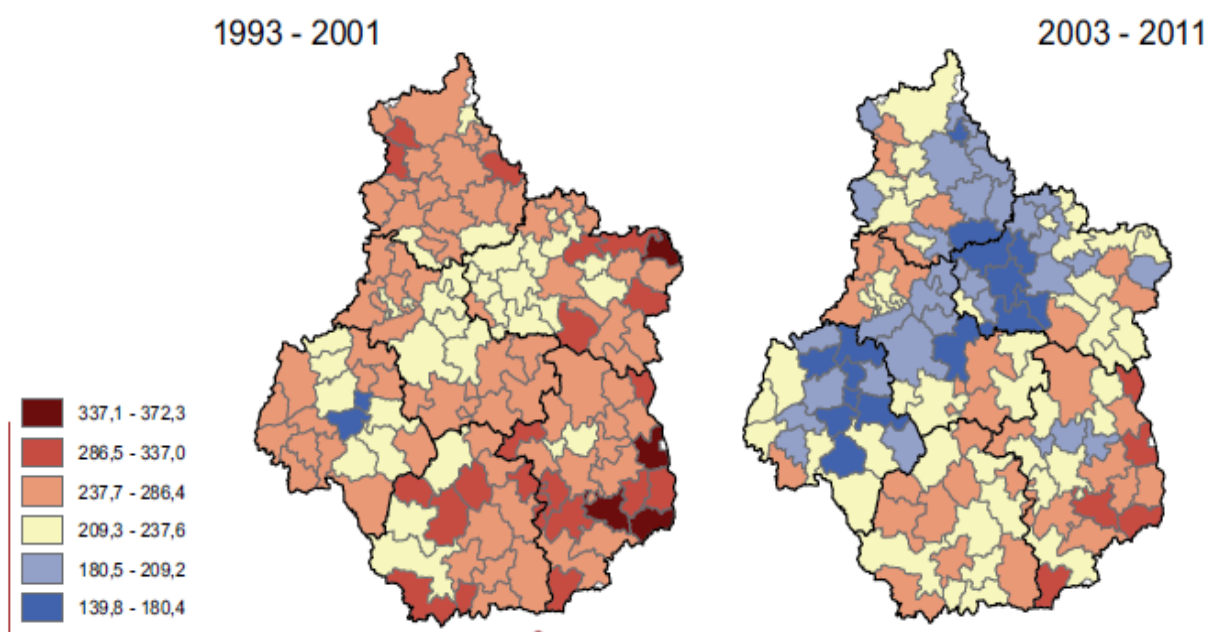


Figure 2 Taux standardisés de mortalité prématurée pour 100 000 habitants

Le Loiret se caractérise par des taux de mortalité prématurée contrastés selon les zones infra territoriales, l'est du département étant plus touché par des taux élevés que l'ouest du département, notamment des zones plus rurales.

Entre 1993 et 2011, les taux ont plutôt évolué à la baisse pour l'ensemble de la région, et plus particulièrement pour le Loiret.

- **Grandes causes de décès**

Les grandes causes de décès sont retracées dans les tableaux ci-après :

Hommes	Part dans l'ensemble des décès pour le Loiret	Centre-Val de Loire	France hexagonale
Cancers	33,6%	33,2%	32,8
Trachée, bronches, poumon	7,7%	7,5%	8,1
Prostate	3,7	4,0%	3,3
Côlon-rectum	3,5	3,5	3,3
Maladies de l'appareil circulatoire	25,5	25,4	25,2
Cardiopathies ischémiques	8,0	8,1	8,0
Maladies cérébrovasculaires	5,1	5,2	5,1
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	8,9	8,5	8,3
Suicides	3,2	3,2	2,9
Accidents de la circulation	1,6	1,5	1,3
Diabète	6,6	6,3	6,0
Maladies de l'appareil respiratoire	5,3	5,8	6,4
Autres causes	20	21	21,2
Toutes causes	100%	100%	100%

Source : données ORS diagnostics locaux de santé

Femmes	part dans l'ensemble des décès pour le LOIRET	Centre-Val de Loire	France hexagonale
Maladies de l'appareil circulatoire	29,7	30,3	30,2
Maladies cérébrovasculaires	7,0	7,4	7,4
Cardiopathies ischémiques	6,4	6,7	6,4
Cancers :	24,4	23,3	23,6
sein	4,5	4,4	4,4
côlon rectum	3,2	3,1	3,0
Trachée, bronches, poumon	2,5	2,3	2,5
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	6,1	5,8	5,8
Suicides	1,3	1,1	1,1
Accidents de la circulation	0,6	0,5	0,4
Diabète	6,4	6,1	6,1
Maladies de l'appareil respiratoire	5,2	5,6	6,0
Autres causes	28,2	28,9	28,2
Toutes causes	100%	100%	100%

Source : données ORS diagnostics locaux de santé

Les deux grandes causes de décès du département comme de la Région sont la mortalité par cancer, et la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire.

- Les affections de longue durée (ALD) :

LOIRET

	Affections de longue durée (ALD)	Loiret part dans l'ensemble des ALD	Région Centre-Val de Loire part dans l'ensemble des ALD	France hexagone part dans l'ensemble des ALD
Hommes	Maladies cardio-vasculaires	28,3%	29,6%	28,5%
	Tumeurs malignes	21,5%	23,3%	22,8%
	Diabète et autres maladies métaboliques	18,8%	17,6%	16,8%
	Affections psychiatriques	5,9%	5,9%	7,3%
	Insuffisance respiratoire chronique	3,0%	3,0%	3,4%
	Alzheimer et autres démences	2,9%	2,9%	2,7%
	Autres	17,7%	17,7%	18,5%
Femmes	Maladies cardio-vasculaires	20,5%	22,3%	21,8%
	Tumeurs malignes	22,2%	22,7%	22,6%
	Diabète et autres maladies métaboliques	16,4%	15,8%	14,5%
	Affections psychiatriques	8,2%	7,8%	9,3%
	Insuffisance respiratoire chronique	2,8%	2,7%	3,0%
	Alzheimer et autres démences	6,6%	7,0%	7,0%
	Autres	23,3%	21,7%	21,9%

Données ORS 2005-2013

Les principaux motifs d'admission en ALD sont par ordre de fréquence pour les hommes : les maladies cardio-vasculaires, et les tumeurs malignes. On observe également ces principaux motifs chez les femmes dans des proportions un peu plus faibles. Le diabète reste la troisième cause d'admission en ALD tant chez les hommes que chez les femmes.

Là encore, non seulement les différences entre les sexes existent, mais aussi les différences infra-territoriales peuvent être soulignées et montrent que parfois selon les territoires, les principaux motifs d'admission en ALD ne sont pas tout à fait les mêmes :

Par territoire de projet CLS :

	Affections de longue durée (ALD) Part dans l'ensemble des ALD	Montargois en Gâtinais Année de référence : 2005-2011	Giennois Année de référence : 2005-2012	Pithiverais Année de référence : 2005-2013	aggl. Orléanaise Année de référence : 2005-2013	les 3 Pays
Hommes	Maladies cardiovasculaires	29,1	27,1	28,9%	26,8	
	Tumeurs malignes	23,0	22,2	20,8%	20,7	
	Diabète et autres maladies métaboliques	19,5	19,6	18,3%	18,4	
	Affections psychiatriques	4,7	6,2	5,5%	7,1	
	Insuffisance respiratoire chronique	2,9	2,9	3,5%	3,4	
	Alzheimer et autres démences	2,1	3,3	2,4%	2,7	
	Autres	18,6	18,8	20,6%	20,9	
Femmes	Maladies cardiovasculaires	21,0	20,1	21,7%	19,0	
	Tumeurs malignes	22,2	20,5	21,5%	22,2	
	Diabète et autres maladies métaboliques	18,6	17,1	16,4%	15,7	
	Affections psychiatriques	6,8	8,9	7,8%	9,3	
	Insuffisance respiratoire chronique	2,2	2,6	2,7%	3,0	
	Alzheimer et autres démences	6,1	7,6	5,8%	6,4	
	Autres	23,0	23,2	24,2%	24,4	

Données ORS 200-2013

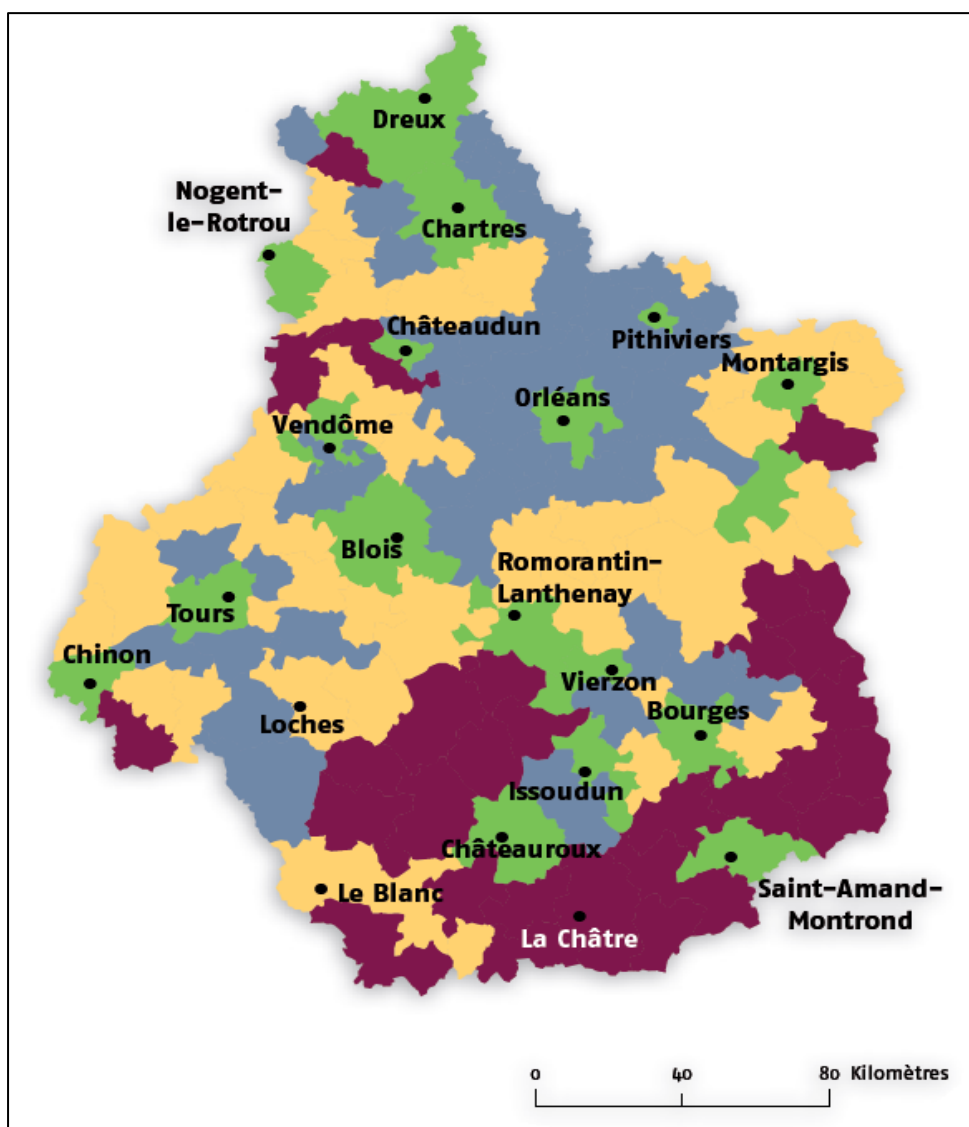
Parmi les principales motifs d'admission en ALD, les affections psychiatriques se distinguent pour les territoires du Giennois et de l'agglomération orléanaise. L'offre en équipements de santé peut expliquer partiellement cela (existence dans le territoire d'un hôpital psychiatrique, d'EHPAD avec des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer...).

2.4 Inégalités sociales et territoriales de santé

Les inégalités territoriales de santé par établissement public de coopération intercommunal (EPCI): une étude confiée à l'ORS a permis de classer les EPCI en 4 classes. Le département est partagé de manière contrasté entre l'ouest et l'est, territoires ne présentant pas les mêmes caractéristiques globales.

Dans le précédent programme territorial de santé du Loiret (PTS) 2013-2016, il avait déjà été remarqué cette ligne de partage, qui renvoyait à des difficultés spécifiques d'accès à la santé.

- **Dans les territoires jaunes** : il s'agit de repérer en termes d'accompagnements adaptés des populations précaires, âgées, tant du point de vue de la santé que du point de vue social.
- **Dans les territoires verts** : plutôt urbains, les forts contrastes sociaux et les comportements à risques conduisent à réfléchir sur les problématiques d'accès aux soins et accès aux droits, et à des actions de prévention des risques en matière de santé publique.
- **Dans les territoires mauves** : frontaliers avec d'autres départements, la dominante rurale, les populations défavorisées et vieillissantes, sont plus exposées en terme de mortalité et de morbidité. L'isolement ne favorise pas un accès aux soins de 1^{er} recours et la question de l'accessibilité à des soins de 1^{er} recours est primordiale, cela intègre les problématiques de transport, et d'organisation sur le territoire de solutions permettant l'accompagnement et le maintien à domicile.
- **Enfin les territoires bleus** : montrent une population péri-urbaine en meilleure santé, plus favorisée, pour laquelle l'accès aux soins de 1^{er} recours peut se poser en terme d'offre de proximité, mais pour laquelle la question de la prévention du cancer se pose.



Résultats de la typologie en 4 classes après consolidation (ORS, 2015)

- **Classe A (en vert)** : EPCI urbains, présentant de forts contrastes sociaux, une offre de soins satisfaisante au regard du reste du territoire, en sous mortalité générale, une morbidité importante liée aux comportements à risque.
- **Classe B (en bleu)** : EPCI périurbains, jeunes, socialement favorisés, en sous-mortalité générale et prématurée, morbidité importante pour le cancer du sein.
- **Classe C (en jaune)** : EPCI ruraux de faibles revenus, population âgée.
- **Classe D (en mauve)** : EPCI ruraux, vieillissants, socialement défavorisés, en surmortalité générale et prématurée, une morbidité importante.

3. Santé environnementale

La qualité de l'eau destinée à la consommation humaine

L'eau destinée à la consommation humaine dans le département du Loiret est issue uniquement de captages d'eau souterraine. Les principaux problèmes de qualité sont liés à la présence de nitrates et pesticides.

En 2015, 2155 personnes (7 unités de distribution) ont été alimentées par une eau dont la teneur moyenne en nitrates était supérieure à la valeur limite réglementaire. Ces unités de distribution sont situées dans le Nord, Nord-Ouest et Nord-Est du département.

Concernant les pesticides, en 2015, 28946 personnes ont été alimentées par une eau dont la teneur maximale en pesticide était non conforme. Ces unités de distribution sont situées principalement dans l'Est et l'Ouest du département.

La qualité de l'air extérieur

Une évaluation de l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique (Eispa) urbaine dans l'agglomération d'Orléans a été réalisée conjointement par la Cire, l'ARS et Lig'Air. Les objectifs ont été d'estimer l'impact sanitaire à court terme en termes de mortalité et d'admissions hospitalières pour causes respiratoires et cardiaques, à long terme en termes de mortalité, mortalité cardio-vasculaire et de perte d'espérance de vie et de mettre en évidence le gain sur la santé qui pourrait résulter d'une réduction des niveaux de la pollution atmosphérique. L'étude s'est concentrée sur les particules fines (PM10) et l'ozone pour l'impact sanitaire à court terme et les particules ultra-fines (PM2,5) pour l'impact à long terme.

Les résultats de l'étude montrent pour l'agglomération d'Orléans que les PM10 seraient responsables annuellement de 4 décès prématurés, 10 hospitalisations pour motifs respiratoires et 3 hospitalisations pour motifs cardio-vasculaires. Il pourrait être attribué à l'ozone, 2 décès et 2 hospitalisations chaque année pour causes respiratoires dus aux niveaux de pollution supérieurs à 100 $\mu\text{g}/\text{m}^3$. Le respect de la valeur guide préconisée par l'OMS pour les PM2,5 permettrait d'éviter annuellement 71 décès, soit 53 décès pour 100 000 habitants chaque année et de gagner en moyenne 8 mois (3 à 15 mois).

Les zones sensibles sont définies par le code de l'environnement. Elles sont constituées des zones au sein desquelles les orientations du Schéma régional climat air énergie (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. Dans la région Centre-Val de Loire, 141 communes sont classées sensibles sur la base de critères de surémissions d'oxydes d'azote par rapport à des émissions moyennes. Cette construction est fondée sur l'inventaire des émissions d'oxydes d'azote calculé par Lig'Air pour l'année de référence 2005. Le Loiret concentre un quart des zones sensibles de la région, représentant 25% de la surface du département. Il est suivi par l'Eure-et-Loir avec 20%. En termes de nombre d'habitants en zones sensibles, le Loiret est le premier département avec 32% de la population, suivi de l'Indre-et-Loire. Dans le Loiret, ces communes classées zones sensibles sont situées dans l'ouest du département, au nord et dans l'est (Orléans et ses environs, Pithiviers et ses environs, et Montargis ses environs).

En situation de fond, les plus fortes concentrations de dioxyde d'azote (NO₂) sont observées sur la métropole d'Orléans (17,4 µg/m³). Des valeurs plus élevées comparativement au reste de la région sont également recensées dans les agglomérations de Pithiviers et Montargis, ceci peut s'expliquer partiellement par le fait que 55 % des émissions de NOx dans la région sont dues aux transports routiers. Il est à noter que les communautés de communes de la Beauce présentent quant à elles globalement des concentrations plus élevées que dans le reste de la région, du fait sans doute de l'activité agricole, qui serait responsable de 13 % des émissions de NOx. Toutefois, globalement, les valeurs dans les EPCI de la région sont nettement inférieures à la valeur réglementaire de 40 µg/m³.

À l'échelle de la Région, c'est pour la communauté d'agglomération Orléans-Val de Loire que l'indicateur relatif à la pollution aux particules est le plus élevé (17,9 µg/m³).

De manière générale, les EPCI du Loiret et du Sud-Est de l'Eure-et-Loir ont des valeurs supérieures au reste de la Région. Cependant, ces valeurs sont très inférieures à la valeur réglementaire qui est de 40 µg/m³. Si l'on s'intéresse au nombre de jours où la valeur maximale de PM10 dans les EPCI a dépassé le seuil de 50 µg/m³ (ce nombre de jours ne doit pas excéder réglementairement 35 jours par an). C'est dans le Loiret qu'il y a le plus d'EPCI qui connaissent des nombres de jours de dépassement les plus élevés. Les EPCI du sud du département sont plus épargnées que celle de la grande moitié nord.

Le nombre de jours dépassant le seuil de 120 µg/m³ d'ozone en moyenne sur 8 heures ne doit pas excéder réglementairement 25 jours par an. À l'échelle de la région, ce nombre varie entre 7,3 jours et 13,5 jours. Dans le Loiret, on observe qu'il est plus important au nord de l'axe ligérien, dans la Beauce, dans le nord du département et à la frontière avec la région Ile-de-France.

L'ambrosie est la cause d'allergies automnales. Elle produit un pollen très allergisant et les premiers symptômes peuvent survenir chez les allergiques dès des concentrations faibles allant de 3 à 5 grains/m³/jour. Au moment de sa floraison elle libère du pollen, responsable de réactions allergiques multiples. C'est le long de l'axe ligérien que l'on retrouve principalement cette plante.

L'habitat

Le Loiret compte une part du parc privé potentiellement indigne dans le parc privé de 3,8% (en 2015). Cette proportion est inférieure à la part régionale qui se situe à 5%.

On constate un plus fort taux de logement indigne dans l'Est du département.

Il est à noter que le Loiret dispose d'une organisation partenariale destinée à traiter les signalements d'habitat indigne ; les échanges et une coordination s'avèrent souvent nécessaires entre les différents

partenaires de la lutte contre l'habitat indigne pour aboutir à une résolution des situations (intervention pour les travaux, le relogement, la prise en charge des besoins d'ordre social). Un guichet unique a été constitué afin d'orienter les signalements vers l'acteur idoine. Un outil destiné au recensement des situations potentielles d'habitat indigne sous forme de fiche a été proposé et diffusé aux partenaires sociaux essentiellement. C'est l'ARS qui centralise la réception de ces fiches de signalement depuis 2010. Le nombre de signalements reçus n'a cessé d'augmenter depuis 2010 et la mise en place de ce partenariat (plus de 150 signalements en 2016, 118 en 2013, 37 en 2010).

Les intoxications au monoxyde de carbone

L'intoxication au monoxyde de carbone est la première cause de mortalité par toxique en France. Le nombre d'intoxications au monoxyde de carbone évolue d'une année à l'autre ; il est notamment fonction des conditions météorologiques. L'hiver est plus propice à la survenue d'intoxications, via les moyens de chauffage, telles que les chaudières notamment : plus des trois quarts des intoxications ont ainsi lieu pendant la saison de chauffe, d'octobre à mars.

En 2015, le Loiret a compté 5 épisodes d'intoxication (45 épisodes survenus sur la région) alors qu'en 2014, 10 épisodes se sont produits (48 épisodes survenus sur la région).

La légionellose

Il existe en France un gradient géographique Ouest-Est du taux d'incidence des cas de légionellose notifiés. Ce gradient qui est observé depuis plusieurs années, ne s'explique pas à ce jour. La région Centre-Val de Loire compte un taux d'incidence de 2 cas pour 100 000 habitants. Le nombre de cas de légionellose déclarés dans le Loiret entre 2014 et 2016 et met en évidence la fluctuation des données : 2015 a connu une incidence plus élevée (14 cas) qu'en 2014 (8 cas) et 2016 (11 cas).

Le saturnisme infantile

La principale source de contamination par le plomb est la peinture des habitations anciennes souvent à base de céruse. Le plomb peut être absorbé sous formes de poussières ou d'écaillés lorsque les peintures sont dégradées ou lors de travaux effectués sans précaution. Certaines activités industrielles ont pu être ou sont des sources de contamination dans l'environnement. Les canalisations en plomb peuvent également être incriminées mais sont rarement la cause principale d'une plombémie élevée. Ce plomb d'origine hydrique a un impact sur la plombémie moyenne de la population mais est rarement la cause principale d'une plombémie élevée. Très peu de cas de saturnismes infantiles sont déclarés chaque année en région Centre-Val de Loire (19 en 2016 et 11 en 2015) et dans le Loiret (6 en 2016 et 3 en 2015).

Les inégalités environnementale dans le Loiret

Afin de mettre en évidence les inégalités environnementales en région Centre-Val de Loire, l'ORS a établi des cartographies représentant et résumant des zones de cumul de facteurs environnementaux et de nuisances.

Pour ce faire, l'ORS Centre-Val de Loire s'est appuyé sur une étude réalisée par l'Institut d'aménagement et d'urbanisme et l'ORS Île-de-France sur l'identification des points noirs environnementaux.

La méthodologie ainsi employée est la suivante : ont été ciblées les 5 sources de nuisances et de pollutions principales et pour lesquelles les indicateurs les plus robustes étaient disponibles :

- **le bruit routier** : nombre de personnes exposées au bruit routier,
- **la qualité de l'air extérieur** : moyennes annuelles en PM10 et en NO2 en 2014,
- **la qualité de l'eau distribuée** : taux de non-conformité bactériologique en 2014, teneurs en pesticides non conformes en 2014, teneurs en nitrates non conformes en 2014,
- **les sols** : densité de sites et sols pollués fin 2015,
- **le tissu industriel** : densité d'installations classées IED fin 2015,

Il ressort de ce travail que le département du Loiret cumule de nombreux facteurs environnementaux : la présence d'installations, classées IED, la qualité de l'air extérieur, la qualité de l'eau distribuée et les sols. Le parc privé potentiellement indigne y est plus faible.

Le Nord du département :

Sur cette fraction de territoire, on retrouve majoritairement des densités de sites et de sols pollués et/ou des densités d'installations classées IED supérieures aux densités régionales. Quelques UDI présentent des taux de non-conformité bactériologique, des teneurs en pesticides ou encore en nitrates non conformes. On relève également des concentrations en PM10 et NO2 élevées.

Le Nord-Est du département :

Ce territoire est caractérisé par des densités de sites et de sols pollués et/ou des densités d'installations classées IED plus importantes qu'au niveau régional. On retrouve également sur ce secteur, de façon dispersée, des UDI présentant des taux de non-conformité bactériologique, des teneurs en pesticides ou en nitrates non conformes. Enfin, certains EPCI montrent des moyennes élevées en PM10 et NO2.

Le Sud-Est du département :

D'une manière générale, on retrouve sur ce territoire des problématiques liées à l'eau distribuée (taux de non-conformité bactériologique sur de rares UDI et teneurs en pesticides non conformes sur moins d'une dizaine d'UDI) ou à la présence de sites et de sols pollués et d'installations classées IED.

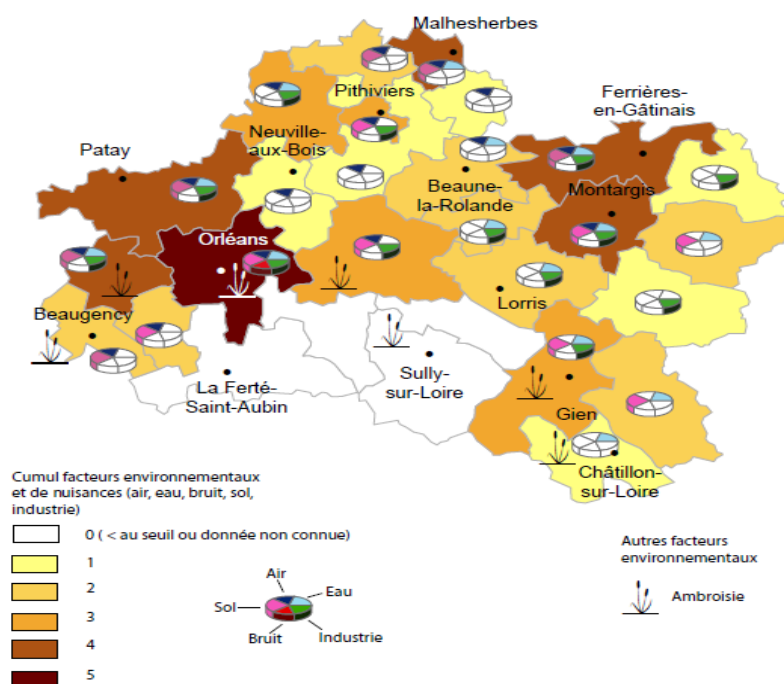
Le Sud du département :

Ce territoire situé au Sud de l'agglomération Orléans-Val de Loire et s'étendant globalement de la Ferté-Saint-Aubin à Sully-sur-Loire ne présente pas de cumul de nuisances ou de facteurs environnementaux.

