

Version du 07072017

Le Diagnostic Territorial Partagé du Cher

Sommaire

Sommaire.....	2
I- Introduction	4
1. Préambule : le projet régional de santé	4
1.1. Composition	4
1.1.1. Le cadre d'orientation stratégique.....	4
1.1.2. Le schéma régional de santé	4
1.1.3. Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies	4
1.2. Calendrier d'élaboration.....	5
2. Modalités d'élaboration du diagnostic régional de santé.....	6
3. Outils pour l'élaboration des diagnostics territoriaux partagés	7
3.1. Documentation	7
3.2. Orientations et travaux existants	8
II - Eléments du diagnostic territorial partagé	9
2.1- Données démographiques	9
2.2-Environnement : niveau d'exposition aux polluants (bruit, ambroisie, radon, pesticides...)	12
2.2.1-Eléments de diagnostic.....	12
2.2.2-Actions prioritaires	16
2.3-État de santé de la population : principales causes de mortalité prématurée (tumeurs malignes, suicides, accidents de la circulation...)	17
2.3.1-Eléments de diagnostic.....	17
2.3.2-Actions prioritaires	19
2.4-État de santé de la population : déterminants des principales causes de mortalités.....	20
2.4.1-Eléments de diagnostic.....	20
2.4.2-Actions prioritaires	23
2.5-État de santé de la population : les principales affections de longue durée (ALD)	24
2.5.1-Eléments de diagnostic.....	24
2.5.2-Actions prioritaires	25
2.6-État de santé de la population : la santé périnatale (mère et enfant)	26
2.6.1-Eléments de diagnostic.....	26
2.6.2-Actions prioritaires	28
2.7-État de santé de la population : le public « jeunes ».....	29
2.7.1-Eléments de diagnostic.....	29
2.7.2-Actions prioritaires	30

2.8-Santé mentale : analyse de la morbidité, de l'offre de soins et de ses ruptures	31
2.8.1-Eléments de diagnostic	31
2.8.2-Priorités d'actions.	35
2.9-La démographie des professionnels de santé	36
2.9.1-Eléments de diagnostic	36
2.9.2-Priorités d'actions	43
III-Conclusion : analyse des forces faiblesses opportunités et menaces du territoire	73
GLOSSAIRE	76

I- Introduction

1. Préambule : le projet régional de santé

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 (articles extraits du code de la Santé Publique).

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 ;

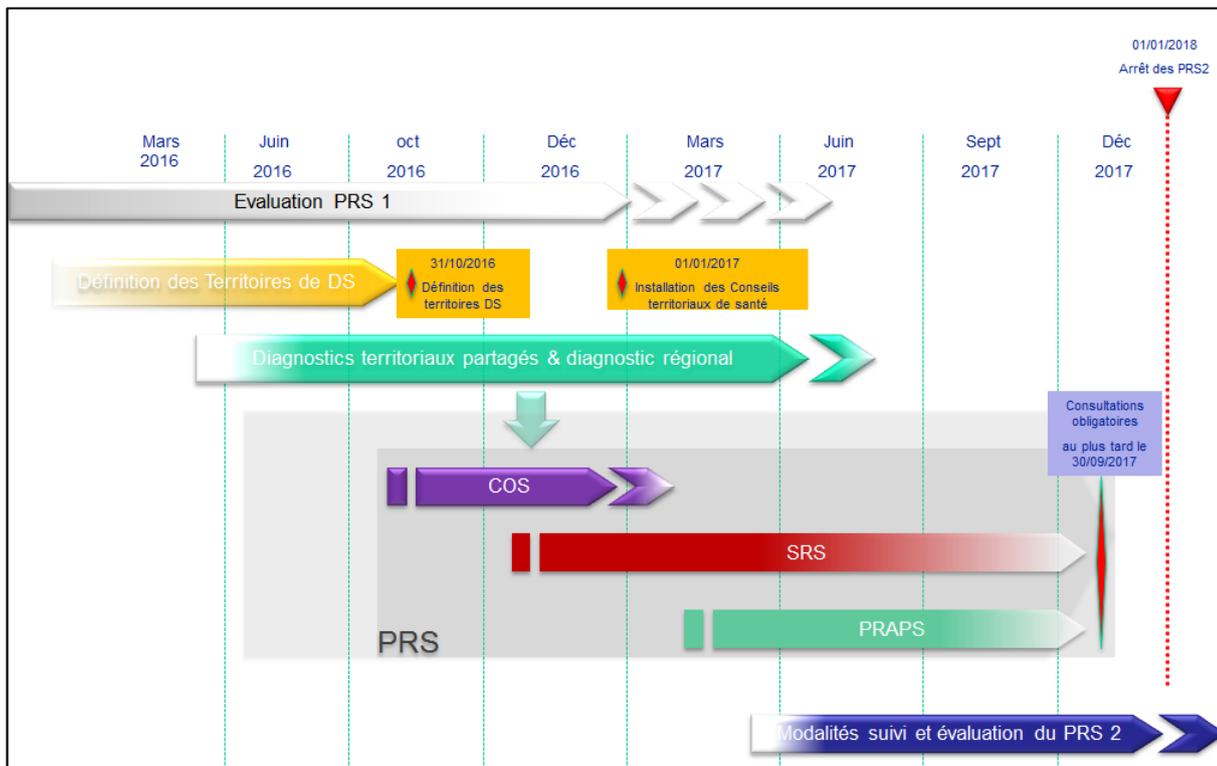
- « 4° Le calendrier de mise en œuvre ;
- « 5° Les modalités de suivi et d'évaluation

1.2. Calendrier d'élaboration

L'élaboration du PRS2 passe par différentes étapes :

- La définition des territoires de démocratie sanitaire (TDS) pour le 31/10/2016 ;
- L'installation des conseils territoriaux de santé (CTS) pour le 01/01/2017 ;
- **L'élaboration des diagnostics territoriaux partagés (DTP) et du diagnostic régional (échéance visée : mars 2017) ;**
- L'élaboration des trois documents 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 :



Calendrier d'élaboration du PRS2

2. Modalités d'élaboration du diagnostic régional de santé

Le diagnostic régional doit être centré sur les spécificités de la région Centre-Val de Loire et permettra de faire des choix pour l'élaboration du PRS. Il ne s'agit pas d'un catalogue exhaustif de données mais de documenter les « intérêts à agir ». En outre, ce diagnostic régional doit intégrer une forte dimension prospective.

Ce diagnostic régional de santé sera, entre autre, basé sur les diagnostics territoriaux partagés élaborés pour chaque département. L'élaboration du diagnostic régional de santé suit les étapes données ci-dessous :

✓ Etape 1 : Elaboration d'un canevas de diagnostic régional

Un canevas de diagnostic régional a été élaboré par une équipe projet interne ARS « PRS2 », équipe composée de collaborateurs du siège et des délégations départementales. Ce diagnostic est déclinable par territoire de démocratie sanitaire c'est-à-dire à l'échelle du département.

Le canevas de diagnostic régional comprend au total 13 « questions » valant intérêt à agir, pré identifiées au regard des données disponibles et des orientations de la direction générale. Ces 13 questions ont été réparties en six catégories :

- **Environnement ;**
- **Etat de santé de la population ;**
- **Santé mentale ;**
- **Démographie des professionnels de santé ;**
- **Offres de soins et d'accompagnement.**

Pour chacune des questions, des indicateurs ont été pré-identifiés. Les inégalités sociales et territoriales de santé sont traitées de façon transversale, avec toutefois un focus spécifique sur la santé mentale.

✓ Etape 2 : Elaboration d'un document martyr « diagnostic territorial partagé »

Un document martyr par délégation départementale est ensuite élaboré sur la base des intérêts à agir identifiés dans le canevas de diagnostic régional.

✓ Etape 3 : Concertations avec les Conseils Territoriaux de Santé (CTS) et les acteurs du territoire sur les diagnostics territoriaux partagés

Les documents martyrs de chaque département ainsi élaborés seront ensuite enrichis par les CTS et les acteurs du territoire.

Une livraison stabilisée est attendue autour du 30 mars 2016. Au-delà, les contributions peuvent continuer et seront nécessaires pour préparer la mise en œuvre et le document définitif jusqu'au 30 juin 2016.

✓ **Etape 4 : Avis des CTS sur les diagnostics territoriaux partagés**

La validation du DTP constitue une exigence réglementaire.

Article 69 de la Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé : « Art L. 3221-2-IV. -Le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale sont arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis des conseils locaux de santé ou des conseils locaux de santé mentale et du conseil territorial de santé mentionné à l'article L. 1434-10. Le diagnostic et le projet territorial de santé mentale peuvent être révisés ou complétés à tout moment. »

✓ **Etape 5 : Elaboration du diagnostic régional partagé**

✓ **Etape 6 : Concertation avec la CRSA et de l'Instance de Co-Construction sur le diagnostic régional partagé**

Le diagnostic régional partagé, basé notamment sur les diagnostics territoriaux partagés, sera également soumis à concertation auprès des membres de la CRSA. En outre, l'Instance de co-construction mise en place par la Directrice Générale est composée des grands décideurs régionaux (Préfecture, Conseil Départementaux, les présidents des commissions de la CRSA et son président) Elle validera les grandes étapes de construction du PRS dont celle du diagnostic régional dès sa finalisation.

3. Outils pour l'élaboration des diagnostics territoriaux partagés

3.1. Documentation

Une liste non exhaustive de documents ou bases de données réalisées ou existantes est dressée ci-après :

- Les inégalités sociales et territoriales de santé Centre-Val de Loire, ORS (2015) ;
- Le diagnostic régional santé environnement, ORS (2016)
- Les bases de données de l'INSEE
- Les données de l'Assurance Maladie
- Les schémas départementaux
- Le précédent Projet Régional de Santé
- Les précédents Programmes Territoriaux de Santé (PTS)
- Les Contrats Locaux de Santé (CLS)
- Projet Régional Santé Environnement (PRSE3)

3.2. Orientations et travaux existants

L'élaboration des diagnostics doit tenir compte des orientations et travaux menés en parallèle.

- **Réorientation de la stratégie de financement des actions de prévention et promotion de la santé (PPS) de l'ARS**

Dans le cadre de cette réorientation, un travail de diagnostic est réalisé pour permettre de dresser les priorités d'actions en prévention et promotion de la santé. Ce diagnostic a vocation à nourrir le diagnostic Territorial Partagé de chaque département. Le diagnostic PPS établi dans ce cadre est disponible en annexe 1.

- **La structuration du futur SRS**

Le futur SRS sera structuré en axes transversaux et en parcours spécifiques.

Axes transversaux et parcours spécifiques du futur SRS

Axes transversaux	Parcours spécifiques
<ul style="list-style-type: none">- Accès au système de santé- Efficience du système de santé- Continuité des parcours de santé	<ul style="list-style-type: none">- Perte d'autonomie – PAERPA- Autisme- Maladies neurodégénératives- Cancer- Santé mentale- Addiction- Handicap

PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

Les parcours spécifiques sont le choix de la direction générale de l'ARS. Le SRS contient des objectifs prioritaires à 5 ans selon des axes transversaux mais également selon des axes spécifiques.

Les parcours spécifiques ont été retenus sur la base des éléments suivants :

- Ils font l'objet d'un plan national et d'objectifs de Santé Publiques nécessitant un suivi particulier ;
- Leur traitement dans ce cadre peut amener un effet de levier important pour le reste du système de santé ;
- Les parcours non traités dans ce cadre continuent à suivre leur cours et leurs problématiques sont traitées dans les axes transversaux ;
- Les parcours spécifiques ne seront traités que sur les aspects ne relevant pas des axes transversaux.

II - Éléments du diagnostic territorial partagé

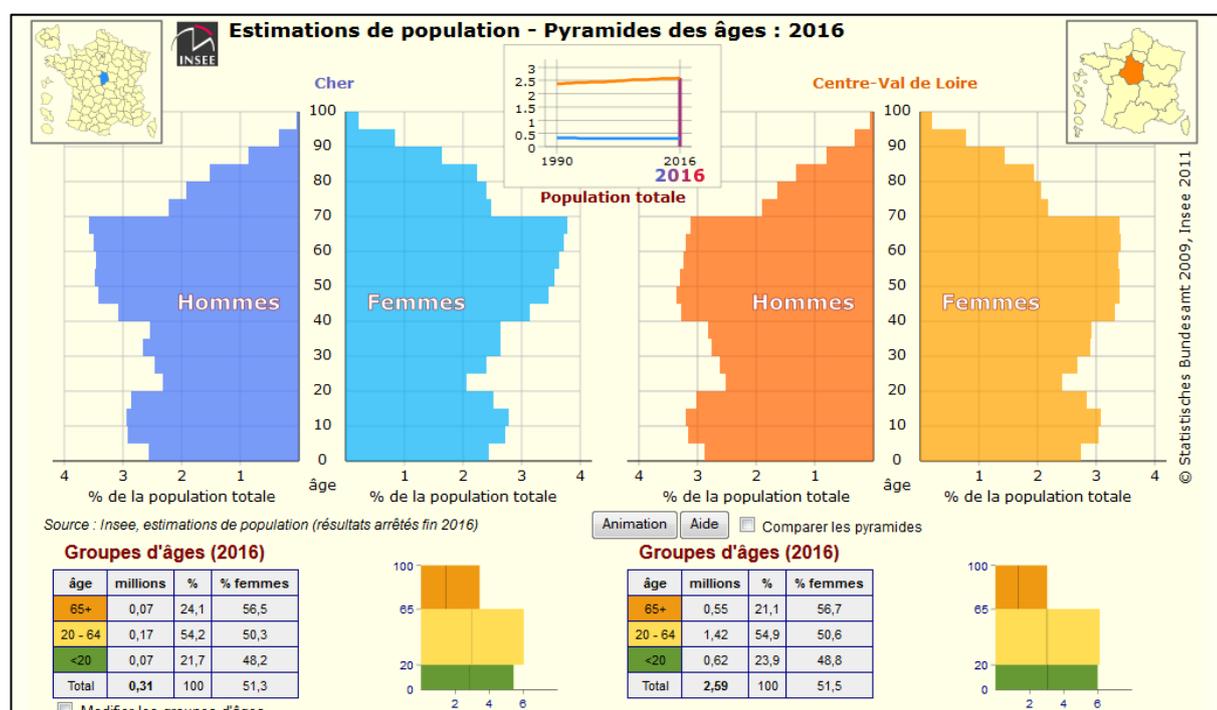
2.1- Données démographiques

- **Données rétrospectives**

La population légale au 1^{er} janvier 2017 dans le Cher est estimée à 318 590.

290 communes sont présentes sur le Cher.

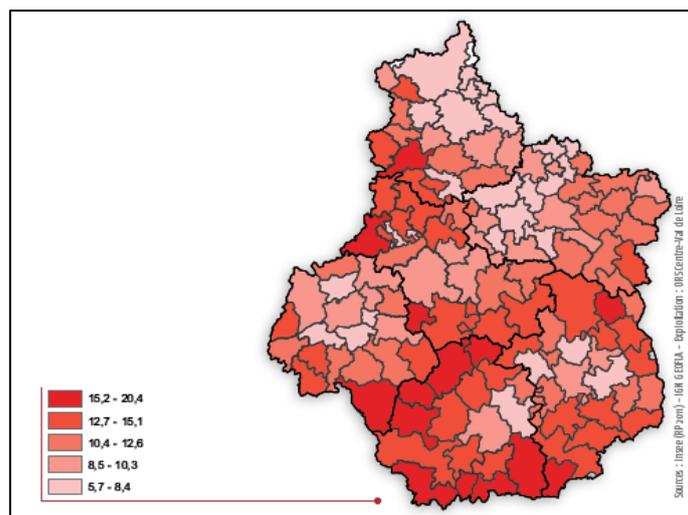
L'estimation de la pyramide des âges de la population dans le Cher et en région Central-Val de Loire en 2016 est donnée ci-dessous.



Pyramide des âges dans le Cher et en région Centre-Val de Loire – Estimations de population en 2016 (INSEE)

La part des « plus de 65 ans » est plus importante dans le Cher (24,1 %) en comparaison de celle du régional (21,1 %) ou encore du national (19 %).

La région Centre-Val de Loire est caractérisée par une population plus âgée par rapport au niveau national. Les personnes de 75 ans et plus se trouvent principalement dans le sud de la Région, dont l'extrême Sud du Cher (page suivante).



Proportions des 75 ans et plus (ORS, 2015)

Au 3^{ème} trimestre 2016, le taux de chômage dans le Cher (10,6 %) est légèrement supérieur à celui de la région Centre-Val de Loire (9,6 %) et de la France métropolitaine (9,7 %).

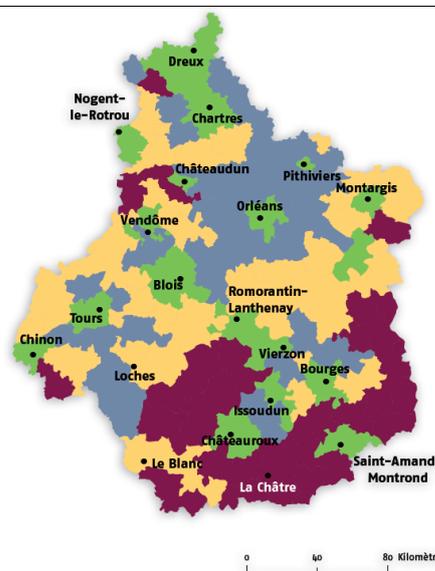
L'étude menée par l'ORS en 2015 met en exergue les inégalités sociales et territoriales de santé de la région et plus particulièrement celles du Cher, tel que le montre la figure ci-dessous. Quatre « classes » ont été définies à l'échelle de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI), également appelé intercommunalité. Un EPCI désigne un regroupement de communautés territoriales (ex. : communauté de communes).

Classe A : 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 : EPCI périurbains, jeunes, socialement favorisés, en sous-mortalité générale et prématurée, morbidité importante pour le cancer du sein

Classe C : EPCI ruraux de faibles revenus, population âgée

Classe D : EPCI ruraux, vieillissants, socialement défavorisés, en surmortalité générale et prématurée, une morbidité importante



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

Le Cher fait parti, avec l'Indre, des deux départements de la Région marqués par de nombreuses intercommunalités de classe D.

- **Données prospectives**

La projection à l'horizon 2040 conduit à une légère augmentation de la population dans le Cher. Une forte hausse de nombre de personnes âgées de « 75 ans et plus » est attendue (+ 20 608 personnes) (INSEE).

Evolution de la population dans le Cher

	2015	2040 (projection)
Population totale	311 768	315 000
Personnes âgées de 75 ans et plus	37 513	58 21

2.2-Environnement : niveau d'exposition aux polluants (bruit, ambroisie, radon, pesticides...)

2.2.1-Eléments de diagnostic

- **Par zones du territoire**

Le diagnostic régional santé environnement établi par l'ORS en 2016 a permis d'identifier les principaux facteurs environnementaux relevés dans le département du Cher.

- Le nord/est du département

Cette partie du territoire est caractérisée par des densités de sites et de sols pollués supérieures au niveau régional. Le parc privé potentiellement indigne (PPPI) est en proportion plus important qu'au niveau régional. Le PPPI est estimé à partir :

- de la catégorie cadastrale du logement. Elle est basée sur la valeur locative cadastrale du logement (loyer annuel théorique que pourrait produire un immeuble bâti ou non bâti, s'il était loué dans des conditions normales) ;
- du revenu fiscal de référence du ménage occupant. Celui-ci est calculé par l'administration à partir du montant des revenus et plus-values retenus pour le calcul de l'impôt, sur le revenu de l'année précédente.

- Le sud du département

L'ambroisie, une plante responsable d'allergie automnale, est très développée dans le sud du département (cf. annexe 2). On retrouve également sur le sud du territoire, des taux de parc privé potentiellement indigne supérieurs au niveau régional. Certaines communes du Sud du département du Cher sont concernées par la présence de radon (cf. annexe 3). Incolore et inodore, le radon est un gaz radioactif d'origine naturelle. Il est la deuxième cause de cancer du poumon en France, après le tabac et serait responsable de 1 200 à 3 000 décès par an.

- La Champagne berrichonne

Les principales nuisances relevées en Champagne berrichonne sont des densités de sites et de sols pollués et des densités d'installations soumises à la directive IED (Industrial Emission Directive) supérieures aux moyennes régionales. La berce du Caucase est également présente sur ce secteur dans la vallée de la Théols et dans une moindre mesure sur l'Arnon. La berce du Caucase est une plante exotique toxique. Sa sève contient des toxines qui sont activées par la lumière. Le contact avec la sève de cette plante, combiné avec l'exposition à la lumière, cause de la douleur et des lésions à la peau semblables à des brûlures.