Le cas particulier de l'agglomération Orléans-Val de Loire et de l'Ouest du département :

Ces territoires présentent sensiblement les mêmes facteurs environnementaux : sur l'air avec des moyennes annuelles en PM10 et NO2 élevées ; sur le risque industriel avec des densités d'installations classées IED supérieures au niveau régional ; sur les sols avec des densités de sites et de sols pollués supérieures au Centre-Val de Loire et sur l'eau avec des taux de non-conformité bactériologique et des teneurs non conformes en pesticides et/ou nitrates pour certaines UDI. Enfin, l'agglomération d'Orléans se démarque de ces deux intercommunalités par de nombreux habitants exposés au bruit lié au trafic routier. Par ailleurs, l'ambrosie est également présente le long de l'axe ligérien.

Cumul de facteurs environnementaux et de nuisances dans le Loiret



Actions prioritaires

Le 3^{ème} plan régional santé-environnement (PRSE3) (2017/2021) a défini 34 actions regroupées en 4 thèmes :

- l'air intérieur,
- l'air extérieur,
- l'eau et les substances émergentes,
- santé environnement et territoires,

Les enjeux environnementaux du Loiret, croisés avec les priorités d'actions du PRSE3, permettent d'identifier parmi les priorités d'actions sur le département du Loiret :

- l'habitat indigne,
- la qualité de l'air extérieur,
- les actions sur périmètres de protection de captages, la qualité de l'eau et également la sécurisation sanitaire des eaux destinées à la consommation humaine ;

4. Santé et parcours de santé : approche populationnelle

4.1 Santé des jeunes

- Quelques données démographiques spécifiques aux jeunes :

Le Loiret est un département relativement jeune comparativement au reste de la région Centre-Val de Loire :

- la proportion de moins de 20 ans était, en 2013, de 25,3% dans le Loiret contre 24% pour la région,
- 27,4% des jeunes de moins de 20 ans de la région résidaient dans le Loiret en 2013. Le Loiret comptait ainsi au total 168 666 jeunes de moins de 20 ans sur son territoire.

Des disparités démographiques sont toutefois à noter au sein du Loiret, la proportion de moins de 20 ans dans la population étant relativement moindre dans l'Est du département (Montargois-Gâtinais et Pays Giennois).

Le tableau suivant donne ainsi quelques repères quant à la répartition géographique des jeunes sur les différents territoires de projet des CLS.

Territoire	Année ou période de référence	Effectifs des moins de 20 ans		Part des jeunes de moins de 20 ans du département
		Donnée du territoire	Donnée départementale	
Agglo Montargoise et Rives du Loing - Pays du Gâtinais	2 010	28 878	165 927	17,4%
Pays Beauce Gâtinais en Pithiverais	2 012	17 703	167 616	10,6%
Pays Giennois	2 011	10 446	167 247	6,2%
Agglo Orléans Val de Loire	2 012	69 674	167 616	41,6%
3 Pays	2013	42 187	168 666	26,2%

Par ailleurs, il est à noter que l'agglomération Orléanaise comporte une proportion plus importante de jeunes de 20 à 24 ans, vraisemblablement en raison de l'attractivité de ce territoire pour les étudiants (environ 15000 inscrits à l'université d'Orléans).

- **Agir sur les déterminants de santé en renforçant les compétences psychosociales des jeunes :**

L'Agence régionale de santé porte une attention toute particulière au public jeune dans la mesure où il s'agit d'une population clé en matière de prévention et promotion de la santé.

En effet, l'intérêt d'agir précocement dans ce domaine en vue du renforcement des compétences psychosociales des enfants et adolescents est reconnu. Le développement des compétences psychosociales par des actions probantes doit ainsi contribuer à limiter les conduites à risque ultérieures (conduites addictives, nutrition, santé sexuelle, ...) en intervenant de manière préventive à des âges clés. Par exemple, en milieu scolaire, le Rectorat et l'ARS ont décidé de privilégier les actions en direction du 3^{ème} cycle (CM1, CM2 et 6^{ème}). Les enfants de moins de 3 ans et leurs parents constituent aussi une cible prioritaire au niveau régional.

Cette stratégie d'intervention en prévention et promotion de la santé est d'autant plus importante que notre pays se caractérise par :

- des inégalités sociales et territoriales de santé importantes, et susceptibles d'être réduites en agissant sur les déterminants de santé,
- une mortalité prématurée importante, malgré une espérance de vie plutôt élevée. Et cette mortalité prématurée est évitable dans plus d'1/3 des cas.

- **Agir en tenant compte des inégalités sociales et territoriales de santé et des données de mortalité et morbidité, ou liées aux conduites à risque :**

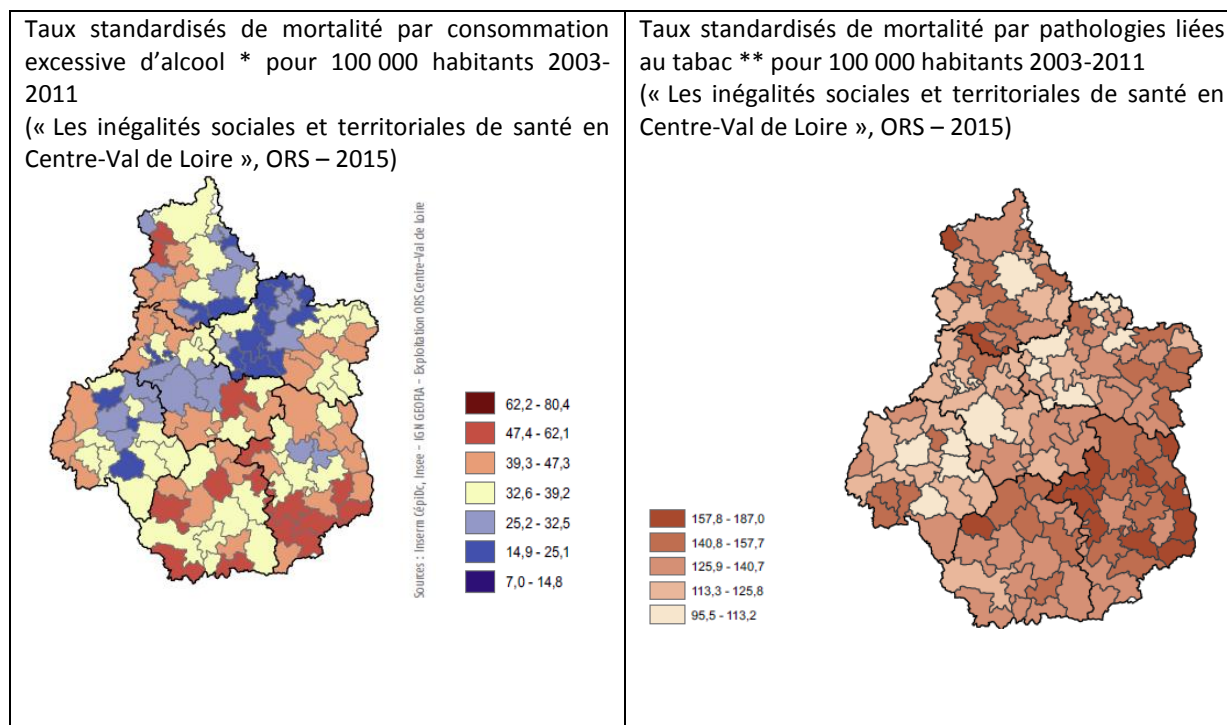
Données de mortalité et morbidité

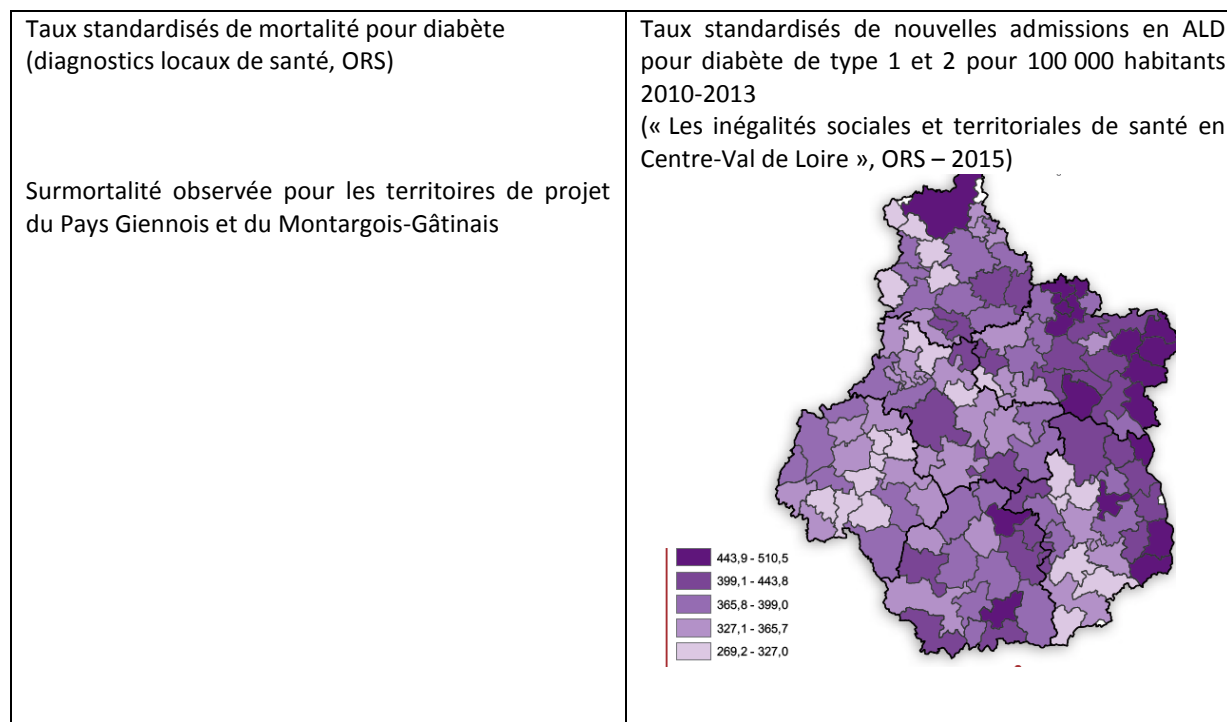
Dans le Loiret, le taux comparatif de mortalité prématurée apparaît plus faible que celui de la région prise dans son ensemble. Cependant, cette moyenne cache d'importantes disparités géographiques :

- mortalité prématurée importante dans l'Est du Loiret (Pays du Giennois, Montargois-Gâtinais),
- situation proche de la moyenne dans le Nord du département (Pays de Beauce Gâtinais en Pithiverais),
- mortalité prématurée globalement inférieure à la moyenne sur l'agglomération Orléanaise, et le territoire de projet du CLS des Trois Pays entourant cette agglomération (avec toutefois une inégalité Ouest-Est au sein même des Trois Pays).

L'analyse comparative de la mortalité et de la morbidité concernant les pathologies liées à la consommation excessive d'alcool, au tabac, et au diabète confirment ces tendances géographiques.

Il est à noter toutefois que, contrairement à ce qui est observé pour les pathologies liées à l'alcool et au tabac, le Loiret apparaît en surmortalité et sur-morbidité comparative par rapport à la région concernant le diabète. Cela suggérerait des problématiques accrues concernant la nutrition et l'activité physique dans le département.





(*) *Tumeurs de la lèvre, de la cavité buccale, du pharynx, du larynx, de l'œsophage, cirrhoses du foie, psychoses alcooliques*

(**) *Cardiopathies ischémiques, cancers de la trachée, des bronches et du poumon, bronchopneumopathies chroniques obstructives*

Données nationales relatives aux conduites à risque des jeunes :

➤ Conduites addictives :

En France, selon l'enquête ESCAPAD 2014 réalisée lors de Journées Défense et Citoyenneté les taux de jeunes ayant des usages réguliers ou quotidiens de produits psychoactifs étaient les suivants :

- tabagisme quotidien : 32,4% ,
- fumeurs intensifs (plus de 10 cigarettes par jour) : autour de 11% ,
- usage régulier d'alcool (au moins 10 usages dans les 30 derniers jours) : 12,3% ,
- usage quotidien d'alcool : moins de 2% ,
- consommation régulière de cannabis essentiellement masculine : 12,5% des garçons contre 5,8% des filles ,
- usage quotidien de cannabis : 4% des jeunes ,
- selon le test CAST, 21,9% des consommateurs de cannabis dans l'année présentent un risque élevé d'usage problématique ou de dépendance au cannabis ,
- poly-consommation régulière d'alcool, de tabac et/ou de cannabis : 12,8%.

Concernant les ivresses et alcoolisations ponctuelles importantes (API) :

- 58,9% des adolescents déclarent avoir déjà été ivres, et 25,3% avoir connu au moins trois épisodes d'ivresse au cours des 12 derniers mois ,

- les alcoolisations ponctuelles importantes au cours de leur vie concernent 48,8% des adolescents de 17 ans. 21,8% des jeunes étaient concernés par des API répétées (au moins trois épisodes au cours du dernier mois), et 3% pour les API régulières (au moins dix épisodes au cours du mois).

Certains facteurs sont particulièrement associés aux indicateurs de consommation :

- le sexe : les garçons sont plus touchés que les filles sauf pour le tabac,
- la scolarité : les jeunes en apprentissage ou sortis du système scolaire sont plus nombreux que les jeunes scolarisés, lycéens ou étudiants du supérieur à déclarer fumer régulièrement, boire de l'alcool régulièrement, connaître des API répétées ou fumer du cannabis ,
- la composition familiale : les jeunes de familles monoparentales ou de familles recomposées présentent plus souvent des usages réguliers.

La nature des consommations est différente selon le secteur géographique : consommation d'alcool plus forte en zone rurale, et consommation de cannabis plus élevée en milieu urbain par exemple.

Cette analyse nationale est à croiser avec les données démographiques (ruralité) et sociodémographiques pour une exploitation affinée au niveau départemental.

- ainsi une plus forte proportion de ménages monoparentaux est observée dans les agglomérations urbaines (agglomération d'Orléans, Montargis-Châlette sur Loing, Pithiviers).
- les données relatives à la scolarité (taux de scolarisation des 18-24 ans, taux de personnes sans qualification ou de faible niveau de formation) suggèrent par ailleurs un moindre niveau d'études sur l'Est et le Nord du département.

Ces statistiques sont à interpréter cependant avec précaution dans la mesure où ces territoires connaissent probablement une forte migration estudiantine au profit de l'agglomération Orléanaise ou d'autres grandes villes.

➤ **Santé sexuelle :**

Nous ne disposons pas de données épidémiologiques ou relatives aux conduites à risque infra-départementales concernant spécifiquement la santé sexuelle. Globalement, le Loiret ressort comme le département de la région où le taux de recours à l'IVG est le plus important.

Par ailleurs, au niveau régional, des études réalisées par l'ORS auprès des jeunes scolarisés en CFA (2015) et lycées publics (2012) permettent d'appréhender certaines problématiques de santé sexuelle rencontrées par les jeunes :

- Parmi les jeunes ayant déjà eu des relations sexuelles, 14,3% des apprentis et 1 lycéen sur 10 n'avaient pas utilisé de méthode contraceptive lors de leur premier rapport. 22,8% des apprentis et 23,8% des lycéens n'utilisent pas une des méthodes contraceptives fiables lors de leurs rapports (retrait, ...);
- Parmi les apprentis utilisant une méthode contraceptive lors de leurs rapports sexuels, 75,8% utilisent le préservatif masculin ou féminin, dont 63% d'entre eux systématiquement, 27% de manière occasionnelle (oubli, n'en ont pas sur eux), et 10% comme méthode complémentaire. De même 55% des lycéens ayant des relations sexuelles utilisent le préservatif de manière

systématique, 17,5% n'y ont pas recours car les deux partenaires ont fait le test VIH, 17% l'utilisent de façon occasionnelle, et 11% ont des rapports non protégés sans test VIH ;

- Les opinions des jeunes sont en majorité favorables au préservatif même si une minorité significative d'entre eux ont néanmoins quelques opinions susceptibles de majorer les prises de risque. Ainsi 61,5% des apprentis et plus de 70% des lycéens sont en désaccord avec le fait que « le préservatif n'est pas utile si l'on connaît bien la personne ». 56% des apprentis et plus de 87% des lycéens sont d'accord avec le fait que « le préservatif n'est pas nécessaire à chaque rapport sexuel ». 41,8% des apprentis considèrent que le port du préservatif est trop contraignant pour les jeunes.
- 49,5% des apprenties et 46,8% des lycéennes ont déclaré avoir déjà recours à la contraception d'urgence. 36,5% des apprentis et 31,7% des lycéens rapportent une prise par leur petite-amie. Concernant les recours des apprentis, un problème de contraception est évoqué dans 63,1% des cas, une absence de contraception dans 38,9% des cas, et « une erreur dans les dates » ou « un partenaire qui s'est retiré trop tard » dans 16,4% des cas.
- 20,8% des apprenties et 11,2% des lycéennes ont déclaré avoir eu recours à une IVG. 9,2% des apprentis et 5,6% des lycéens expriment ce recours pour leur petite-amie. Concernant les recours à l'IVG chez les apprentis, un problème de contraception est évoqué dans 52,7% des cas, une absence de contraception dans 40,2% des cas, et « une erreur dans les dates » ou « un partenaire qui s'est retiré trop tard » dans 17% des cas.

Lors des diagnostics locaux de santé, les acteurs locaux ont également exprimé des inquiétudes vis-à-vis de la méconnaissance des jeunes en matière de santé sexuelle :

- méconnaissance des jeunes sur la transmission des IST et pas seulement du VIH (très peu savent par exemple ce qu'est la chlamydia / jeunes qui ont leur 1^{er} rapport protégé mais qui n'utilisent plus le préservatif ensuite par « confiance »),
- méconnaissance de la physiologie de base, des cycles menstruels,
- méconnaissance de la contraception et mésusage de la contraception d'urgence,
- à cela s'ajoute l'influence d'Internet, de la pornographie, et du partage sur les réseaux sociaux qui, en plus de donner un faux sentiment d'information (fausses informations sur les forums), influence les relations garçons-filles, et favorise les relations non consenties, une banalisation de la violence sexuelle et un risque de diffusion de vidéos. Si l'âge moyen du 1^{er} rapport sexuel est stable, certains commencent très jeunes et sont plus vulnérables.

Les problèmes évoqués sembleraient toucher tous les milieux sociaux. Il convient toutefois d'interpréter avec prudence ces expressions d'acteurs dans la mesure où il ne s'agit pas de phénomènes quantifiés et qu'elles peuvent être influencées par leurs propres représentations.

➤ **Nutrition – activité physique :**

L'analyse des examens de santé réalisés auprès des élèves de 6^{ème} en 2015-2016 (retours partiels concernant 3841 élèves sur les 7388 du département) révèle que 15,13% des élèves étaient considérés en surpoids ou obèses (12,13% en surpoids et 2,99% obèses).

Le tableau suivant synthétise les principales problématiques de santé liées à la prévention et la promotion de la santé sur les différents territoires de projet CLS du département.

	Montargois-Gâtinais	Giennois	Beauce-Gâtinais Pithiverais	en	agglomération Orléanaise	Trois pays	
Problématiques de santé évitables par la prévention et la promotion de la santé	<p>Loiret : mortalité prématurée moindre que dans la région avec cependant problématiques plus importantes en matière de</p> <ul style="list-style-type: none"> - diabète (supposant problématiques de nutrition – activité physique) - tentatives suicide (sur-hospitalisation mais pas de surmortalité par suicide) - taux d'IVG 						
	Mortalité prématurée > département ++	Mortalité prématurée > département ++	Mortalité prématurée > département +	Mortalité prématurée < département	Mortalité prématurée < département	Mortalité prématurée < département	
	Problématiques > moyenne Loiret : <ul style="list-style-type: none"> - Suicide - Diabète / maladies cardiovasculaires - Alcool / tabac - Dépistages organisés des cancers 	Problématiques > moyenne Loiret : <ul style="list-style-type: none"> - Suicide - Diabète / maladies cardiovasculaires - Alcool / tabac - Dépistages organisés des cancers 	Problématiques > moyenne Loiret : <ul style="list-style-type: none"> - Suicide - Maladies respiratoires - Diabète (ALD mais pas de surmortalité) - Maladies cardiovasculaires (ALD mais pas de surmortalité) - Alcool (hospitalisations mais pas surmortalité) - Dépistages organisés cancer du sein 	Problématiques > moyenne Loiret : Néant	Problématiques > moyenne Loiret : <ul style="list-style-type: none"> - Maladies cardiovasculaires - Diabète (sur-mortalité mais pas de surmorbidity - ALD) - Affections respiratoires 	Problématiques > moyenne Loiret sur certains EPCI de l'Est des 3 Pays : <ul style="list-style-type: none"> - Alcool / Tabac - Diabète (ALD) 	
	Méconnaissances du public jeune en matière de santé sexuelle Faible taux de préparation à l'accouchement, d'entretiens prénataux						

- **Préconisations : A discuter et compléter**

(1) Développer les compétences psychosociales et un environnement favorable dans le domaine de la nutrition et de l'activité physique avec une mobilisation souhaitable :

- **des collectivités locales** : offre en exercice physique accessible et attractive (et pas seulement les activités sportives orientées vers la compétition), favoriser des modes de transports doux ,
- **du milieu scolaire et périscolaire, et de loisirs** : séances de prévention en classes, en TAP, en centres de loisirs, par des professionnels formés et outillés ,
- **du milieu de la petite enfance et des structures s'adressant aux parents** : actions combinées santé – parentalité,
- **de la FRAPS** : en accompagnement méthodologique et diffusion des données sur les actions probantes ,
- **des CLS** : dont le rôle est de permettre l'émergence d'un projet territorial cohérent et coordonné.

(2) Développer l'implication des professionnels de l'éducation nationale dans les actions de prévention et d'éducation à la santé portant sur la vie affective et sexuelle :

- objectif de continuum d'action qui ne peut être apporté de manière efficiente que par les professionnels déjà présents dans l'établissement ,
- en conséquence, enjeu de la formation des professionnels partagé par l'éducation nationale et l'ARS.

(3) Maintenir et optimiser la dynamique de renforcement des compétences psychosociales dans le domaine des conduites à risque (notamment les addictions) en milieu scolaire :

- réorienter les interventions vers le 3^{ème} cycle (CM1, CM2 et 6^{ème}) et rééquilibrer en conséquence le volume d'interventions entre les écoles primaires et les collèges.

(4) Prendre en compte plus spécifiquement les besoins des territoires disposant des indicateurs socio-économiques et sanitaires les moins favorables :

- notamment l'Est du Loiret (Giennois, Montargois-Gâtinais).

(5) Développer la diffusion de méthodes d'intervention probantes

4.2 Femmes enceintes – périnatalité

- **Fécondité et naissances :**

Le taux de fécondité moyen (nombre moyen d'enfants par femme de 15 à 49 ans) est supérieur ou égal (selon les périodes) dans le Loiret à celui de la région dans son ensemble.

Taux de fécondité moyen		
Période de référence	Département	Région
2008-2010	5,8	5,5
2009-2011	5,9	5,9
2010-2012	6	5,6
2010-2013	6	5,5

La part des naissances dans le Loiret est proportionnellement plus importante que la part démographique totale du département au sein de la région. Selon les périodes d'analyse, le Loiret a concentré entre 28,2% et 28,9% des naissances domiciliées de la région.

Période de référence	Nombre moyen annuel de naissances domiciliées		Part des naissances domiciliées dans le Loiret parmi les naissances régionales
	département	région	
2008-2010	8 593	30 441	28,2%
2009-2011	8 647	30 225	28,6%
2010-2012	8711	30 192	28,9%
2010-2013	8665	29 931	28,9%

L'agglomération d'Orléans-Val de Loire concentre à elle seule une grande partie des naissances domiciliées du Loiret (44,8% en 2010-2012). Le Gâtinais-Montargois et les Trois Pays apparaissent comme des pôles de naissances domiciliées moyens, tandis que le Pays Beauce Gâtinais en Pithiverais et le Pays Giennois disposent d'un poids plus faible.

Territoire	Période de référence	Nombre moyen annuel de naissances domiciliées		Part des naissances domiciliées sur le territoire parmi les naissances du département
		Donnée pour le territoire	Donnée pour le Loiret	
Agglo Montargoise et Rives du Loing - Pays Gâtinais	2008-2010	1377	8 593	16,0%
Pays Beauce Gâtinais en Pithiverais	2010-2012	847	8 711	9,7%
Pays Giennois	2009-2011	536	8 647	6,2%
Agglo Orléans Val de Loire	2010-2012	3 905	8 711	44,8%
3 Pays	2010-2013	2002	8665	23,1%

- **Suivi prénatal :**
- **Préparation à l'accouchement :**

Le taux de préparation à l'accouchement est particulièrement faible dans le Loiret : 33,4% contre 40,2% dans la région pour la période 2011-2014.

Si des disparités territoriales sont observées au sein du Loiret (faible taux particulièrement marqué sur le Giennois et le Gâtinais-Montargois), tous les territoires du département ont néanmoins un taux de préparation à l'accouchement en deçà de la moyenne régionale.

Taux de préparation à l'accouchement (en %)			
Territoire	Période de référence	Donnée du territoire	Donnée du Loiret
Agglo Montargoise et Rives du Loing - Pays Gâtinais	2008-2011	29	32,5
Pays Beauce Gâtinais en Pithiverais	2010-2013	24,8	33
Pays Giennois	2009-2012	27,6	32,9
Agglo Orléans Val de Loire	2010-2013	34,1	33
3 Pays	2011-2014	39,2	33,4

➤ **Fait marquants issus des diagnostics locaux de santé :**

Les ateliers d'échange mis en place lors des diagnostics locaux de santé des CLS ont permis aux professionnels des territoires de mettre en avant certains problèmes :

- la démographie médicale impactant les suivis gynécologiques et prénataux sur l'ensemble des territoires. Il est noté un manque de gynécologues libéraux concentrant leur activité sur la prise en charge des pathologies, et des médecins généralistes surchargés peu impliqués dans les suivis gynécologiques. Ce phénomène est accentué sur les territoires plus ruraux avec notamment un problème lié à la mobilité (et à la garde d'enfants sur le Giennois et le Montargois),
- la relative méconnaissance par la population des compétences des sages-femmes,
- l'impact des difficultés d'accès aux professionnels de santé sur la réalisation des entretiens prénataux et la préparation à l'accouchement. Or les professionnels soulignent le rôle important de ces suivis en matière de prévention,
- une méconnaissance des femmes parturientes, noyées par les informations et prises dans d'autres démarches complexes - concernant les démarches de santé (entretien prénatal, préparation à l'accouchement ...).

• **Suivi postnatal :**

➤ **Faits marquants issus des diagnostics locaux de santé :**

Les diagnostics locaux de santé permettent également de mettre en évidence des problématiques :

- de difficultés lors des retours de maternité : des dispositifs existent : PRADO, PMI, unité de prévention et de soins précoces. Le dispositif PRADO ne bénéficie toutefois pas d'un déploiement optimal en raison de l'insuffisance de la couverture en sages-femmes sur certains territoires (ex. Giennois). Concernant l'agglomération Orléanaise, une sortie précoce des femmes lors des forts pics de naissances avec une préparation de la sortie insuffisante est pointée par certains professionnels.

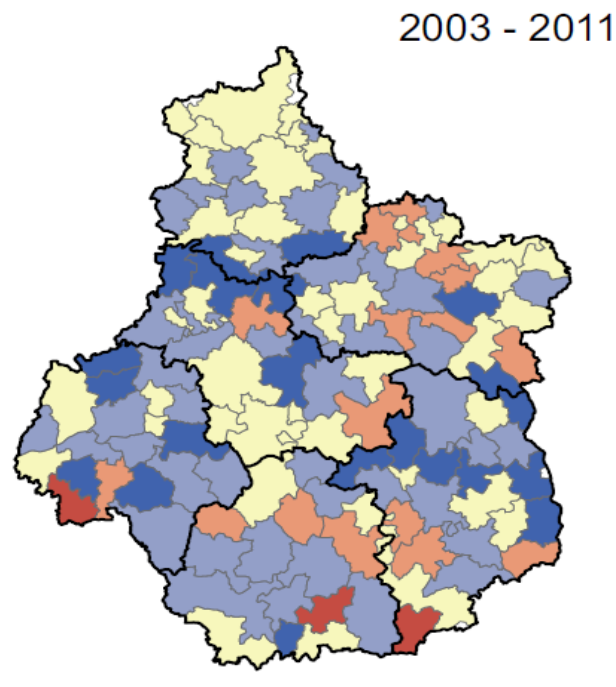
- plus particulièrement pour les parents socialement isolés : Des phénomènes d'isolement social de jeunes parents sont observés. Celui-ci est lié à la monoparentalité mais aussi plus largement à un manque de soutien familial et amical, et renforcé le cas échéant par les situations de précarité, et d'isolement géographique en zone rurale.
Les femmes isolées sont aussi confrontées à la problématique de la garde d'enfants pour leurs différentes démarches de santé (Giennois, Montargois).
- au-delà des spécificités des parents isolés, des problèmes de « guidance » parentale sont évoqués dans les diagnostics du Montargois et du Giennois, avec des conséquences sur la nutrition, le sommeil.
- **Offre de soins :**

4 maternités : CHRO, ORELIANCE, CHAM, CH de Gien

1 centre périnatal de proximité à Pithiviers

- Indicateurs de santé du nouveau-né et du nourrisson :

- Mortalité infantile :



- Allaitement maternel :

Dans le Loiret, une part plus importante des mères ont commencé un allaitement lors du remplissage du certificat du 8^{ème} jour, comparativement à la région : 66,3% contre 61,1% pour la période 2011-2014.

Le taux de mères ayant commencé un allaitement est supérieur dans l'agglomération Orléanaise par rapport au reste du département.

Taux de mères ayant commencé un allaitement lors du remplissage du certificat de santé du 8ème jour (en %)			
Territoire	Période de référence	Donnée du territoire	Donnée du Loiret
Agglo Montargoise et Rives du Loing - Pays Gâtinais	2008-2011	63,8	66,3
Pays Beauce Gâtinais en Pithiverais	2010-2013	62,7	66,7
Pays Giennois	2009-2012	64,6	67
Agglo Orléans-Val de Loire	2010-2013	71,3	66,7
3 Pays	2011-2014	60,5	66,3

➤ **Macrosomie fœtale :**

Le taux de macrosomie fœtale est très légèrement supérieur dans le Loiret par rapport à la région : 7% contre 6,6% pour la période 2011-2014.

Taux de macrosomie fœtale (en %)			
Territoire	Période de référence	Donnée du territoire	Donnée du Loiret
Agglo Montargoise et Rives du Loing - Pays Gâtinais	2008-2011	6,3	6,9
Pays Beauce Gâtinais en Pithiverais	2010-2013	6,7	7
Pays Giennois	2009-2012	6	6,8
Agglo Orléans-Val de Loire	2010-2013	7	7
3 Pays	2011-2014	7,2	7

➤ **Prématurité et nouveau-nés de petit poids :**

Le taux de naissances prématurées et nouveaux nés de petit poids de naissance est proche entre le Loiret (8,8% en 2010-2013) et la région (8,9%). Des écarts sont observés selon les territoires du département mais restent généralement faibles.

Le Pays Giennois a un taux plus élevé que les autres territoires.

Taux de naissances prématurées et nouveaux-nés pesant moins de 2500 G (en %)			
Territoire	Période de référence	Donnée du territoire	Donnée du Loiret
Agglo Montargoise et Rives du Loing - Pays Gâtinais	2009-2012	9,2	9
Pays Beauce Gâtinais en Pithiverais	2010-2013	7,9	8,8
Pays Giennois	2009-2012	10,2	9
Agglo Orléans-Val de Loire	2010-2013	9,2	8,8
3 Pays		n.c	n.c

➤ **Vaccination :**

L'exploitation des certificats de santé du 9^{ème} et du 24^{ème} mois permet de faire ressortir les éléments suivants pour le Loiret, à l'image de la région :

- un taux de couverture vaccinale plutôt bonne pour la primovaccination pour la plupart des vaccins et dans tous les départements ,
- un taux de réalisation des rappels toutefois légèrement inférieur à la primovaccination.

Deux vaccins affichent un taux de couverture inférieur aux autres :

- **le ROR** : il est nécessaire d'avoir deux doses de vaccin pour être correctement vacciné. En 2010, seulement 60% des enfants de 24 mois étaient correctement vaccinés en région Centre-Val de Loire. La région a ainsi connu une épidémie importante en 2011. Le taux de couverture vaccinale a augmenté depuis mais reste insuffisant (69,9% pour deux doses de ROR à 24 mois en 2011). Une couverture vaccinale de 95% de la population permettrait d'éradiquer complètement la circulation de la maladie.
- **l'hépatite B** : la vaccination est dite complète quand le nombre de doses reçues est supérieur ou égal à 3. La couverture vaccinale des enfants contre l'hépatite B s'améliore d'une année sur l'autre en région Centre-Val de Loire mais reste inférieure à d'autres vaccinations. La situation dans le Loiret est toutefois plus favorable que dans d'autres départements (88% de taux de couverture à 3 doses à 24 mois en 2011 / seul département de la région à dépasser le seuil des 80% à cette date).

Les données de couverture vaccinales disponibles ne permettent pas d'appréhender la couverture vaccinale des proches des nourrissons réalisées dans une stratégie de cocooning (ex. vaccination coqueluche des jeunes parents et futurs parents).

- **Santé sexuelle :**

Peu d'indicateurs sont exploitables au niveau départemental et en infra-départemental en matière de santé sexuelle.

- **IVG :**

Les chiffres issus de la Statistique Annuelle des Etablissements de Santé (SAE) permettent toutefois d'estimer globalement le nombre d'IVG réalisé au niveau régional et départemental (hors IVG médicamenteuses en ville). 30,6% des IVG de la région hors IVG médicamenteuses en ville ont été réalisées dans le Loiret.

DEPARTEMENT	SAE 2012	SAE 2013	SAE 2014	SAE 2015
LOIRET	1 727	1 783	1 892	1 768
REGION	5 992	6 169	6 105	5 783

(Source : Statistique Annuelle des Etablissements de santé (SAE) 2012 à 2015)

Le Loiret est caractérisé par un taux d'IVG médicamenteuse supérieur à celui de la région.

IVG DEPARTEMENT	2014			2015		
	Nb total d'IVG	Nb IVGM	Taux d'IVGM	Nb total d'IVG	Nb IVGM	Taux d'IVGM
LOIRET	1 892	1 384	73 %	1 768	1 355	77 %
REGION	6 105	3 730	61 %	5 783	3 610	62 %

Ces chiffres bruts méritent toutefois d'être interprétés avec les acteurs de terrain :

- cela reflète-t-il un meilleur accès à l'IVG que dans d'autres départements ?
- ou cela indique-t-il des pratiques médicales différentes (IVG médicamenteuse réalisée avant confirmation biologique de la grossesse du fait de difficultés d'accès à l'IVG instrumentale) ?
- ou cela signifie-t-il que des problématiques accrues se posent en matière de contraception sur le Loiret ?

➤ **Taux de mères mineures à l'accouchement :**

Le taux de mères mineures à l'accouchement est comparable dans le Loiret et dans la région : 0,5 % dans les deux cas.

➤ **Faits marquants issus des diagnostics locaux de santé :**

La santé sexuelle a été abordée lors des ateliers « conduites à risque » des diagnostics qualitatifs locaux. Quelque soient les territoires concernés (seul le diagnostic du Gâtinais-Montargois a peu développé ce thème), les professionnels ont émis de fortes inquiétudes vis-à-vis de la méconnaissance des jeunes en matière de santé sexuelle :

- méconnaissance des jeunes sur la transmission des IST et pas seulement du VIH (très peu savent par exemple ce qu'est la chlamydia / jeunes qui ont leur 1er rapport protégé mais qui n'utilisent plus le préservatif ensuite par « confiance »),
- méconnaissance de la physiologie de base, des cycles menstruels,
- méconnaissance de la contraception et mésusage de la contraception d'urgence,
- à cela s'ajoute l'influence d'Internet, de la pornographie, et du partage sur les réseaux sociaux qui, en plus de donner un faux sentiment d'information (fausses informations sur les forums), influence les relations garçons-filles, et favorise les relations non consenties, une banalisation de la violence sexuelle et un risque de diffusion de vidéos. Si l'âge moyen du 1er rapport sexuel est stable, certains commencent très jeunes et sont plus vulnérables vis-à-vis de cette problématique,
- l'accès aux différentes structures ressources et dispositifs en matière d'accueil et de prise en charge en santé sexuelle (CPEF, CeGIDD, Centre d'Orthogénie, professionnels libéraux, contraception d'urgence en lycée) apparaît facilité en milieu urbain (agglomération Orléanaise notamment), mais peut poser des difficultés en zone rurale (cf. diagnostic du Pithivierais) malgré quelques permanences délocalisées, pour des jeunes peu mobiles et soumis au regard du voisinage dans un contexte de forte interconnaissance,
- les diagnostics de l'agglomération Orléanaise et du Gâtinais-Montargois font également part du problème spécifique lié à la prostitution étudiante, concernant de jeunes migrants isolés notamment.

• **Préconisations :**

- développer l'implication des professionnels de l'éducation nationale dans les actions de prévention et d'éducation à la santé portant sur la vie affective et sexuelle,
- améliorer le recours à l'IVG médicamenteuse.

4.3 Personnes âgées

Les dépenses sociales liées à la perte de l'autonomie concernant les personnes de plus de 75 ans montrent que le Loiret connaît un nombre de bénéficiaires plus élevé que la région et la France. La part des bénéficiaires du minimum vieillesse et de pension d'invalidité est par contre plus faible qu'en région, et qu'en France.

Dépense CNAM et CNAF	Loiret	Région Centre Val de Loire	France
Dépense MS enfants en € par habitants de 0 à 19 ans 2015	420	424	380
Dépenses AEEH (pour 1000 hab de 0-19 ans) 12-2014	35	39	46
Taux de bénéficiaires d'AEEH (pour 100 hab de 0-19 ans) 12-2014	1,0	1,3	1,4

4.3.1 Evolution de la population des personnes âgées dans le Loiret :

Le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus va augmenter au cours des prochaines décennies, ainsi que leur part dans l'ensemble de la population, qui devrait s'élever à 15 % en 2030¹. Cette tendance nationale du vieillissement de la population s'observe également au niveau départemental. C'est le cas dans le Loiret.

Evolution de la population totale dans la Loiret et indice de vieillissement

	France	Centre-Val de Loire	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loiret	Loir-et-Cher
Population totale en 2015	66 380 602	2 582 374	311 768	435 171	225 590	606 164	670 906	332 775
Projection de la population en 2040	73 200 000	2 807 000	315 000	472 000	238 000	688 000	728 000	366 000
Evolution de la population 2015-2040	10,3%	8,7%	1,0%	8,5%	5,5%	13,5%	8,5%	10,0%

Source : INSEE 2015

¹ ORS, Diagnostic locale de santé, 2014 (Insee 2015)

Selon les données de l'Insee de 2015, le département du Loiret compte 670 906 habitants. C'est le département le plus peuplé de la région Centre Val de Loire (2 582 374 habitants) suivi de l'Indre et Loire (606 167 habitants).

Projection de la population âgée de 75 ans et plus à 2040

	France	Centre-Val de Loire	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret
Personnes âgées de 75 ans et plus en 2015	6 063 010	272 519	37 513	39 630	30 695	62 676	39 834	62 171
Projection personnes âgées de 75 ans et plus 2040	10 672 135	458 616	58 121	69 869	46 900	109 053	67 014	107 659
% évolution projetée 2015-2040	76,0%	68,3%	54,9%	76,3%	52,8%	74,0%	68,2%	73,2%
Indice de vieillissement de la population 2014²	75	84	107	69	120	82	97	72

La projection de la population totale du Loiret en 2040 annonce une forte augmentation de la population totale du Loiret (728 000 habitants). Cette augmentation de la population concerne également la tranche d'âge des personnes âgées de 65 ans et plus qui représentera plus du quart de la population du Loiret en 2020. A l'horizon 2040, la projection de la population indique une augmentation de 73% dans la Loiret.

² **Indice de vieillissement** : Nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans

Projection de population au 1er janvier 2020

en nombre

	Ensemble	moins de 20 ans	de 20 à 59 ans	de 60 à 74 ans	75 ans et plus
Cher	314 706	68 255	143 451	65 607	37 393
Eure-et-Loir	445 882	112 649	215 011	77 248	40 974
Indre	234 426	47 938	105 299	50 122	31 067
Indre-et-Loire	631 633	149 920	306 227	109 678	65 808
Loir-et-Cher	344 519	78 390	156 515	68 178	41 436
Loiret	686 114	171 106	333 279	117 349	64 380
Centre	2 657 280	628 258	1 259 782	488 182	281 058

Source : Insee, Omphale

en %

	moins de 20 ans	de 20 à 59 ans	de 60 à 74 ans	75 ans et plus
Cher	21,7	45,6	20,8	11,9
Eure-et-Loir	25,3	48,2	17,3	9,2
Indre	20,4	44,9	21,4	13,3
Indre-et-Loire	23,7	48,5	17,4	10,4
Loir-et-Cher	22,8	45,4	19,8	12,0
Loiret	24,9	48,6	17,1	9,4
Centre	23,6	47,4	18,4	10,6

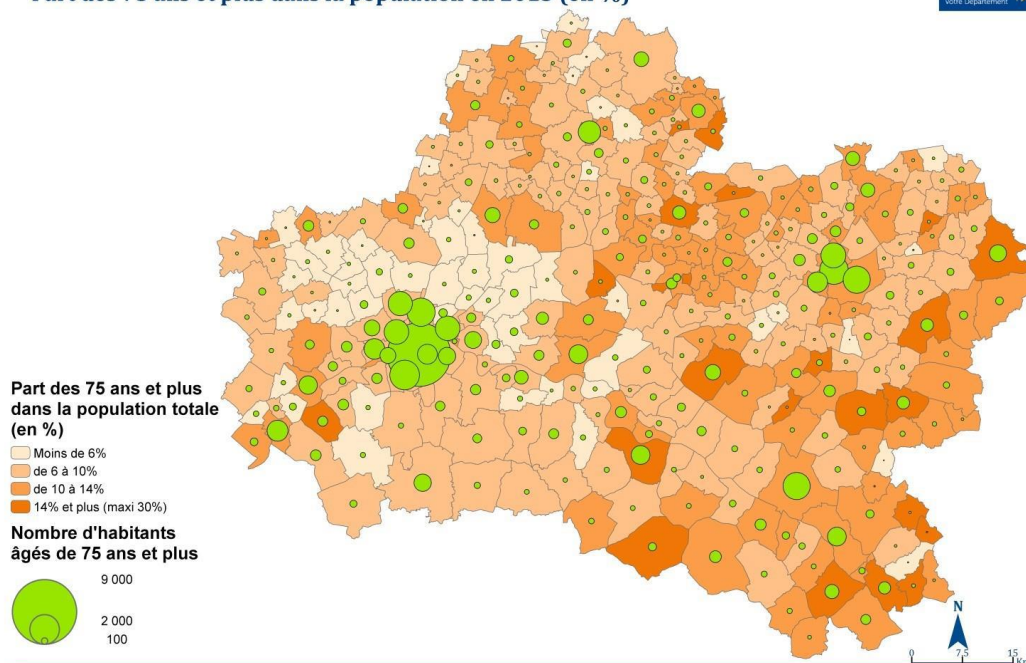
Source : Insee, Omphale

Le Loiret détient l'un des indices de vieillissement le plus faible de la Région (72) après l'Eure et Loir (69) et, il est aujourd'hui le 2^e département qui compte le plus de personnes âgées de plus 75 ans et plus (62 171 habitants) après l'Indre et Loire (62 676 habitants). Il occupe le 34^{ème}/96 rang des départements de France métropolitaine, en termes de poids des 75 ans et plus dans l'ensemble de la population. C'est le troisième département qui enregistre le plus fort taux d'augmentation après l'Eure et Loir (76,3%) et l'Indre et Loire (74,4%), même si son taux est inférieur au taux national qui est de 76%.

Cette augmentation annoncée du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus qui ne fera que s'accroître invite à réfléchir sur les moyens à mettre en place pour trouver une solution à ce défi majeur du vieillissement de la population.

4.3.2 Répartition spatiale des personnes âgées dans le département du Loiret

Part des 75 ans et plus dans la population en 2013 (en %)



Sources : Insee - Recensement au 01.01.2013 - BD TOPO©IGN 2015 - Reproduction interdite - Réalisation : Département du Loiret - Observatoire des Territoires - Août 2016

Personnes âgées

	Indice de vieillissement *	Personne âgée de plus de 60 ans			Personne âgées potentiellement dépendantes (+ 60 ans)		
		2010	2020	Évolution 2010/2020	2010	2020	Évolution 2010/2020
Loiret	0,89	135 194	181732	21,5	11 739	14 995	14,6
Bassins démographiques							
-Orléans	0,79	82 702	102746	24,2	6 737	7 971	18,3
-Montargis	1,10	33 975	40098	18,0	3 053	3 418	11,9
-Gien	1,12	18 517	21734	17,4	1 948	2 121	8,8
-Pithiviers	0,91	14 357	17154	19,5	1 345	1 486	10,5
Centre	1,03	640 892	769 239	20,0	58 690	66 731	13,7

source : Insee, études personnes âgées potentiellement dépendantes

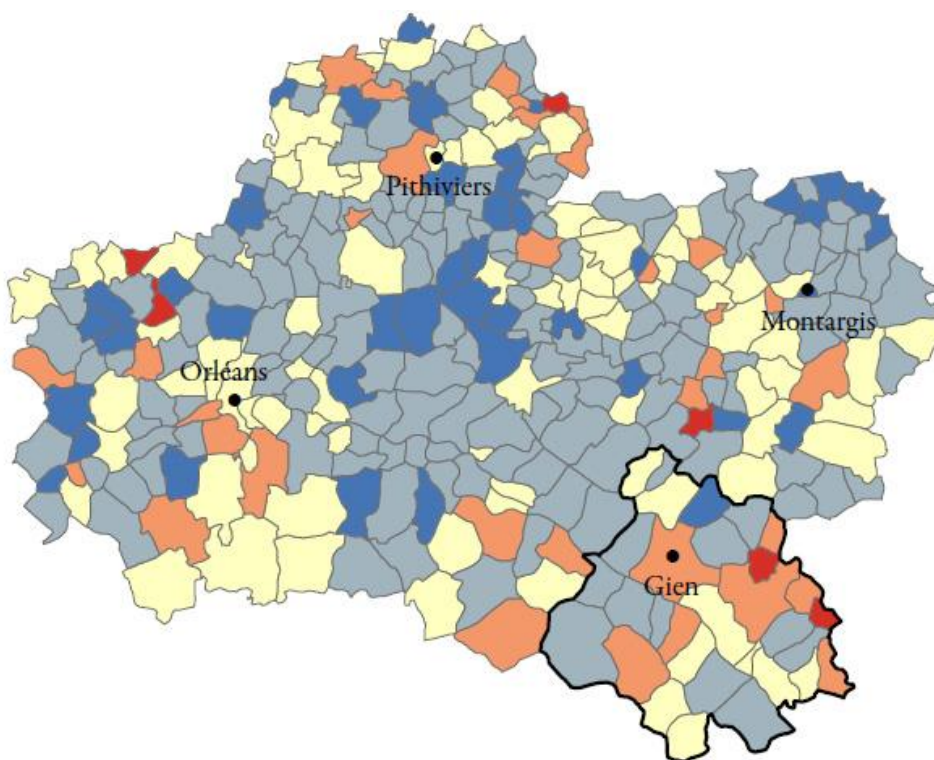
* Indice de vieillissement = pop 60 ans et plus / pop - 20 ans

Dans le Loiret, les personnes âgées de 75 ans et plus sont plutôt concentrées dans les pôles urbains comme l'illustrent les indications sur la carte ci-dessus. Le bassin d'Orléans regroupe à lui seule plus de la moitié de la population âgée de 75 ans et plus dans le département (7 971/14 995 en 2020). Pour autant, c'est dans les communes de l'Est Loirétain que leur poids dans l'ensemble de la population y est le plus fort, au regard des autres données sur cette tranche d'âge de la population.

En effet, quand on considère l'indice de vieillissement par bassin démographique, on se rend compte qu'une certaine disparité existe entre les différents territoires du département.

Les bassins démographiques de Montargis, Gien et Pithiviers connaissent un vieillissement de leurs populations respectives plus important que le bassin d'Orléans, et plus importante que la moyenne régionale pour les deux premiers.

Un regard ciblé sur quelques caractéristiques de la population des personnes âgées dans le Loiret permet de faire ressortir des disparités selon les différents territoires de santé du département.



Indice de vieillissement dans les différents territoires de santé

	Indice de vieillissement (en %)*			Indice de grand vieillissement (en %)*		
	2007	2012	évolution	2007	2012	évolution
Beauce Gâtinais en Pithiverais	69,9	70,1	0,2	47,3	54,1	6,9
Pays Giennois	88,5	91,1	2,7	45,8	51,6	5,8
AgglO Orléans Val de Loire	55,6	61,6	10,7	42,5	46,8	10,2
Agglomération Montargoise et rives du Loing *	77,8	83,0	33,0	46	33,0	77,8
Loiret	64,9	69,0	4,1	43,3	48,8	5,5
Centre-Val de Loire	76,4	81,4	4,9	44,1	50,3	6,2
France hexagonale	67,4	71,9	4,5	41,6	47,6	6,0

*Indice de vieillissement : nombre de personnes âgées de plus de 65 ans pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans.

*Indice de grand vieillissement : nombre de personnes âgées de 80 ans et plus pour 100 personnes âgées de 65 à 79 ans.

* Données entre 1999 et 2010. Source : Insee (RP 2010) Exploitation ORS Centre

L'indice de vieillissement en 2012 dans le Pays Giennois (91,1) est beaucoup plus élevé que ceux des autres territoires du département (Beauce Gâtinais en Pithiverais (70,1), agglomération Orléanaise-Val de Loir (61,6), l'agglomération Montargoise (83,0).

Tous les territoires de santé ont un indice de vieillissement supérieur à celui du département (69,0) excepté celui de l'agglomération Orléanaise qui enregistre par contre le plus grand nombre de personnes âgées de 75 ans et plus du département.

Personnes âgées vivant dans leur domicile en 2012

	Personnes âgées de 75 et plus vivant en logement ordinaire en 2012		Personnes âgées de 75 ans et plus vivant dans un service ou établissement de moyen ou long séjour, maison de retraite, foyer ou résidence sociale en 2012		Personnes âgées de 75 ans et plus vivant dans un autre mode d'habitation en 2012	
	Effectifs	% de la population des 75 ans et plus	Effectifs	% de la population des 75 ans et plus	Effectifs	% de la population
Pays Beauce Gâtinais en Pithiverais	6 193	89,8	697	10,1	4	0,1
Pays Giennois	4 582	88,9	568	11,0	5	0,1
AgglO Orléans-Val de Loire	20 240	91,6	1 837	8,3	31	0,1
Agglomération Montargoise	11 924	91,7	1 030	7,9	55	0,4
Loiret	55 081	90,2	5 898	9,7	76	0,1
Centre-Val de Loire	241 077	89,8	26 740	10,0	540	0,2
France hexagonale	5 243 394	90,3	546 514	9,4	16 257	0,3

Source : Conseil départemental du Loiret, Insee (RP 2012)

Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Les territoires de Beauce Gâtinais en Pithiverais et le Pays Giennois qui ont les effectifs de personnes âgées de 75 ans et plus les plus bas ont le plus fort taux de personnes âgées de 75 ans et plus vivant dans un service ou établissement de moyen ou long séjour, maison de retraite, foyer ou résidence sociale.

Cette donnée est en lien avec l'indice de grand vieillissement qui est plus élevé dans ces territoires (respectivement 54,1 et 51,6 contre 46,8 pour l'agglomération Orléanaise et 33,0 pour l'agglomération Montargoise. Cela confirme le fait que c'est dans la partie Est du département que le poids des personnes âgées sur l'ensemble de la population est le plus fort, même si le potentiel de solidarité intergénérationnelle est sensiblement la même dans les 4 territoires de référence.