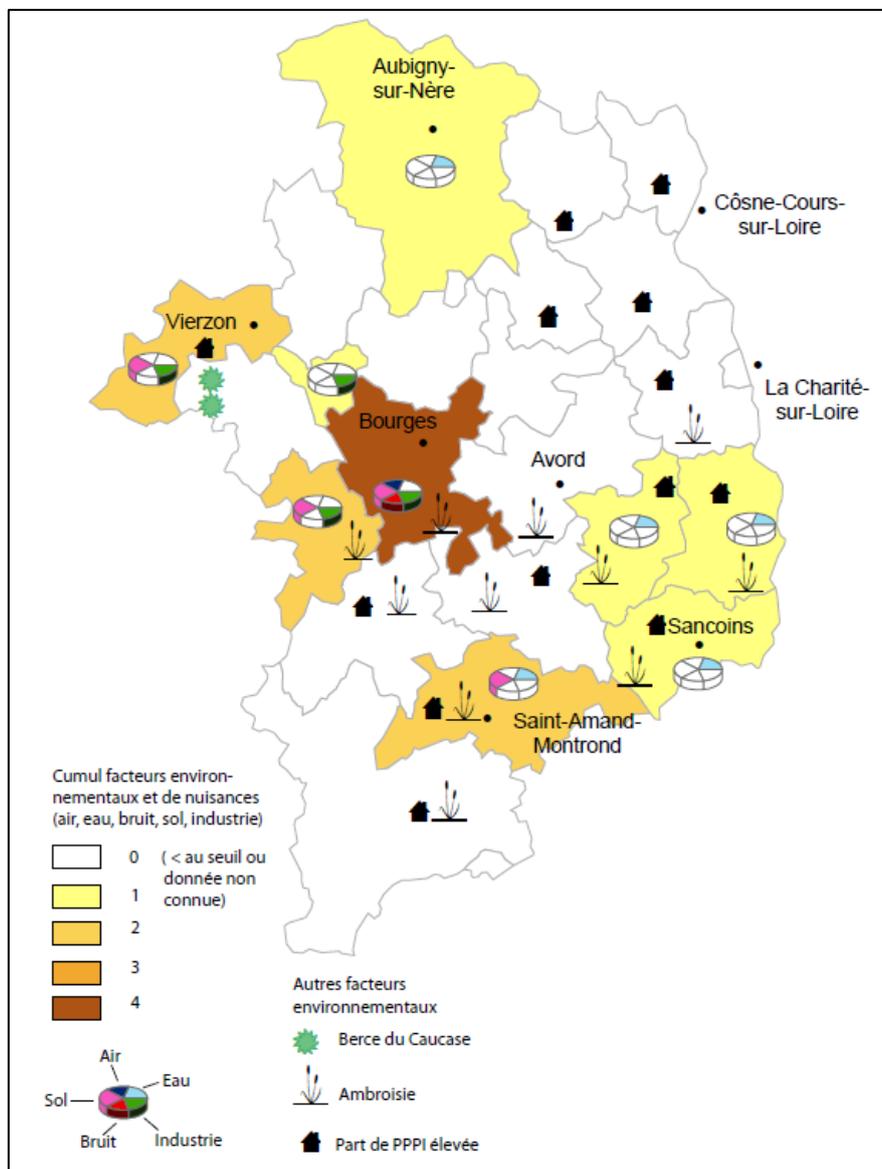
- Le cas particulier de Bourges Plus

L'agglomération cumule le plus grand nombre de sources de nuisances et de pollutions du département. On retrouve sur ce territoire :

- une plus forte densité d'installations classées IED qu'au niveau régional ;

- les plus fortes moyennes annuelles en PM10 et NO2 du département. Les PM10 pour « Particule Matter » désignent les particules en suspension dans l'air dont le diamètre est inférieur à 10 µm (6 à 8 fois plus petites que l'épaisseur d'un cheveu) et qui pénètrent dans l'appareil respiratoire, pouvant de ce fait induire des effets sur la santé (respiratoires ou cardiovasculaires). Les PM10 proviennent notamment de rejets directs dans l'atmosphère d'activités domestiques, d'entreprises, du trafic routier, Le NO2 ou dioxyde d'azote provient quant à lui de l'oxydation du monoxyde d'azote rejeté dans l'atmosphère par l'ozone. Une partie est également émise telle qu'elle dans l'atmosphère. Les oxydes d'azote apparaissent dans toutes les combustions, à haute température, de combustibles fossiles (charbon, fuel, pétrole,...). Le NO2 est un gaz irritant pour les bronches ;
- le plus grand nombre de population exposée à un bruit lié au trafic routier.

La carte du cumul de facteurs environnementaux et de nuisances dans le Cher est donnée ci-après. La carte du parc privé potentiellement indigne (PPPI) en Région Centre-Val de Loire est donnée ci-dessous.



Cumul des facteurs environnementaux et de nuisances (ORS, 2016)

- **Thématiques particulières**

Agriculture et usage de pesticides

Le Cher est un département agricole : 59 % de la surface départementale, soit 465 000 hectares, sont consacrés à cette activité. On compte plus de 3 000 exploitations agricoles. Si leur nombre est en diminution constante (moins de 25% depuis 15 ans), la surface exploitée augmente. Entre 2000 et 2010, la surface agricole utilisée a augmenté de 31 %.

L'annexe 5 permet de visualiser la répartition des cultures dans le Cher. Les grandes cultures céréalières, prépondérantes dans le département (39% des exploitations), sont localisées surtout dans la Champagne berrichonne et le nord.

Le département bénéficie également d'un secteur viticole qui s'étend sur plus de 4 100 hectares : Sancerre (80% du vignoble du Cher), Menetou-Salon, Quincy, Reuilly et Châteaumeillant. Le sud du département est spécialisé dans les polycultures et élevages (notamment bovin). L'arboriculture est quant à elle localisée dans le secteur de Saint-Martin-d'Auxigny.

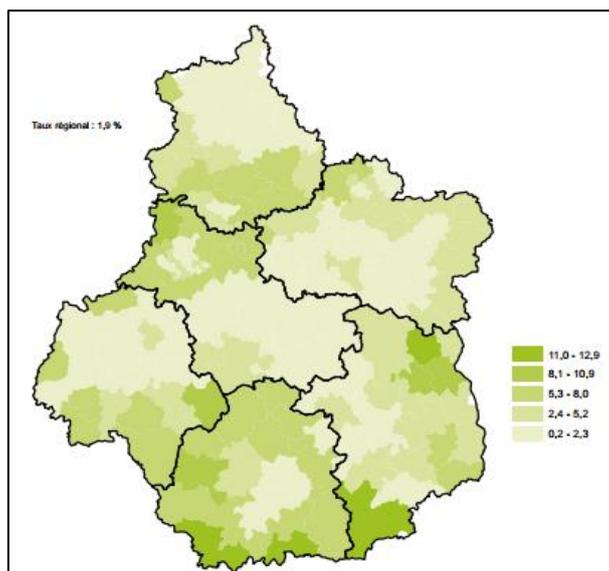
Dans le cadre du PRSE, l'association Lig'Air s'est engagée à suivre les principaux pesticides dans l'air ambiant et a mis en place, en plusieurs lieux de la Région Centre-Val de Loire, une surveillance annuelle à partir de 2006.

Dans ce cadre, une campagne de mesures de pesticides dans l'air ambiant de cinq villes de la Région, dont Saint-Martin d'Auxigny, a été réalisée par Lig'Air en 2015. Au total, 30 prélèvements hebdomadaires ont été réalisés entre mars et octobre 2015 sur chacun des cinq sites étudiés. Cette campagne a permis la détection de 25 pesticides (8 fongicides, 13 herbicides et 4 insecticides) dans l'air ambiant soit près de 41 % des molécules recherchées. A Saint-Martin d'Auxigny, 12 molécules ont été identifiées, parmi lesquelles la S-métolachlore (herbicide) et le pendiméthaline (herbicide), ont été largement détectés (respectivement 7 et 10 fois) au printemps. Une étude de ces deux molécules a permis de montrer que ces substances peuvent provoquer une allergie cutanée (sources ECHA¹).

Malgré ce suivi environnemental annuel établi par Lig'Air, les connaissances sur l'exposition environnementale, dans l'air, aux pesticides à l'échelle du département sont à ce jour peu nombreuses. Parmi les priorités d'actions identifiées dans le PRSE3, une action spécifique sur l'amélioration des connaissances dans ce domaine a été inscrite.

A titre informatif, la figure suivante permet de visualiser le nombre d'agriculteurs-exploitants pour 100 personnes actives. Le Sud du Cher compte une forte proportion d'agriculteurs : 11 à 12,9 % des actifs.

¹ ECHA = European Chemicals Agency (Agence européenne des produits chimiques)



Nombre d'agriculteurs-exploitants pour 100 personnes actives ayant un emploi en 2013 (OSCARD, 2016)

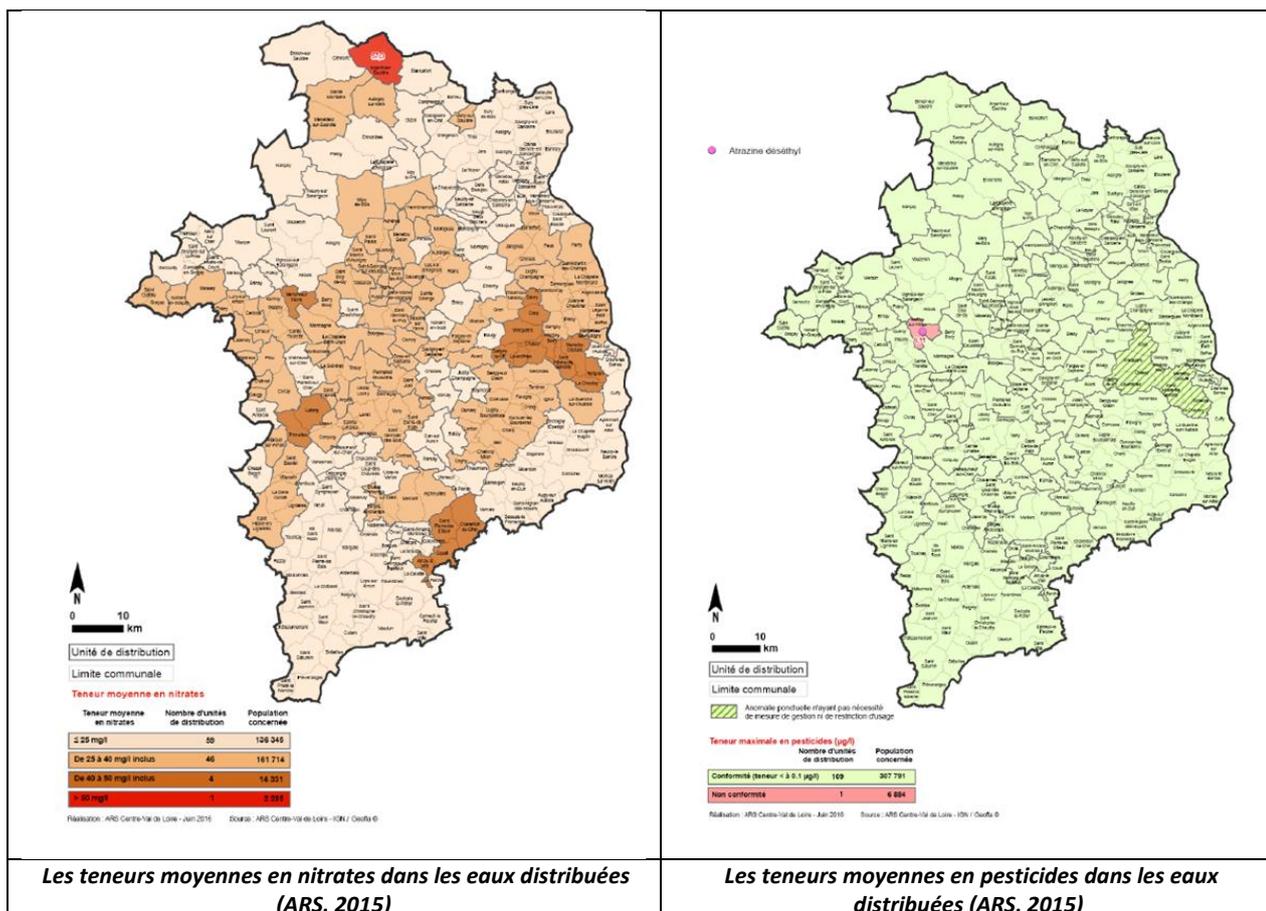
Eau potable

Le département du Cher est divisé en 110 unités de distribution d'eau potable (UDI). Une UDI correspond à un territoire, avec ses installations d'alimentation en eau potable au sein duquel la qualité de l'eau est homogène et géré par une seule unité de gestion. La qualité de l'eau est globalement bonne dans le Cher. Seules cinq unités de distribution du département sont concernées par des problématiques de qualité :

- la commune d'Argent sur Sauldre et celle de Mehun sur Yèvre, distribuent actuellement une eau dont la teneur en nitrates dépasse, pour la première, et approche, pour la seconde, la limite de qualité
- la commune de Marseilles les Aubigny, le syndicat intercommunal d'alimentation en eau potable (SIAEP) de Presly-Ennordres, et une partie du SIAEP de Nérondes présentent une qualité d'eau fluctuante et à la limite de la conformité pour les pesticides.

Le département dispose actuellement de 74 captages en service. Au 1^{er} janvier 2017, seulement 44 des 74 captages alimentant le département disposent d'une protection réglementaire (périmètre de protection de captage « PPC »).

Par ailleurs, de trop nombreuses unités de distribution, si elles peuvent ne pas rencontrer de problèmes chroniques de pénurie d'eau, sont tributaires d'une unique ressource, sans solution de secours. Au 31 décembre 2015, 45 UDI sur 111 disposaient d'une alimentation de secours.



2.2.2-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 Cher, croisés avec les priorités d'actions du PRSE3, permettent d'identifier les priorités d'actions suivantes sur le département du Cher :

- l'habitat indigne ;
- les risques et les impacts des espèces végétales : ambrosie et berce du Caucase ;
- les périmètres de protection de captages et également la sécurisation de l'alimentation en eau potable ;
- l'usage des pesticides conformément aux actions prioritaires du PRSE3 : amélioration des connaissances des pesticides dans l'air intérieur et surveillance de la contamination de l'air extérieur par les pesticides.

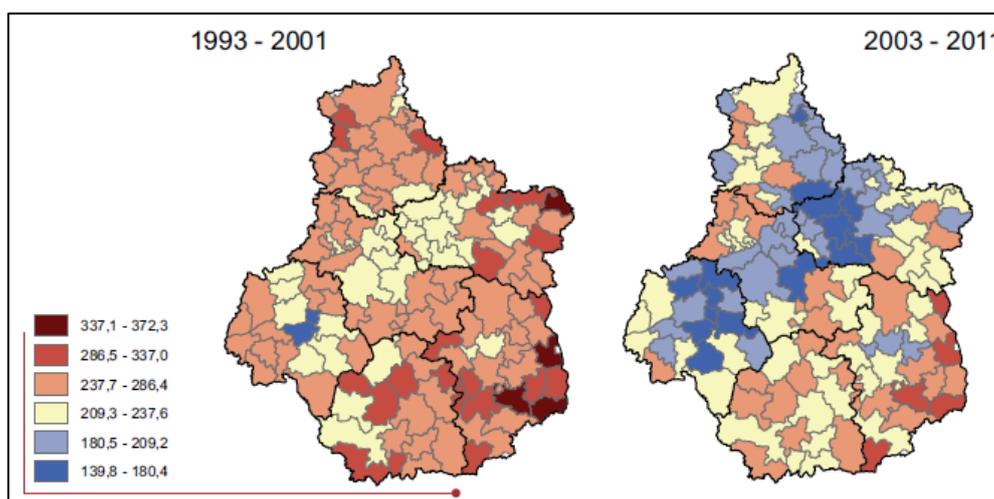
2.3-État de santé de la population : principales causes de mortalité prématurée (tumeurs malignes, suicides, accidents de la circulation...)

2.3.1-Éléments de diagnostic

- **Mortalité prématurée**

Pour le Cher, le taux standardisé de mortalité prématurée est de 242,7 pour 100 000 habitants pour la période [2003-2011]. La mortalité prématurée est plus marquée dans le Sud-Est et l'Est du département. Ce taux était de 271,5 pour 100 000 habitants pour la période [1993-2001] soit une baisse de - 10,6 %.

Pour la Région Centre-Val de Loire, la baisse entre les deux périodes est de -15,7 %.



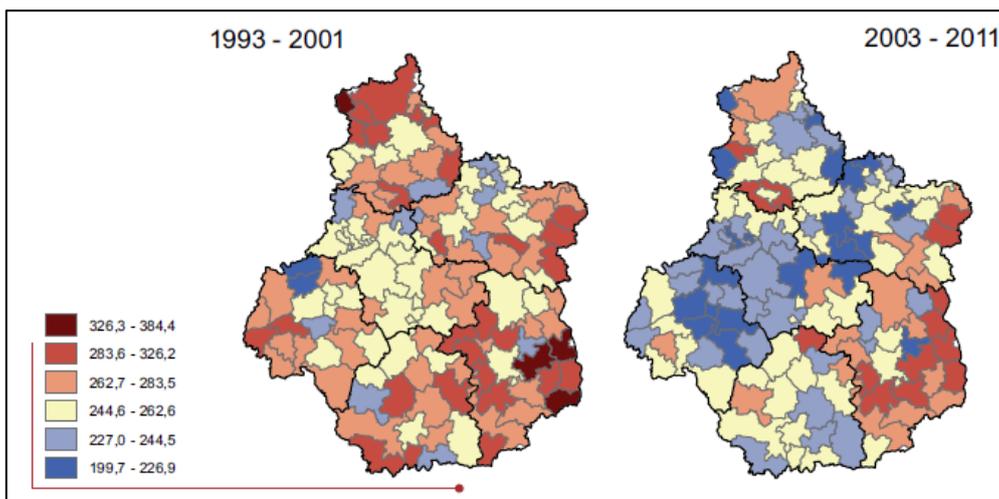
Taux standardisés de mortalité prématurée pour 100 000 habitants (ORS, 2015)

Les deux grandes causes de décès de la Région sont :

- La mortalité par cancer ;
- La mortalité par maladies de l'appareil circulatoire.

- **Mortalité par cancer**

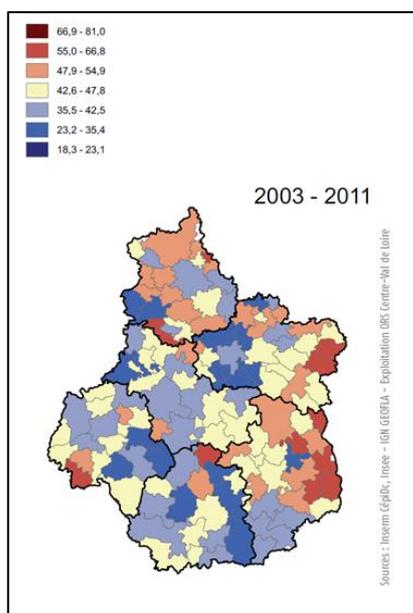
Dans le Cher, le taux standardisé de mortalité par cancer pour 100 000 habitants est de 267,9 habitants sur la période [2003-2011] soit une réduction de 5 % par rapport à la période [1993-2001]. Cette diminution est moins importante lorsqu'elle est comparée à la Région (-8,9 %) et à la France métropolitaine (-12,3%). La mortalité par cancer est là encore plus marquée dans le Sud-Est et l'Est du département.



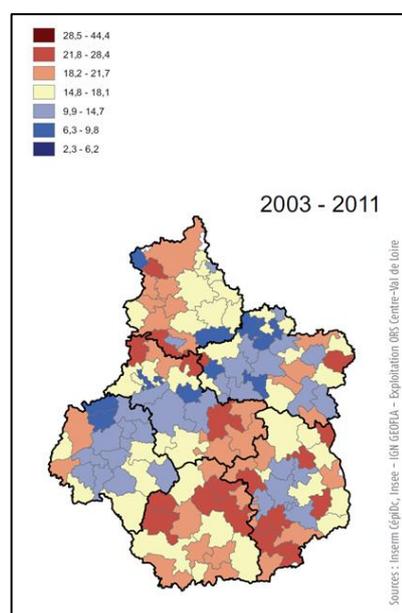
Taux standardisés de mortalité par cancer pour 100 000 habitants (ORS, 2015)

Alors qu'une réduction du taux d'évolution de la mortalité par **cancer de la trachée, des bronches et du poumon** est constatée en France métropolitaine (-0,5 %), une forte augmentation est observée dans le Cher (+13,8 %) avec 47,3 décès prématurés pour 100 000 habitants sur la période [2003-2011].

Le pays Loire-val d'Aubois (Est du département), présente un fort taux de mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon alors que le pays Berry-Saint-Amandois (Sud du département) est quant à lui touché par une mortalité importante par cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS).



Taux standardisés de mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon pour 100 000 habitants (ORS, 2015)



Taux standardisés de mortalité par cancer des voies aéro-digestives pour 100 000 habitants (ORS, 2015)

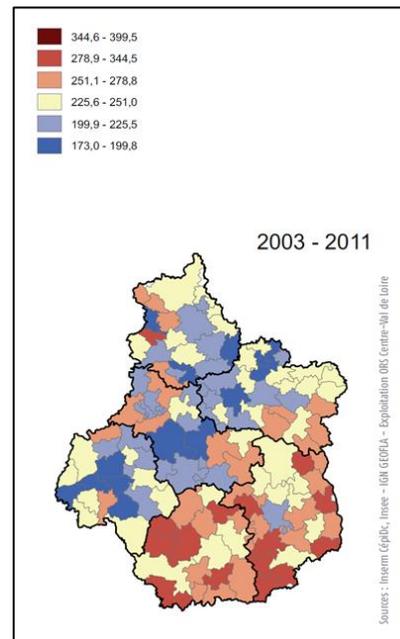
Le département du Cher est concerné par la plus forte mortalité par **cancer du côlon-rectum** parmi les six départements de la Région avec 30,5 décès pour 100 000 habitants sur la période [2003-2001] (26,4 décès pour 100 000 habitants pour la Région).