Le potentiel de solidarité intergénérationnelle-ratio aidants/aidés en 2012

	Personnes de 55-64 ans	Personnes de 85 ans et plus	Ratio aidants/ aidés (55-64 ans/ 85 ans et plus)
Beauce Gâtinais en Pithiverais	8 789	2 208	4,0
Pays Giennois	6 124	1 624	3,8
AgglO Orléans-Val de Loire	33 837	6 870	4,9
Agglomération Montargoise	15 993	3 414	4,7
Loiret	85 607	18 967	4,5
Centre-Val de Loire	345 278	83 993	4,1
France hexagonale	8 063 679	1 761 004	4,6

Source : Conseil départemental du Loiret, Insee (RP 2012)

Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

Le nombre de bénéficiaire APA pour 100 habitants de 75 ans et plus dans le Loiret 2012- 2013

	France	Centre-Val de Loire	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loiret	Loir-et-Cher
Bénéficiaire APA	20,8	19,3	19,2	19,1	18,8	16,9	21,2	20,8
APA à domicile	19,1	21,3	22,3	26,8	15,3	20,5	23,0	18,2
ASPA/ASV 65 ans et plus	3,1	2,1	2,4	1,8	2,7	2,2	2,1	1,7

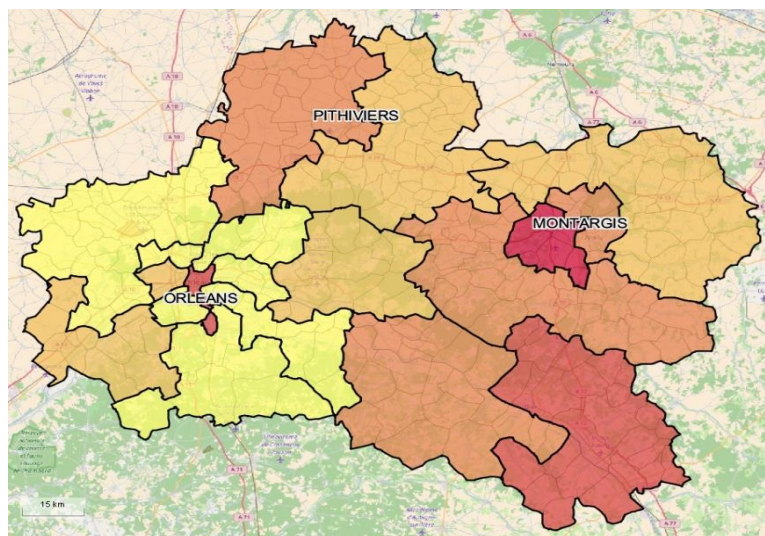
Source : CNSA 2015

Le Loiret est le département qui enregistre le plus fort taux de personnes âgées de plus 75 ans bénéficiaires de l'APA.

Le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus va augmenter au cours des prochaines décennies, ainsi que leur part dans l'ensemble de la population, qui devrait s'élever à 15 % en 2030³. Cette tendance nationale du vieillissement de la population s'observe également au niveau départemental. C'est le cas dans le Loiret.

³ ORS, Diagnostic locale de santé, 2014 (Insee 2015)

Territoires fragiles du Loiret (CARSAT 2017)



CPAM du Loiret :
 - Fragilité socio économique 55 ans et plus (RG)
 Indicateur composite fragilité socio économique 55 ans et + (IC1) (millésime : 2015)

■ De 2.61 à 2.90 (7)
■ De 2.91 à 3.18 (5)
■ De 3.19 à 3.36 (4)
■ De 3.37 à 3.52 (2)
■ De 3.53 à 3.53 (1)

source : CNAV SNSP

ORLÉANS	3.37
Gien	3.45
Montargis	3.53

	Cantons	Villes	
Villes fragiles et très fragiles	<i>Montargis</i>	Chevillon-sur-Huillard (45092) Lombreuil (45185) Montargis (45208) Mormant-sur-Vernisson (45216) Pannes (45247)	Saint-Maurice-sur-Fessard (45293) Solterre (45312) Villemandeur (45338) Vimory (45345)
	<i>Gien</i>	Adon (45001) Autry-le-Châtel (45016) Batilly-en-Puisaye (45023) Beaulieu-sur-Loire (45029) Boismorand (45036) Bonny-sur-Loire (45040) Breteau (45052) Briare (45053) La Bussière (45060) Cernoy-en-Berry (45064) Champoulet (45070) Châtillon-sur-Loire (45087) Les Choux (45096) Dammarie-en-Puisaye (45120) Escrignelles (45138)	Faverelles (45141) Feins-en-Gâtinais (45143) Gien (45155) Langesse (45180) Le Moulinet-sur-Solin (45218) Nevoy (45227) Ousson-sur-Loire (45238) Ouzouer-sur-Trézée (45245) Pierrefitte-ès-Bois (45251) Saint-Firmin-sur-Loire (45276) Thou (45323)
	<i>Orléans</i>	Orléans	

La cartographie de la CARSAT sur les territoires fragiles montre des disprités infra territoriales en matière de fragilité qu'il est utile de mettre en perspective par rapport à tout ce qui précède, dans le but de favoriser des réponses de proximité, et notamment s'agissant du maintien à domicile des personnes.

Eléments d'aide à la décision

- le Loiret est le 2^e département qui enregistre le plus de personnes âgées de 75 ans et plus dans le département après l'Indre et Loire ,
- l'indice de vieillissement de la population du Loiret est le 2^e plus faible du département après celui de l'Eure et Loir,
- les personnes âgées de 75 ans et plus sont plutôt concentrées dans les pôles urbains,
- le bassin d'Orléans regroupe à lui seul plus de la moitié des personnes âgées de 75 ans et plus du Loiret,
- le poids des personnes âgées sur l'ensemble de la population est plus fort dans les communes de l'Est Loirétain,
- les bassins de Montargis et Gien connaissent un vieillissement de leur population plus important que celui des bassins d'Orléans et de Pithiviers,
- le Loiret est le département qui enregistre le plus fort taux de personnes âgées de 75 ans et plus bénéficiaires de l'APA.

4.3.3 Les modalités de prise en charge des personnes âgées dans le Loiret

Les modalités de prise en charge des personnes âgées dépendantes peuvent se résumer à deux types d'accompagnement: l'aide à domicile ou l'accueil en institution. Il existe dans le territoire différents équipements mobilisables dans l'accompagnement des personnes âgées à domicile ou en établissement.

L'accueil en institution :

Le nombre de structures d'accueil pour personnes âgées dans le département du Loiret

Type de structure	Nombre de structures
EHPAD	68
PUV médicalisé	1
UHR	1
EHPA	1
Accueil de Jour autonome	5
Résidence autonomie	10
MARPA	4

Le nombre total de places d'accueil des personnes âgées dans le département du Loiret est de 7 819 places ; soit 126,2 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus⁴.

Taux d'équipement en places installées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus 01-2016

Types de prise en charge	Territoires de références							
	France	Centre-Val de Loire	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loiret	Loir-et-Cher
Hébergement médicalisé en EHPAD	97,5	106,1	109,6	106,7	106,9	100,5	103,3	114,6
dont hébergement en UHR	0,23	0,29	0,37	0,25	0,46	0,22	0,19	0,35
USLD	5,2	5,0	7,4	5,6	5,0	3,3	5,3	4,0
Hébergement non médicalisé en EHPA	19,3	11,6	15,0	5,7	6,4	17,3	11,1	10,0
Accueil de Jour	2,3	2,0	2,2	1,3	1,5	2,5	1,8	2,4
Hébergement Temporaire	1,8	2,2	2,0	2,0	1,9	1,9	2,2	2,9
Total places médicalisées en ESMS PA	127,6	135,4	139,3	130,3	136,0	128,0	130,3	141,0

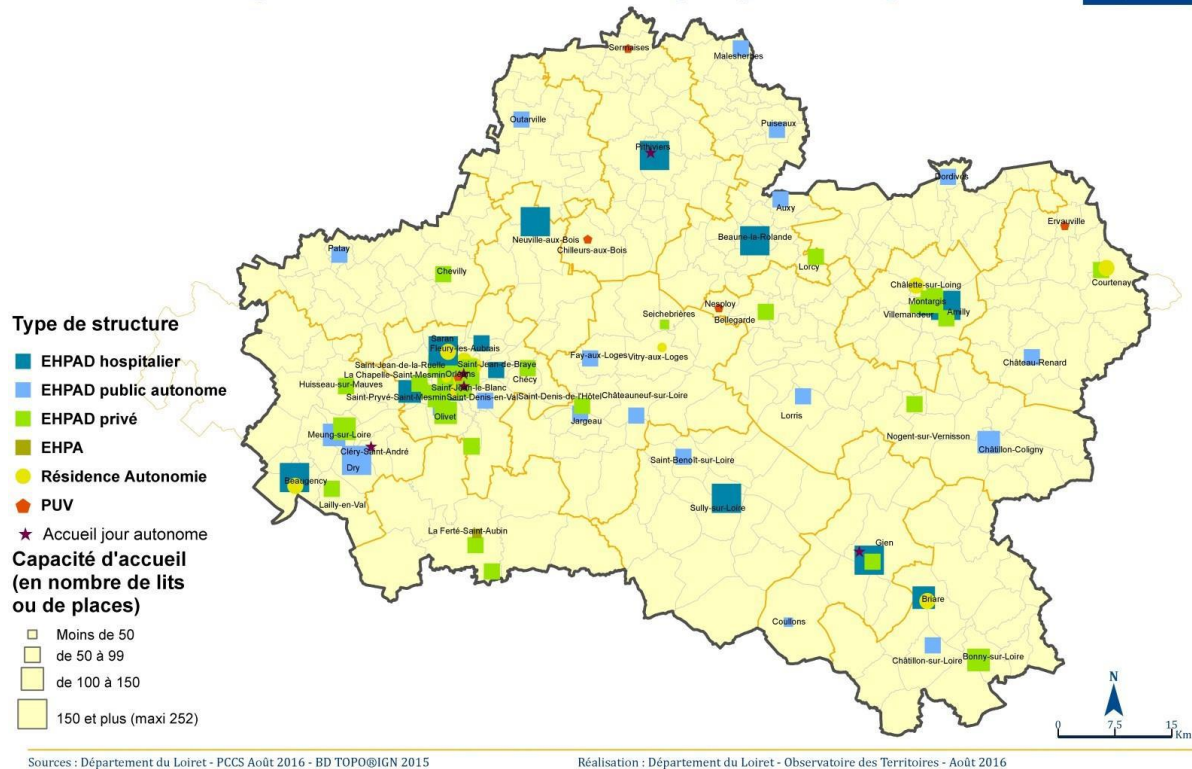
Source : CNSA 2016

Le Loiret est moins doté que certains départements de la région sur certains dispositifs, alors que la population des personnes âgées y est plus importante. C'est le cas pour les UHR pour lesquelles le taux d'équipement en places installées pour 1000 habitants de 75 ans et plus est le plus bas de la région (0,19). Pour ce qui concerne les EHPAD, le département du Loiret a le 2^e plus faible taux d'équipement en places installées (103,3 pour 1000 habitants de 75 ans et plus), après l'Indre et Loire (100,5), même si ces taux sont supérieurs à la moyenne nationale. Ces deux départements qui enregistrent le plus de personnes âgées de 75 ans et plus dans le département sont aussi ceux qui ont des taux d'équipement en places installées d'EHPAD inférieurs à la moyenne régionale. Pour les places d'accueil de jour et les places d'hébergement temporaire, le département du Loiret se situe en dessous de la moyenne régionale pour les 1^{er} (1,8 contre 2,0) et aux même taux pour les 2^e (2,2).

⁴ CD Loiret, Schéma départemental d'amélioration de l'accessibilité (document provisoire).

Répartition des structures dans le département du Loiret

Localisation et capacité d'accueil des établissements pour personnes âgées



Il existe d'importantes disparités en termes d'offre dédiée à l'accueil des personnes âgées dans les différents territoires du Loiret. Le taux d'équipement en matière d'accueil de personnes âgées varie de 44 à 222 places pour 1000 personnes de 75 ans et plus. Les communautés de communes des Quatre Vallées et celles du Pithiverais (ex : communautés de communes Plateau Beauceron, Beauce Gâtinais et Cœur du Pithiverais) sont les moins bien dotées⁵.

L'aide à domicile

Le nombre de structures d'aide à domicile dans le Loiret

Type de service	Nombre
SAAD	85
SPASAD	1
SSIAD	17
ESA	5
MAIA	4
PFR	1

⁵ CD Loiret, Schéma départemental d'amélioration de l'accessibilité (document provisoire)

Taux d'équipement en places installées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus 01-2016

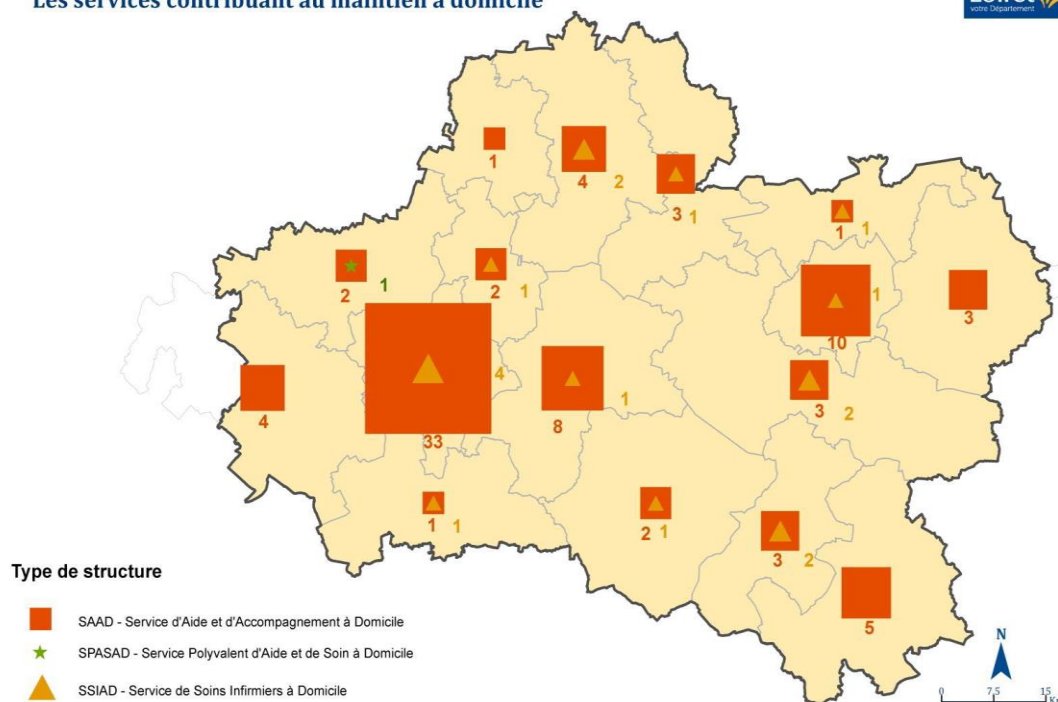
Types de prise en charge	Territoires de références							
	France	Centre-Val de Loire	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loiret	Loir-et-Cher
SSIAD et SPASAD	20,5	19,9	19,7	16,4	22,2	21,5	19,8	19,6
dont ESA (en SSIAD et SPASAD Alzheimer et maladies apparentées)	0,8	0,8	0,5	1,0	1,0	0,6	0,8	0,8

Source : CNSA 2016

Le département du Loiret compte 85 structures de services d'aide à domicile (SAAD), 1 SPASAD, 17 SSIAD, 5 ESA, 4 MAIA et 1 PFR. Le nombre de places autorisées de SSIAD autorisées dans le département est de 1251 places, soit un taux d'occupation en places installées pour 1000 habitants de 75 ans et plus de 19,8 (taux similaire à celui de la moyenne régionale).

Pour ce qui concerne les ESA, le Loiret est le troisième département le moins doté avec le Loir et Cher (0,8), après le Cher (0,5) et l'Indre et Loire (0,6). En sachant que la population du Loiret âgée de 75 ans et plus est supérieure à celle du Loir et Cher (62 171 contre 39 834 habitants). L'agglomération Orléanaise est le bassin qui compte le plus de services d'aide à domicile.

Les services contribuant au maintien à domicile



Sources : Département du Loiret - PCCS 2016 - BD TOPO@IGN 2015

Réalisation : Département du Loiret - Observatoire des Territoires - Septembre 2016

SSIAD par territoire de santé

Territoires	Services PA
Beauce Gâtinais en Pithiverais	SSIAD des 2 cantons à Pithiviers : 52 places SSIAD Spheria à Bellegarde : 80 places SSIAD SAS du Centre à Beaune-la-Rolande : 60 places SSIAD ADMR à Pithiviers : 32 places
Pays Giennois	SSIAD du Giennois : 106 places SSIAD ADMR Gien : 35 places
AgglO Orléans - Val de Loire + Trois pays autour d'Orléans	SSIAD Assistive : 60 places. SSIAD Domidom Soins Orléans : 90 places SSIAD de Sphéria Val de France dispose : 200 places SSIAD Nord Sologne : 35 places SSIAD ADMR Val de Sologne : 108 places SSIAD de Châteauneuf – Sully : 54 places SSIAD Neuville aux bois : 40 places
Agglomération Montargoise	SSIAD du CCAS de Montargis : 140 places SSIAD Beauce Val Service à Ferrières-en-Gâtinais dispose d'une capacité d'accompagnement : 84 places SSIAD ASSDPA à Chatillon-Coligny : 67 places
Loiret	Equipe Gériatrique mobile (dispositif expérimental, CHRO)

Le département du Loiret compte 4 MAIA qui couvrent l'ensemble du territoire départemental.

4.3.4 La prise en charge de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

Pays Beauce Gâtinais en Pithiverais :

On dénombre 327 personnes sur le pays Beauce Gâtinais en Pithiverais qui bénéficient d'une prise en charge pour une affection de longue durée de type maladie d'Alzheimer et maladies apparentées (3 325 dans le Loiret, 14 357 en région Centre-Val de Loire et 347 085 sur le territoire national).

Le territoire compte 115 places en hébergement complet (internat) pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, auxquelles s'ajoutent 13 places en accueil de jour et 3 places en accueil temporaire.

À structure d'âge égal, le taux comparatif de nouvelles admissions en ALD Alzheimer et autres démences sur le territoire est égal à 84,1 nouvelles admissions pour 100 000 habitants, taux significativement inférieur à ceux observés dans le département (91,1), dans la région (94,6), et à l'échelle national (100,3).

Pays Giennois :

Le pays giennois compte 6 structures pouvant héberger des personnes dépendantes et/ou des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée.

A structure égale d'âge, le taux de nouvelles admissions en ALD pour ces pathologies est de 101,6/100 000 habitants. Ce taux est légèrement supérieur à ceux du Loiret, de la région Centre-Val de Loire ou de l'Hexagone (respectivement 96,5/100 000 ; 94,8/100 00 et 99,4/100 000)⁶. Chez les 65 ans et plus, ce taux est de 599,6/100 000 habitants (département : 566,3/100 000 ; région : 556,7/100 000 ; France : 583,0/100 000).

Agglomération Orléans-Val de Loire :

Dans le cadre de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, l'agglomération compte 152 places dédiées dont 118 d'hébergement complet, 29 d'accueil de jour et 5 d'accueil temporaire. Le territoire dispose de 2 centres de jour pour personnes âgées malades d'Alzheimer de 11 et 12 places.

A structure égale d'âge, le taux de nouvelles admissions en ALD pour ces pathologies est de 102,9/100 000 habitants, soit un taux supérieur à ceux retrouvés dans le Loiret (97,1) et la région Centre-Val de Loire (94,6). Il est légèrement supérieur à celui de l'Hexagone (100,3).

Chez les 65 ans et plus, ce taux est de 606,0/100 000 habitants. Il est également supérieur au département et à la région (Loiret : 570,7 ; Région : 555,9) et ne présente pas de différence avec le niveau national (588,7).⁷

Agglomération Montargoise :

Le territoire de l'agglomération Montargoise et rives du Loing et pays du Gâtinais compte 14 structures pouvant héberger des personnes dépendantes et/ou des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée.

A structure d'âge égal, le taux comparatif de nouvelles admissions en ALD Alzheimer et autres démences sur le territoire est égal à 82,1 admissions pour 100000 habitants. Soit un taux inférieur à ceux observés dans le département (97,1), en région (94,0) et en France (97,5).

⁶ ORS Centre Val de Loire, Diagnostic local de santé du Giennois, septembre 2015.

⁷ ORS Centre Val de Loire, Diagnostic local de santé de l'Agglomération Orléans Val de Loire, décembre 2015.

Rapporté aux personnes âgées de 65 ans et plus, le taux comparatif pour le territoire est de 476,7 nouvelles admissions pour 100 000 habitants, soit un taux inférieur à ceux du département (569,1), de la région (556,7) et de la France (572,3)⁸.

Eléments d'aide à la décision :

- le Loiret a le taux d'équipement en places installées d'UHR pour 1000 habitants de 75 ans et plus le plus bas de la région (0,19),
- le Loiret est en dessous de la moyenne régionale en termes places d'accueil de jour,
- les communautés de communes des 4 Vallées et celles du Pithiverais sont les moins dotées en équipement dans le département du Loiret,
- le taux d'équipement en places installées de services d'aide à domicile pour 1000 habitants de 75 ans et plus (19,8) dans le Loiret est similaire à celui de la moyenne régionale,
- l'agglomération Orléanaise est le territoire qui compte le plus de services d'aide à domicile,
- le Loiret est le troisième département le moins doté en ESA avec le Loir et Cher (0,8), après le Cher (0,5) et l'Indre et Loire (0,6),
- le taux de nouvelles admissions en ALD pour les pathologies Alzheimer et maladies apparentées dans le Pays Giennois (101,6/100 000 habitants) et dans l'agglomération Orléans-Val de Loire (102,9/100 000 habitants) sont supérieurs à ceux du département (97,1) et de la région (94,6),
- chez les 65 ans et plus, le taux de nouvelles admissions en ALD pour les pathologies Alzheimer et maladies apparentées (606,0/100 000 habitants) est supérieur à ceux du département (570,7) et de la région (555,9).

4.4 Personnes handicapées

- **Les enfants en situation de handicap :**

En 2015 la population du Loiret était composée de 170 762 enfants de moins de 20 ans en situation de handicap. Les projections pour 2040 prévoient une baisse de cette population de 0,1% pour le département, alors que la tendance pour la région Centre-Val de Loire et pour la France entière serait à la hausse (entre 0,9 et 1,2%).

⁸ ORS Centre Val de Loire, Diagnostic Local de santé de l'Agglomération Montargoise et Rives du Loing et Pays Gâtinais, septembre 2014.

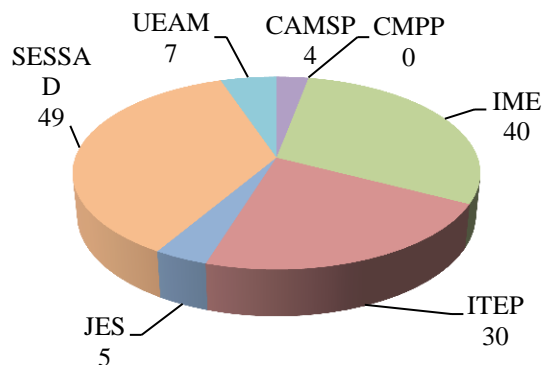
Les équipements :

Enfants handicapés	France	Centre-Val de Loire	Loiret
Démographie			
Personnes de moins de 20 ans en 2015	16 359 219	619 140	170 762
Projection personnes de moins de 20 ans en 2040	16 558 081	624 789	170 602
% Evol 2015-2040	1,2%	0,9%	-0,1%
Taux d'équipement en places installées pour 1 000 habitants de moins de 20 ans 01-2016			
Taux d'équipement global en établissements médico-sociaux pour enfants et adolescents	6,6	7,6	6,7
Taux d'équipement global en services médico-sociaux pour enfants et adolescents	3,2	3,2	2,6
dont toutes déficiences en établissements	0,07	0,11	0,00
dont toutes déficiences en services	0,16	0,00	0,00
dont déficience intellectuelle en établissements	3,62	4,37	4,03
dont déficience intellectuelle en services	1,18	1,25	0,71
dont autisme et TED en établissements	0,45	0,58	0,45
dont autisme et TED en services	0,21	0,20	0,24
dont déficience motrice en établissements	0,42	0,40	0,48
dont déficience motrice en services	0,37	0,39	0,41
dont polyhandicap en établissements	0,50	0,48	0,63
dont polyhandicap en services	0,08	0,08	0,11
dont troubles du Comportement, Handicap psychique en établissements	1,04	1,38	0,64
dont troubles du Comportement, Handicap psychique en services	0,54	0,50	0,20
dont déficiences sensorielles en établissements	0,44	0,31	0,51
dont déficiences sensorielles en services	0,58	0,76	0,92
dont autres déficiences en établissements	0,03	0,00	0,00
dont autres déficiences en services	0,04	0,00	0,00
Dépense CNAM et CNAF			
Dépense MS enfants en € par habitants de 0 à 19 ans 2015	380	424	420
Dépenses AEEH (pour 1000 hab de 0-19 ans) 12-2014	46	39	35
Taux de bénéficiaires d'AEEH (pour 100 hab de 0-19 ans) 12-2014	1,4	1,3	1,0

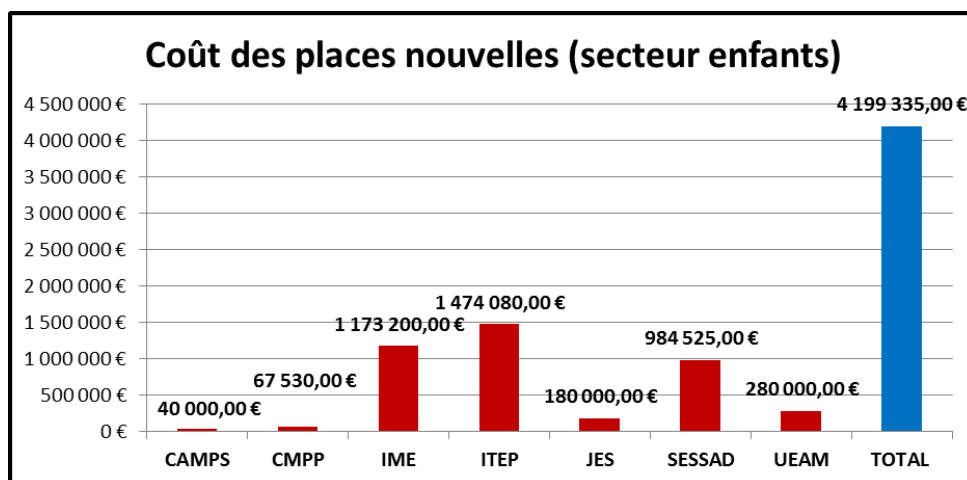
Source CNSA/INSEE 2015-2040

Pour le Loiret, de 2012 à 2016, 135 places ont été créées sur le secteur enfant. Cela répond à une demande accrue des usagers .

Type d'établissement	Nombre de places pour enfant créées entre 2012 et 2016 dans le Loiret
CAMSP	4
CMPP	0
IME	40
ITEP	30
JES	5
SESSAD	49
UEAM	7
Total	135



Pour l'ARS la création de ces 135 nouvelles places ont engendré un coût total d'environ 4 200 000€.



- **Concernant les adultes en situation de handicap :**

En 2015 la population du Loiret était composée de 332 831 adultes âgés de 20 à 59 ans en situation de handicap. Les projections pour 2040 prévoient que ce chiffre ne devrait pas augmenter, alors que la tendance pour la région Centre-Val de Loire serait à la baisse (-1%), et que pour la France entière la population d'adultes en situation de handicap augmenterait de 0,9%.

Les équipements :

Adultes handicapés	France	Centre-Val de Loire	Loiret
Démographie			
Personnes âgées de 20 ans à 59 ans en 2015	33 741 152	1 255 908	332 831
Projection personnes âgées de de 20 ans à 59 ans en 2040	34 035 032	1 242 735	332 829
% Evol 2015-2040	0,9%	-1,0%	0,0%
Taux d'équipement en places médico-sociales installées pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans 01-2016			
Taux d'équipement global en établissements médico-sociaux pour adultes	2,1	2,2	1,5
dont taux d'équipement en MAS	0,8	0,7	0,5
dont taux d'équipement en FAM	0,8	1,1	0,9
Taux d'équipement global en services médico-sociaux pour adultes	0,5	0,6	0,5
dont taux d'équipement en SAMSAH	0,3	0,3	0,2
dont taux d'équipement en SSIAD-SPASAD	0,2	0,3	0,3
Taux d'équipement global en établissements et services médico-sociaux pour adultes	2,6	2,8	2,0
dont toutes déficiences en établissements	0,62	0,52	0,37
dont déficience intellectuelle en établissements	0,35	0,32	0,17
dont autisme et TED en établissements	0,15	0,23	0,29
dont déficience motrice en établissements	0,15	0,09	0,04
dont polyhandicap en établissements	0,46	0,44	0,44
dont handicap psychique en établissements	0,23	0,26	0,13
dont handicap psychique en SAMSAH	0,12	0,11	0,05
dont cérébro-lésés en établissements	0,07	0,14	0,03
dont déficiences sensorielles en établissements	0,03	0,01	0,00
dont autres déficiences en établissements	0,05	0,18	0,02
Dépense CNAM, CNAF, CNSA en € et nombre d'allocataires pour 1000 adultes de 20 à 59 ans			
Dépense Médico-sociale adultes en € par personne de 20 à 59 ans 2015	97	100	79
Dépense PCH + ACTP en € par personne de 0 à 59 ans - 2014	41	35	23
Dépense AAH en € par personne de 20 à 59 ans - 2014	227	217	179
Dépense pension d'invalidité 2013 en € par personne de 20 à 59 ans - 2014	159	144	141
Nombre d'allocataires de l'AAH pour 100 habitants de 20 à 59 ans - 2014	3,1	3,1	2,4
Nombre d'allocataires de PCH ou ACTP pour 100 habitants de 0 à 59 ans - 2014	0,6	0,6	0,4

Taux d'équipement en places d'hébergement non médicalisé pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans 01-2016			
Taux d'équipement en ESAT	3,5	3,9	3,7
Taux d'équipement en foyers financés CG (Foyers de vie, foyers d'hébergement)	2,7	3,5	6,2
dont foyers agréés pour toutes déficiences	1,07	1,83	1,50
dont foyers agréés déficience intellectuelle	1,38	1,38	1,36
dont foyers agréés autisme	0,01	0,01	0,00
dont foyers agréés déficience motrice	0,09	0,11	0,10
dont foyers agréés polyhandicap	0,03	0,04	0,16
dont foyers agréés handicap psychique, troubles du comportement, Alzheimer	0,08	0,00	0,00
dont foyers agréés déficiences sensorielles	0,04	0,05	0,02

Source CNSA/INSEE 2015/2040

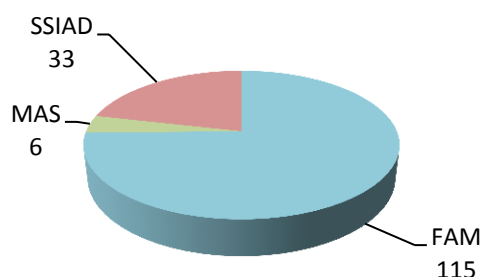
Le taux d'équipement global en établissement est inférieur au taux d'équipement de la France entière et au taux régional. Le taux d'équipement en FAM est comparable à celui de la France, mais inférieur à celui de la région. Le taux d'équipement en MAS est inférieur aux taux nationaux et régionaux.

En matière de services il est proche des taux national et régional. Si l'on se réfère aux types de handicap, ceux concernant les déficiences psychiques et/ou intellectuelles correspondent à des taux très bas par rapport au taux national et régional. Cela est également noté s'agissant des prises en charges pour déficiences motrices en établissements.

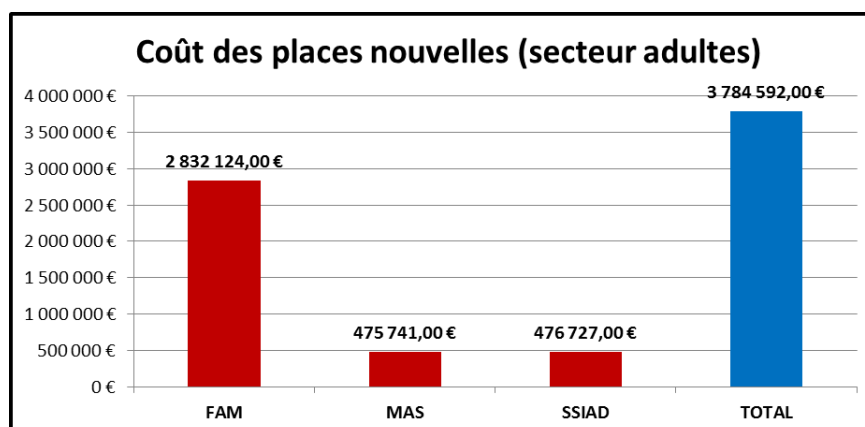
Pour le Loiret, 154 places ont été créées entre 2012 et 2016 pour le secteur adulte.

Type d'établissement	Nombre de places pour adulte créées entre 2012 et 2016 dans le Loiret
FAM	115
MAS	6
SSIAD	33
Total	154

Nombre de places pour adulte créées entre 2012 et 2016 dans le Loiret



Pour l'ARS la création de ces 154 nouvelles places ont engendré un coût total d'environ 3 800 000 €.



- **Concernant les personnes en situation de handicap**

Les ruptures d'accompagnements entre l'enfance et l'âge adulte :

Les établissements médico-sociaux prenant en charge des usagers en situation de handicap connaissent une problématique croissante de maintien de jeunes adultes dans les structures pour enfants (amendement Creton), rendant complexe le passage à la vie adulte et ses accompagnements spécifiques. A ce jour environ 80 amendements Creton seraient pris en charge au sein d'IME faute de place dans des établissements adaptés à leurs besoins. 40 places en IME ont été créées depuis 2012 afin de palier pour partie à ces difficultés.

Par ailleurs, il est noté également des inadéquations dans l'accompagnement de personnes en situation de handicap (domicile/institutionnel), et la non prise en compte parfois de l'évolution rapide de pathologies tant du point de vue des droits sociaux que des accompagnements.

Il convient donc de poursuivre le travail entre les différents acteurs pour poursuivre le décroisement et favoriser le parcours de l'utilisateur, avec notamment de l'accueil temporaire dans certains établissements, et l'activation des places de SSIAD pour personnes en situation de handicap. Il est également relevé que certaines demandes d'hébergement sont effectuées dans des établissements situés en Belgique, faute de solution plus appropriée.

En raison de la complexité de certaines situations et des problématiques croissantes de prise en charge, la question de l'accompagnement des professionnels de santé dans leur exercice apparaît aussi comme l'un des piliers de l'accès aux soins.

Cette problématique est également à rapprocher des difficultés rencontrées par les établissements à recruter du personnel médical et paramédical.

La majorité des établissements pour enfants et adultes en situation de handicap sont regroupés au plus proche des centres urbains. Cela peut créer notamment des difficultés liées au transport des usagers.

En effet, des difficultés liées au transport sont également souvent évoquées par les différents professionnels et usagers du Loiret. Le CLS Pays du Giennois évoque notamment en septembre 2015 la problématique des enfants accueillis n'étant pas originaires du Giennois, entraînant donc des difficultés quant au transport de ces enfants. Cette problématique se retrouve sur tout le département, avec des temps de transports plus ou moins longs et parfois non adaptés aux pathologies de certains enfants et adultes.

Problématique des personnes handicapées vieillissantes : les différents professionnels du secteur handicap relèvent le vieillissement des personnes en situation de handicap, notamment celles qui travaillent. Cette problématique se retrouve également pour les personnes déficientes mentales qui à la retraite doivent quitter leur foyer d'hébergement mais se retrouvent confrontés à une problématique d'accueil.

Problématique de l'accompagnement des aidants : les solutions de répit pour les personnes aidantes nécessitent une réflexion sur ces temps de répit qui doivent être prévus aussi bien de nuit que de jour, dans le respect des besoins de l'aidé.

Problématique liée aux systèmes d'information : le CLS Pays Beauce Gâtinais en Pithiverais mentionnait en octobre 2016 que certains professionnels rencontraient des difficultés pour orienter les

usagers car les sigles sont nombreux et changeants et que les missions de certains organismes manqueraient de lisibilité. Il est fait état du manque de connaissance de l'offre par les professionnels.

Il semble important de valoriser les outils qui sont déjà mis en place, notamment le ROR, et de veiller à ce que les établissements l'utilisent et le partagent auprès des partenaires.

Enfin sur un plan plus général, la notion de fluidité des parcours des personnes handicapées mérite une réflexion décloisonnée, une planification concertée entre associations et entre secteurs médico-sociaux tant les seules réponses structurelles aux problèmes de l'évolution en âge peuvent poser questions.

FORCES	FAIBLESSES
Enfants en situation de handicap	
<ul style="list-style-type: none"> - une diversité dans les prises en charge et l'accompagnement spécifiques : polyhandicapés, troubles autistiques, TED, sourds et malentendants sur l'ensemble du territoire, - des modes d'accueil diversifiés : semi-internat, internat modulé, séquentiel, accueil temporaire de jour et de nuit, permettant un accompagnement personnalisé, - l'ouverture depuis fin 2011 d'une structure dédiée à l'accueil temporaire sur le territoire, permettant un répit pour les aidants familiaux et/ou structures médico-sociales, - l'existence de la maison des adolescents à Orléans, - une dynamique de réseau entre associations et directeurs d'établissements, - des conventions récentes entre l'Inspection Académique et les établissements spécialisés relatives aux unités d'enseignement, - un dispositif CLIS et ULIS en augmentation ces dernières années et un maillage territorial. 	<ul style="list-style-type: none"> - une connaissance insuffisante des besoins par rapport aux orientations CDAPH et des personnes en attente de solution, - des difficultés liées au dépistage précoce (délai, accès aux services...), - les difficultés à trouver une solution adaptée à la fin de prise en charge en structure pour enfants (pour les + 20 ans), - une difficulté de recrutement du personnel médical et paramédical sur l'ensemble du territoire du Loiret : médecins psychiatres, infirmiers, aides-soignants, orthophonistes, kinésithérapeutes, et plus particulièrement sur le secteur de Pithiviers et de Gien, - une information et formation insuffisante des professionnels de santé libéraux sur le handicap notamment handicap sensoriels, visuels, TED..., - des difficultés de prise en charge concertée entre les différents acteurs du champ sanitaire, médico-social, ASE, PJJ en ce qui concerne les enfants présentant des troubles du comportement importants, et notamment en situation de crise, - un besoin de coopération avec les services de l'ASE pour les enfants accueillis en MECS et pris en charge en ESMS, - une GPEC et un référentiel partagé des besoins en formations encore insuffisamment utilisés, - des difficultés liées au transport des usagers vers les établissements médico-sociaux.

FORCES	FAIBLESSES
Adultes en situation de handicap	
<ul style="list-style-type: none"> - une dynamique de réseau entre associations et directeurs d'établissements, - une diversification des modes d'accompagnement proposé par les structures (diversification des types d'établissement et des modalités d'accueil (internat, externat, accueil temporaire...), - des créations récentes de structures médico-sociales et à venir sur des déficiences telles que l'autisme, le handicap psychique, - le développement de places de FAM via la médicalisation de places de foyer de vie pour l'amélioration de l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes, - des SSIAD polyvalents qui interviennent pour les personnes handicapées ou âgées selon une répartition territoriale et un service dédié à la prise en charge des personnes en situation de handicap. 	<ul style="list-style-type: none"> - une faiblesse de l'observation des besoins, et l'absence d'évaluation prospective, - une connaissance insuffisante des besoins par rapport aux orientations CDAPH et les personnes en attente de solution, - le nombre croissant des jeunes en situation de handicap de plus de 20 ans dans les IME, en attente de place dans les structures pour adultes, - une insuffisance de réponses adaptées à l'alourdissement des handicaps et à la dépendance consécutive au vieillissement des populations concernées, - une inadéquation entre les besoins des travailleurs à temps partiel ou arrivés à l'âge de la retraite et l'offre d'établissements et de services, - une difficulté de recrutement du personnel médical et paramédical sur l'ensemble du territoire du Loiret : médecins psychiatres, infirmiers, aides-soignants, orthophonistes, kinésithérapeutes, et plus particulièrement sur le secteur de Pithiviers et de Gien, - une information et formation insuffisante des professionnels de santé libéraux sur le handicap notamment handicap sensoriels, visuels, TED...), - un conventionnement à développer entre ESMS et une articulation insuffisante entre le secteur sanitaire et médico-social, notamment lors de situations de crise, - une GPEC et un référentiel partagé des besoins en formations encore insuffisamment utilisés, - des difficultés liées au transport des usagers vers les établissements médico-sociaux.

4.5 Personnes en souffrance psychique – santé mentale

Personnes en souffrance psychique – santé mentale :

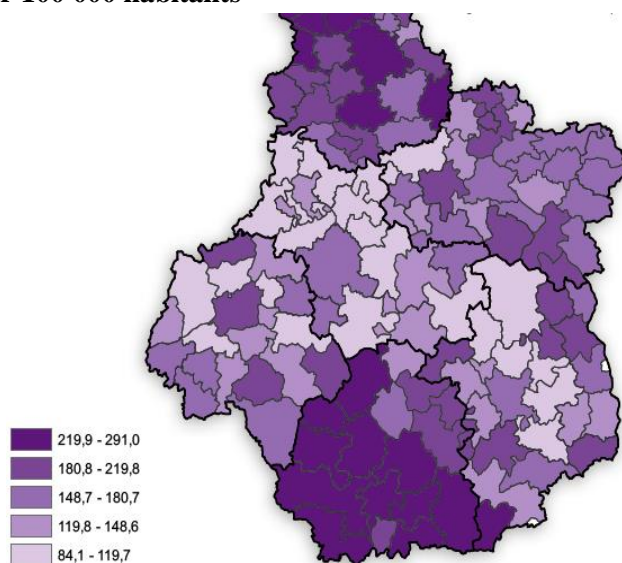
- **ALD pour affections psychiatriques de longue durée :**

Taux standardisé de nouvelles admissions en ALD pour affections psychiatriques de longue durée pour 100000 habitants (score santé)

<u>Ensemble</u>	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⁾
Loir-et-Cher	117 ⁽²⁾	124 ⁽²⁾	129 ⁽²⁾	130 ⁽²⁾	130 ⁽²⁾
Loiret	168 ⁽²⁾	178 ⁽²⁾	179 ⁽²⁾	173 ⁽²⁾	174 ⁽²⁾

Les taux standardisés de nouvelles admissions en ALD pour affections psychiatriques de longue durée sont plus élevés dans le Nord du département, sur l'agglomération Orléanaise, le Giennois et la communauté de communes du Val de Sully.

Taux standardisés de nouvelles admissions en ALD pour affections psychiatriques de longue durée pour 100 000 habitants



- **Données de mortalité et morbidité relatives au suicide et aux tentatives de suicide :**

A structure par âge de la population identique, le Loiret est en sous-mortalité relative pour cause de suicide, comparativement à la région : 18,5 pour 100 000 habitants sur la période 2004-2012 contre 19,7 pour la région sur la même période. Le taux comparatif de mortalité est toutefois supérieur à la moyenne départementale dans les territoires du Pays de Beauce Gâtinais en Pithiverais, et l'Est du Loiret (Giennois, Montargois-Gâtinais).

En revanche, le taux d'hospitalisations pour tentative de suicide certaine y est comparativement plus important : 211 hospitalisations pour 100 000 habitants sur 2008-2014 contre 196 pour la région.

L'enquête de l'UREH « tentatives de suicide et suicides région Centre-Val de Loire PMSI 2008-2014 » permet une analyse plus détaillée. Elle est téléchargeable à l'adresse https://www.sante-centre.fr/portail/gallery_files/site/136/2215/2306/2427/5052.pdf. Elle présente notamment une carte des taux standardisés d'hospitalisations pour tentatives de suicide certaines par code postal. Le Sud-Est (Giennois et communauté de communes du Val de Sully) et le Nord (Beauce Gâtinais en Pithiverais) du département apparaissent en surmorbidité relative par rapport à la région.

Les tentatives de suicide ont tendance à connaître des pics pour les 15-24 ans (environ 20% des cas), et autour des 45 ans. Le Loiret rencontre les mêmes pics par classes d'âge mais également un troisième pic pour les 85 ans et plus.

Le taux de mortalité par suicide a baissé de près d'1/4 entre 2002-2004 et 2011-2013 suggérant que les actions de prévention ont porté leurs fruits. Reste à mieux prévenir le suicide et tentatives de suicide chez l'homme et au sein des zones isolées. Le public âgé doit faire l'objet d'une attention particulière dans le Loiret.

- **Contexte de l'offre à compléter**

Sous forme d'Annexe

- **Faits marquants issus des diagnostics locaux de santé et analyse des ruptures de parcours**

Les diagnostics locaux réalisés sur chacun des territoires de projet CLS comportent un atelier « santé mentale » au cours desquels les professionnels ont pu exprimer leurs ressentis. Ces ateliers d'échange ont permis de mettre en évidence d'importantes problématiques récurrentes :

- une insuffisance de l'offre psychiatrique publique pouvant difficilement être compensée par les psychologues libéraux, les consultations de ces derniers n'étant pas remboursées par l'assurance maladie.

Cette insuffisance est renforcée dans les secteurs ruraux (difficultés de mobilité et éloignement géographique).

Elle affecte la qualité et l'efficacité des prises en charge : délais d'attente pour des prises en charge devant être réalisées de manière précoce, ruptures dans les parcours de soin, structures surchargées qui se « renvoient la balle » pour la prise en charge de patients « incasables » ou avec des problématiques interconnectées, tendance à concentrer la prise en charge sur les phases aigües,

- des difficultés des professionnels à gérer les situations de crise, et un épuisement des acteurs qui cherchent toujours des solutions aux urgences plutôt que d'accompagner les patients dans la durée,
- la nécessité de renforcer les connaissances des professionnels et structures non spécialisées concernant les pathologies afin de mieux accompagner les usagers en souffrance psychique en composant avec leur état de santé et en orientant de manière pertinente si besoin,
- un manque de solutions de prise en charge en ville après une hospitalisation ou une prise en charge médico-sociale,
- la nécessité de renforcer les collaborations et le travail entre structures et professionnels en réseau au regard des problématiques évoquées ci-dessus,
- l'intérêt d'accompagner les proches qui ne savent parfois pas comment convaincre la personne à se faire soigner, pour faciliter l'acceptation sociale de la pathologie et du recours à la psychiatrie.

Préconisations

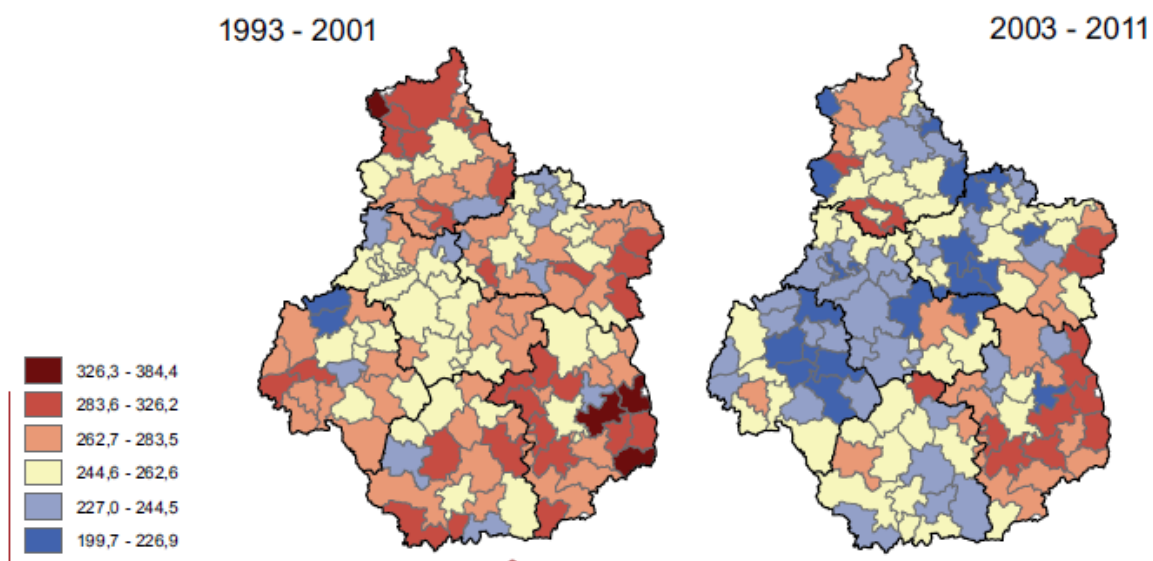
- favoriser la création de conseils locaux en santé mentale (CLSM) ?
- proposer une offre de formation sur les pathologies psychiatriques aux acteurs de santé et en interdisciplinaire.
- Mettre en place le parcours de soin en santé mentale en lien étroit avec le secteur médico-social et intégrer les GEM à la réflexion

4.6 Personnes atteintes de cancer

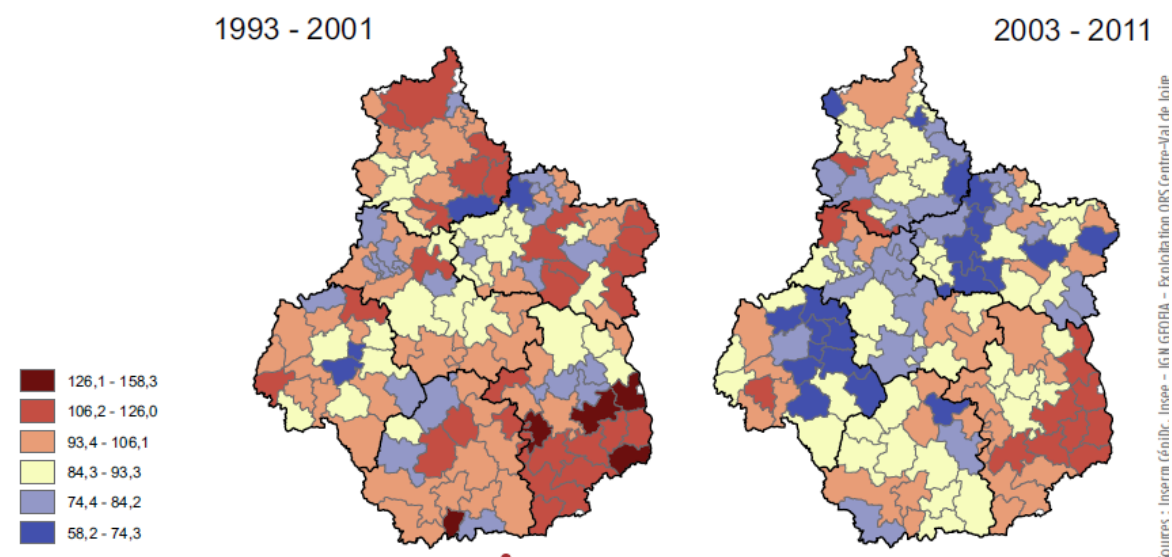
- **Mortalité et mortalité prématurée :**

Le taux standardisé de mortalité par cancer du Loiret est proche du taux régional (l'écart n'est pas significatif). Dans le Loiret, les secteurs où les taux prématurés de décès par cancer sont les plus marqués se situent à l'Est du département. Le territoire départemental apparaît à nouveau très contrasté par rapport à ces pathologies.

Taux standardisés de mortalité par cancer pour 100 000 habitants :



Taux standardisés de mortalité prématurée par cancer pour 100 000 habitants :

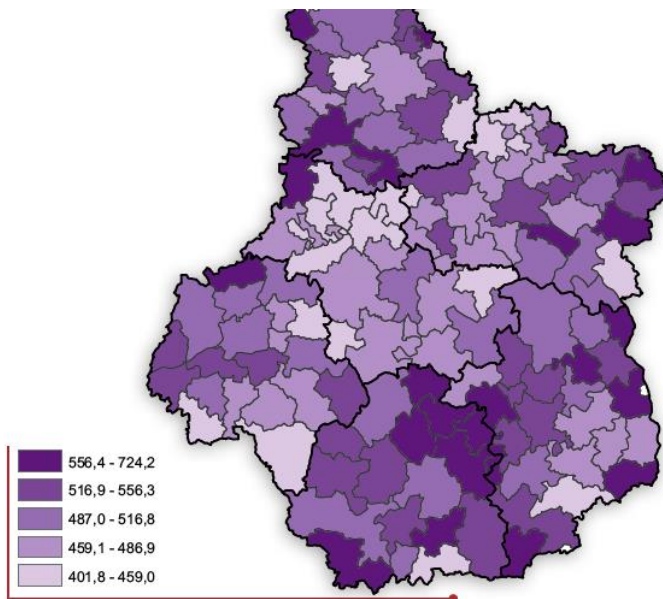


- **Morbidité (nouvelles ALD) :**

Le même constat est opéré concernant les nouvelles admissions en ALD cancer :

- pas d'écart significatif entre le taux moyen du Loiret et le taux régional,
- taux plus élevés dans l'Est du Loiret que dans le reste du département.