- **La mortalité par maladies de l'appareil circulatoire**

La mortalité par maladies de l'appareil circulatoire (accidents vasculaires cérébraux, les infarctus du myocarde ou encore les dissections de l'aorte) est plus importante dans le Cher et l'Indre, en comparaison aux autres départements de la Région et à la moyenne nationale.

Le taux standardisé de mortalité dans le Cher est de 252,9 pour 100 000 habitants sur la période [2003-2011] pour 225,2 en Région et 230,0 en France hexagonale.

On constate néanmoins une diminution du taux (-25,0 %) dans le Cher entre la période [1993-2001] et la période [2003-2011].



Taux standardisés de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire pour 100 000 habitants (ORS, 2015)

2.3.2-Actions prioritaires

Le Sud et l'Est du Cher sont particulièrement concernés par des décès prématurés pour lesquels les causes identifiées sont :

- Le cancer de la trachée, des bronches et du poumon (plus particulièrement à l'Est) ;
- Le cancer des voies aérodigestives (plus particulièrement dans le Sud) ;
- Les maladies de l'appareil circulatoire (plus particulièrement dans le Sud et à l'Est).

Ainsi, des actions ciblées sur ces territoires, pour ces causes, apparaissent prioritaires.

2.4-État de santé de la population : déterminants des principales causes de mortalités

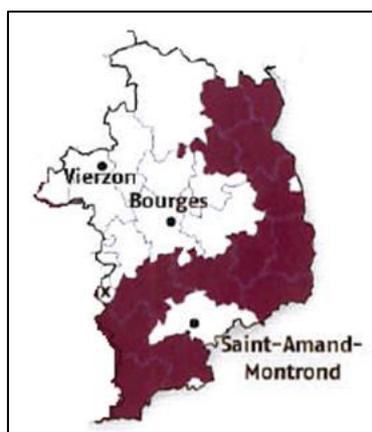
2.4.1-Eléments de diagnostic

Définition d'un déterminant de santé :

En santé publique, un déterminant de santé est un facteur qui influence l'état de santé d'une population, soit de façon isolée, soit en association avec d'autres facteurs. Il peut s'agir de facteurs individuels (âge, sexe, patrimoine génétique, comportement, ...), socio-économiques (accès au logement, à l'emploi, à la culture, à l'éducation, ...), environnementaux (qualité de l'air, de l'eau, de l'environnement sonore, ...), politiques (urbaines, habitat, transport, emploi, ...).

- **Inégalités Sociales et Territoriales de Santé : Zoom sur la classe D (Sud et Est du Cher)**

Le Cher fait parti avec l'Indre, des deux départements de la Région marqués par de nombreuses intercommunalités de classe D.



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

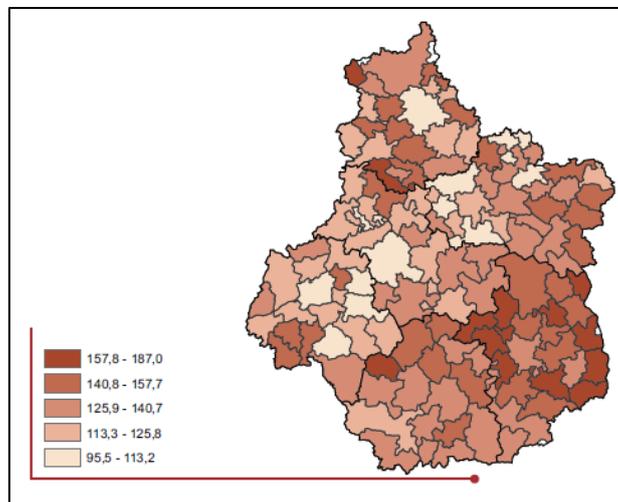
Les intercommunalités de classe D concernent des territoires ruraux, peu densément peuplés dont la population est vieillissante. Au regard des catégories socioprofessionnelles, les parts d'agriculteurs et d'artisans sont plus importantes qu'en moyenne en Région et inversement, celles des cadres et des professions intermédiaires y sont plus faibles. Ces territoires sont marqués par un fort taux d'inactivité et, parmi les actifs, beaucoup sont à la recherche d'un emploi. Les EPCI de cette classe présentent une surmortalité générale et prématurée, notamment par maladie cardiovasculaire, par cancer, par consommation excessive d'alcool et de tabac, ou encore par morts violentes, dont les suicides. Le suicide concerne plus particulièrement l'extrême sud du Cher.

- **Mortalité par pathologies liées au tabac**

La mortalité liée au tabac comprend parmi les causes initiales, les mortalités par cardiopathies ischémiques et par cancer de la trachée, des bronches et du poumon ainsi que les causes initiales, associées et de co-morbidités de la mortalité par bronchopneumopathies chroniques obstructives.

La représentation cartographique montre une mortalité plus importante dans le Sud de la Région notamment dans les EPCI du département du Cher.

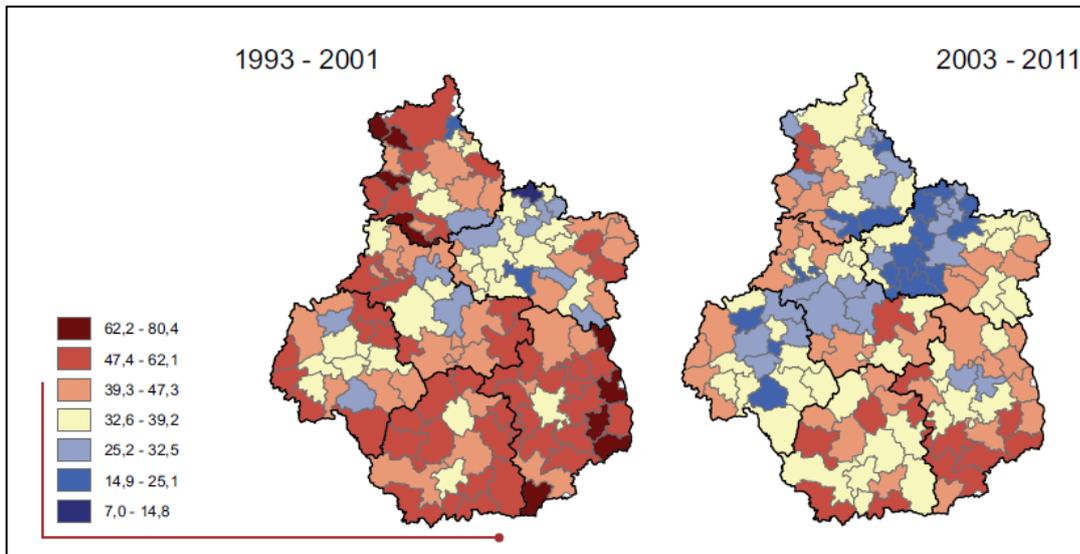
Le taux standardisé de mortalité par pathologies liées au tabac est de 151,8 pour 100 000 habitants dans le Cher, soit le plus élevé parmi les départements de la région pour la période [2003-2011] (127,6 dans la Région).



Taux standardisés de mortalité par pathologies liées au tabac pour 100 000 habitants sur la période [2003-2011] (ORS, 2015)

- **Mortalité par consommation excessive d'alcool**

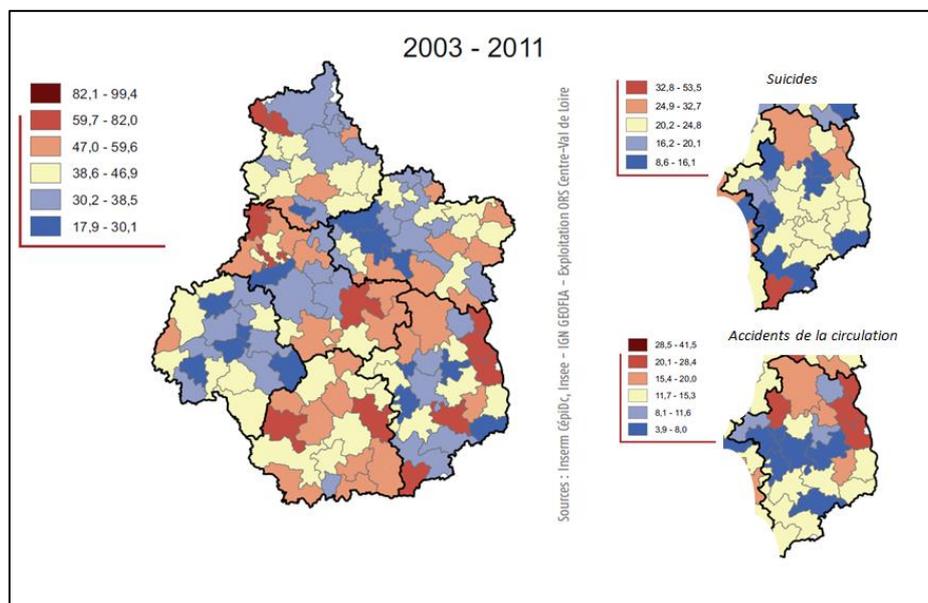
Les pathologies prises en compte sont les tumeurs de la lèvre, de la cavité buccale, du pharynx, du larynx et de l'œsophage, les cirrhoses du foie et les psychoses alcooliques. Le taux standardisé de mortalité par consommation excessive d'alcool est de 41,2 pour 100 000 habitants dans le Cher sur la période [2003-2011] (34,3 dans la Région), soit le plus élevé parmi les départements de la région malgré une diminution par rapport à la période [1993-2001] (-16,1 %).



Taux standardisés de mortalité par consommation excessive d'alcool pour 100 000 habitants (ORS, 2015)

- **Mortalité par des causes extérieures de traumatismes et empoisonnements**

Les causes extérieures de traumatismes et empoisonnements regroupent les décès par accidents tels que ceux de la circulation, de la vie courante, les noyades, les lésions auto-infligées comme les suicides, les agressions, etc.



Taux standardisés de mortalité prématurée par causes extérieures de traumatismes et empoisonnements pour 100 000 habitants et zoom sur les suicides et les accidents de la circulation sur le Cher pour la période [2003-2011] (ORS, 2015)

Sur la période [2003-2011], le Cher présente le taux standardisé de mortalité le plus élevé de la Région : 69,8 pour 100 000 habitants (63,8 pour la Région et 59,6 pour le France hexagonale). L'extrême Sud et l'Est du département sont particulièrement concernés. Alors qu'une mortalité par suicide est plus marquée à l'extrême Sud du département, les accidents de la circulation concernent davantage l'Est et le Nord.

2.4.2-Actions prioritaires

Au regard des éléments énoncés précédemment, deux zones du Cher apparaissent prioritaires : le Sud et l'Est du Cher. Leurs principales caractéristiques et les principaux déterminants comportementaux et environnementaux identifiés sont recensés dans le tableau suivant :

Principaux déterminants de santé identifiés dans les zones "prioritaires" du Cher

Territoires prioritaires	Sud	Est
Caractéristiques démographiques	<ul style="list-style-type: none">- Territoires ruraux- Peu densément peuplés- Population vieillissante- Part plus importante d'agriculteurs et d'artisans- Fort taux d'inactivité	
Déterminants de santé liés au mode de vie	<ul style="list-style-type: none">- Alcool- Suicide	<ul style="list-style-type: none">- Tabac- Alcool- Accident de la circulation
Déterminants de santé liés à l'environnement	<ul style="list-style-type: none">- Ambroisie-Habitat potentiellement indigne- Radon- Pesticides	<ul style="list-style-type: none">- Ambroisie- Habitat potentiellement indigne- Pesticides

2.5-État de santé de la population : les principales affections de longue durée (ALD)

2.5.1-Eléments de diagnostic

- **Principales affections de longue durée**

Les cinq principales affections de longue durée (ALD) du Cher sont recensées dans le tableau suivant (CNAMTS-DSES).

Cinq principales ALD du Cher	Effectifs des personnes prises en charge pour ALD pour le régime général en 2015	Rang régional
Diabète de type 1 et diabète de type 2	14 490	1
Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	10 480	2
Maladie coronaire	7 680	3
Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves	5 510	5
Affections psychiatriques de longue durée	5 370	4

Parmi les différentes ALD étudiées par l'ORS, les cinq ALD suivantes présentent des taux standardisés de nouvelles admissions supérieurs dans le Cher, par rapport à ceux de Région (les taux sont donnés pour 100 000 habitants sur la période 2010-2013) :

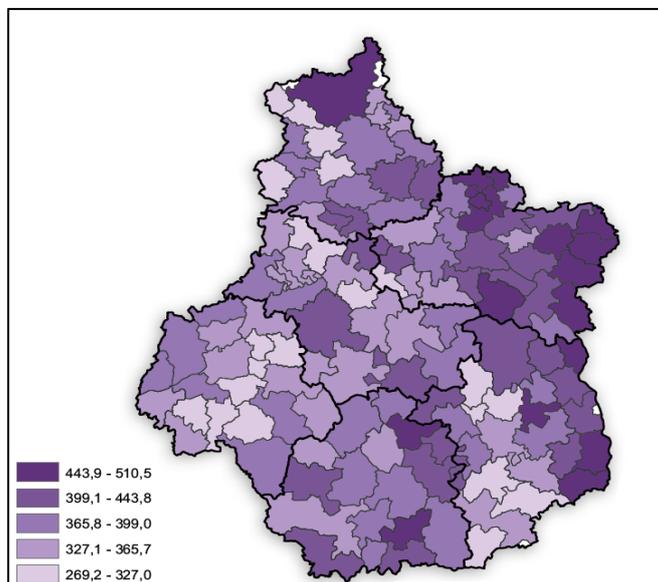
- Tumeurs malignes (514,6 Cher – 498,0 Région) ;
- Cancer du côlon-rectum (56,3 Cher – 52,6 Région) ;
- Cancer du poumon (46,7 Cher – 41,2 Région) ;
- Cancer de la prostate (154,6 Cher – 140,4 Région) ;
- Affections psychiatriques (155,6 Cher – 177,1 Région).

Parmi les ALD référencées par l'ORS, seules les suivantes conduisent à un taux inférieur dans le Cher par rapport à la Région (les taux sont donnés pour 100 000 habitants sur la période 2010-2013) :

- diabète type 1 et 2 (370,4 Cher versus 380,3 Région) ;
- cancer du sein (173,7 Cher – 182,4 Région) ;
- maladie d'Alzheimer et autres démences (pour les 65 ans et plus : 554,4 Cher versus 558,7 Région) ;
- insuffisance respiratoire chronique grave (39,6 Cher – 65,4 Région).

- **Zoom sur la 1^{ère} ALD du Cher : le diabète de types I et II**

La figure suivante présente les taux standardisés de nouvelles admissions ALD pour diabète de types 1 et 2 pour 100 000 habitants. L'Est du département est plus particulièrement concerné.



Taux standardisés 2010-2013 -ORS, 2015.

2.5.2-Actions prioritaires

La principale cause de morbidité identifiée dans le Cher est le diabète de type 1 et de type 2, particulièrement dans l'Est du département. Ainsi, la réduction de la prévalence du diabète est à inscrire parmi les actions prioritaires.

2.6-État de santé de la population : la santé périnatale (mère et enfant)

2.6.1-Eléments de diagnostic

-En 2013, le taux de natalité dans le Cher était de 10.1‰ pour 1000 habitants (11,3 dans la Région et 12,2 en France) (source CNSA).

Le taux de fécondité est de 51.3‰ dans le Cher contre 55.2‰ pour l'ensemble de la région Centre-Val de Loire (données 2013).

Le taux de fécondité et le taux de natalité sont inférieurs à ceux de la région Centre.

-En 2015, 2 532 accouchements ont été enregistrés dans le Cher dans les 4 établissements de santé habilités. Le nombre d'accouchements en établissements varie de 1319 au CH de Bourges à 389 au CH de St Amand. Le CH De Vierzon enregistre 484 accouchements en 2016.

Le nombre d'accouchements du Cher représente 9.5% des accouchements de la région Centre en 2015 soit le même chiffre qu'en 2012.

-Le nombre total d'IVG a diminué de près de 3% sur l'ensemble de la Région depuis 2012. En 2015, 5 783 IVG ont été pratiqués dans les établissements publics et privés de la Région.

Le nombre global d'IVG dans le Cher représente 12.3% des IVG de la région en moyenne pour les années 2014/2015.

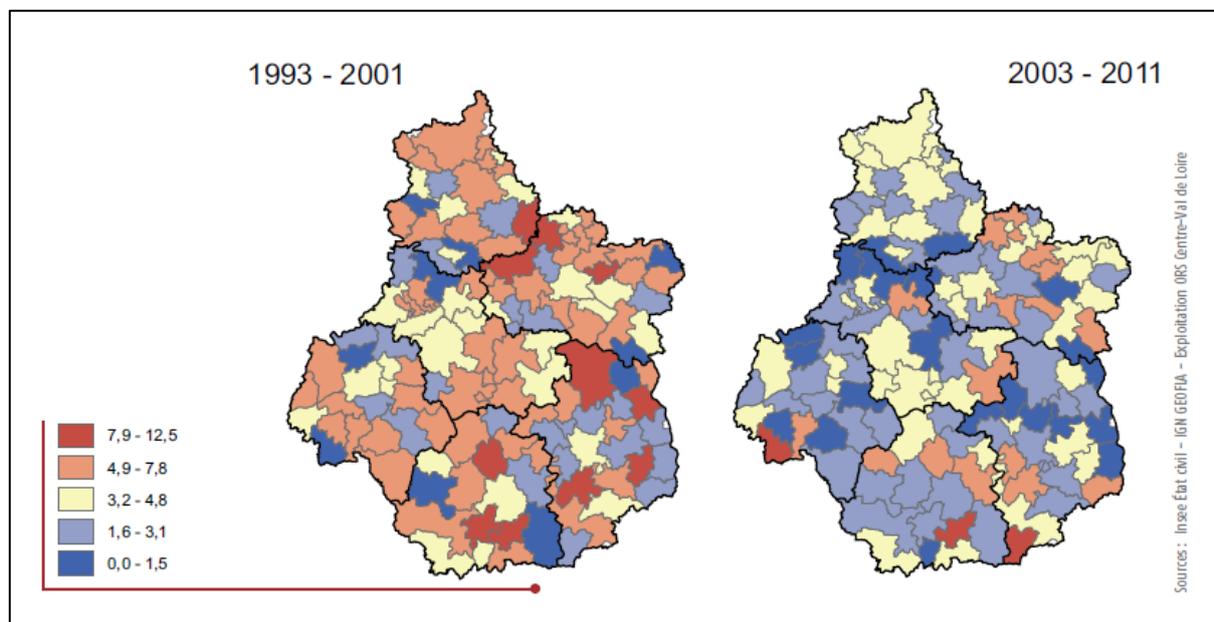
Depuis les années 2000, la part des IVG par voie médicamenteuse a progressé au niveau régional (+ 22 points en 15 ans) avec une proportion qui s'est inversée entre les IVG instrumentales au bénéfice des IVG par voie médicamenteuse.

Le nombre d'IVG par voie médicamenteuse (IVGM) dans le Cher sur la même période représente 13.35% des IVGM de la région.

Le taux d'IVGM sur le nombre total d'IVG est de 67% en moyenne dans le Cher pour un taux régional de 61.5%.(source SAE)

Une seule convention est signée dans le Cher entre les médecins libéraux et les établissements de santé pour la réalisation des IVG par voie médicamenteuse en cabinet.

-Le taux de mortalité infantile reste faible dans le département, à l'exception de l'extrême Sud du Cher, pour lequel une augmentation a été constatée entre la période [1993-2001] et la période [2003-2011]. Le département du Cher enregistre le taux de mortalité infantile le plus faible de la Région sur la période [2003-2011] (2,4 ‰).



Taux de mortalité infantile (en ‰) (ORS, 2015)

-une convention quadripartite a été signée en 2010, dans le département du Cher portée par la CPAM, le Conseil départemental, les syndicats des pharmaciens et l'association des laboratoires de biologie médicale ainsi que le cabinet d'anatomie et de Cytologie pathologiques du Cher. Cette convention a pour objectif de valoriser le partenariat entre les acteurs locaux en matière de planification ou d'éducation familiale afin de répondre aux besoins :

- d'accessibilité à la contraception, de prises en charge des diagnostics des IST et de leurs thérapeutiques par l'Assurance Maladie, dans les Centres de planification de la Région
- du public : mineurs, 16-25 ans, personnes en difficultés sociales.

Elle concourt à faciliter la réalisation des prestations spécifiques des CPEF du Cher. Ces prestations, par les dispositifs législatifs qui les régissent, doivent répondre à des modalités de gratuité, d'anonymat, sous le secret, sans autorisation parentale.

Les forces du département en matière de périnatalité :

- existence d'une plateforme téléphonique régionale IVG-Contraception
- existence d'une convention quadripartite
- la présence de quatre maternités réparties du nord au sud pour 12.25% de la population de la région Centre
- la prise en compte de cette thématique dans les contrats locaux de santé
- la prise en compte de la filière Gynécologie, obstétrique, pédiatrie dans le GHT
- la disponibilité des deux techniques d'IVG dans les établissements de santé du Cher

Les faiblesses du département en matière de périnatalité :

- les effectifs de pédiatres et de gynécologues obstétriciens libéraux et salariés
- les effectifs et le zonage des sages-femmes (hors établissements) montrant des zones sous dotées ou sans sages-femmes
- le taux de césariennes au CH de Vierzon (25.3% contre 20.3% au niveau régional) soit 97 en 2016
- l'absence d'offre en matière d'IVG dans l'est du département
- l'absence de formations des non soignants à l'accueil des femmes réalisant des IVG
- une seule convention entre un médecin généraliste et un CH pour la prise en charge des IVG par voie médicamenteuse en ville

2.6.2-Actions prioritaires

Il conviendra de s'inscrire dans la mise en œuvre et la déclinaison du plan régional d'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) validé en fin d'année 2016 et ses objectifs, dont l'amélioration de la prévention des grossesses non désirées et des IST, et plus particulièrement chez les mineures.