Taux de nouvelles admissions en ALD pour tumeurs malignes pour 100 000 habitants (2010-2013)



Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee - IGN GEOPHA - Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

- **Cancer / tabac et alcool**

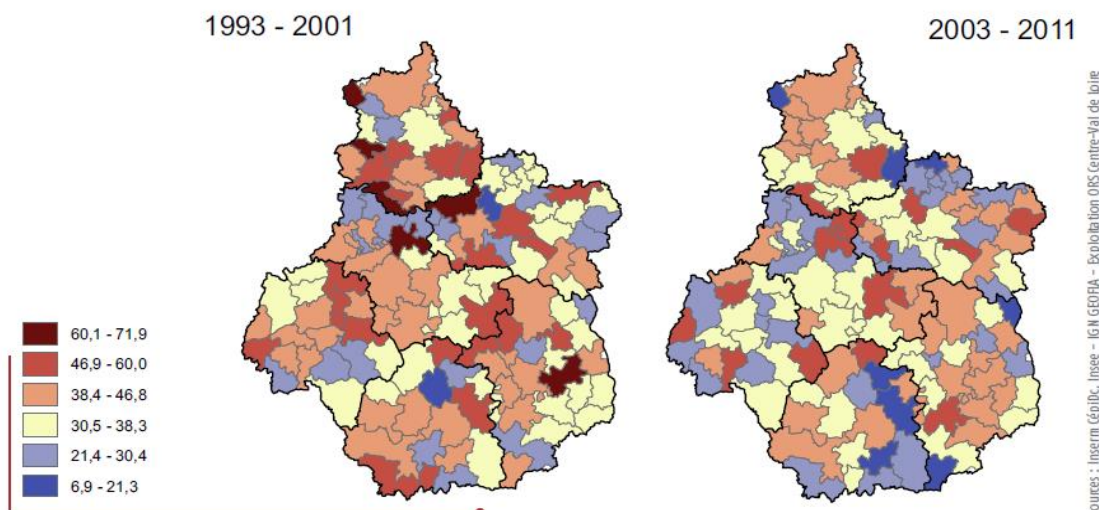
⇒ se reporter à l'analyse effectuée en partie 4-1

- **Cancers et dépistages :**

Le taux standardisé de mortalité par cancer du sein a diminué entre 1993-2001 et 2003-2011 sur la plupart des EPCI du département, à l'exception notable de certains EPCI du Montargois-Gâtinais.

D'importantes disparités géographiques sont là encore constatées, avec une surmortalité comparative dans l'Est du Loiret, et une sous-mortalité comparative dans le Nord.

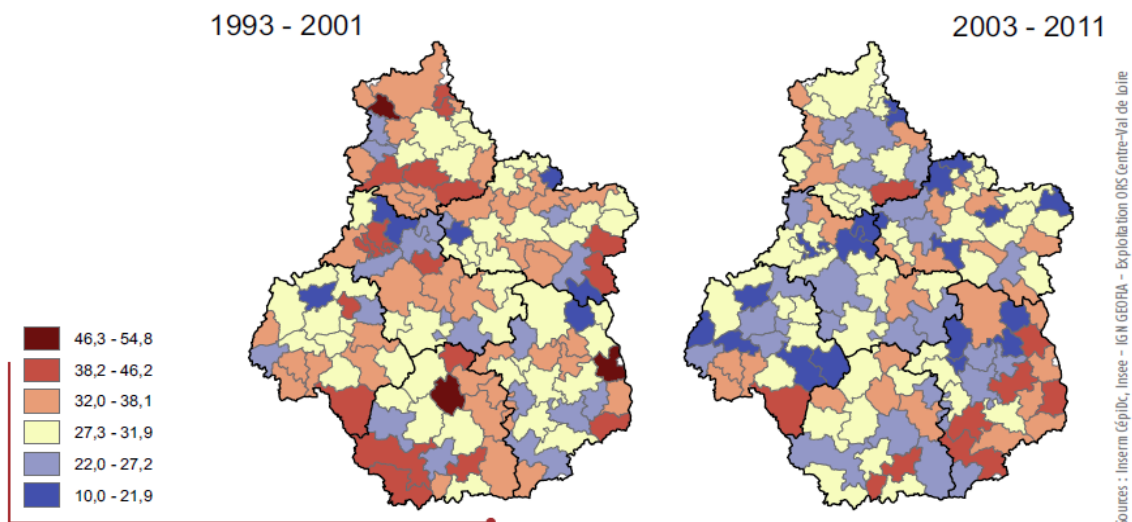
Taux standardisé de mortalité par cancer du sein pour 100 000 habitantes



Sources : Inserm CépiDc, Insee - IGN GEOPHA - Exploitation ORS Centre-Val de Loire

La mortalité s'est globalement améliorée pour le cancer du côlon-rectum. Les écarts infra-départementaux entre EPCI sont plus dispersés que pour le cancer du sein.

Taux standardisé de mortalité par cancer du côlon-rectum pour 100 000 habitants



Le taux de participation au dépistage du cancer du sein est légèrement inférieur dans le Loiret par rapport au taux régional. Un effet de rattrapage était toutefois en cours.

Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein (en %)		
Période de référence	Département	Région
2009-2010	49,6	58,4
2012-2013	60,8	63

Le taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal dans le Loiret a également connu un effet de rattrapage et est désormais proche de la moyenne régionale.

Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal (en %)		
Période de référence	Département	Région
2009-2010	30,5	32,2
2012-2013	32,5	32,8

Une sous-participation relative aux dépistages organisés du cancer du sein est observée dans le Montargois-Gâtinais, le pays de Beauce Gâtinais en Pithiverais, et le Giennois. L'agglomération Orléanaise et les 3 Pays tirent la moyenne départementale vers le haut.

Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein (en %)			
Territoire	Période de référence	Donnée du territoire	Donnée du Loiret
Agglo Montargoise et Rives du Loing - Pays Gâtinais	2009-2010	31	49,6
Pays Beauce Gâtinais en Pithiverais	2012-2013	55,1	60,8
Pays Giennois	2012-2013	55,7	60,8
Agglo Orléans Val de Loire	2012-2013	63,6	60,8
3 Pays	2012-2013	63	60,8

Le taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal est plus faible dans le Gâtinais-Montargois et le Giennois.

Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal (en %)			
Territoire	Période de référence	Donnée du territoire	Donnée du Loiret
Agglo Montargoise et Rives du Loing - Pays Gâtinais	2009-2010	26,7	30,5
Pays Beauce Gâtinais en Pithiverais	2012-2013	33,1	32,5
Pays Giennois	2012-2013	27	32,5
Agglo Orléans Val de Loire	2012-2013	34	32,5
3 Pays	2012-2013	34,4	32,5

Préconisations :

- améliorer l'information du public sur l'intérêt du dépistage,
- améliorer les taux de dépistage des cancers dans les territoires où ils sont plus faibles que pour le département.

4.7 Personnes atteintes de maladie chronique

En dehors des tumeurs malignes (traitées en 4.6 - personnes atteintes de cancers), des affections psychiatriques (traitées en 4.5 – personnes en souffrance psychique – santé mentale) et de la maladie d'Alzheimer et autres démences (traitées en 4.4 – personnes âgées), les ALD avec les incidences les plus élevées dans le Loiret sont :

- les maladies cardiovasculaires (28,3% des ALD pour les hommes, 20,5% pour les femmes),
- le diabète et autres maladies métaboliques (18,8% des ALD pour les hommes, 16,4% pour les femmes),
- insuffisance respiratoire chronique (3% des ALD pour les hommes, 2,8% pour les femmes).

- **Diabète :**

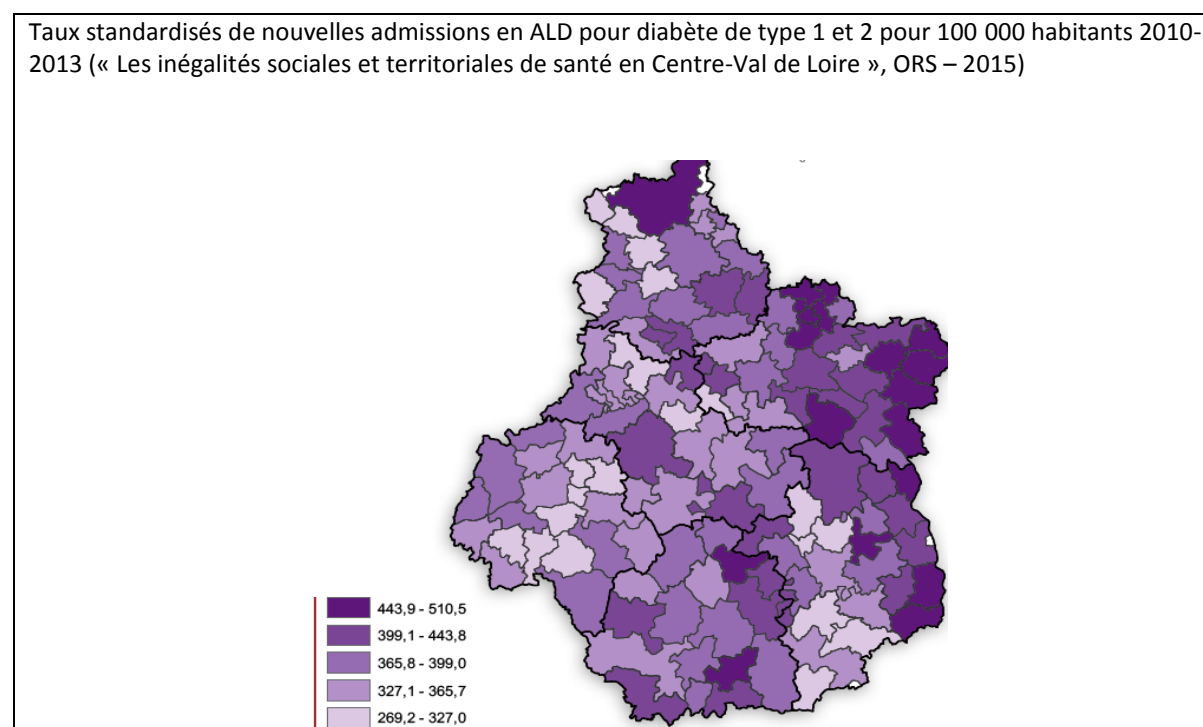
- **Nouvelles admissions en ALD diabète de type 2 :**

A structure par âge identique, le Loiret connaît un taux de d'admission en ALD pour diabète de type 2 supérieur à la région : 369,2 pour 100 000 habitants contre 338,5 pour la période 2006-2014. Les territoires du Gâtinais-Montargois et du Giennois, et dans une moindre mesure du Pays Beauce Gâtinais en Pithiverais, présentent un taux d'admission en ALD pour diabète de type 2 supérieur à la moyenne départementale. En revanche, le taux d'admissions en ALD y est plus faible dans l'agglomération Orléanaise et les 3 Pays.

Taux comparatif d'admission en ALD pour diabète de type 2 (pour 100 000 habitants)			
Territoire	Période de référence	Donnée du territoire	Donnée du Département
Agglo Montargoise et Rives du Loing - Pays Gâtinais	2005-2011	396,5	358,9
Pays Beauce Gâtinais en Pithiverais	2005-2013	376,4	362
Pays Giennois	2005-2012	389,9	363,4
Agglo Orléans-Val de Loire	2005-2013	342,2	362
3 Pays	2006-2014	354,3	369,6

- **Nouvelles admissions en ALD diabète de type 1 et 2 :**

Les constats posés concernant le diabète de type 2 valent également pour l'ensemble des diabètes. Le taux standardisé de nouvelles admissions pour diabète est ainsi plus élevé dans l'Est et le Nord du département comme l'indique la carte ci-après.



➤ **Mortalité :**

Une surmortalité pour cause de diabète (de type 1 et 2) était également observée dans le Loiret par rapport à la région pour la période 2004-2012 : 52,9 décès pour 100 000 habitants dans le Loiret contre 50,7.

En infra-départemental, une surmortalité comparative par diabète est constatée dans l'Est du Loiret. Contrairement à la morbidité (ALD), il n'y a pas de surmortalité dans le Pays de Beauce Gâtinais en Pithiverais.

Taux comparatif de mortalité par diabète (pour 100 000 habitants)			
Territoire	Période de référence	Donnée du territoire	Donnée du département
Agglo Montargoise et Rives du Loing - Pays Gâtinais	2002-2010	23,9	20,3
Pays Beauce Gâtinais en Pithiverais	2004-2012	49	52,9
Pays Giennois	2003-2011	62,6	53
Agglo Orléans-Val de Loire	2003-2011	45,2	53
3 Pays	2005-2013	43,1	39,8

- **Maladies cardiovasculaires :**

➤ **Nouvelles admissions en ALD :**

Le taux d'admission en ALD observé dans le Loiret est proche du taux régional, en ce qui concerne les maladies cardiovasculaires : 567,1 pour 100 000 habitants dans le Loiret contre 567,8 dans la région pour la période 2006-2014.

Les taux les plus élevés apparaissent sur le Montargois-Gâtinais, le Pays de Beauce Gâtinais en Pithiverais, et les 3 Pays.

Taux comparatif d'admission en ALD pour maladies cardiovasculaires (taux pour 100 000 habitants)			
Territoire	Période de référence	Donnée du territoire	Donnée du Loiret
Agglo Montargoise et Rives du Loing - Pays Gâtinais	2005-2011	554,9	534,1
Pays Beauce Gâtinais en Pithiverais	2005-2013	581,6	545,2
Pays Giennois	2005-2012	511,8	538
Agglo Orléans-Val de Loire	2005-2013	518,5	545,2
3 Pays	2006-2014	598	567,1

➤ **Mortalité**

Le taux standardisé de mortalité est légèrement moins élevé dans le Loiret que dans la région dans son ensemble : 205,8 pour 100 000 habitants dans le Loiret contre 208,2 en région Centre-Val de Loire pour 2005-2013.

Les territoires du Montargois-Gâtinais, du Giennois et des 3 Pays ont des taux de mortalité supérieurs aux autres territoires du département.

Taux comparatif de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire – deux sexes (pour 100 000 habitants)			
Territoire	Période de référence	Donnée du territoire	Donnée du Loiret
Agglo Montargoise et Rives du Loing - Pays du Gâtinais	2002-2010	254,1	231,1
Pays Beauce Gâtinais en Pithiverais	2003-2011 (RP 2011)	208,4	219,7
Pays Giennois	2003-2011	253,2	211,1
Agglo Orléans-Val de Loire	2003-2011 (RP 2011)	196,8	219,7
3 Pays	2005-2013	213,4	205,8

- **Maladies respiratoires :**

Le Loiret a une mortalité et une morbidité légèrement plus favorable que la moyenne régionale pour ce qui concerne les affections respiratoires.

➤ **Nouvelles admissions en ALD :**

Là encore, des disparités territoriales sont observées. Néanmoins, contrairement à ce que l'on constate habituellement pour les autres indicateurs de santé, le taux comparatif de nouvelles admissions en ALD est inférieur dans l'Est du département (Montargois-Gâtinais et Pays Giennois).

Taux comparatif d'admission en ALD insuffisance respiratoire chronique grave (pour 100 000 habitants)			
Territoire	Période de référence	Donnée du territoire	Donnée du département
Agglo Montargoise et Rives du Loing - Pays Gâtinais	2005-2010	60,4	68,2
Pays Beauce Gâtinais en Pithiverais	2005-2013	72,2	67,3
Pays Giennois	2005-2012	63,2	68,2
Agglo Orléans-Val de Loire	2005-2013	70,8	67,3
3 Pays	2010-2013	70,8	69

➤ **Mortalité :**

L'agglomération d'Orléans-Val de Loire est en sous-mortalité comparative par rapport aux autres territoires du Loiret.

Taux comparatif de mortalité par maladie de l'appareil respiratoire (pour 100 000 habitants)			
Territoire	Période de référence	Donnée du territoire	Donnée du Loiret
Agglo Montargoise et Rives du Loing - Pays du Gâtinais	2002-2010	44,3	44,4
Pays Beauce Gâtinais en Pithiverais	2004-2012	45,5	40,2
Pays Giennois	2003-2011	43,2	42
Agglo Orléans-Val de Loire	2003-2011	37,8	42
3 pays	2003-2011	43,1	39,8

• **Préconisations :**

- favoriser la prévention dans toutes ses composantes pour améliorer encore l'état de santé de la population,
- favoriser le développement de l'éducation thérapeutique.

4.8 Personnes en situation de vulnérabilité

• **Définition des publics vulnérables :**

Les publics en situation de précarité et de vulnérabilité comportent notamment (cf. définition PRAPS) :

- les bénéficiaires des minimas sociaux ou en dessous du seuil de pauvreté,
- les personnes qui vivent juste au-dessus des minimas sociaux et/ou du seuil de pauvreté,
- les personnes sans domicile fixe ou mal logées,
- les jeunes en difficulté d'insertion et en errance,
- les personnes isolées socialement et géographiquement,
- les femmes victimes de violences,
- les migrants, populations issues de l'immigration,
- les gens du voyage,
- les toxicomanes,
- les détenus et les sortants de prison,
- certains agriculteurs, salariés, saisonniers et exploitants agricoles.

- **Données disponibles sur certaines populations vulnérables :**

- **Bénéficiaires de minimas sociaux :**

Une plus forte proportion de bénéficiaires de minima sociaux (RSA, CMU-C) est observée sur l'agglomération d'Orléans Val de Loire et le Gâtinais-Montargois. Des disparités au sein même des territoires CLS sont cependant à souligner. Ainsi la Communauté de Communes Le Cœur du Pithiverais et l'agglomération Montargoise et Rives du Loing disposent de taux de bénéficiaires très supérieurs à la moyenne départementale (et même supérieurs à la moyenne de l'agglomération Orléanaise), contrairement aux zones plus rurales de leurs territoires d'appartenance respectifs.

Les EPCI composant les 3 Pays ont en revanche un taux de bénéficiaires de la CMUC très inférieur à la moyenne départementale.

Taux de ménages allocataires du RSA (en %)			
Territoire	Date de référence	Donnée du territoire	Donnée du Loiret
Agglo Montargoise et Rives du Loing - Pays Gâtinais	31/12/2012	7,6	6,2
Pays Beauce Gâtinais en Pithiverais	31/12/2013 RP 2012	5,1	6,5
Pays Giennois	31/12/2013 RP 2011	6,9	6,6
Agglo Orléans-Val de Loire	31/12/2013 RP 2012	7,7	6,6
3 Pays	31/12/2014 RP 2011	3,8	7k
Taux de bénéficiaires de la CMU-C parmi les bénéficiaires de la CNAM (en %)			
Territoire	Date de référence	Donnée du territoire	Donnée du Loiret
Agglo Montargoise et Rives du Loing - Pays Gâtinais	31/12/2011	8,8	7,9
Pays Beauce Gâtinais en Pithiverais	31/12/2014	5,1	7,8
Pays Giennois	02/04/2015	9,8	8,3
Agglo Orléans- Val de Loire	01/01/2014	10,4	7,8
3 Pays	01/01/2014	3	7,8

➤ **Chômage :**

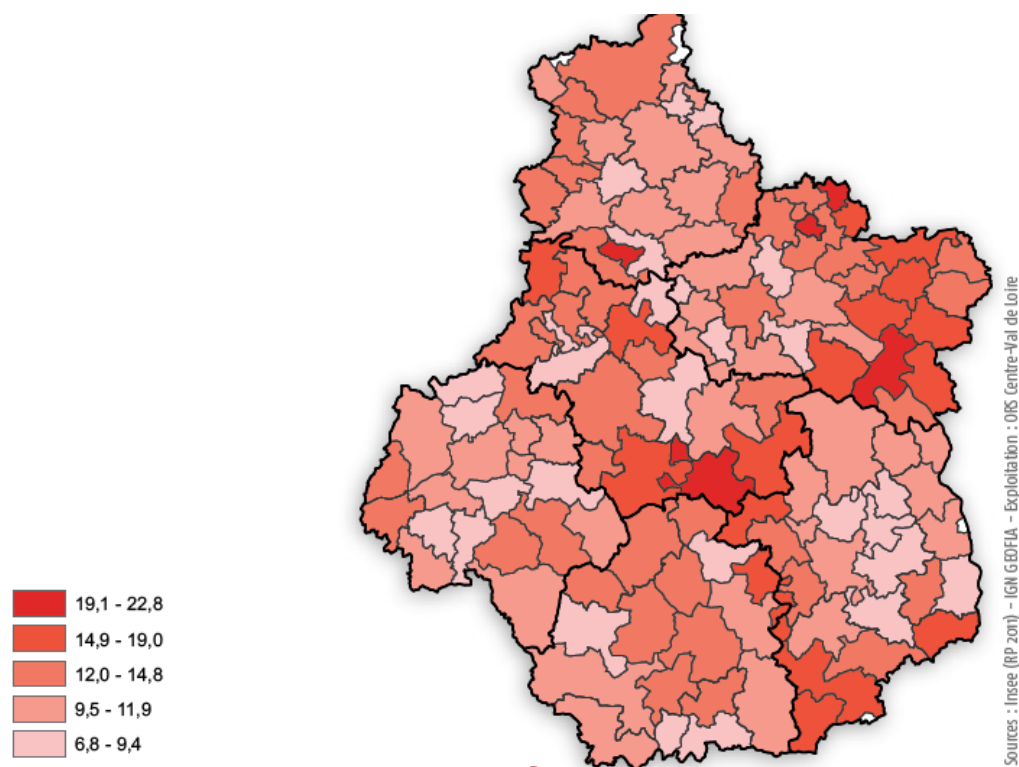
Le taux de chômage est plus important dans l'Est du département : Gâtinais-Montargois, Giennois. Il est moins important dans les 3 Pays et le Pithiverais.

Taux de chômage des 15-64 ans			
Territoire	Année de référence	Donnée du territoire	Donnée du Loiret
Agglo Montargoise et Rives du Loing - Pays Gâtinais	2010	13,4	10,6
Pays Beauce Gâtinais en Pithiverais	2012	11,4	12,1
Pays Giennois	2011	14,1	11,5
Agglo Orléans-Val de Loire	2012	12,7	12,1
3 Pays	2013	9	12,5

➤ **Jeunes peu ou pas diplômés :**

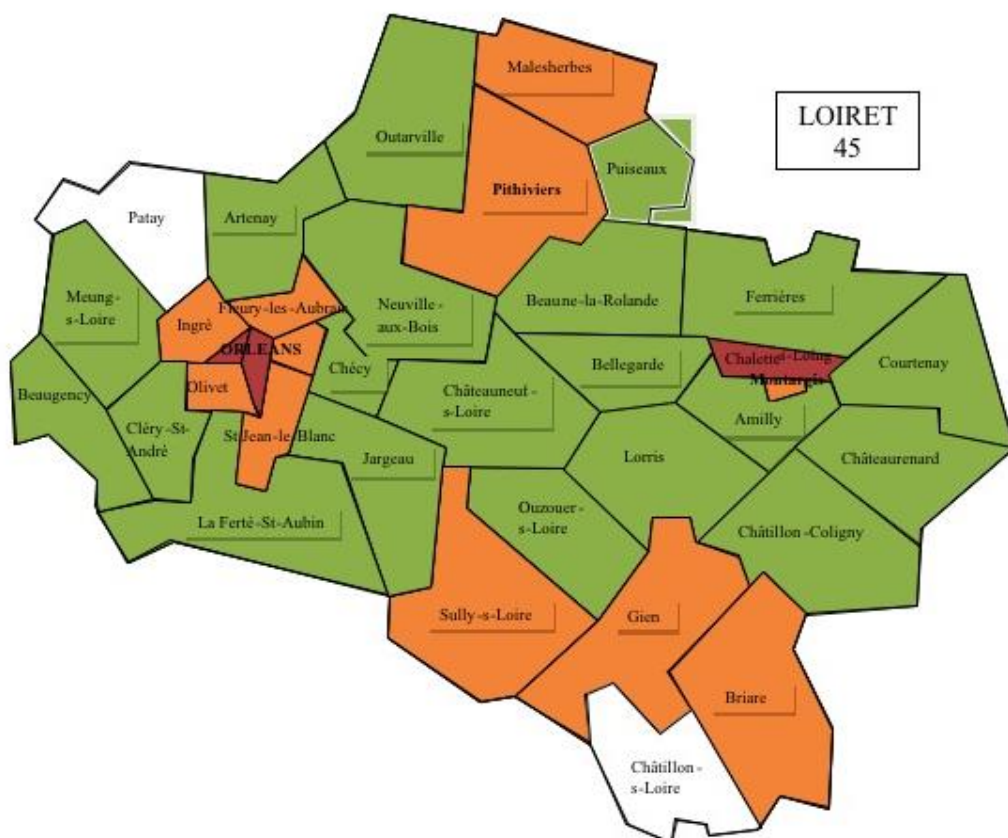
Les indicateurs relatifs aux jeunes en difficulté d'insertion sont moins favorables dans le Nord et l'Est du Loiret.

Taux des 20-29 ans peu ou pas diplômés en 2011



➤ **Migrants et populations issues de l'immigration :**

Selon les données de l'INSEE, en 2011, la part d'immigrés dans la population est particulièrement importante sur le canton de Châlette sur Loing (15,5%) et les cantons d'Orléans (13,8%). La carte ci-après permet de repérer les cantons (ancien périmètre géographique des cantons) présentant les taux d'immigrés les plus élevés.



Source : Insee, recensement de la population 2011

Part des immigrés dans la population totale des cantons	
	15 et plus
	De 7 à moins de 15
	De 3 à moins de 7
	Moins de 3

1243 places de en structures d'hébergement social pour migrants (CADA, HUDA, PRAHDA, foyers de travailleurs migrants) sont autorisées dans le Loiret, dont la majorité sur l'agglomération Orléanaise.

➤ **Populations hébergées en structure d'hébergement social :**

1070 places en autres structures d'hébergement social (foyers de jeunes travailleurs, résidences sociales, pensions de famille, hébergement d'urgence, CHRS) sont autorisées dans le Loiret, majoritairement sur l'agglomération Orléanaise.

➤ **Gens du voyage :**

Les capacités d'accueil des aires de gens du voyage du département sont de 476 places réparties de la manière suivante.

Capacités des aires d'accueil des gens du voyage

	Nombre de places	% des places du Loiret
Agglomération Orléans-Val de Loire	266	55,9%
Gâtinais-Montargois	60	12,6%
Giennois	24	5,0%
Pays Beauce Gâtinais en Pithiverais	54	11,3%
3 Pays	72	15,1%
TOTAL	476	100,0%

• **Dispositifs de prévention et d'accès à la santé des populations vulnérables :**

Une multitude de dispositifs sanitaires agissent plus spécifiquement envers les publics en situation de vulnérabilité, notamment dans une stratégie d'aller vers, d'interventions hors les murs. Ainsi, le Loiret dispose notamment de :

- 4 permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS),
- 1 Centre de Lutte Antituberculeuse départemental (CLAT),
- 1 Centre Gratuit d'Information de Diagnostic et Dépistage du VIH, des hépatites virales et IST (CeGIDD) départemental et 4 Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF),
- 1 Centre de de Vaccination départemental,
- 3 CSAPA et 2 CAARUD,
- 16 places de Lits Halte Soins Santé (LHSS) et 26 d'Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT),
- des services de Protection Maternelle et Infantile (PMI) et services sociaux du Conseil Départemental,

- d'actions de prévention et promotion de la santé visant spécifiquement les personnes en situation de fragilité (en situation de précarité, migrants, jeunes sous-main de justice, personnes en insertion professionnelle),
- d'actions de prévention et promotion de la santé ne visant pas spécifiquement les personnes en situation de fragilité mais ayant vocation à agir de manière adaptée aux publics vulnérables et renforcée sur les territoires défavorisés dans une logique d'universalisme proportionné,
- de réseaux de santé (Diabolo, Loirestdiab, Hepsilo, Oncoloiret),
- des services de la CPAM dédiés à l'accès aux droits des personnes en situation de précarité (CMU, ACS, Planir) et à l'accès à la prévention (Centres d'Examens de Santé),
- sans oublier le rôle essentiel des dispositifs de prise en charge sanitaire de droit commun – offre libérale, médico-sociale et hospitalière, qui doit être effectivement accessible aux personnes en situation de vulnérabilité.

On notera toutefois l'absence d'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) dans le Loiret.

Ces dispositifs sanitaires contribuent à l'accès aux droits de santé, à la prévention, et aux soins des personnes en situation de fragilité en lien avec les multiples autres dispositifs sociaux, d'accès aux droits, d'hébergement social, de lutte contre l'habitat indigne, d'insertion, d'accueil des migrants, de protection des personnes (victimes de violences, protection de l'enfance) existants.

L'enjeu réside donc dans :

- la connaissance mutuelle entre les partenaires des champs sanitaires et sociaux,
- leur capacité à travailler conjointement, à agir en réseau, et à entretenir des partenariats opérationnels actifs, ce qui peut s'avérer compliqué dans un contexte de contrainte budgétaire et de réduction d'effectifs amenant chacun à se recentrer sur ses objectifs premiers.

Des leviers d'action peuvent néanmoins être mobilisés :

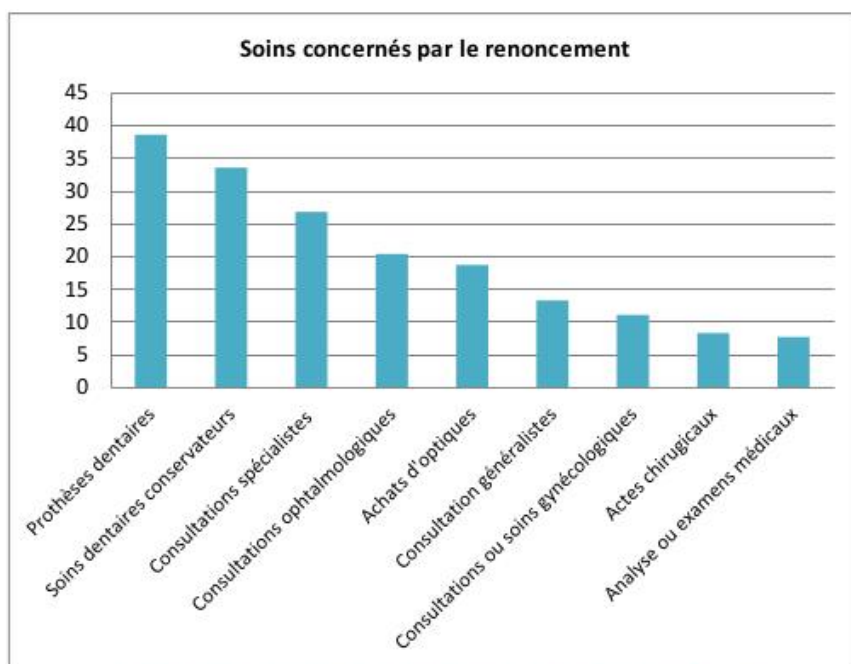
- les Contrats Locaux de Santé doivent faciliter l'interconnaissance, le travail en réseau, et les partenariats entre professionnels, structures et dispositifs ;
- les répertoires et ressources informatiques partagées peuvent également être utiles aux coopérations – notamment le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) et le site Parads relatif à l'accès aux droits.

• Analyse des renoncements aux soins :

L'Observatoire des non-recours aux droits et aux services (Odenore) a établi un profil des personnes en situation de renoncement aux soins grâce à une succession de travaux menés avec la Cnamts. Ce travail a été mené auprès des visiteurs des accueils des caisses dans dix-huit territoires.

L'observatoire révèle que 26,5% des assurés interrogés dans les différents territoires auraient renoncé à des soins dans les douze derniers mois. Les femmes (58,7%), les personnes vivant seules (36,6%) ou les familles monoparentales (17,7%) sont particulièrement concernées. De même que les assurés qui connaissent ou ont connu une instabilité par rapport à l'emploi. Les soins dentaires ainsi que les soins auditifs ou ophtalmologiques et optiques, au reste à charge élevé, sont particulièrement touchés.

Mais le phénomène ne s'y cantonne pas.

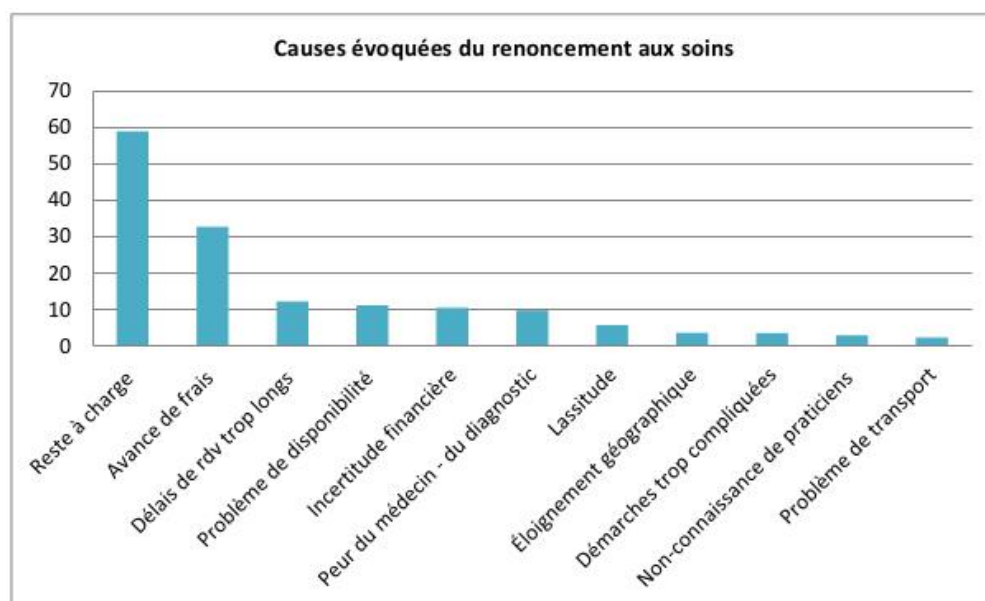


Source : Bilan quantitatif de l'expérimentation, Cnamts, mars 2017.

Le renoncement aux soins touche particulièrement les soins dentaires ainsi que les soins auditifs ou ophtalmologiques et optiques mais ne s'y cantonne pas.

Certes la dimension financière est un obstacle dans trois cas sur quatre. Cependant, la méconnaissance des circuits administratifs et médicaux est aussi un frein ; tout comme les délais pour obtenir des rendez-vous, l'éloignement géographique de l'offre ou les problèmes de mobilité ; sans oublier les craintes de diverses natures, les attitudes par rapport au risque maladie ou le simple fait de demander.

"In fine, c'est toute une sédimentation de raisons qui, cumulées, causent lassitude, découragement et renoncement", écrit l'assurance maladie dans son dossier de presse.



Source : Odenore, « Diagnostic quantitatif du renoncement aux soins dans 18 départements (parmi les 21 expérimentateurs du dispositif) », juin 2016.

Au regard de l'importance de ces renoncements aux soins, l'assurance maladie a décidé de généraliser le dispositif expérimental mené dans 21 territoires et consistant à :

- repérer les situations de renoncement (agents des caisses formés au repérage des difficultés, questionnaire d'aide au repérage, lien avec les détecteurs externes issus des partenaires),
- accompagner les personnes (bilan et explication des droits, orientation dans le système de soins, accompagnement au montage financier).

Et ce dans le cadre plus étendu du Plan Local d'Accompagnement du Non-recours, des Incompréhensions et des Ruptures (Planir) porté par la CNAMTS et décliné dans le Loiret par la CPAM.

Nous ne disposons pas de chiffres spécifiques au Loiret concernant le renoncement aux soins. Il serait ainsi intéressant de disposer à terme de données territorialisées sur le Loiret issues de la CPAM. Le contexte local de pénurie médicale constitue a priori une difficulté supplémentaire dans notre département, notamment dans les secteurs les moins bien dotés. La ruralité de certains territoires et les difficultés de mobilité sont également identifiés comme des facteurs aggravants.

• **Préconisations :**

- contribuer à la mise en place du Planir.

5. Organisation de l'offre de soins

5.1. Démographie des professionnels de santé (zonages, ODPS, CNAM, INSEE DRESS) et du champ social

En termes de démographie médicale, la situation du Loiret est préoccupante. En constante baisse depuis ces dernières années, la densité médicale du département, est l'un des enjeux du territoire.

Il y a eu une baisse significative de la densité médicale dans la région ainsi que dans le département entre décembre 2015 et mars 2017

	Région Centre-Val de Loire		Département du Loiret	
	Décembre 2015	Mars 2017	Décembre 2015	Mars 2017
Nombre de médecins généralistes (y compris MEP)	2036	1955	492	473
Moins de 55 ans	936	873	197	185
Densité médicale (pour 100 000 habitants)	79.63	76.05	74.59	71.07

Il faut noter qu'en 2017 la proportion des médecins de plus de 55 ans a atteint 60%. Cela implique que la décennie à venir va être déterminante pour l'accès aux soins dans le département.


Le constat est fait d'un changement dans les modalités d'exercice de la médecine. En effet, sur les 473 médecins du Loiret, seulement 234 travaillent en cabinet individuel. Les autres professionnels travaillent, en grande majorité, en exercice regroupé que celui-ci soit pluridisciplinaire ou non. Cela démontre une volonté des médecins de travailler en partenariat.

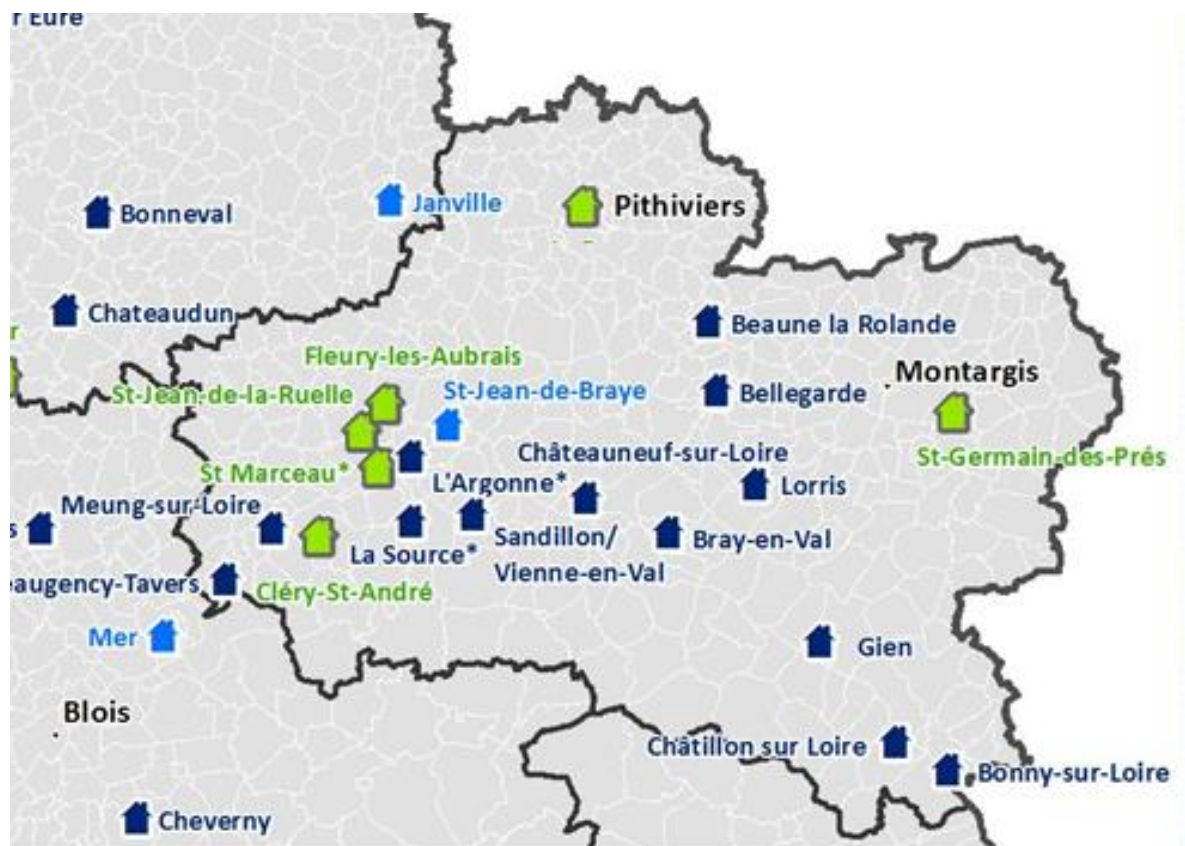
Le même constat étant fait dans les autres professions, la création des structures d'exercice regroupé a été l'une des pistes d'amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé. En effet, ces structures permettent un exercice coordonné entre professionnels de santé autour du parcours du patient notamment lors de réunions pluridisciplinaires. Les professionnels ne sont ainsi plus isolés et peuvent appréhender plus facilement les dossiers délicats.

Depuis décembre 2011, 14 maisons de santé - pôles pluridisciplinaires se sont ouvert(e)s et 5 autres projets le seront prochainement.

Carte des MSP – Mars 2017

*MSP sur la commune d'Orléans

-  Ouvert (financement CPER)
-  Ouvert (autre financement)
-  Projet programmé



Afin d'inciter davantage de médecins généralistes à s'installer dans les zones déficitaires, le ministère des affaires sociales et de la santé vient de revoir les critères de sélection des zones bénéficiant des aides : les besoins de soins en fonction de l'âge des habitants ; le temps d'accès par la route vers un médecin généraliste ; le volume d'activité des médecins ; l'âge des médecins pour tenir compte des départs prévisibles à la retraite.

De ce fait, le département du Loiret va voir augmenter la part de son territoire concernée par les aides. Le bilan du « pacte territoire santé » montre en 2016 que 5 contrats de praticien territorial de médecine générale ont été signés. L'incitation à la signature de ces contrats, ainsi que des nouveaux contrats prévus dans la convention médicale d'août 2016, se poursuit.

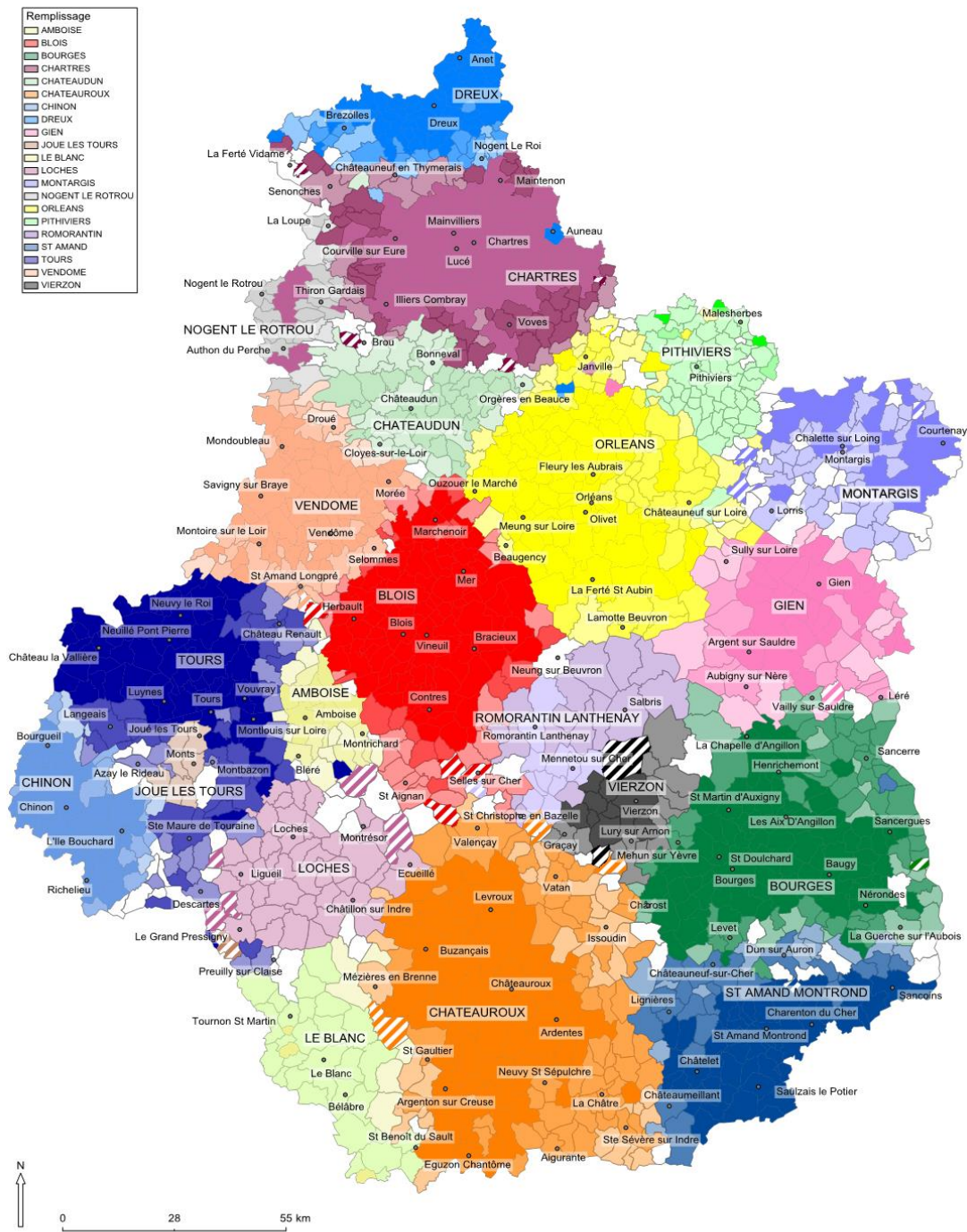
Le nouveau zonage ARS sera plus favorable à la région Centre-Val de Loire et au Loiret que le précédent. Il sera effectif fin juin 2017.

Carte : zone d'attractivité – consultation spécialistes libéraux 2nd recours

En cours

Carte des pôles d'attraction des médecins spécialistes de second recours

Principaux pôles d'attraction des médecins spécialistes libéraux en région Centre-Val de Loire



Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

Nous avons retenu 5 spécialités infra-départementales au vue du découpage territoriales qu'elles proposaient : dermatologie, gastro-entérologie, ophtalmologie, ORL, radiodiagnostique.

La carte suivante a une double légende :

- chaque pôle a une **couleur** distincte

- chaque pôle a un **gradient de couleur** :

- Pleine couleur : les habitants de ces communes vont TOUJOURS consulter dans ce pôle, quelle que soit la spécialité,

- Premier dégradé : les habitants de ces communes vont consulter dans ce pôle pour toutes les spécialités SAUF UNE,

- Deuxième dégradé : les habitants de ces communes vont consulter dans ce pôle pour la MAJORITE des spécialités,

- Hachures : les habitants de ces communes vont surtout consulter dans ces pôles, sans que cela représente une majorité absolue.

Pour les communes laissées en blanc, il n'y avait pas de pôle qui ressortait. Il s'agit principalement de communes en périphérie, qui peuvent s'agréger d'un côté ou de l'autre en fonction des affinités ou des facilités de déplacement.

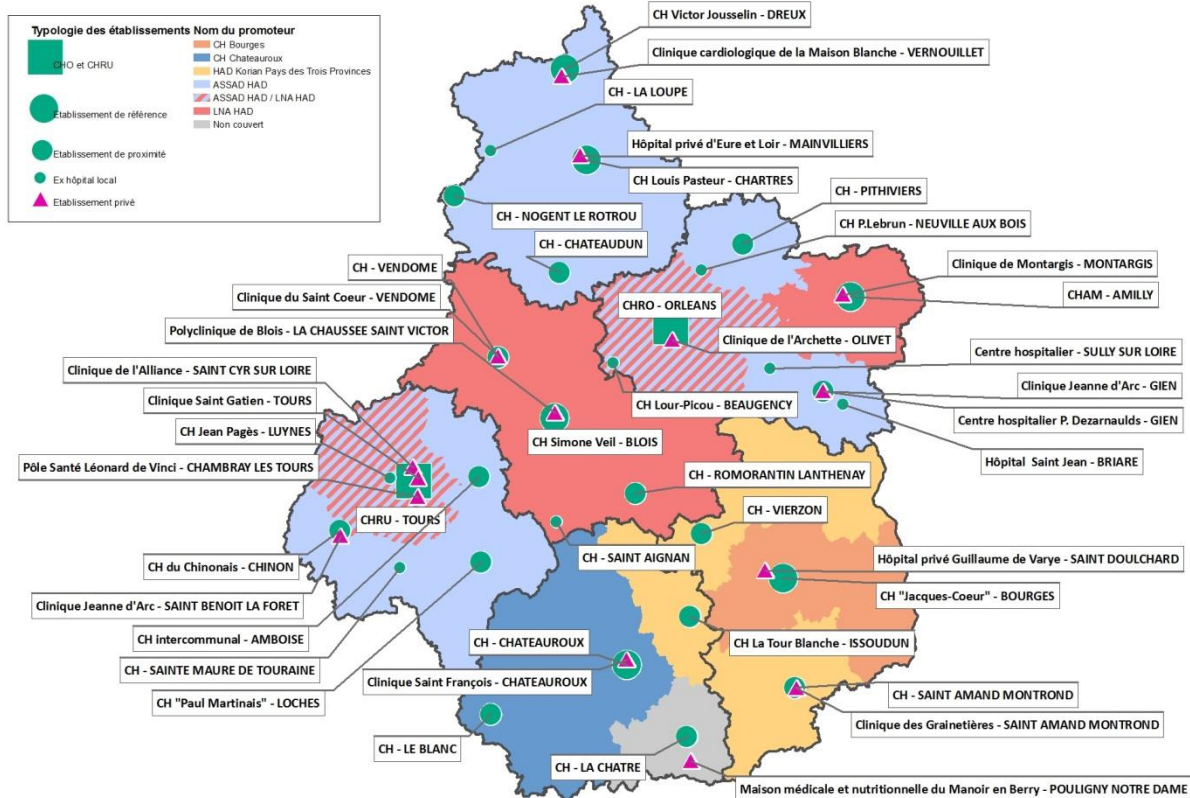
5.2. L'offre de soins des établissements de santé et HAD

En annexe :

- le tableau des réductions capacitaires des établissements de santé par département,
- quelques données sur le « virage ambulatoire »
- carte « Urgences » en cours

- Carte établissements MC et l'HAD autorisés,

Les établissements MCO et les structures d'hospitalisation à domicile autorisées au 1er Juillet 2016



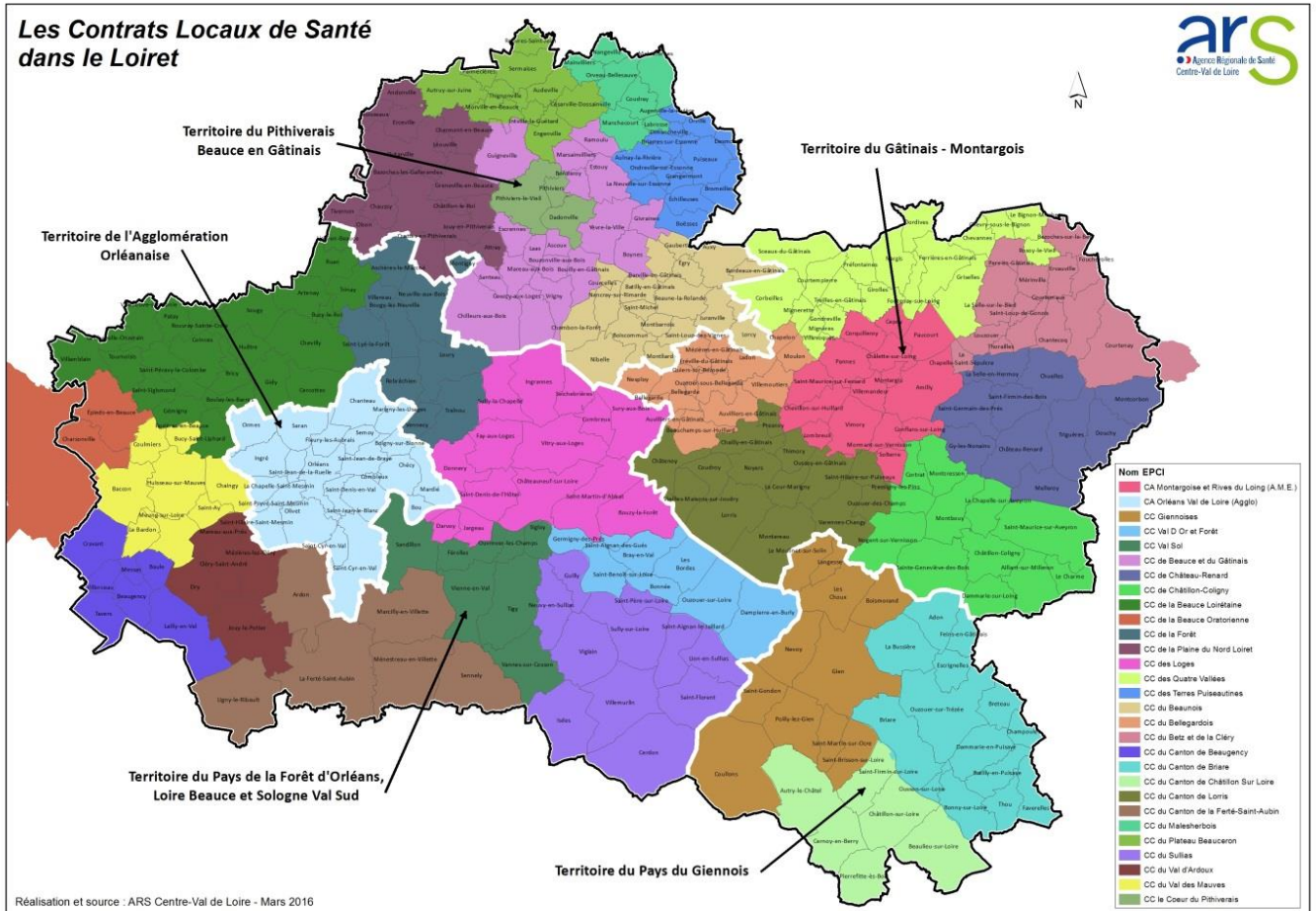
EN COURS

Il peut être expliqué dans ce chapitre le groupement hospitalier de territoire (GHT) et le travail en cours sur les différentes filières de soins qui structureront le projet médical partagé du GHT.