Les objectifs du projet territorial de santé du Cher 2013-2016 pourront par ailleurs être poursuivis :

- Améliorer les conditions de grossesses et de la naissance
- Santé du jeune enfant : développer des actions de prévention pour diminuer la part d'enfants de 0 à 6 ans atteints d'obésité et de surpoids, réduire la prévalence et l'incidence de l'asthme chez l'enfant, améliorer la couverture vaccinale du jeune enfant
- Mieux prévenir et prendre en charge les grossesses non désirées. Dans ce cadre, pour le Cher, l'objectif pourrait être de poursuivre la promotion de la plateforme IVG Contraception, former les personnels non médicaux à l'accueil des femmes pour une IVG et sensibiliser les médecins libéraux (généralistes, gynéco...) à l'activité médicamenteuse pour développer l'activité en ville.
- Pour les femmes enceintes, la priorité sera donnée aux actions portant sur le tabac et l'alcool compte tenu de leur impact sur la mortalité et la morbidité.

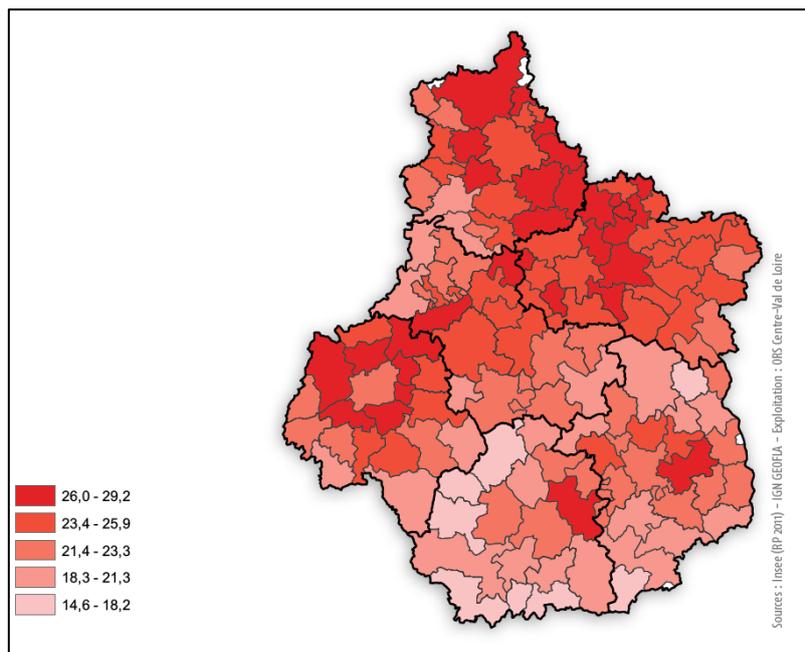
Le bureau du conseil territorial de santé considère également nécessaire d'engager une réflexion au niveau territorial, pour adapter l'offre de soins hospitalière aux défis de la démographie médicale et à l'évolution des prises en charge et consolider les plateaux techniques de recours pour les rendre attractifs et sécurisés. L'objectif est de pouvoir anticiper les restructurations éventuelles pour garantir une offre graduée, de qualité au sein du GHT comprenant une offre de proximité de type centres périnataux de proximité. Dans le cher, cette réflexion concerne plus particulièrement les maternités.

2.7-État de santé de la population : le public « jeunes »

2.7.1-Eléments de diagnostic

- **Taux de jeunes de moins de 20 ans**

En 2011, le taux de personnes âgées de moins de 20 ans dans le Cher (21,8 %) est nettement inférieur à celui de la Région (24,0 %) et de la France hexagonale (24,4 %).



Taux de personnes âgées de moins de 20 ans (en %) (ORS, 2015)

- **Scolarisation et qualification des jeunes**

Le Cher avait en 2013 le taux le plus élevé de la région de jeunes de plus de 15 ans non scolarisés sans qualification ou avec de faibles niveaux de formation.

Le Sud et le Sud-Ouest du territoire concentre une densité plus importante des jeunes peu ou pas diplômés sortis du système scolaire. Les études ont montré que ce marqueur social peut être corrélé avec la précarité, une augmentation des comportements à risque et les addictions.

- **Conduites addictives chez les jeunes**

L'enquête « santé perçue et comportements des jeunes en lycées publics de la région Centre » réalisée par l'ORS Centre, Académie Orléans-Tours, enseignement agricole entre 2011/2012, permet de faire plusieurs observations.

D'une part, l'expérimentation des principales substances psychoactives a lieu en moyenne aux âges suivants :

- Initiation à l'alcool à 13,3 ans pour les garçons et 13,5 ans pour les filles ;
- Expérimentation de la première ivresse alcoolique à 15,2 ans ;
- Expérimentation du tabac à 14,1 ans ;
- Expérimentation du cannabis à 15,3 ans.

Chez les jeunes, les consommations de produits évoluent peu sur la période 2011 - 2012, à l'exception de l'usage quotidien du tabac qui est en augmentation. Comparativement au niveau national, les jeunes du Centre ont des taux d'expérimentation inférieurs pour les ivresses alcooliques, la cocaïne et les champignons hallucinogènes, mais suivent les moyennes nationales pour les autres produits. La plupart des expérimentations et consommations prédominent chez les garçons : usage régulier d'alcool, ivresses alcooliques, usage quotidien et intensif de tabac, usage de cannabis. Toutefois, les niveaux de consommation des filles rejoignent ceux des garçons en matière d'expérimentations d'alcool et de produits illicites, ainsi que des différentes modalités d'usage de tabac.

2.7.2-Actions prioritaires

Il convient d'envisager sur ces territoires des actions adaptées autour de la santé des jeunes et notamment :

- Le développement des habilités psycho-sociales ;
- Les accès à la prévention universelle (santé sexuelle, lutte contre le tabagisme, nutrition, hygiène bucco dentaire,...).
- L'action d'éducation à la santé dès l'école primaire en collaboration avec l'équipe pédagogique
- Le développement et la lisibilité des programmes de prévention basés sur le développement des Compétences Psycho-Sociale
- Le développement des actions de proximité par la méthode du « aller vers... » : équipe mobile de prévention, maraudes,...
- L'accompagnement des actions auprès des jeunes de formation des pairs par les pairs
- La formation des acteurs de « première ligne » et des soignants du « premier recours » au repérage des personnes présentant une conduite addictive afin de mettre en œuvre les interventions précoces et les prises en charge les plus favorables à leur santé.

2.8-Santé mentale : analyse de la morbidité, de l'offre de soins et de ses ruptures

2.8.1-Eléments de diagnostic

- **Mortalité par suicide**

Entre 2003 et 2011, la mortalité par suicide a moins bien diminué dans le Cher par rapport à la moyenne régionale. Dans le Cher, le taux standardisé par suicide pour 100 000 habitants est de 21,6 sur la période [2003-2011] versus 24,4 sur la période [1993-2001]. L'extrême sud du Cher est davantage concerné.

- **ALD pour les troubles mentaux**

Les taux standardisés d'ALD pour troubles mentaux des différents départements de la région sont indiqués dans le tableau suivant. Le Cher présente un taux inférieur au taux régional.

Taux standardisé d'ALD pour troubles mentaux pour 100 000 habitants (score santé)

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

Légende : (1) : écart non significatif ; (2) : écart significatif ; (3) : significativement indéterminée

- **Prise en charge en hospitalisations partielle ou complète**

Les indicateurs concernant les prises en charge psychiatrique en hospitalisation à temps complet ou partiel entre 2011 et 2015 dans le Cher sont donnés dans le tableau suivant :

Patients ayant eu recours à une prise en charge psychiatrique en hospitalisation à temps complet ou partiel dans le Cher (RIM-P)

Indicateurs	Années					Indicateurs de comparaison : 2015		
	2011	2012	2013	2014	2015	Valeur médiane des départements	Région Centre-Val de Loire	France entière
Nb total patients*	2 593	2 884	2 495	2 227	2 385	3 114	15 270	419 482
% des patients fréquentant les étab. psy de la zone (hors patients ambu exclusifs)	89,9	90,4	89,6	88,1	88,7	87,9	92,6	-
% des patients fréquentant des étab. psy hors de la zone (hors patients ambu exclusifs)	10,1	9,6	10,4	11,9	11,3	12,1	7,4	-

*Exclusion des patients pris en charge exclusivement en ambulatoire

Depuis 2011, une diminution du nombre de patients hospitalisés est constatée dans le Cher.

- **Prise en charge ambulatoire**

Patients pris en charge en psychiatrie ambulatoire exclusivement dans le Cher (RIM-P)

Indicateurs	Années					Indicateurs de comparaison : 2015		
	2011	2012	2013	2014	2015	Valeur médiane des départements	Région Centre-Val de Loire	France entière
Nb total patients ambu exclusifs*	8 908	9 669	10 038	10 451	10 497	12 705	554 964	1 723 398
% des patients fréquentant les étab. psy de la zone (patients ambu exclusifs)	93,1	94,0	94,3	94,2	93,5	93,3	94,6	-
% des patients fréquentant des étab. psy hors de la zone (patients ambu exclusifs)	6,9	6,0	5,7	5,8	6,5	6,7	5,4	

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

Depuis 2011, une augmentation du nombre de patients ayant une prise en charge psychiatrique ambulatoire est constatée dans le Cher.

- **Offre sanitaire**

Le nombre de lits ou places installés à temps complet dans le Cher sont de (source SAE) :

- 590 pour la psychiatrie générale (médiane des départements de la Région : 464) ;
- 8 pour la psychiatrie infanto-juvénile (médiane des départements de la Région : 21).

Le nombre de structures en ambulatoire dans le Cher sont de (source SAE):

- 14 pour la psychiatrie générale (médiane des départements de la Région : 26) ;
- 7 pour la psychiatrie infanto-juvénile (médiane des départements de la Région : 16).

L'offre hospitalière en psychiatrie dans le département du Cher se structure autour d'un établissement public : le centre hospitalier spécialisé George Sand, et d'une clinique, La Gaillardière située à Vierzon.

La clinique de la Gaillardière à Vierzon, établissement privé

Cet établissement privé compte 36 lits et 12 places, et prend en charge des pathologies psychiatriques en court séjour et en hospitalisation libre. Il accueille la plupart des pathologies psychiatriques à l'exception des états démentiels et des toxicomanies. Il est spécialisé dans la prise en charge de toutes les formes de dépression et dépendances à l'alcool. Seuls les adultes peuvent y être pris en charge.

Le Centre Hospitalier George Sand

Le CH George Sand est un établissement public dont les services sont répartis sur plusieurs sites géographiques. Il prend en charge l'ensemble des troubles de psychiatrie générale adulte mais aussi de psychiatrie infanto-juvénile sur le département du Cher et sur une partie de l'Indre, et offre différentes formes de prises en charge au sein de plusieurs type de structures.

Il est organisé en cinq pôles :

- Pôle court séjour et addictologie :
 - Centre d'Accueil et d'Orientement Départemental (CAOD). Il s'agit de l'accueil des urgences psychiatriques, qui fonctionne 24h/24, 7j/7.
 - Addictologie
 - Département d'hospitalisation et de court séjour

- Pôle ambulatoire avec 5 Centres Médico Psychologiques (CMP) pivots :
 - CMP Bourges/Aubigny
 - CMP Bourges/Sancerre
 - CMP Issoudun/Chateaumeillant
 - CMP Saint Amand/Orval
 - CMP Vierzon/Mehun

Ces CMP pivots sont relayés sur le territoire par des CMP relais.

- Pôle soins psychiatriques de longue durée :
 - Unités de soins de psychiatrie au long cours
 - Accueil Familial Thérapeutique
 - Maison d'Accueil Spécialisée

- Pôle personnes âgées, regroupant 3 USLD / EHPAD à Bourges, Chezal-benoit et Dun-sur-Auron

- Pôle médico psychologique de l'enfant et de l'adolescent

- **Offre médico-sociale**

L'offre médico-sociale dans le département est :

- Pour les enfants : 17 établissements et 93 places dédiées au handicap psychique (médiane des départements de la Région : 106 places) (source DREES) ;

- Pour les adultes : 27 établissements et 101 places dédiées au handicap psychique (médiane des départements de la Région : 157) (source DREES).

- **Offre libérale**

L'offre libérale, pour les médecins généralistes, les psychiatres et les psychologues est inférieure dans le Cher en comparaison à la valeur médiane des départements.

Nb professionnels de santé et psychologues	Cher	Indicateurs de comparaison : 2015	
		Valeur médiane des départements	France entière
Médecins généralistes	221	486	68 503
Psychiatres	17	25	6 068
Pédo-psychiatres	1	1	323
Psychologues	37	93	17 985

Offre de soins libérale (source DREES)

- **Nombre de psychiatres**

Le nombre de psychiatres dans le Région tend à diminuer avec le temps, le Cher étant passé de 20 psychiatres en 2013 à 17 psychiatres en 2016.

Démographie en psychiatrie et évolution 2016/2013

Département	Nb de Psychiatres (2016)	Nb de Psychiatres de moins de 55 ans (2016)	Evolution 2016/2013	
			Nb de Psychiatres	Nb de Psychiatres de moins de 55 ans
18	17	6	-15%	-14%
28	10	1	-9%	-67%
36	10	3	-29%	-25%
37	68	31	-6%	-6%
41	33	7	-3%	-13%
45	33	8	-18%	-11%
Région	171	56	-10%	-13%

On constate une augmentation, depuis 2011, du nombre de patients pris en charge en psychiatrie ambulatoire alors que l'offre libérale tend à décroître dans le Cher.

Les forces du département en matière de santé mentale :

- couverture de l'ensemble du département par le CH George Sand
- faible proportion d'hospitalisation sous contrainte
- existence d'un axe santé mentale dans les contrats locaux de santé
- dynamique visant à créer un contrat local en santé mentale

Les faiblesses du département en matière de santé mentale :

- manque de collaboration entre le secteur médico-social et les services de psychiatrie
- déficit en psychiatres libéraux
- important taux de recours de la population aux services hospitaliers psychiatriques
- déficit de lisibilité du circuit patient se présentant aux urgences des CH généraux
- peu de promoteurs mobilisés pour la mise en œuvre d'actions de prévention

2.8.2-Priorités d'actions.

Il conviendra d'inscrire la mise en œuvre des actions dans le cadre de :

-la filière psychiatrie du GHT du Cher, et plus particulièrement le développement des prises en charge alternatives à l'hospitalisation, la formalisation du déplacement des équipes de psychiatrie dans les services des centres hospitaliers dont le service d'urgence, le développement de la télémédecine

-la continuité des actions du Projet territorial de santé 2013-2016 du Cher : améliorer le parcours d'un patient présentant des troubles psychiatriques dans les services d'urgence des CH du Cher, renforcer la coordination entre les structures médico-sociales et le CH Georges Sand.

-augmenter l'offre en psychiatrie libérale

2.9-La démographie des professionnels de santé

2.9.1-Eléments de diagnostic

Dans le Cher, la démographie médicale est particulièrement touchée par un effet de désertification. Pour l'ensemble des professionnels de santé recensés dans le tableau suivant, la densité pour 100 000 habitants est presque toujours inférieure dans le Cher, lorsqu'elle est comparée à celle du niveau régional et de la France hexagonale.

- **Densité des professionnels de santé libéraux**

-Densité des professions médicales pour 100 000 habitants (RPPS 2016)

Densité pour 100 000 habitants	Cher	Région Centre-Val de Loire	France hexagonale
Médecins généralistes	71	76	91
• Pédiatres	35*	35*	
• Gynécologues	22**	21**	
Médecins spécialistes	58	67	
• Ophtalmologistes	4	5	
• Psychiatres	5	7	
• Radiologues	6	7	
• Dermatologues	2	3	
• Cardiologues	6	6	
Chirurgiens-dentistes	43	42	

* Densité pour 100 000 enfants de 0 à 6 ans

**Densité pour 100 000 femmes de 16 à 59 ans

Densité des professions para-médicales pour 100 000 habitants (INSEE ADELI 2016)

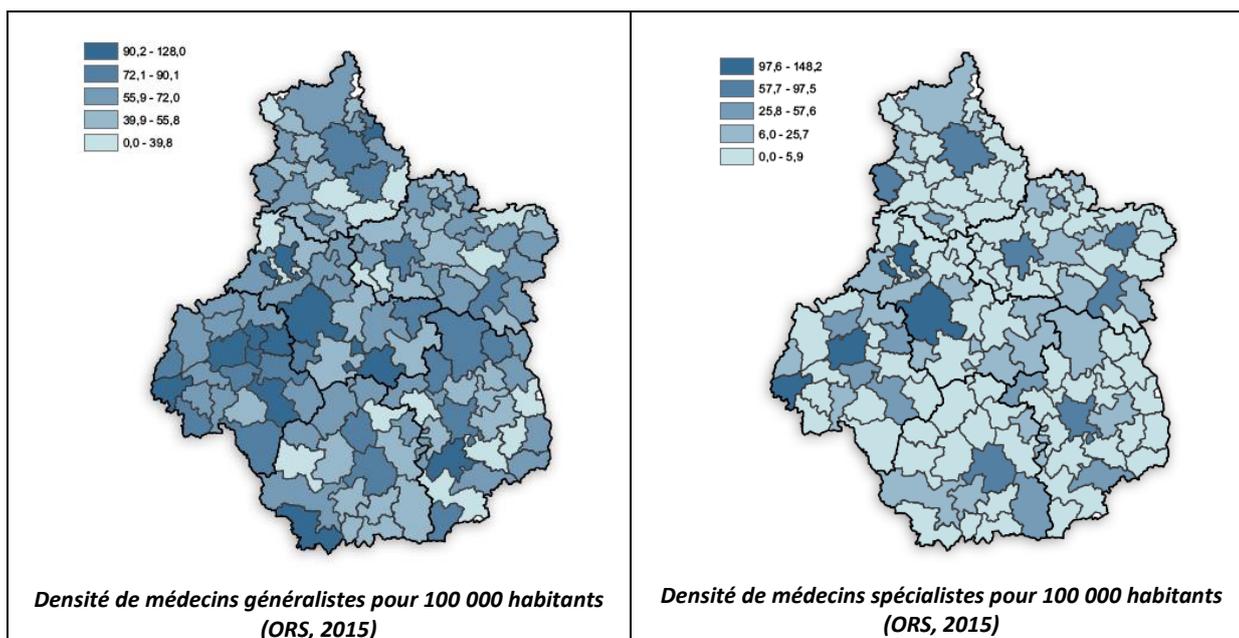
Densité pour 100 000 habitants	Cher	Région Centre-Val de Loire
Infirmiers	99	88
Masseurs-kinésithérapeutes	56	64
Orthophonistes	11	22
Pédicures Podologues	15	18
Orthoptistes	0.3	2

- **Pharmaciens**

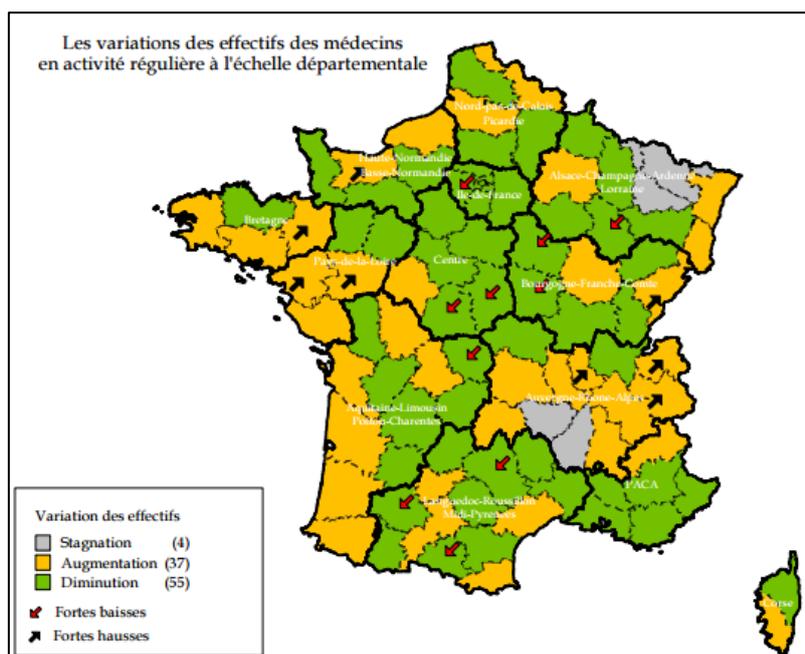
Données sur les pharmaciens et officines (RPPS/INSEE, données ADELI)

Départements	Nombre de pharmaciens	Nombre d'officines
18	141	114
28	146	117
36	113	86
37	251	202
41	136	111
45	246	200
Région	1033	830

Les deux figures ci-dessous cartographient la densité des médecins généralistes et spécialistes, dans la Région. Des inégalités sont constatées, surtout pour les médecins spécialistes, principalement regroupés au niveau des centres urbains.



Sur la période 2007/2016, 55 départements enregistrent une baisse plus ou moins importante des effectifs de médecins inscrits à l'Ordre en activité régulière. Le Cher fait parti des cinq départements ayant enregistré une baisse significative entre 2007 et 2016 (-15%).



Les variations des effectifs des médecins en activité régulière à l'échelle départementale (CNOM, 2007/2016)

- **Les Médecins spécialistes (hospitaliers et libéraux)**

Tableau prospectif sur l'évolution des spécialités dans le Cher

Spécialité	Nombre	Hospitaliers	Libéraux	Age moyen	Evolution à 5 ans			
					Hosp total	Lib		
Ophthalmologie	14	4	10	50 ans	3	6	9	-36 %
Otorhinologie	11	5	6	54 ans	3	4	7	-37 %
Chirurgie viscérale et digestive	12	7	5	52 ans	5	3	8	-34 %
Chirurgie orthopédique	10	4	6	47 ans	4	4	8	-20 %
Chirurgie urologique	5	2	3	53 ans	2	1	3	-40 %
Radiologie	23	6	17	52 ans	3	8	11	-53 %

Evolution des médecins spécialistes hors médecine générale dans le département du Cher (Source Conseil de l'Ordre du Cher 04/17) – Hypothèse de départ à 65 ans sans recrutement et arrivée extérieure.

Spécialité	Nombre	Hospitaliers	Libéraux	Age moyen	Evolution à 5 ans			
					Hop total	Lib		
Rhumatologie	8	1	7	59 ans	1	1	2	- 75 %
Pneumologie	5	2	3	54 ans	2	2	4	- 20 %
Gastro-entérologie	7	2	5	58 ans	1	3	4	- 43 %
Neurologie	6	4	2	52 ans	3	2	5	- 17 %
Pédiatrie	14	8	6	52 ans	6	3	9	- 35 %
Dermatologie	5	0	5	59 ans	0	3	3	- 40 %

- **Médecins hospitaliers**

Les problématiques de démographie médicale touchent également les **praticiens hospitaliers** exerçant dans les établissements de santé du Cher. Beaucoup de spécialités sont concernées et plus particulièrement l'anesthésie-réanimation, la radiologie, la médecine générale et la médecine d'urgence.

Les demandes de publication de postes de praticiens hospitaliers des hôpitaux publics du département vacants proposés au JO - 1^{er} tour de recrutement - avril 2017 :

Spécialité	Département 18
anatomie et cythologie pathologique	1
anesthésie-réanimation	6
biologie médicale	1
oncologie	
cardiologie	1
chirurgie générale	
endocrinologie	1
gynécologie-obstétrique	2
gastroentérologie	1
hématologie	
maladies infectieuses et tropicales	
médecine interne	1
néphrologie	1
neurologie	1
ophtalmologie	2
ORL	
pédiatrie	3
pneumologie	2
radiologie	6
réanimation-médicale	1
MPR	2
Rhumatologie	
stomatologie	
chirurgie urologique	2
chirurgie orthopédique	
santé publique	
chirurgie vasculaire	
médecine générale	11
pharmacie	
psychiatrie	3
gériatrie	5
médecine d'urgences	10
Total : 63	

Toutes spécialités confondues et en intégrant les contractuels, attachés et cliniciens : il y a 63 postes publiés à la vacance dans le Cher suite au 1^{er} tour 2017.

Ces problématiques incitent à être particulièrement vigilant sur la sécurité des soins, et obligent les établissements à recourir à de l'intérim médical, nonobstant le coût important lié à ce poste, pour pouvoir assurer le fonctionnement des services.

Certains établissements qui sont déjà dans une situation financière particulièrement vulnérable, mettent en place des politiques volontaristes de recrutement sont contraints de creuser encore le déficit par le recours à l'intérim et n'hésitent pas à faire appel à des cabinets de recrutements très coûteux. A noter que l'intérim, de plus en plus répandu, n'augmente pas l'activité des Hôpitaux, et donc n'augmente pas les recettes à plus long terme puisque ces praticiens intérimaires viennent combler un besoin ponctuel et ne développent pas les consultations. Par ailleurs, les coûts de l'intérim sont de plus en plus importants en raison d'absence de régulation à ce jour concernant les primes. Certains praticiens n'hésitent pas à diminuer leur temps d'activité au sein des Hôpitaux afin de dégager du temps pour des missions d'intérim beaucoup mieux rémunérées.

Par ailleurs, sur certaines spécialités et certaines périodes, comme par exemple les urgences de Bourges pendant la période d'été, ou d'autres spécialités notamment à Vierzon, les Hôpitaux ne parviennent pas à trouver d'intérimaires. Dès lors, il convient d'être particulièrement vigilant sur la sécurité des soins.

- **Les professionnels paramédicaux**

La problématique est également très prégnante sur le territoire et impacte fortement les hôpitaux et les établissements médico-sociaux. Il y a une grande difficulté des établissements à recruter des kinésithérapeutes, psychomotriciens, et orthophonistes, ce qui rend la prise en charge des résidents incomplète. Par ailleurs, certains services des Hôpitaux sont menacés de fermeture en raison du manque de professionnels paramédicaux.

Ces problématiques découlent surtout de la question de la rémunération qui subit un décalage trop important entre les professions libérales, et les grilles de rémunération au sein des établissements. La différence de rémunération entre un professionnel paramédical libéral ou travaillant dans le public peut aller de 3 à 4 fois plus.

Dans certaines zones du département particulièrement rurales, même le recrutement des infirmiers et aides-soignants pose problème.

Sur la partie paramédicale, les établissements n'ont quasiment aucun levier d'action compte tenu de la problématique des rémunérations. Seules des dispositions nationales pourraient changer la réglementation.

- Une évolution du nombre d'internes « contrastée »

Pour les médecins, l'accueil des internes est un levier particulièrement important pour pouvoir former et attirer ensuite des professionnels de façon durable.

Affectation des internes CH BOURGES

	Médecine générale	Spécialité	TOTAL
Novembre 2015 à mai 2016	15	17	32
Mai 2016 à novembre 2016	11	13	24
novembre 2016 à mai 2017	11	12 + 1 surnombre	24
mai 2017 à novembre 2017	12	8	20

Les comparaisons du tableau ci-dessous doivent être établies en semestre équivalent (car le nombre d'internes entre novembre et mai est toujours évolutif). Ainsi, le semestre de mai N se compare avec le semestre de mai N-1.

Evolution du nombre d'internes - semestre mai 2016/ mai 2017 en médecine générale

			mai-17		mai-16	
Dpt	Discipline	type de stage	proposés	pourvus	proposés	pourvus
18	médecine générale	Hospitalier	17	15	11	11
		Extrahospitalier/libéraux	12	10	9	9
		Total internes	29	25	20	20

Concernant les internes affectés dans des spécialités en centre hospitalier, en mai 2016, 12 étaient affectés dans le Cher dans 9 spécialités différentes (anatomie cytopathologie, cardio-vasculaire, néphrologie, pédiatrie, radiologie, MPR et chirurgie gynécologique, ophtalmologique et ORL). En mai 2017, ils étaient 8 pour 7 spécialités différentes (cardiologie, dermatologie, néphrologie, ophtalmologie, pédiatrie, gynécologie-obstétrique et psychiatrie).

Entre mai 2016 et mai 2017, il y a une augmentation du nombre de stages libéraux. Ces stages sont particulièrement attractifs pour les internes de médecine générale dont le projet professionnel est souvent orienté vers ce mode d'exercice. Actuellement, il n'y a que 2 stages en libéral en spécialité (rhumatologie et ORL)

Les forces du département par rapport aux professionnels de santé :

-une dynamique des médecins (généralistes, spécialistes et salariés d'un établissement de santé) à se former pour être maître de stage et accueillir des étudiants en médecine

-une dynamique en cours dans le département dans le développement des exercices regroupés, notamment en maisons de santé pluri-pluridisciplinaires : 7 MSP ouvertes depuis 2010 à Avord, La Guerche-sur-l'Aubois, Mehun-sur-Yèvre, Sancerre, Sancoins, Saint-Doulchard (ISOA 18, seule MSP spécialisée en rhumatologie) et Bourges dans le quartier prioritaire du Val d'Auron et plusieurs projets à différents stades d'avancement.

-une dynamique en cours dans la mise en œuvre des CPTS et de la plateforme territoriale d'appui

-une dynamique en cours pour favoriser l'installation des jeunes médecins (4 contrats de praticien territorial de médecine générale (PTMG) signés en 2016) et plusieurs prévus pour l'année 2017

-une dynamique partenariale et institutionnelle dans la mise en œuvre d'actions pour favoriser l'attractivité et l'accueil de jeunes médecins dans le département. Un zonage des zones fragiles est établi régulièrement en fonction des données disponibles afin de déterminer les zones d'installation de médecine pouvant bénéficier d'aides. Le zonage qui rentrera en action en 2017 devrait couvrir quasi entièrement le département.

Les faiblesses du département par rapport aux professionnels de santé :

-un département où le problème de démographie médicale est très prégnant avec des densités de médecins généralistes et spécialistes largement inférieures aux densités régionales et nationales ; problème de démographie médicale qui touche fortement également les établissements de santé et le secteur médico-social

-une répartition des professionnels de santé sur le département au détriment des zones rurales

-une pénurie de paramédicaux au sein des établissements de santé et médico-sociaux

-le manque de leviers d'actions concernant le recrutement des professionnels paramédicaux dans les établissements dus à la réglementation concernant les rémunérations

-malgré une évolution positive, une mauvaise répartition des internes sur la région qui subsiste, en faveur de l'axe ligérien au détriment des zones les plus sous-dotées

-un vieillissement de la population médicale : la pyramide des âges des médecins généralistes et spécialistes du département présente en effet un déficit en classes jeunes qui pose le problème du renouvellement des générations. Près des $\frac{3}{4}$ des médecins généralistes exerçant dans le Cher ont 50 ans et plus (dont 40% des praticiens ont 60 ans et plus).

2.9.2-Priorités d'actions

Concernant les praticiens hospitaliers, l'ARS met en place certains leviers pour pouvoir attirer de nouveaux professionnels et les fidéliser. Ces actions devront être poursuivies.

-Le post-internat : le développement du dispositif d'assistants spécialistes partagés :

Le dispositif des assistants spécialistes à temps partagé a été mis en place dans le but de proposer un post internat aux jeunes médecins dans les régions connaissant des problèmes de démographie médicale pour permettre :

- un approfondissement de leur formation spécialisée dans des établissements sur des fonctions de plein exercice,
- le développement de liens professionnels facilitant leur installation,
- faciliter pour les centres hospitaliers, le recrutement de futurs praticiens hospitaliers dans le cadre d'un rapprochement et d'une collaboration avec le CHU.

Une commission régionale a été mise en place le 13 mars 2016, présidée par l'ARS et composée des présidents de CME et directeurs d'hôpitaux. Elle vise à assurer une meilleure répartition des étudiants thésés sur le territoire.

Pour dynamiser le système et sensibiliser les internes au dispositif, une action de communication a été organisée par le CHRU au sein de la faculté de médecine. Chaque CH a présenté les établissements territoire du GHT et 5 spécialités ont été offertes aux assistants spécialistes partagés.

En tant qu'établissement support du GHT, le CH de Bourges a proposé :

- 1 la gastroentérologie
- 2 la pneumologie
- 3 les urgences
- 4 la gynécologie-obstétrique
- 5 la cardiologie.

L'action de promotion a permis au CH de Bourges d'accueillir 3 assistants spécialistes partagés - contre 0 l'année précédente, - dont 2 sur les spécialités retenues par le CH - cardiologie et gynécologie-obstétrique. Une demande a été ajoutée en ORL. Ils intégreront le CH en novembre 2017 (jusqu'en octobre 2019).

-La mise en lien des offres d'emploi avec les internes

L'ARS a convenu, avec le président des représentants d'internes, que le lien des offres publiées sur le CNG serait transféré sur la page « facebook » des internes et sur le site de l'association, des internes afin que les offres d'emploi soient connues le plus tôt possible, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Actuellement, c'est l'interne qui doit faire les démarches et présenter son projet. Cette action sera effective au prochain tour de recrutement, c'est-à-dire au 2^{ème} trimestre 2017.

-La répartition des internes

Au prochain semestre, le taux d'inadéquation de 107% sera strictement appliqué. Il y aura donc 107 postes pour 100 internes qui choisissent. Une politique volontaire de répartition des internes sur le territoire a été mise en place. Cette politique a permis de mieux irriguer le territoire du Cher.

Concernant la psychiatrie, 1 poste sur les 2 ouverts au CH Georges Sand a été pourvu ce semestre, alors que les postes étaient habituellement vacants, du fait d'un trop grand nombre de poste proposé sur l'axe ligérien.

Cette politique de répartition des postes a été plus limitée pour les internes de spécialité médicale et chirurgicale de ce semestre car les internes ont souhaité solder massivement leurs semestres obligatoires au CHRU du fait de la réforme à venir.

Toutefois, il est à noter que malgré cette évolution récente positive, les internes restent très inégalement répartis sur toute la région, en faveur de l'axe ligérien et au détriment des zones les plus sous-dotées.

Il conviendra également de renforcer la communication et lisibilité sur les stages des internes proposés et obtenus dans le département et leur répartition par établissement de santé.

-Une politique d'attractivité des praticiens

Avec les GHT, une mission de « gestion prévisionnelle des métiers et des compétences » est transmise au CHRU. Une enquête régionale sera lancée en fin d'année par le CHRU, avec l'appui de l'ARS afin de mieux connaître les spécialités qui risquent d'être en tension du fait des départs des PH.

Un groupe de travail est programmé pour travailler sur l'articulation entre les établissements pivots des GHT et l'ARS.

Concernant les carrières hospitalières, deux dispositifs parus en mars 2017 déclinent les engagements n°3 « Inciter à l'engagement dans la carrière hospitalière dans les zones sous-denses ou les spécialités en tension » et n°4 « Soutenir les dynamiques d'équipes médicales de territoire » du plan d'actions ministériel relatif à l'attractivité médicale d'octobre 2015. Il s'agit de la prime d'engagement dans la carrière hospitalière et de la prime d'exercice territorial ».

Cette dernière vise à revaloriser l'activité partagée entre établissements de santé. La première prime, la prime d'engagement dans la carrière hospitalière vise à inciter les jeunes praticiens à s'engager dans la carrière hospitalière dans des zones sous-denses ou des spécialités en tension. Ces spécialités en tension ont été définies au niveau national pour 3 ans : anesthésie-réanimation et radiologie. Les établissements pourront faire la demande d'ajout de spécialités éligibles selon leur situation particulière, en vue du versement d'une prime supplémentaire. Une attention particulière sera portée à la coordination d'une réponse auprès de l'ARS non par établissement mais au niveau du territoire du Cher afin d'éviter toute situation de dumping interne au territoire.

Concernant les praticiens libéraux, les actions à prioriser sont les suivantes :

-renforcer l'attractivité, quel que soit le mode d'exercice en agissant à toutes les étapes du parcours professionnel et notamment en fidélisant les jeunes professionnels : temps d'exercices salariés,

accompagnement des médecins étrangers, accompagnement des conjoints des professionnels de santé dans la recherche d'un emploi...

-poursuivre et renforcer l'accompagnement à l'installation des médecins généralistes dans le cadre du nouveau zonage en cours de définition : faire connaître les possibilités d'aides conventionnelles existantes via la signature des contrats de la nouvelle Convention médicale et/ou des aides du Pacte territoire santé (PTS).

-poursuivre et renforcer l'accompagnement à la création de structures d'exercices regroupées : MSP, équipes de soins primaires, etc.

-répondre aux besoins de la population malgré la sous-densité : encourager les protocoles de coopérations entre professionnels médicaux et paramédicaux, la mise en œuvre des consultations avancées (fiche action PTS), le développement et la pérennisation du dispositif des médecins correspondants du SAMU (fiche action PTS), ...

-développer les systèmes d'informations facilitant le suivi des usagers dans le cadre des parcours et les échanges entre les différents professionnels de santé et limitant les déplacements des usagers et patients : télémédecine, DMP, messagerie sécurisée...

-développer les stages libéraux en spécialités. Actuellement, seulement 2 stages en spécialité libérale (rhumatologie et ORL) qu'il est nécessaire de développer. Des dossiers d'agrément peuvent être déposés dans d'autres spécialités en 2018 pour novembre 2018 (radiologie, radiothérapie, oncologie...)

-un groupe de travail (ARS, CDOM, URPS, CPAM, GHT, CD) pour définir l'offre de soins globale (hospitalier et libéral) sur le territoire et proposer des priorités d'affectation en concertation avec la faculté devra être mis en place.

2.10-Impact du virage ambulatoire sur la restructuration de l'offre de soin

L'évolution des pathologies et le progrès médical, comme les attentes des patients, transforment les réponses à apporter dans la prise en charge. La prise en charge en hospitalisation complète, médicale comme chirurgicale, n'est plus forcément la modalité de prise en charge de référence.

- **Chirurgie ambulatoire**

L'activité en ambulatoire augmente régulièrement de 2% tous les ans.

Le taux dans le département du Cher est légèrement plus haut que la moyenne régionale et est également le plus avancé des départements de la région.

Si l'on revient sur toutes les années depuis 2010, le taux n'a cessé d'augmenter de manière constante.

Taux global de CA sur les 53 gestes-marqueurs (PMSI-MCO)

	Taux de CA 2014	Taux de CA 2015	Taux de CA 2016 (sem 1)
Département du Cher	50,2%	52,1%	54,9%
Région Centre	48,8%	50,2%	52,8%

- **Evolution places/lits en établissements**

L'évolution des places et des lits de MCO et de SSR montre que l'activité ambulatoire évolue.

On constate une évolution de plus de 12% des places dans le département.

Evolution du nombre de lits entre 2014 et 2015 dans le Cher (SAE)

	Lits	Places
MCO	0%	11,9%
SSR	5,6%	12,5%
Total Cher	1,7%	12,1%
Total région	0,6%	7,4%

La baisse la plus significative des lits a été opérée au Centre hospitalier de Vierzon, qui au vu de sa situation de pénurie médicale, a dû envisager une restructuration de son offre de soin sur l'activité de chirurgie.

Le Centre Hospitalier de Bourges a développé plusieurs places de chirurgie, obstétrique et SSR entre 2014 et 2015.

Concernant la psychiatrie, le CH George Sand offre une prise en charge extrahospitalière importante avec un maillage des CMP pivots et des annexes sur le territoire. La prise en charge extrahospitalière en psychiatrie permet d'être au plus près des patients de leur permettre un suivi régulier, tout en les maintenant dans leur lieu de vie.

- **Situation et perspectives en ambulatoire et hospitalisations partielles des CH**

Le CH Jacques Cœur de Bourges dispose d'un Hôpital de jour (HJ) médical (15 places), d'un HJ chirurgical (14 places), d'un HJ gynécologique (8 places), d'un HJ pédiatrique (3 places), d'un HJ gériatrique SSR (8 places) et d'un accueil de jour gériatrique (20 places).

Dans le cadre de son nouveau projet d'établissement, cet établissement conforte l'objectif du virage ambulatoire, tant en chirurgie qu'en médecine. La prise en charge ambulatoire fait également l'objet d'un objectif particulier du plan ANAP engagé en 2015.

A ce jour, le CH de Vierzon dispose d'un Hôpital de jour médical (2 places), d'un hôpital de jour pédiatrique (1 place) ; d'un hôpital de jour gériatrique (12 places) et d'un hôpital de jour en rééducation (5 places).

Dans son projet d'établissement 2016-2020, le CH de Vierzon prévoit un axe fort concernant la poursuite du virage ambulatoire, notamment en proposant le regroupement de l'Hôpital de Jour médical et chirurgical au plus près du plateau technique.

Voici quelques exemples des principaux actes réalisés en ambulatoire au CH de Vierzon : la coloscopie, les extractions dentaires, la chirurgie du canal carpien, les varices, les végétations, l'amygdalectomie, la fracture du poignet,...

Les 3 actes principaux réalisés en ambulatoire au CH de Saint Amand-Montrond sont les suivants :

- Bilan d'évaluation gériatrique pluridisciplinaire (médico-psychosociale) en hospitalisation de jour ;
- Transfusion de concentré de globules rouges,
- Enregistrement du rythme cardiaque du fœtus.

En psychiatrie, le CH George Sand a également pour projet de conforter le virage ambulatoire dans le cadre de son projet d'établissement 2016-2020. Ainsi, dans le cadre du rapprochement géographique des hospitalisations complètes et des hospitalisations de jour en addictologie sur le site de Bourges, la capacité des lits d'hospitalisation complète sera réduite de 33 à 18 lits et la capacité d'hospitalisation de jour sera portée à 10 places.

2.11-La mise en place des GHT et la réorganisation de l'offre de soin dans le territoire

- **Organisation du GHT dans le département**

Le GHT du Cher est composé des 5 centres hospitaliers publics du département

- Centre Hospitalier Jacques Cœur de Bourges, aussi désigné établissement support du GHT du Cher.
- Centre Hospitalier de Vierzon
- Centre Hospitalier de St-Amand-Montrond
- Centre Hospitalier de Sancerre
- Centre Hospitalier Spécialisé George Sand

Le but de ce groupement est de faire travailler les cinq établissements publics du département sur une organisation territoriale commune de l'offre de soins.