Voir les éléments en lien avec le CHRO, sachant que le PMP n'est pas encore formalisé.

6. Bilan : analyse des forces faiblesses opportunités et risques du territoire

6.1 Carte des territoires de projet CLS



6.2 Analyse des forces et faiblesses par territoire de projet issu des coordination

- **Pays Giennois :**

<p style="text-align: center;">Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - petit territoire, « proximité » - collaboration et partenariats existants entre les professionnels locaux - 3 Maisons de Santé Pluridisciplinaires ainsi que d'autres regroupements professionnels, appuyés par les élus locaux dans certains cas - l'hôpital de Briare est un acteur moteur du territoire sur le retour et maintien à domicile des personnes âgées, la prise en charge des personnes vieillissantes en situation de handicap, sur les aidants notamment - personnes aux interfaces des parcours (secrétaires médicales, assistants sociaux, médiateurs, adulte relais, éducateurs de prévention, ...) - élus locaux accessibles. 	<p style="text-align: center;">Faiblesses :</p> <ul style="list-style-type: none"> - démographie médicale (médecins généralistes et spécialistes) et médico-sociale - 90% des médecins généralistes libéraux ont + de 55 ans - les médecins qui partent à la retraite ne trouvent souvent pas de repreneur - précarités, pauvreté (ruralités) - inégalités de mobilités physiques et numériques et d'accès aux droits, aux services et aux soins - transports publics (manque de moyens/ressources sur le territoire et mauvaise connaissance de l'existant) – Disparition des bons de transport - manque de connaissances des ressources existantes et de lisibilité des missions de chacun sur le territoire - manque d'actions de prévention et de promotion de la santé (maladies chroniques et ALD, santé mentale, - réduction des dommages, santé des parents et des enfants) - manque de reconnaissance de la prévention et de l'éducation à la santé par les professionnels de santé - invisibilisation de la jeunesse et de ses problématiques - manque de structures de prise en charge, notamment en santé mentale, handicaps, addictions
<p style="text-align: center;">Opportunités :</p> <ul style="list-style-type: none"> - organisation des professionnels de santé libéraux en Communauté Professionnelle Territoriale de Santé - Contrat Local de Santé Mentale partagé avec le Gâtinais - développement d'une communication entre les professionnels de la ville et de l'hôpital via les outils numériques partagés autour des parcours de santé des publics fragiles (GHT – CPTS (MSP) - travail de la direction départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale avec les Centres Communaux d'Actions Sociales du Pays du Giennois sur l'accessibilité aux droits et aux services publics dans le cadre de la dématérialisation des services 	<p style="text-align: center;">Risques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - refus de soins/renoncement aux soins - beaucoup d'habitant n'ont pas de médecin traitant suite aux départs en retraite (les personnes âgées en particulier) - indice de vieillissement élevé (91.1) – population qui va continuer à vieillir - T2A - accès au premier recours remis en question - rupture dans les parcours de santé primaire - sur mobilisation des professionnels et des élus - population locale peu diplômée, jeunes peu scolarisés - mauvaise couverture numérique face au tout télémédecine

- **Montargois-Gâtinais :**

<p style="text-align: center;">Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dynamique locale - réseaux et partenaires déjà impliqués sur leur territoire - diversité d'acteurs (associations, réseaux, établissements) - volonté politique à mener des projets de santé 	<p style="text-align: center;">Faiblesses :</p> <ul style="list-style-type: none"> - nombreuses zones « blanches » sur le territoire : manque de professionnels de santé et de spécialistes sur le territoire - problème d'attractivité du territoire - manque de connaissance du territoire - manque de moyens de transports sur le territoire : l'AME est bien desservie mais le Pays Gâtinais l'Est beaucoup moins. Le système de transports à la demande (ULYS mobilité) devrait être amélioré et mieux connu des administrés. - problème d'inégalités d'accès aux soins sur le territoire : grande différence entre l'AME et le Pays Gâtinais (urbain VS rural) - manque de coordination des professionnels du territoire et de visibilité des missions de chacun - manque d'actions de prévention et promotion de la santé sur le territoire - manque de structures de prise en charge, notamment en santé mentale
<p style="text-align: center;">Opportunités :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mise à jour des zones « fragiles » et « très sous dotées » en professionnels de santé par l'ARS - développement des structures d'exercice regroupé sur le territoire (MSP et centre de Santé) - développement des partenariats entre les acteurs du territoire 	<p style="text-align: center;">Risques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - développement de la télémédecine, mais tous les territoires loirétains ne bénéficient d'une couverture numérique de très haut débit - des listes d'attente toujours plus longues dans des structures comme les CPM (adulte et enfants) - surmobilisation des professionnels qui agissent sur plusieurs territoires CLS

• **Agglomération d'Orléans-Val de Loire :**

<p style="text-align: center;">Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dynamique locale - réseaux et partenaires déjà impliqués sur leur territoire - professionnels, associations et institutions mobilisées autour du CLS - diversité d'acteurs - volonté politique notamment municipales pour mener des actions santé 	<p style="text-align: center;">Faiblesses :</p> <ul style="list-style-type: none"> - nombreuses zones blanches sur le territoire par manque de professionnels de santé notamment des médecins généralistes ou spécialistes - problème d'attractivité du territoire - problème d'inégalité d'accès aux soins (populations précaires ou âgées) - manque de coordination des professionnels de santé et de visibilité des missions de chacun (institutionnels, professionnels de santé, associations) - manque de structures de prise en charge notamment en matière de handicap - manque de relai au niveau de la santé mentale
<p style="text-align: center;">Opportunités :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mise à jour du zonage de l'ARS - développement de la télémédecine - développement des structures d'exercices regroupés (MSP ...) 	<p style="text-align: center;">Risques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - liste d'attente dans les CMP, IME - lassitude des partenaires sollicités sur plusieurs groupe de travail (CLS, projets d'établissement, schéma départemental d'accessibilité ...)

• **Pays de Beauce Gâtinais en Pithiverais :**

<p style="text-align: center;">Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dynamique locale - réseaux et partenaires déjà impliqués sur leur territoire - professionnels mobilisés autour du CLS - diversité d'acteurs (associations, réseaux, établissements) - volonté politique pour mener des projets de santé 	<p style="text-align: center;">Faiblesses :</p> <ul style="list-style-type: none"> - nombreuses zones « blanches » sur le territoire : manque de professionnels de santé et de spécialistes - problème d'attractivité du territoire - manque de moyens de transports (horaires non adaptés). Les systèmes de transports à la demande, ULYS mobilité et ULYS proximité, devraient être améliorés et mieux connus des administrés - accès aux ressources existantes à l'extérieur du pays difficile pour une partie de la population - problème d'inégalités d'accès aux soins - manque de coordination des professionnels du territoire et de visibilité des missions de chacun - manque d'actions de prévention et promotion de la santé - manque de structures de prise en charge, notamment en santé mentale
--	---

Opportunités :	Risques :
<ul style="list-style-type: none"> - mise à jour des zones « fragiles » et « très sous dotées » en professionnels de santé par l'ARS - développement de la télémédecine sur le territoire. Des actions sont déjà mises en place sur : <ul style="list-style-type: none"> o une expérimentation qui a débuté dans les EHPAD, o mise en place d'examens à distance pour le dépistage du diabète, o le scanner de l'hôpital de Pithiviers fonctionne en télémédecine. - développement des structures d'exercices regroupés (MSP...) - développement des partenariats entre les acteurs du territoire 	<ul style="list-style-type: none"> - développement de la télémédecine, mais tous les territoires Loirétains ne bénéficient d'une couverture numérique de très haut débit - des listes d'attente toujours plus longues dans des structures comme les CMP (adulte et enfants), les IME... - sur-mobilisation des professionnels qui agissent sur plusieurs territoires CLS

• **3 Pays :**

Juin 2017

FORCES	FAIBLESSES
OPPORTUNITES	RISQUES

6.3 Synthèse départementale

FORCES	FAIBLESSES
OPPORTUNITES	RISQUES

Conclusion

Références bibliographiques

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>

Observatoire Régional de Santé (ORS). 2016. Diagnostic régional santé environnement.

Observatoire Régional de Santé (ORS). 2015. Les inégalités sociales et territoriales de santé en Centre-Val de Loire.

<http://www.cher.chambagri.fr/menu-horizontal/agriculture-departementale/agriculture-du-cher.html>

Annexes

Annexe 1 Carte du cumul de facteurs environnementaux et de nuisances dans le Cher (ORS, 2016)

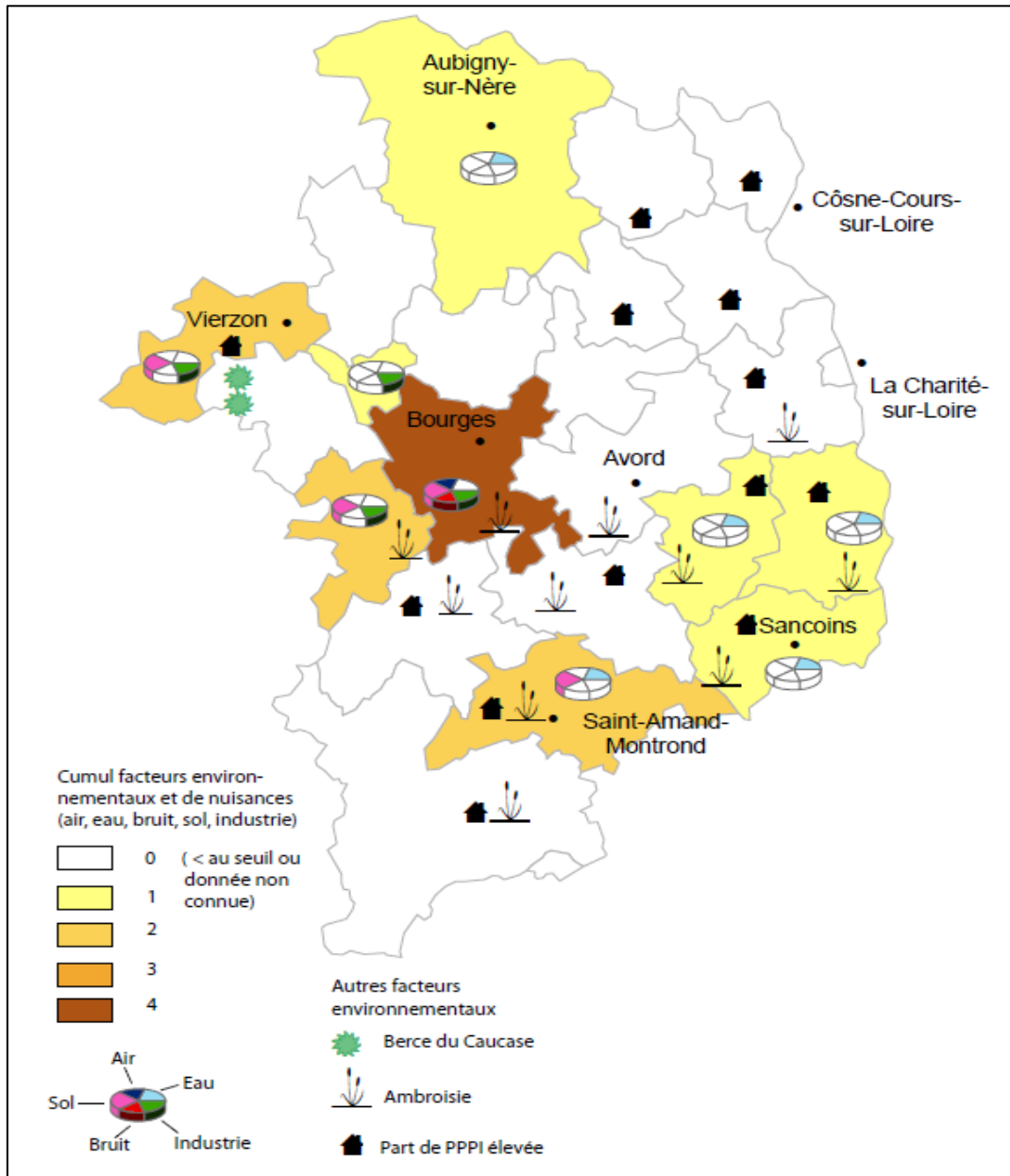
Annexe 2 Carte du parc privé potentiellement indigne (PPPI) en région (ORS, 2016)

Annexe 3 Tableau des réductions capacitaires des établissements de santé dans le Loiret et l'HAD dans le Loiret

Annexe 4 Quelques données sur me virage ambulatoire

Annexe 5 Données 2016 et 2016 – source SAE (via DIAMANT et STATISS°)

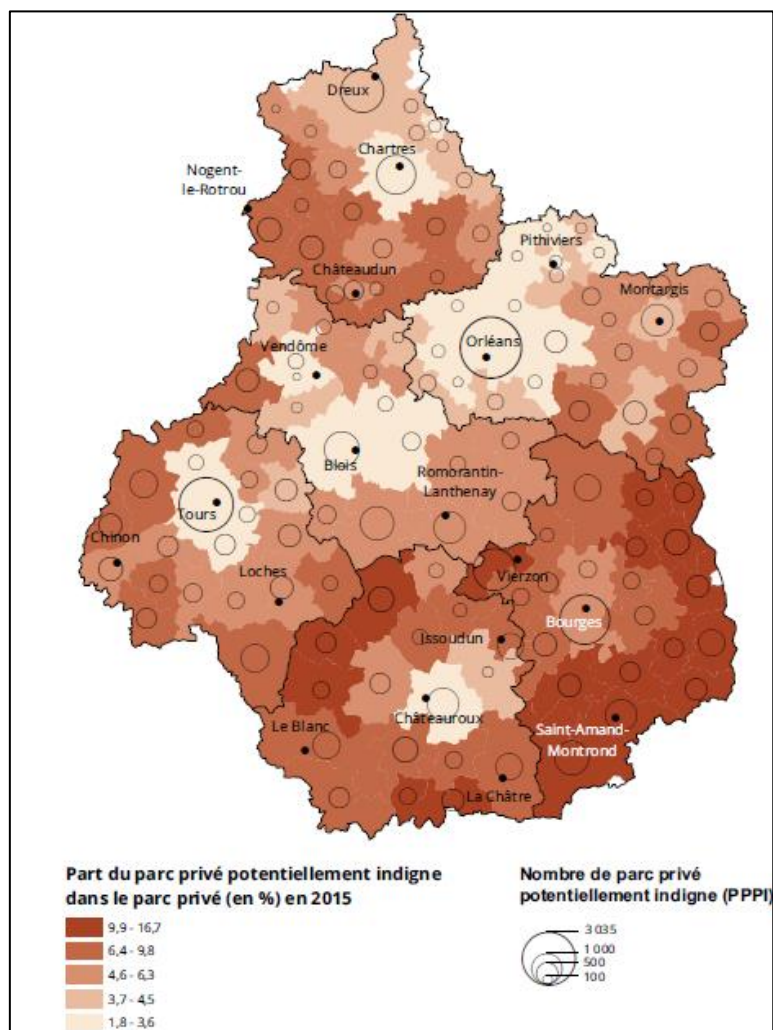
Annexe 1 Carte du cumul de facteurs environnementaux et de nuisances dans le Cher (ORS, 2016)



Annexe 2 Carte du parc privé potentiellement indigne (PPPI) en région (ORS, 2016)

L'habitat indigne recouvre les logements insalubres ou dangereux qui peuvent présenter des risques pour la sécurité : chute, électrocution, incendie, etc. ainsi que pour la santé : intoxication au monoxyde de carbone, saturnisme, allergies et problèmes respiratoires.

Le Cher, avec 11 577 résidences principales privées potentiellement indignes (PPPI) est le premier département de la région concerné par cette problématique. Parmi ces résidences, 8 860 (soit 76,5 %) datent d'avant 1949. Or, les logements datant d'avant 1949 peuvent présenter des risques de saturnisme pour les occupants.



Annexe 3 Tableau des réductions capacitaires des établissements de santé dans le Loiret et l'HAD dans le Loiret

Ts : 24S0000006 - Loiret

Synthèse des indicateurs de la Circulaire du 4/12/2013

Indicateurs de suivi (HAD)		2011	2012	2013	2014	2015
1	Nombre moyen de patients pris en charge par jour et pour 100 000 habitants	21,9	24,9	26,6	24,7	24,1
2A	Taux brut de séjours d'HAD pour 100 séjours d'hospitalisation complète	1,9	2,4	3,7	3,3	2,5
2B	Taux brut de journées d'HAD pour 1 000 journées d'hospitalisation complète	53,8	60,5	66,0	59,5	58,5
2C	Taux brut de patients pris en charge en HAD pour 1 000 patients pris en charge en hospitalisation complète (MCO + SSR) (MCO + SSR)	26,5	30,8	36,3	32,6	28,3
4A	Part des admissions en HAD faisant suite à une hospitalisation complète à temps plein (MCO + SSR) (en %)	85,0	77,9	57,0	53,6	62,1
4B	Part des séjours en HAD à partir du domicile (en %)	10,5	18,5	38,8	41,5	32,8
4C	Part des séjours en HAD réalisés au bénéfice de résidents d'établissements sociaux et médico-sociaux	.	.	4,8	5,5	6,8
5	Part de certaines prises en charge spécialisées dans l'activité globale d'HAD (rééducation neurologique ou chimiothérapie anticancéreuse ou soins palliatifs) (en %)	23,4	16,6	12,1	9,8	8,3
7A	Taux d'établissements d'HAD disposant d'une astreinte médicale ou ayant formalisé un recours à un avis médical H24 et 7/7	.	.	100,0	100,0	100,0
7B	Part des séjours en HAD couverts par une astreinte médicale ou un recours formalisé à un avis médical H24 et 7/7	.	.	100,0	100,0	100,0
8A	Taux d'établissements d'HAD disposant d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7	.	.	100,0	100,0	100,0
8B	Part des séjours en HAD couverts par une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7	.	.	100,0	100,0	100,0
9	Taux d'établissements d'HAD mettant en œuvre un dispositif de télésurveillance	.	.	0,0	0,0	0,0

Détail des modes d'entrée / provenance en HAD (en séjours)

	Nombre de séjours					Part en %				
	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015
Transfert court séjour (71)	1 938	2 221	2 379	2 009	1 768	84,5	77,4	56,3	52,6	61,3
Transfert moyen séjour (72)	12	13	27	37	21	0,5	0,5	0,6	1,0	0,7
Sous-total mutation et transfert MCO et SSR (61/62/71/72)	1 950	2 234	2 406	2 046	1 789	85,0	77,9	57,0	53,6	62,1
Transfert long séjour (73)	1	.	17	10	2	0,0	.	0,4	0,3	0,1
Transfert Psychiatrie (74)	.	.	4	1	.	.	.	0,1	0,0	.
Transfert HAD (76)	18	9	2	9	1	0,8	0,3	0,0	0,2	0,0
Domicile (8)	240	530	1 640	1 584	944	10,5	18,5	38,8	41,5	32,8
Structure d'hébergement médico-sociale (87)	62	86	144	151	133	2,7	3,0	3,4	4,0	4,6
Service de soins infirmiers à domicile (88)	23	9	11	15	13	1,0	0,3	0,3	0,4	0,5

Annexe 4 Quelques données sur me virage ambulatoire

Détail des modes de prise en charge PRINCIPAUX (MPP) (en journées)

	Nombre de journées					Part en %				
	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015
09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliq	14 139	16 835	20 243	17 719	17 494	27,0	28,2	31,6	29,6	29,8
14 Soins de nursing lourds	2 848	9 687	9 417	10 317	9 533	5,4	16,2	14,7	17,2	16,3
19 Surveillance de grossesse à risque	1 549	2 904	4 085	4 959	5 129	3,0	4,9	6,4	8,3	8,7
04 Soins palliatifs	11 986	9 557	7 549	5 539	4 444	22,9	16,0	11,8	9,3	7,6
06 Nutrition entérale	2 690	3 098	4 393	3 626	3 821	5,1	5,2	6,9	6,1	6,5
21 Post-partum pathologique	2 652	4 385	4 903	3 017	3 612	5,1	7,3	7,7	5,0	6,5
08 Autres traitements	1 341	1 308	1 690	2 467	2 679	2,6	2,2	2,6	4,1	4,6
02 Nutrition parentérale	1 695	1 282	1 772	1 060	2 291	3,2	2,1	2,8	1,8	3,9
07 Prise en charge de la douleur	2 168	1 028	866	1 604	2 202	4,1	1,7	1,4	2,7	3,8
22 Prise en charge du nouveau-né à risque	50	144	176	856	1 985	0,1	0,2	0,3	1,4	3,4
03 Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	1 664	2 357	2 086	2 015	1 758	3,2	3,9	3,3	3,4	3,0
01 Assistance respiratoire	3 894	2 603	2 009	1 529	1 496	7,4	4,4	3,1	2,6	2,6
10 Post traitement chirurgical	2 736	867	537	336	575	5,2	1,5	0,8	0,6	1,0
20 Retour précoce à domicile après accouchement	1 593	2 260	2 788	3 130	487	3,0	3,8	4,4	5,2	0,8

	Nombre de journées					Part en %				
	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015
05 Chimiothérapie anticancéreuse	154	343	90	255	414	0,3	0,6	0,1	0,4	0,7
13 Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	525	642	585	580	191	1,0	1,1	0,9	1,0	0,3
15 Education du patient et de son entourage	208	189	348	398	179	0,4	0,3	0,5	0,7	0,3
11 Rééducation orthopédique	301	132	278	234	147	0,6	0,2	0,4	0,4	0,3
24 Surveillance d'aplasie	49	40	75	32	6	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
17 Surveillance de radiothérapie	3	33	6	101	5	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0
12 Rééducation neurologique	81	42	89	46	.	0,2	0,1	0,1	0,1	.
Total	52 326	59 736	63 985	59 820	58 648	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Annexe 5 Etablissements de santé (ES)

Données 2016 & 2013 - source SAE (via DIAMANT & statiss)

	Evolution du nombre de lits en % (période : 1er janvier 2016 par rapport au 1er janvier 2013)					Evolution du nombre de places en % (période : 1er janvier 2016 par rapport au 1er janvier 2013)				
	médecine	chirurgie	obstétrique	sous total MCO	SSR	médecine	chirurgie	obstétrique	sous total MCO	SSR
Total Cher	-0,19%	-5,29%	-7,69%	-2,87%	3,13%	10,00%	37,50%	9,09%	24,72%	37,50%
Total Eure et Loire	2,11%	-12,71%	-3,10%	-2,17%	-1,06%	25,00%	16,92%	0,00%	19,57%	0,00%
Total Indre	5,15%	-9,30%	3,92%	0,45%	12,62%	-2,78%	-4,35%	0,00%	-3,57%	100,00%
Total Indre et Loire	7,92%	-17,08%	-12,61%	-4,10%	2,57%	-13,16%	-5,98%	13,64%	-7,19%	0,00%
Total Loir et Cher	1,52%	-11,46%	-2,04%	-3,28%	16,67%	-13,04%	-8,06%	-71,43%	-13,91%	120,00%
Total Loiret	10,45%	-7,77%	2,15%	3,08%	7,24%	-5,60%	4,05%	20,00%	0,69%	27,12%
Total région Centre-Val de Loire	5,54%	-11,52%	-4,18%	-1,37%	6,16%	-2,41%	3,07%	3,03%	0,87%	26,70%

**GLOSSAIRE DES SIGLES UTILISES DANS LE PROGRAMME TERRITORIAL DE
SANTÉ DU LOIRET**

Sigles	Intitulé
AAH	Allocation adulte handicapé
ACT	Appartements de coordination thérapeutique
ACTP	Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
ALD	Affection longue durée
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
API	Actualisation ponctuelle importante
ARS	Agence régionale de santé
ASPA	Allocation supplémentaire minimum vieillesse
CADA	Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile
CAMSP	Centres d'Action Médico-Social Précoces (0-6 ans)
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la rééducation des risques pour usagers
CAST	Canabis abuse screening test
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CeGIDD	Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections
CHAM	Centre hospitalier de l'agglomération montargoise
CHRO	Centre hospitalier régional d'Orléans
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CLAT	centre de lutte anti tuberculeux
CLIS	Classes pour l'inclusion scolaire
CLS	Contrat local de santé
CLSM	Contrat locaux de santé mentale
CMU-C	Couverture maladie universelle- complémentaire
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CNAMTS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
COS	Cadre d'orientation stratégique
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPEF	Centre de Planification et d'Education Familiale
CSAPA	Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CTS	Conseil territoriaux de santé
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation des Statistiques
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMPP	Equipe mobile psychiatrie précarité
EPCI	Etablissement public de coopération intercommunal
ESA	Equipes spécialisées Alzheimer (SSIAD Alzheimer)
ESAT	Etablissements et services d'aide par le travail
ESCAPAD	Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense
ESMS	Etablissements de santé et médico-sociaux
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FRAPS	Fédération régionale des acteurs en promotion de la santé
GPEC	Gestion Prévisionnelle Emploi et Compétence
HUDA	Hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile
IED	Industrial Emission Directive

IME	Institut médico éducatif
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IST	Infection sexuellement transmissible
ITEP	Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques
IVG	Interruption volontaire de grossesse
JES	Jardins d'enfants spécialisés (PH)
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GIR	Groupe Iso Ressources
MAIA	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
MARPA	Maison d'Accueil Rural pour Personnes Agées
MAS	Maisons d'Accueil Spécialisées
MSP	Maison de santé pluridisciplinaire
ODPS	Office départemental prévention SIDA
ORS	Observatoire régional de la santé
PASS	Permanence d'accès aux soins
PCH	Prestation de compensation du handicap
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PMP	Pathos moyen pondéré
PMSI	Programme Médicalisé du Système d'Information
PFR	Prime/fonction./résultat
PPPI	Parc privé potentiellement indigne
PRADO	Programme d'accompagnement du retour à domicile après hospitalisation
PRAHDA	Programme d'accueil et d'hébergement pour demandeurs d'asile
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus
PRS	Projet régional de santé
PUV	Petite unité de vie
ROR	Répertoire opérationnel des ressources
ROR	Rougeole oreillons rubéole
RSA	Revenu de solidarité active
SAAD	Service d'aide et d'accompagnement à domicile
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SAMSAH	Services d'accompagnement médico social pour personnes adultes handicapées
SESSAD	Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
SPASAD	Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (PH)
SRS	Schéma régional de santé
TAP	Temps d'activité periscolaire
TDS	Territoire de démocratie sanitaire
TED	Troubles envahissants du développement
UDI	Unité de distribution
ULISS	Unité localisée pour l'inclusion scolaire
UHR	Unité d'Hébergement Renforcée
USLD	Unité de soins longue durée
VIH	Virus de l'Immuno-déficience Humaine