Les 5 objectifs médicaux présents dans la convention constitutive du GHT approuvée par l'ARS sont les suivants :

- Objectif médical 1 : Maintenir et renforcer l'offre de soins actuelle dans le contexte départemental de désertification médicale
- Objectif médical 2 : Développer l'attractivité et les complémentarités des établissements publics de santé du Cher en les inscrivant dans un même groupement hospitalier de territoire, tout en renforçant les relations avec les autres acteurs de santé
- Objectif médical 3 : Accroître les liens entre les établissements sanitaires et médico-sociaux afin de décloisonner les parcours
- Objectif médical 4 : Formaliser des filières de soins afin d'offrir aux patients une offre de soins complète et graduée
- Objectif médical 5 : Rendre lisible au sein du territoire de santé, l'offre proposée par le groupement tant pour les patients que pour les professionnels de santé

Le comité stratégique du GHT a fait émerger 14 filières de soins dans le cadre des travaux préparatoires au Projet Médical Partagé : oncologie, prélèvements multi-organes (PMO), urgences, soins palliatifs, cardio-vasculaire, néphrologie/hémodialyse, gériatrique, SSR, gynécologie-obstétrique-pédiatrie, chirurgie, psychiatrie, cardio-vasculaire, addictologie et hygiène hospitalière/ antibiothérapie.

Le dispositif du GHT prévoit une association possible d'autres structures sanitaires ou médico-sociales. Une coopération s'est ainsi créée avec les établissements qui ne sont pas membres du GHT : Clinique Guillaume de Varye pour la filière oncologie, HAD Korian Pays des trois Provinces et certains EHPAD du département pour la filière gériatrique dans le cadre de l'élaboration des travaux, mais ces derniers ne sont pas associés par convention.

Les travaux du GHT avancent plutôt bien, avec des groupes de travail réguliers associant les personnels des établissements en vue de se préparer à l'adoption du projet médical partagé.

Les forces :

- La création d'un espace de réflexion territorial
- La thématique de la filière gériatrique qui a fédéré les cinq CH
- L'association d'acteurs non médicaux à la réflexion : a permis d'élargir et d'enrichir la réflexion
- L'identification commune des points de rupture et des dysfonctionnements : a permis d'échanger sur les problématiques rencontrées
- La rencontre et les échanges entre professionnels de la même spécialité : des professionnels qui ne se connaissaient pas tous malgré la taille du département et le nombre de praticiens par spécialité
- L'absence d'opposants à l'élaboration d'un projet médical partagé : adhésion de tous au projet

Les faiblesses :

- Le passage d'une logique d'établissement à une logique de territoire : tendance à la « défense » de son propre établissement – absence de vision globale des problématiques – prise en hauteur parfois complexe
- L'inégalité de mobilisation des professionnels
- L'élaboration de projets avec les problématiques de démographie médicale – Difficultés de projection à 5 ans
- Le développement d'une vision commune avec des intérêts différents
- Les délais contraints pour réaliser un travail de qualité
- La tardiveté dans la mise en place des accompagnements proposés au vu des échéances
- Le problème récurrent de la démographie médicale, qui peut conduire les établissements de santé à réorganiser leur offre en fonction des effectifs médicaux disponibles.

2.12-Les prises en charge hospitalières non pertinentes et évitables des prises en charge hospitalière sans nuitée et des hospitalisations prolongées non pertinentes

Au niveau du département du Cher, pour les séjours de sévérité 1, c'est-à-dire sans sévérité significative, avec peu de facteurs de comorbidité - on relève un nombre de séjours dépassant les standards nationaux de l'ordre de 220 séjours en 2015.

De 2013 à 2015, on peut toutefois noter une baisse annuelle comprise entre 21 et 24%. Il convient donc de souligner l'effort accompli sur les durées de séjour, effort qu'il conviendra de poursuivre.

La fluidité du parcours, notamment en aval, c'est-à-dire retour à domicile ou admission en structure d'aval peut être une piste de travail, en lien avec le secteur social et médico-social.

Les chiffres indiqués – les 220 séjours – peuvent être analysés en fonction de plusieurs facteurs explicatifs, à savoir notamment les pathologies, l'âge, le sexe. Ces éléments d'analyse pourront être travaillés éventuellement au niveau du territoire, lors de l'élaboration du Programme territorial de santé.

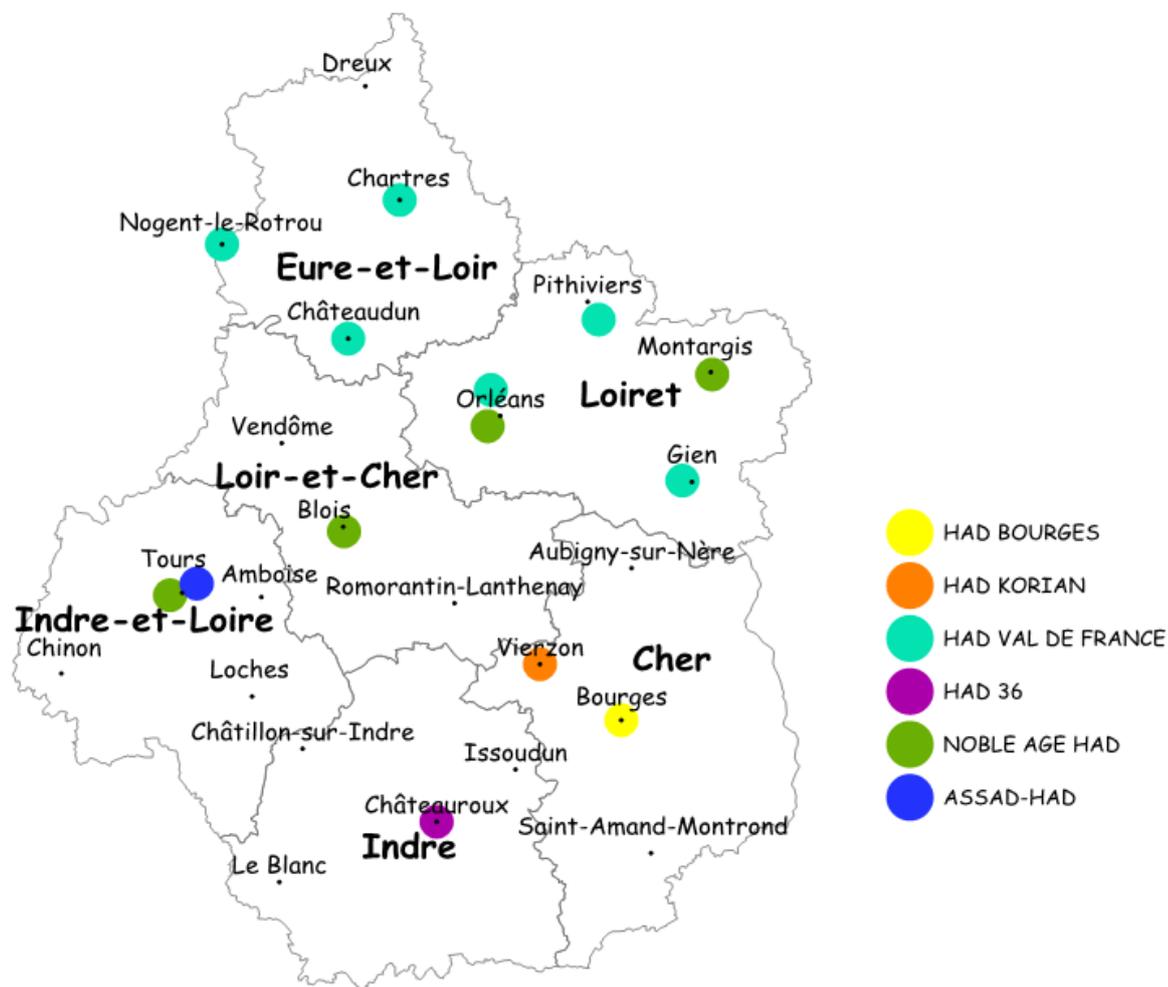
Sur l'obstétrique, le nombre de séjour avec un niveau de sévérité en borne haute, c'est-à-dire au-dessus des standards nationaux, reste marginal. On peut supposer, outre l'application du PRADO à domicile au niveau des maternités, une action forte au niveau des services pour faciliter le retour à domicile.

Le développement de l'Hospitalisation à domicile (HAD) permet de palier au maintien des personnes en séjour hospitalier pour une durée plus longue que nécessaire.

Le Cher compte 2 HAD :

- HAD BOURGES gérée par le Centre hospitalier J. CŒUR ;
- HAD privée gérée par le groupe Korian Pays des Trois Provinces et qui intervient en principe sur Vierzon, Aubigny-Sancerre, Saint-Amand Montrond.

Carte des HAD en 2015 en région Centre Val de Loire :



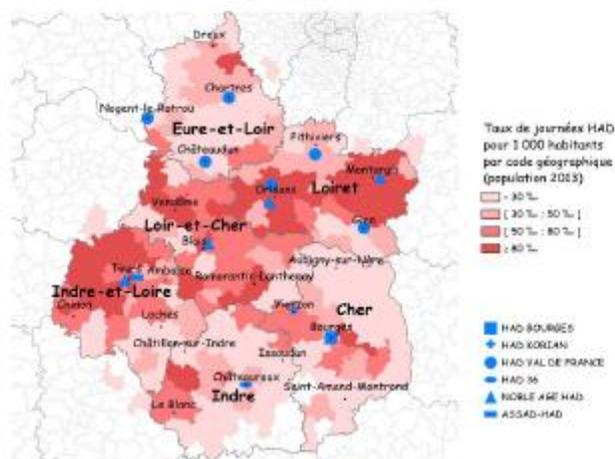
Hors grossesse et nouveau-nés, près d'un patient sur 2 pris en charge en HAD a plus de 75 ans et patient sur 4 plus de 85 ans.

1

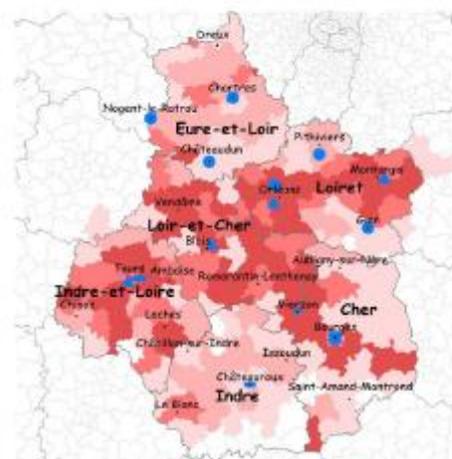
Au regard des cartes ci-dessous représentant le taux de recours en journée par HAD, on constate une amélioration du recours à l'HAD de 2013 à 2015 dans l'est du département. Toutefois, des zones ont toujours un taux de recours extrêmement faible.

Pour rappel, toutes les zones du département sont couvertes par au moins un établissement de HAD.

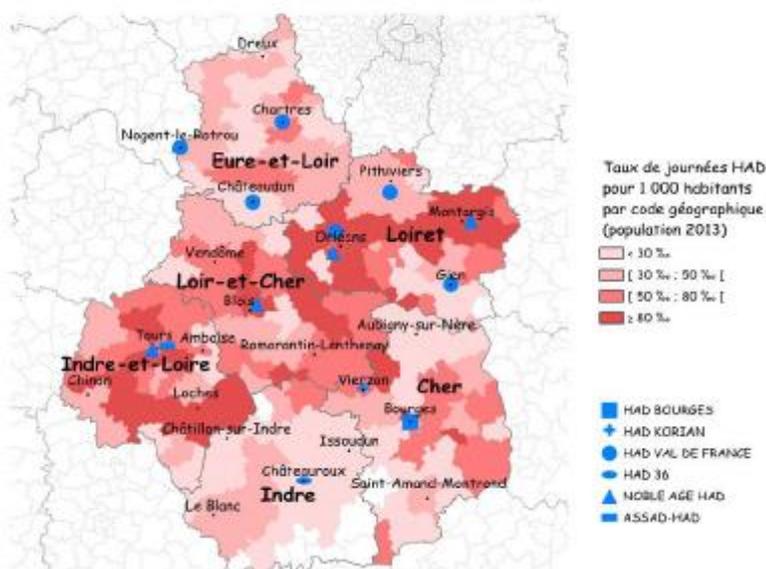
Taux standardisé de recours en journées, HAD de la région CVL 2013



Taux standardisé de recours en journées, HAD de la région CVL 2014



Taux standardisé de recours en journées, HAD de la région CVL 2015



Il conviendra de travailler sur les freins pouvant expliquer ces faibles taux de recours : couvrir, HAD non sollicitées par les centres hospitaliers pour ces zones-là, problèmes de coopération entre les acteurs de la prise en charge, méconnaissance des patients pour le dispositif HAD et craintes.

Concernant les prises en charge aux urgences, une étude effectuée par l'ARS en 2017, sur les bases RPU de l'année 2016, montre qu'environ 12 538 passages aux urgences relevaient plus d'une prise en charge en ambulatoire (correspondant au CCMU de niveau), sur un total de 74 233 passages.

Plus précisément, sur ces 12538 passages, 8 556 étaient en semaine (dont 2 353 pendant les horaires de la PDSA) et 3 982 en week-end (dont 3 422 pendant les horaires de la PDSA).

Cela représente pour 2016, 34 passages évitables par jour. Ces passages avec une CCMU de niveau 1 sont concentrés sur la journée, avec un pic entre 9h et 13h.

Il convient de souligner que ces données sont minorées dans la mesure où 34% des passages aux urgences en 2016 n'avaient pas de CCMU codée, soit le tiers.

Si l'on s'intéresse aux données par établissement, pour le CH de Bourges, on constate un poids de l'ambulatoire dans le total du nombre de passage relativement élevé, de 25,37%, soit un taux parmi les plus élevés de la région. Par ailleurs, il convient de noter que ces données sont relativement fiables dans la mesure où le CH de Bourges a un taux de renseignement de CCMU de 88,37%. Cela représente un nombre de passages potentiellement évitables de 25 pendant la semaine et de 57 pendant les week-ends.

Les données pour les urgences du CH de St-Amand-Montrond montrent que le poids de l'ambulatoire est de 19,68% (pour un renseignement de CCMU de 100%). Cela représente un nombre de passages potentiellement évitables de 7 pendant la semaine et de 19 pendant les week-ends.

Les données du CH de Vierzon ne sont quant à elles pas exploitables (faible taux de renseignement de CCMU).

Sans doute plusieurs explications (non vérifiées) peuvent être avancées pour expliquer ces phénomènes :

- Difficultés importantes des patients pour avoir accès à un médecin généraliste pendant la journée
- Mauvaise connaissance des dispositifs de la Permanence des Soins Ambulatoire (PDSA) de la part des patients
- L'absence d'avance de frais aux urgences contrairement à une consultation effectuée par un médecin généraliste.

2.13-Evolution de la population prise en charge par le secteur médico-social

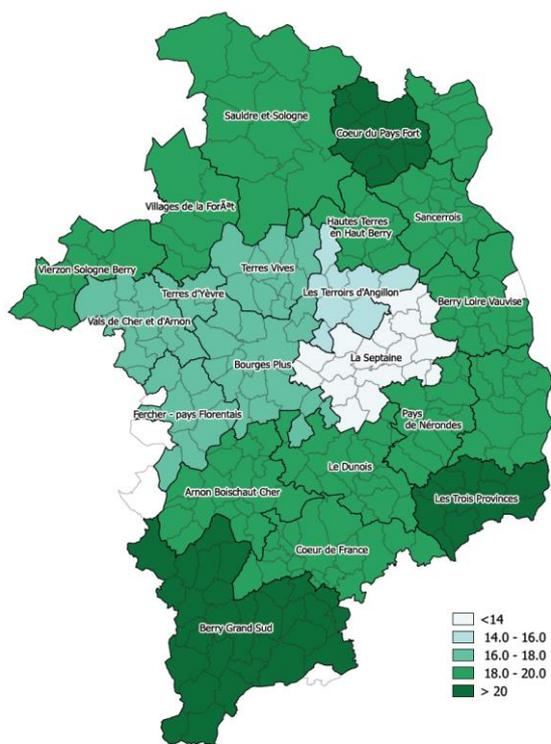
2.13.1-Caractéristiques et évolution de la population des personnes âgées et de l'offre de prise en charge dans le Cher

La population âgée de + de 60 ans du Cher est plus importante qu'en Région Centre-Val de Loire et en France métropolitaine. En outre, elle y a progressé plus rapidement entre 2007 et 2012, phénomène qui se poursuivra selon les projections de l'INSEE jusqu'en 2030/2040.

	60-74 ans			75 ans et plus		
	2007	2012	2030	2007	2012	2030
Cher	16%	17.9%	20.5%	10.6%	16%	15.7%
Région Centre-Val de Loire	14.1%	15.8%	18.2%	9.6%	14.1%	13.8%
France Métropolitaine	13.2%	14.7%	17.1%	8.5%	13.2%	12.3%

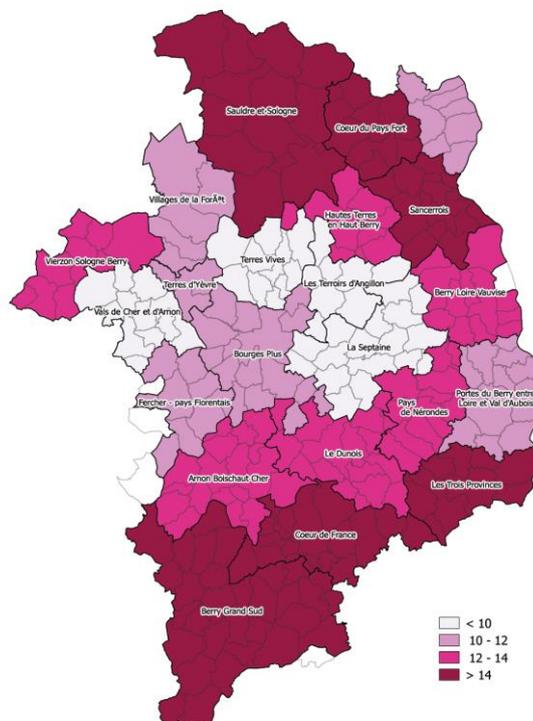
Données issues du diagnostic de la conférence des financeurs du Cher- Conseil départemental, assurance maladie et l'ARS.

▲ Part des 60-75 ans en 2012



10 0 10 20 30 40 km

▲ Part des 75 ans et plus en 2012



10 0 10 20 30 40 km

La population globale du Cher va peu évoluer sur la période 2015-2040 (+1%)

Parallèlement, compte tenu de l'indice de vieillissement du département (107 en 2014 pour 84 en région et 75 au niveau national), le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus, aujourd'hui de 37 513, va évoluer de 54.9% d'ici 2040, pour passer à 58 121 soit 18.45% de la population du Cher.

	France	RCVL	Cher
Personnes âgées de 75 ans et plus en 2015	6 063 010	272 519	37 513
Projection personnes âgées de 75 ans et plus 2040	10 672 135	458 616	58 121
% Evolution projetée 2015-2040	76,0%	68,3%	54,9%

La part des personnes de 60 ans et plus, et plus particulièrement celle des 75 ans et plus, est importante sur le nord et le sud du département. Cependant, il faut également porter une attention particulière aux territoires où leur nombre est important (Agglomération de Bourges, Vierzon, des Terres Vives...). Selon les projections réalisées dans le cadre de l'analyse des besoins sociaux de la ville de Bourges, la part des 60 ans et plus y passera de 26% de la population en 2010 à 37.3% en 2030.

40% des 75 ans et plus vivent dans une commune de moins de 2000 habitants.

Les 60-75 ans vivent légèrement plus dans les petites communes que l'ensemble de la population. Les 75 ans et plus, pour leur part, sont plus nombreux à vivre dans des communes de 2000 habitants et plus, ce qui peut faciliter leur accès aux services. Néanmoins plus de 4 d'entre eux sur 10 vivent en « milieu rural ». 87 % des retraités habitent dans une maison alors qu'elles ne représentent que 80 % du parc départemental.

Les personnes âgées de 75 ans et plus vivant seules représentent en 2013, en région, 37.7% des personnes âgées pour 38.6% au niveau national (21.4% des hommes de 75 ans et plus et 48% des femmes de 75 ans et plus) Le Cher a la part la plus importante de personnes âgées vivant seules (38.6%)

Après 80 ans, 4 personnes sur 10 vivent seules.

Si on étudie plus précisément les données relatives aux personnes de 80 ans et plus seules, majoritairement concernées par les problématiques liées à l'autonomie, on constate qu'elles sont plus nombreuses sur certains territoires ruraux excentrés mais aussi sur des territoires périphériques de l'agglomération berruyère. Les 80 ans et plus vivants seuls sur les territoires ruraux sont plus éloignés des services de proximité mais on y constate que le ratio aidants/aidés est faible.

Les revenus baissent après 75 ans mais restent au niveau de ceux de l'ensemble des ménages. Le revenu disponible par unité de consommation des 75 ans et plus (18 943 €) est équivalent à celui de l'ensemble des ménages fiscaux du Cher. Par contre, celui des 60-74 ans lui est supérieur de 9 % et atteint 20 658 euros en 2012. Les 50-59 ans est comparable à celui de la tranche d'âge suivante.

Le taux de pauvreté des ménages du Cher est plus élevé que celui de la Région Centre, tout en restant légèrement inférieur à celui de la France métropolitaine. Par contre, lorsque l'on étudie le taux de pauvreté des plus âgés, le département se détache favorablement de la France. Il existe cependant de fortes disparités au sein du département

Au sein de la population des 75 ans et plus, la part des bénéficiaires de l'APA est inférieure au niveau national. On constate une forte représentation des bénéficiaires de l'APA au nord du Cher.

Nombre de bénéficiaires pour 100 habitants de 75 ans ou plus 12-2013	France	RCVL	Cher
Bénéficiaires de l'APA / 100 personnes de 75 ans ou +	20,8	19,3	19,2
dont % bénéficiaires APA à domicile GIR1 + GIR2	19,1	21,3	22,3
Allocation supplémentaire minimum vieillesse (ASPA, ASV) : Allocataires / 100 personnes 65 ans+	3,1	2,1	2,4
Bénéficiaires de pension d'invalidité / 100 personnes de 20 à 59 ans	2,0	1,8	1,8

Le département du Cher compte 42 (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) EHPAD regroupant au total 4 150 places d'EHPAD se répartissant comme suit :

- 26 EHPAD publics regroupant 2 926 places
- 16 EHPAD privés regroupant 1 224 places

17 S.S.I.A.D regroupant au total 804 places financées pour la prise en charge de personnes âgées ou handicapées sont également présents sur le territoire du Cher.

Le département compte aussi 8 logements-foyers (467 places), 6 MARPA (104 places) et 2 foyers d'hébergement temporaire (29 places) et une résidence pour 5 lits permanents (PA non dépendantes).

Enfin, une offre spécifique pour la prise en charge des personnes Alzheimer a été développée durant ses 7 dernières années.

C'est ainsi qu'ont été ouvertes :

- 2 équipes spécialisées Alzheimer (ESA) pour une capacité globale de 20 places. Elles font du département actuellement le moins fourni en termes de taux d'équipement.
- 8 PASA de 14 places (Pôles d'activités et de soins adaptés en EHPAD) représentant 112 places (Nohant en Gout, Chateameillant, Chezal-Benoit, Bellevue, Fussy, Lignièrès, champ nadot, Aubigny sur Nere)
- 3 UHR (Unité d'hébergement renforcé) de 14 places dont une médico-sociale à Chezal Benoit et 2 à l'ULSD CH « J. Cœur » et CH de VIERZON.
- 1 PFR (plateforme de répit) : Ehpads du CH de Bourges.
- 1 Centre d'Accueil de Jour à vocation itinérante de 10 places basé à Lignièrès

Taux d'équipement en places installées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus 01-2016	France	RCVL	Cher
Hébergement médicalisé en EHPAD	97,5	106,1	109,6
dont hébergement en UHR	0,23	0,29	0,37
USLD	5,2	5,0	7,4
Hébergement non médicalisé en EHPA	19,3	11,6	15,0
SSIAD et SPASAD	20,5	19,9	19,7
dont ESA (en SSIAD et SPASAD Alzheimer et maladies apparentées)	0,8	0,8	0,5
Accueil de Jour	2,3	2,0	2,2
Hébergement Temporaire	1,8	2,2	2,0
Total places médicalisées en ESMS PA	127,6	135,4	139,3

D'une manière générale, on peut dire que le dispositif d'accueil des personnes âgées dans le département du Cher est plutôt satisfaisant.

Au regard des taux d'équipement nationaux, l'offre en région Centre est plutôt bien placée pour l'hébergement complet, le Cher détenant le plus grand nombre de places pour 1000 habitants.

Dépenses AM en € par habitant de 75 ans ou plus 2015	France	RCVL	Cher
Enveloppe médico-sociale personnes âgées (établissements et services médico-sociaux)	1 579	1 720	1 705
Dépenses USLD	168	147	230
Dépenses en Actes Infirmiers de Soins effectués en libéral	413	71	66
Total Dépenses Assurance Maladie	2 159	1 939	2 001
Dépense APA 2012 en € / PA de 75 ANS OU +	904	824	897

Le Cher se caractérise cependant par une dépense AM en euro par habitant de 75 ans et plus inférieur au niveau national et régional, alors qu'il a une dépense médico-sociale plus importante.

2.13.2-Caractéristiques et évolution de la population en situation de handicap dans le Cher

Au 31 décembre 2012, 22 326 personnes ont un droit ouvert au titre du handicap par la Maison départementale des personnes handicapées, soit 7.1% de la population départementale.

Les jeunes de moins de 20 ans représentent 7% de la population en situation de handicap, les personnes âgées de 20 à 59 ans représentent 56% et les personnes de plus de 60 ans, 37%.

Le cher est un des départements de la région qui a le taux d'allocataires de l'AEEH pour 1000 jeunes de moins de 20 ans (10.2 ‰ à fin 2012) le plus bas (moyenne régionale à 11.8 ‰) – *source OSCARD 2013*

Inversement, il a une part d'allocataires de l'allocation adulte handicapé (AAH) de 3.5% supérieure à la moyenne nationale qui est de 2.7% en 2013. C'est l'un des départements de la région qui compte, après l'Indre, le plus d'allocataires de l'AAH.

C'est également l'un des départements qui compte le plus de bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap ou de l'allocation compensatrice pour tierce personne en France. Il présente en effet les taux d'allocataires de la PCH et ACTP les plus élevés des départements de la région et ce, qu'elle que soit la classe (8.5‰ pour les moins de 60 ans et 7.1‰ pour les plus de 60 ans) – *Données OSCARD 2013*

Démographie	France	RCVL	Cher
Personnes de moins de 20 ans en 2015	16 359 219	619 140	67 451
Projection personnes de moins de 20 ans en 2040	16 558 081	624 789	64 759
% Evol 2015-2040	1,2%	0,9%	-4,0%
Personnes âgées de 20 ans à 59 ans en 2015	33 741 152	1 255 908	147 734
Projection personnes âgées de de 20 ans à 59 ans en 2040	34 035 032	1 242 735	132 457
% Evol 2015-2040	0,9%	-1,0%	-10,3%

D'ici 2040, la population en situation de handicap devrait baisser dans le département en parallèle de la baisse de la population globale du département pour les tranches d'âges moins de 20 ans (-4%) et entre 20 ans et 59 ans (-10.3%).

Les établissements et services accueillant des personnes en situation de handicap :

L'enfance et l'adolescence handicapées

Le département du Cher compte 19 établissements et services regroupant au total 890 places financées pour la prise en charge d'enfants handicapés. Les établissements sont spécialisés selon le profil, le type de handicap du public accueilli.

Taux d'équipement en places installées pour 1 000 habitants de moins de 20 ans 01-2016	France	RCVL	Cher
Taux d'équipement global en établissements médico-sociaux pour enfants et adolescents	6,6	7,6	7,9
Taux d'équipement global en services médico-sociaux pour enfants et adolescents	3,2	3,2	3,9

Les données départementales sont supérieures aux taux d'équipement régionaux et nationaux ; ce qui permet de dire que globalement, le département du Cher dispose d'un dispositif d'accueil des enfants handicapés plutôt satisfaisant.

Le Cher a une offre pour déficients moteurs et pour polyhandicapés sur son territoire, ainsi que pour les jeunes avec des difficultés mentales. Il a développé également une offre spécifique pour la prise en charge de jeunes autistes. Enfin, le maillage par les SESSAD du territoire est bon.

8 ESMS ont accueillis 39 jeunes sous aménagement creton en 2016 pour un montant global de 610 464€ ; ce qui n'en fait pas un enjeu majeur sur le territoire mais une donnée cependant à prendre en compte.

Dépense CNAM et CNAF	France	RCVL	Cher
Dépense MS enfants en € par habitants de 0 à 19 ans 2015	380	424	454
Dépenses AEEH (pour 1000 hab de 0-19 ans) 12-2014	46	39	25
Taux de bénéficiaires d'AEEH (pour 100 hab de 0-19 ans) 12-2014	1,4	1,3	1,2

Le département représente par ailleurs, une dépense médico-sociale enfants par habitants en euros bien supérieure à la même dépense au niveau régional et national, alors qu'il a un taux de dépense AEEH inférieur.

Les adultes handicapés

Le département du Cher compte 31 établissements et services regroupant au total 1010 places financées pour la prise en charge d'adultes handicapés. Il compte également 7 établissements et services d'aide par le travail regroupant au total 600 places financées pour la prise en charge de travailleurs handicapés et des places spécifiques de SSIAD.

Il dispose de 28 places autorisées pour l'accompagnement spécifique des adultes autistes en FAM, ainsi qu'un centre de réadaptation professionnelle.

S'agissant de l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes, l'agrément des MAS et des FAM ne comporte pas de limite d'âge maximum, ce qui permet de prendre en charge les résidents jusqu'à la fin de leur vie. Une structure regroupant un FAM de 48 places et une MAS de 16 places est également autorisée pour l'accueil de personnes handicapées vieillissantes (à partir de 50 ans) à Vierzon.

Enfin, le Cher a un FAM de 6 places pour handicapés psychiques au CHS George Sand.

Taux d'équipement en places médico-sociales installées pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans 01-2016	France	RCVL	Cher
Taux d'équipement global en établissements médico-sociaux pour adultes	2,1	2,2	2,4
dont taux d'équipement en MAS	0,8	0,7	0,6
dont taux d'équipement en FAM	0,8	1,1	1,2
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	0,1
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	2,9
Taux d'équipement en ESAT	3,5	3,9	4,1

Le département du Cher possède un dispositif d'accueil des adultes handicapés plutôt satisfaisant et figure parmi les départements les mieux équipés sur la région Centre.

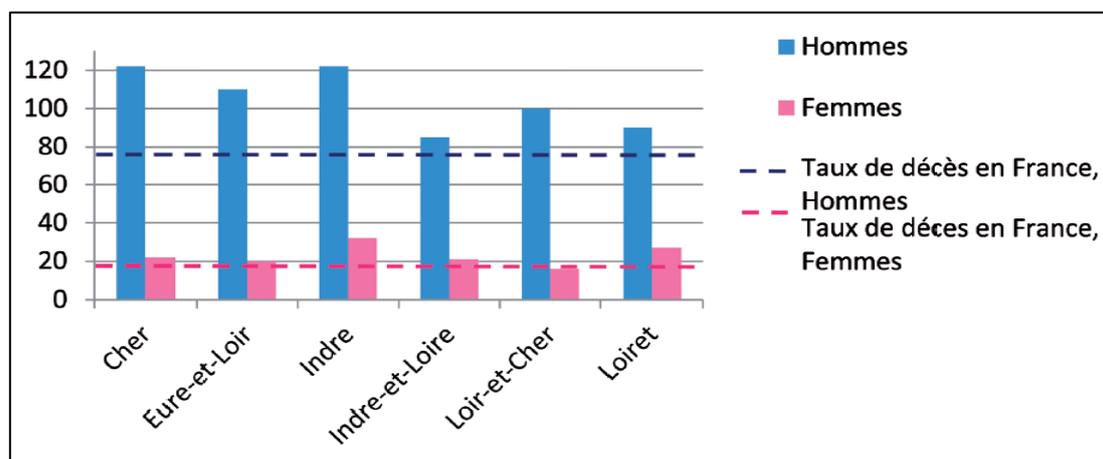
Dépense CNAM, CNAF, CNSA en € et nombre d'allocataires pour 1000 adultes de 20 à 59 ans	France	RCVL	Cher
Dépense Médico-sociale adultes en € par personne de 20 à 59 ans 2015	97	100	113
Dépense PCH + ACTP en € par personne de 0 à 59 ans - 2014	41	35	61
Dépense AAH en € par personne de 20 à 59 ans - 2014	227	217	281
Dépense pension d'invalidité 2013 en € par personne de 20 à 59 ans - 2014	159	144	143
Nombre d'allocataires de l'AAH pour 100 habitants de 20 à 59 ans - 2014	3,1	3,1	4,3
Nombre d'allocataires de PCH/ ACTP pour 1000 habitants de 0 à 59 ans - 2014	0,6	0,6	1,0

Le département représente par ailleurs, une dépense médico-sociale « adultes par habitants » en euros bien supérieure à la même dépense au niveau régional et national.

2.13.3- Caractéristiques des comportements en addictologie dans le Cher

✓ Décès par abus d'alcool :

Dans tous les départements de la région Centre-Val de Loire, les taux standardisés de décès par abus d'alcool sont supérieurs à la moyenne nationale et la mortalité est particulièrement plus élevée chez les hommes. Pour le Cher se sont les hommes les plus concernés.



Taux standardisés de décès par abus d'alcool pour 10 000 habitants, moyenne annuelle sur la période 2008-2010.

✓ Décès par accident avec conducteur alcoolisé :

En 2011, la mortalité dans les accidents corporels avec conducteur alcoolisé de la région a diminué et se situe dans la moyenne nationale (respectivement 11,6% vs. 11,2%). Toutefois, il existe des disparités départementales importantes.

France	Centre	Départements					
		Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret
29,9	28,0	30,1	27,1	34,7	26,8	25,6	27,5

Source : ONISR, ODICER, OFDT

Mortalité (%) dans les accidents avec alcool - Années 2007 à 2011

✓ Décès par toxicomanie :

La région Centre-Val de Loire a des taux de décès par pharmacodépendance et toxicomanie (liés à l'utilisation de substances psychoactives, à savoir surdosage, intoxication, délirium tremens) identique à la moyenne nationale (0,3 pour 100 000 habitants), à l'exception du Cher où le taux est supérieur pour la population masculine avec 1,4 pour 100 000 habitants.

	France	Centre	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret
Hommes	0,6	0,6	1,4	0,5	0,8	0,5	0,4	0,4
Femmes	0,1	0	0	0	0	0	0	0,31
Total	0,3	0,3	0,7	0,2	0,4	0,2	0,2	0,3

Source : CépiDc

Taux standardisés de décès par pharmacodépendance/toxicomanie pour 100 000 habitants, moyenne annuelle sur la période 2008-2010

2.13.4-L'offre de prise en charge en addictologie dans le Cher

Les dispositifs spécialisés en addictologie sont répartis selon trois secteurs : la médecine de ville, le médico-social et le sanitaire.

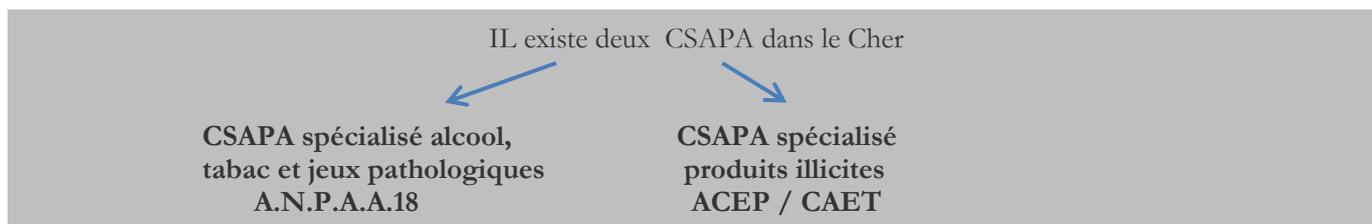
Ces dispositifs sont complémentaires et doivent s'articuler entre eux pour un meilleur « travailler et agir ensemble ». Ils peuvent accueillir les personnes et/ou apporter un appui technique aux professionnels non spécialisés en addictologie.

➤ Secteur médico-social :

- Les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

Les CSAPA assurent, pour les personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif ou présentant une dépendance aux substances psychoactives et conduites addictives ainsi que pour leur entourage :

- l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne ou de son entourage ; dans ce cadre, ils peuvent mettre en place des consultations de proximité en vue d'assurer le repérage précoce des usages nocifs ;
- la réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives ;
- la prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative. Elle comprend le diagnostic, les prestations de soins, l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion.



- Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)

Dans le Cher, le CAARUD, ouvert depuis 2014, est porté par l'ACEP.

Il s'agit d'un établissement médico-social destiné à accueillir des usagers de drogues. Contrairement aux établissements de soin traditionnels, les CAARUD accueillent les usagers de drogues avec un minimum de conditions : respect de l'équipe et des autres usagers et interdiction de consommation sur place. L'abstinence, le projet de sevrage, la sobriété ou d'autres considérations ne sont pas exigées (principe de l'accueil inconditionnel).

➤ Le secteur sanitaire :

L'organisation des soins hospitaliers en addictologie est portée par le Centre Hospitalier George Sand dans le Cher. Il assure l'hospitalisation des personnes présentant une ou plusieurs conduites addictives et dont l'importance et la gravité des problèmes justifient ce type de prise en charge. L'unité d'hospitalisation comprend 33 lits et propose des séjours (1 à 4 semaines) pour sevrage complexe et cure, avec pour objectif de réduire ou prévenir les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, et sociales des personnes ayant une conduite addictive avec ou sans produit et de faciliter leur réadaptation. Il vise à soutenir la personne dans l'arrêt ou la maîtrise de sa conduite addictive par :

- un suivi médical et somatique ;
- un suivi psychothérapeutique en collectif ou en individuel ;
- des ateliers thérapeutiques.

➤ Les médecins de ville :

Certains médecins généralistes se sont intéressés plus particulièrement à la question des addictions et à son intégration dans leurs pratiques.

Ils sont les acteurs de première ligne auprès des patients. Leur rôle reste principalement le repérage et l'orientation vers les structures spécialisées.

➤ Les associations de bénévoles et mouvement d'entraide :

Ils assurent un accompagnement auprès des patients et leur entourage, en complémentarité avec les équipes de soins, souvent en post cure pour éviter des rechutes. Il existe trois associations dans le Cher : Alcool Assistance, Vie Libre, Association la croix d'or.

2.13.4- Les actions prioritaires

Les évolutions sociodémographiques sont impactées par les progrès médicaux (meilleur diagnostic et plus précoce), l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et des poly pathologies liées au vieillissement de la population. Elles sont impactées également par une demande plus importante de réponses inclusives et de maintien à domicile, d'une plus grande personnalisation des modes d'accompagnement et enfin par une urbanisation croissante, des territoires isolés et une tension démographique des professions de santé.

La population âgée s'accroît d'une manière importante, l'espérance de vie des personnes handicapées augmente. Ces 2 évolutions se conjuguent à une augmentation du niveau de dépendance et du besoin de soins.

Le développement des soins ambulatoires incite également à une évolution des réponses médico-sociales pour améliorer le parcours des soins et mieux l'intégrer au parcours de vie des personnes âgées ou handicapées. Parallèlement, le nombre de jeunes en aménagement creton ne décroît pas toujours et des situations « complexes » questionnent sur les pratiques professionnelles et nécessitent des réponses coordonnées.

L'évolution de l'offre médico-sociale doit répondre à la logique de parcours global alliant prévention de la perte d'autonomie, précocité des interventions et renforcement de l'inclusion sociale dans une logique de prestations. Cette logique de parcours nécessite la mise en place de réponses inclusives, pluridimensionnelles, modulaires et modulables dans le parcours de vie, de l'enfance à l'avancée en âge, prenant en compte les aidants.

Elle doit viser une vie en milieu ordinaire et la mobilisation des dispositifs de droit commun tout en conservant l'accès aux dispositifs spécialisés dès lors que le milieu ordinaire n'est pas ou n'est plus adapté.

Cela renvoie à des dispositifs d'habitats inclusifs, à l'accès aux soins, à la scolarisation et l'emploi en milieu ordinaire des personnes handicapées avec une forte mobilisation des services en appui.

Elle doit permettre de renforcer des réponses coordonnées pour anticiper et gérer les ruptures de parcours (prévention, social, médico-social, ville, établissements de santé) ; ce qui implique un décloisonnement entre les différents acteurs et une grande cohérence des politiques publiques. Cela renvoie à une approche graduée par niveau et fréquence de recours, l'organisation de dispositifs spécifiques pour les situations complexes du type réponse accompagnée pour tous et les gestions de cas pour les personnes âgées.

Enfin, il conviendra de poursuivre le rééquilibrage territorial visant la réduction des inégalités en mobilisant tous les types de structures dans une logique de « paniers de services » et d'articulation des ressources territoriales.

D'une manière plus spécifique :

Pour les personnes âgées,

La réflexion au niveau du territoire devra s'inscrire dans celle liée à la filière gériatrique du groupement hospitalier de territoire et les travaux sur le soutien à domicile du Conseil départemental.

Il conviendra de poursuivre plus particulièrement les actions inscrites dans le projet territorial de santé 2013-2016 :

-contribuer à éviter les hospitalisations aux urgences des PA en EHPAD : évaluer la pertinence des transferts des PA d'EHPAD aux urgences, favoriser le déploiement de la télémédecine et du DLU dans les EHPAD

-améliorer l'information des professionnels et des usagers sur les dispositifs existants et développer et encourager les organisations permettant le dépistage précoce des facteurs de fragilité : mise en place d'un conseil téléphonique gériatrique, créer le lien entre les professionnels spécialistes de la personne âgée, élaboration d'un guide ressources

-s'associer aux instances sociales et de coordination pour l'organisation de la sortie d'hôpital de la PA

Les enjeux sont de garantir une prise en charge globale de la personne âgée sans rupture de parcours, en renforçant et développant plus particulièrement les coopérations autour de la personne âgée en décloisonnant le sanitaire et le médico-social et en travaillant les aspects de prévention et de repérage des risques de rupture afin d'éviter le report sur les urgences des centres hospitaliers.

Il conviendra dans ce cadre d'agir au niveau de la prévention et du dépistage. Les acteurs (aidants, professionnels de santé, intervenants au domicile, assistants sociaux...) devront pouvoir s'appropriier les signes pouvant être précurseurs d'une perte d'autonomie et nécessitant d'alerter le médecin traitant (chutes à répétition, perte de poids, grande fatigue, pertes de mémoire ou changements de comportements, problème d'observance du traitement médicamenteux, situation environnement (veuvage, déménagement de l'aidant...)

Enfin, une attention particulière devra être apportée au soutien et à l'accompagnement des personnes âgées à domicile, en renforçant l'offre de prise en charge et en améliorant la professionnalisation des acteurs.

Pour les personnes en situation de handicap,

L'offre existante au niveau du secteur de l'enfance handicapée et des ESAT doit pouvoir poursuivre son adaptation aux besoins existants et repérés dans le cadre de restructuration et en lien avec la démarche CPOM pour plus particulièrement pouvoir prendre en charge des handicaps lourds, travailler sur l'insertion professionnelle, et mieux accompagner la vie des personnes en situation de handicap en milieu ordinaire.

Le dépistage et l'accompagnement précoce du handicap est à poursuivre et renforcer.

Le vieillissement des personnes en situation de handicap nécessite d'adapter les prises en charge et l'offre médico-sociale.

Une meilleure articulation avec le sanitaire est également à renforcer pour éviter les ruptures de soins dans les parcours des personnes en situation de handicap. Dans ce cadre, l'offre de soins doit pouvoir s'adapter et s'ouvrir à l'accueil des personnes en situation de handicap et les professionnels de santé être mieux formés et sensibilisés.

Enfin, les différents acteurs du département devront s'inscrire dans l'objectif national d'une Réponse Accompagnée pour Tous, en pensant désormais en termes de dispositifs et non plus de places, en faisant preuve d'innovations dans la prise en charge des usagers et en s'obligeant à travailler les uns avec les autres pour favoriser les parcours de prises en charge des usagers.

Pour les personnes concernées par des comportements en addictologie

Une meilleure articulation et lisibilité des dispositifs spécialisés en addictologie : médecine de ville, médico-social et sanitaire.

2.14-Identification des insuffisances et ruptures de parcours sur le Cher

2.14.1-Identification des ruptures de parcours les plus fréquentes

Comme précédemment évoqué, les ruptures de parcours touchent plusieurs catégories de population à différents niveaux de prise en charge.

Toutefois, les cas de rupture dans le parcours de la **personne âgée** sont particulièrement prégnants dans notre département. Ceci s'explique tout d'abord par le fait que la population âgée du Cher est plus importante qu'en Région Centre-Val de Loire et en France métropolitaine. Du fait notamment de l'évolution des maladies chroniques et du manque de médecin traitant au sein du département, le nombre de personnes âgées pris en charge à l'Hôpital augmente. Pour des raisons multifactorielles liées à l'aval de l'hospitalisation – manque de lits d'aval, notamment en SSR, blocages divers lors d'admission en EHPAD, retard pour la mise en place des tutelles, organisation des services d'aide pour le retour à domicile – les personnes âgées restent souvent plus de temps que nécessaire aux urgences ou au sein des services de l'Hôpital. Outre un embouteillement dans les services, cette situation engendre une prise en charge inadaptée pour la personne âgée et donc parfois une aggravation de la dépendance. Cette rupture dans la filière gériatrique sera notamment travaillée dans le cadre du GHT.

On peut constater depuis quelques années une augmentation des cas de personnes âgées avec des troubles du comportement importants. Les EHPAD qui prennent en charge ces personnes, y compris ceux comprenant des unités protégées ou spécialisées Alzheimer, déclarent parfois ne plus avoir l'organisation ou la structure appropriée pour que, à minima, la sécurité des soins soit assurée. Une prise en charge psychiatrique peut être une solution lors d'une phase aiguë de la maladie mais non sur une longue durée. Ces personnes se retrouvent donc parfois sans solution adaptée.

On peut noter que le maintien à l'Hôpital de certaines catégories de personnes ayant besoin d'une prise en charge spécifique, par manque de solution d'aval, peut concerner également les **personnes handicapées**.

Un certain nombre de situations critiques concernant les personnes handicapées, et notamment les enfants, apparaissent sur le territoire pour plusieurs raisons : à la fois par manque de place adaptée à la pathologie de l'enfant, ou par manque de solution réellement adéquate. Des troubles très envahissants peuvent poser des difficultés de prise en charge par les établissements, notamment dans le cadre des transports.

Les partenariats avec le secteur psychiatrique sont moins élaborés dans le secteur adulte que dans le domaine de l'enfance handicapée. Les parcours partagés (temps partiel en institution médico-sociale – temps partiel en établissement sanitaire) sont rares et les coopérations se concrétisent aujourd'hui essentiellement par des interventions mensuelles de professionnels de psychiatrie dans les ESMS.

Plus globalement, les coopérations entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social restent limitées et inorganisées. La difficulté pour le secteur médico-social à développer en interne une réelle expertise médicale (par défaut de professionnels) rend complexe l'instauration de relations efficaces entre les deux secteurs.

La question de l'accès aux soins des personnes handicapées (mise en lumière par le rapport "JACOB") reste **problématique**, que ce soit pour les personnes accueillies en institution ou vivant à domicile. La question de l'identification d'un référent PH au sein de chaque établissement de santé pourrait être une première solution afin de faire le lien avec les établissements médico-sociaux.

Toujours concernant les personnes handicapées, on note également une orientation trop tardive sur des dispositifs de prise en charge de jeunes enfants comme les CAMPS. Les enfants orientés le sont le plus souvent au-delà de 4 ans. Or, une prise en charge très précoce des troubles est primordiale pour une efficacité optimale du suivi. Cette orientation tardive pourrait être due, d'une part, au manque de professionnels de santé –médecins traitants et paramédicaux -, susceptibles de diagnostiquer précocement les troubles. D'autre part, une méconnaissance des CAMPS par les partenaires –médecins traitants et services sociaux – pourraient également être une explication pour l'orientation tardive.

Face à ces difficultés dans les ruptures de parcours, le déploiement des fonctions d'appui, en complément des autres dispositifs en cours d'élaboration comme le GHT, a pour ambition d'apporter une réponse pour la fluidification des parcours de santé complexes.

Elles doivent permettre de renforcer des réponses coordonnées pour anticiper et gérer les ruptures de parcours (prévention, social, médico-social, ville, établissements de santé) ; ce qui implique un décloisonnement entre les différents acteurs et une plus grande cohérence des politiques publiques.

2.14.2- Les actions prioritaires

-le développement des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

La CPTS a été créée par la loi de modernisation de notre système de santé avec les Equipes de Soins Primaires (ESP). L'instruction N° DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux ESP et aux CPTS détaille les modalités de mise en œuvre de ces différents dispositifs. Elle précise notamment le rôle des ARS dans cette démarche.

Les CPTS remplacent les pôles de santé. Composées de professionnels de santé regroupés sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs de soins de premier ou second recours, et d'acteurs médicosociaux et sociaux, les CPTS concourent au projet régional de santé et à la structuration des parcours de santé. L'approche est populationnelle. Leurs membres formalisent un projet de santé, transmis à l'ARS, identifiant le territoire de leur action. Sur la base notamment de ce projet, l'ARS peut conclure des contrats territoriaux de santé, financés sur les crédits du fonds d'intervention régional, pour répondre aux besoins identifiés dans les diagnostics territoriaux.

L'équipe de soins primaires (ESP) est une forme de coordination plus souple au niveau local conçu par des professionnels de santé assurant des soins de 1^{er} recours et qui souhaitent améliorer l'état de santé de leurs patients.

La Fédération des URPS porte l'action des CPTS en région centre.

L'enjeu global est de mieux coordonner et fluidifier le parcours des patients et gagner du temps pour les médecins à terme.

Dans le département du Cher, la situation est la suivante :

- Mise en place de régulation des soins non programmés de jours, à destination des médecins généralistes. 1 journée par semaine. Organisation plus efficace. Dispositif PAIS dans le Loir et Cher = gain de temps d'environ 1h, 1H30 pour les médecins. Moins de passages aux urgences.

- Idée de promouvoir la télé-expertise sur le territoire.
- Organiser des parcours de soins sur des thématiques identifiées : obésité, bégaiement... ; professionnels qui travaillent ensemble pour structurer les parcours de soins.
- Communication sur la mise en place des messageries sécurisées de santé. Certains professionnels sont équipés et ne l'utilisent pas forcément. Organiser des formations avec le GCS télésanté centre pour leur expliquer comment l'utiliser.

Sur le Cher, la CPTS « grand Est » est en cours de formalisation. Le projet est bien avancé compte tenu d'une réelle volonté de travailler ensemble autour d'une MSP très dynamique. Les CPTS doivent permettre de développer l'éducation thérapeutique sur le territoire, la télé-expertise, les soins non programmés, la communication avec l'Hôpital, l'idée d'améliorer le dépistage découlant des données récupérées par l'ORS et de faire davantage de prévention.

L'articulation avec les CLS sera à penser dans un 2^{ème} temps. Les CLS ont un positionnement plus « politique ».

L'URPS peut appuyer les professionnels qui souhaitent travailler sur la mise en place d'une CPTS (accompagnement au projet, aide au montage...) Les professionnels de santé peuvent l'élaborer eux-mêmes. Ensuite les CPTS peuvent embaucher un coordinateur. Sur d'autres régions, il y a d'autres CPTS qui se constituent. Les MSP vont être de plus en plus dans une mission territoriale. Un coordinateur MSP peut s'ouvrir aux CPTS.

L'URPS privilégie d'abord les projets sur le volet sanitaire. Une fois qu'il sera construit, ce sera plus facile de l'ouvrir au médico-social ou à la prévention.

Point de vigilance sur l'articulation entre les différents champs (MS, Social ; Sanitaire). On ne peut pas mettre les enjeux politiques de côté. L'articulation doit également pouvoir se faire avec la PTA, qui doit faciliter la connaissance et l'échange.

Les autres CPTS en cours de réflexion et de construction sont celles du Nord du Cher (CPTS du Génois) et du Sud du département avec la MSP de Chateaufort.

-le déploiement des fonctions d'appui

Les fonctions d'appui permettent d'aider les professionnels pour les situations complexes sans distinction d'âge, de handicap ni de pathologies.

Une situation complexe peut être définie comme une situation dans laquelle la présence simultanée d'une multitude de facteurs, médicaux, psychosociaux, culturels, environnementaux et/ou économiques sont susceptibles de perturber ou de remettre en cause la prise en charge d'un patient, voire d'aggraver son état de santé. Il est souvent constaté la présence de plusieurs intervenants de champ différents.

Des dispositifs de « coordination » autour des cas complexes existent déjà sur les territoires de santé (MAIA, Réseaux de santé, CLIC...). Toutefois, l'ensemble de ces dispositifs peuvent avoir des dimensionnements différents en termes de prérogatives, de compétences, de déploiement. Leur intervention n'est pas toujours très lisible pour les professionnels de santé.

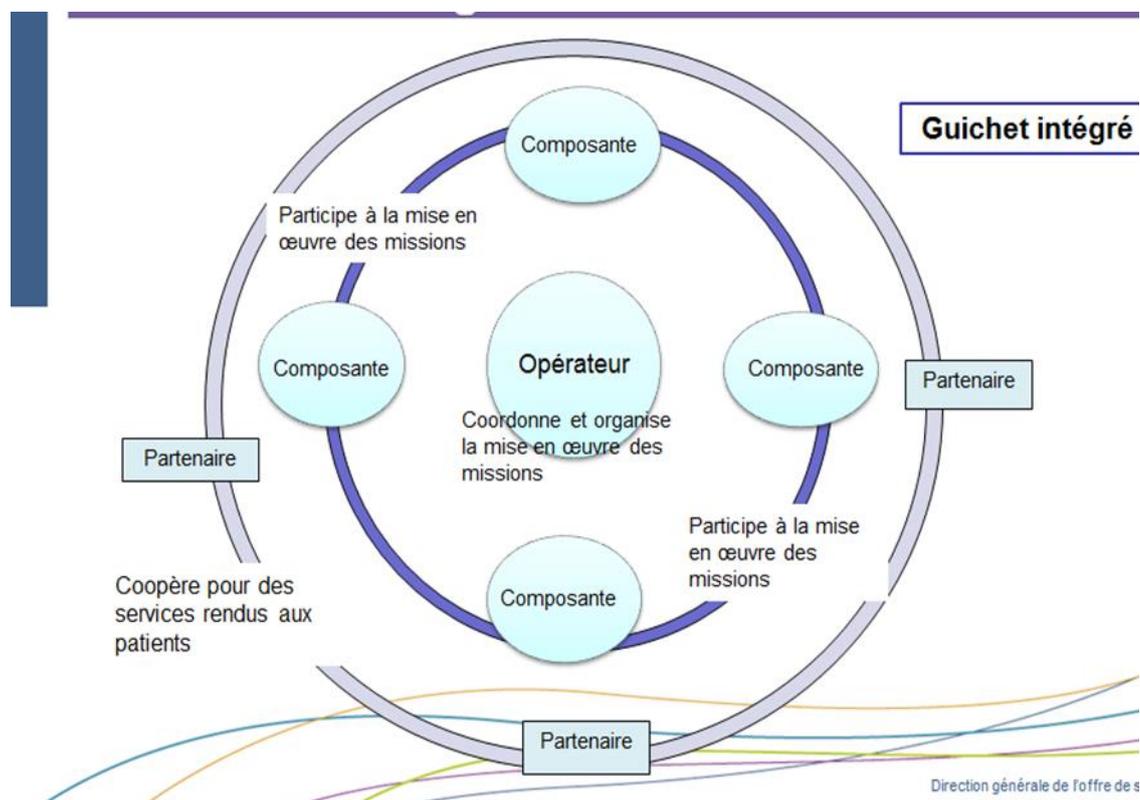
Les trois missions retenues par la loi pour les fonctions d'appui sont les suivantes :

- **Mission 1 : Information et orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales, et médico-sociales du territoire**
Cette information et orientation se fera à partir du Répertoire opérationnel des ressources (le ROR). Il sera impératif de prévoir un point d'entrée unique – numéro unique pouvant être saisi par les professionnels.
- **Mission 2 : Appui à l'organisation du parcours et des admissions et sorties d'établissements**
Evaluation de la situation et synthèse des évaluations, appui à l'organisation de la concertation, appui à la planification et au suivi des interventions autour du patient, appui à la coordination des interventions autour du patient.
- **Mission 3 : Appui aux pratiques et initiatives professionnelles** Soutien aux initiatives en matière d'organisation des parcours, outillage pour le repérage et l'évaluation des situations, diffusion de protocoles de bonnes pratiques, organisation de retours d'expérience...

Le médecin traitant est le pivot du dispositif. Les fonctions d'appui peuvent être saisies par lui-même ou par d'autres professionnels, après avoir recueilli son avis.

Les fonctions d'appui interviennent **en subsidiarité**. En effet, il ne s'agit pas de faire « à la place de ». La priorité est toujours donnée à la réalisation par les équipes de soins primaires.

Un système d'information unique est souhaité, accessible par les professionnels au travers de leur propre SI. Des outils comme le ROR, Via Trajectoire, la Messagerie sécurisée de santé, la Plateforme Covotem, seront mis en avant pour la création d'un **guichet intégrée**.



L'ARS travaille en étroite collaboration avec la fédération URPS pour le déploiement des fonctions d'appui sur le territoire.

Sur la base d'un livrable en cours d'élaboration, faisant un état des lieux des dispositifs de coordination existants sur le territoire, les acteurs vont devoir construire une vision partagée concernant le déploiement des fonctions d'appui.

Il s'agira de prendre en compte les projets existants et de travailler au plus près des acteurs de terrain. C'est pourquoi, à ce stade, il n'y aura pas d'appel à candidature. L'ARS s'inscrit comme un facilitateur et un animateur pour le déploiement des projets.

III-Conclusion : analyse des forces -faiblesses -opportunités et menaces du territoire

La matrice FFOM (ou SWOT² en anglais) ci-dessous permet d'analyser :

- Les facteurs internes (forces et faiblesses), propres au territoire, sur lesquels il est à priori possible d'agir ;
- Les facteurs externes (opportunités et menaces), de l'environnement, sur lesquels il n'est a priori pas possible d'agir.

FORCES <i>Aspects positifs internes contrôlés par le territoire</i>	FAIBLESSES <i>Aspects négatifs internes constituant un axe d'amélioration à envisager</i>
<p>-le travail sur le PTS ou tout autre espace de concertation avec une volonté partagée d'améliorer la réponse aux populations en fonction des besoins recensés et des demandes exprimées.</p> <p>-les travaux du GHT et du Projet médical partagé qui développe la notion de parcours de soins.</p> <p>-des collectivités territoriales investies pour les plus fragiles</p> <p>-une dynamique partenariale existante des professionnels de santé, des promoteurs en prévention/promotion de la santé, du réseau associatif (dont champ du handicap), des établissements de santé et des institutionnels</p> <p>-une volonté des professionnels de santé, des collectivités territoriales et des établissements de santé à développer et accompagner les exercices regroupés et l'accueil des jeunes médecins (dont ceux en formation) pour faciliter l'exercice de la médecine libérale et hospitalière de proximité et attirer des médecins.</p> <p>-l'existence d'une association de jeunes médecins qui contribue à attirer d'autres médecins.</p> <p>-une permanence des soins ambulatoire efficiente.</p> <p>-un réseau partenarial des promoteurs en prévention promotion de la santé très dynamique.</p> <p>-une offre médico-sociale pour personnes âgées et pour personnes handicapées globalement satisfaisantes.</p> <p>-le travail sur la jeunesse et l'addictologie qui va</p>	<p>-la faiblesse de la densité médicale et paramédicale qui a des répercussions à la fois sur l'ambulatoire, les établissements de santé et le médico-social (de moins en moins de médecins coordonnateurs, des fermetures de lits hospitaliers compte tenu de l'impossibilité de recruter des médecins spécialistes, nombre de personnes n'ayant pas accès à un « médecin traitant »)</p> <p>-des dispositifs de soutien et de prise en charge à domicile à mieux utiliser et renforcer (répits – AJ/HT)</p> <p>-le manque de lisibilité et de connaissance des acteurs entre eux et du public</p> <p>-les difficultés et manques d'évaluation des dispositifs et politiques menées.</p> <p>-des besoins pour les personnes en situation de handicap pas toujours précisément identifiés, fragmentés et à visée prospective.</p> <p>-la nécessité constante auprès de certains acteurs de prouver l'importance et l'efficacité d'une approche préventive.</p> <p>-un manque de lisibilité et d'articulation dans les dispositifs existants, notamment dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé</p> <p>-une offre insuffisante dans la prévention et la promotion de la santé-environnementale</p> <p>-un manque de connaissance sur l'exposition environnementale aux pesticides</p> <p>-un parc privé potentiellement indigne important</p>

² Forces (strengths), faiblesses (weaknesses), opportunités (opportunities), menaces (threats)

<p>dans le sens d'un travail d'aller vers et en articulation entre acteurs autour des populations et sur les champs médico-psycho-sociaux.</p> <ul style="list-style-type: none"> -les mesures conventionnelles et du PTS pour l'installation des médecins libéraux -la coordination avec le département pour accueillir des médecins dans des logements réservés. -la volonté du Conseil départemental de développer des structures alternatives au domicile et de soutenir le maintien à domicile des aînés -les réflexions en cours sur le développement des CPTS et des fonctions d'appui sur le territoire. -l'existence de conventionnement pluriannuelle permettant la continuité des prises en charge. -une eau potable qui est, globalement, de bonne qualité sur l'ensemble du territoire -une offre en prévention et promotion de la santé globalement satisfaisante -l'existence de 3 contrats locaux de santé (CLS) -la perspective de développement du dispositif CLS sur le Nord du territoire. 	<ul style="list-style-type: none"> -2 territoires marqués par les inégalités, non dotés de contrats locaux de santé (Nord, Est) -des inégalités sociales et territoriales de santé marquées sur le territoire avec un cumul des facteurs pour certaines zones du Cher particulièrement le Sud et l'Est - la présence de plantes invasives susceptibles de générer des effets sanitaires : Berce de Caucase et Ambroisie - le retard dans la mise en place des périmètres de protection des captages d'eau destinée à la consommation humaine - l'absence totale de solution de secours en cas de défaillance de la ressource en eau destinée à la consommation humaine pour 20% de la population
<p>OPPORTUNITES</p> <p><i>Possibilités extérieures dont le territoire essaye de tirer parti sans pouvoir directement agir dessus</i></p>	<p>MENACES</p> <p><i>Obstacles au développement d'un territoire, hors de son champ d'influence</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> -un positionnement géographique central du département pour les acteurs économiques par rapport à la métropole. -une ville chef-lieu centrale dans le département avec des bonnes voies de communication. -une approche en termes de parcours qui s'impose à tous quelques soit le champ d'intervention et déjà expérimenté par quelques acteurs depuis de nombreuses années -la déclinaison des plans et orientations nationales dans le médico-social : PMND, autisme, réponse accompagnée pour tous, réformes de la tarification, développement contractualisation (CPOM) -le développement de la promotion de la santé et de la prévention permettant une action en amont de prises en charges plus complexes <p>-l'opportunité de mener des projets et/ou recherches expérimentaux soutenus par les tutelles dans le champ de la prévention et de l'addictologie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -une faible densité démographique : 7235 km² – 13^{ème} rang sur 101 départements: 41 habitants par km² pour 113 en France et 65 en région. -la non prise en compte du sud de la région Centre val de Loire en termes d'aménagement du territoire (TGV ...) -une couverture insuffisante du transport ferroviaire – du réseau internet haut débit et mobile ; et l'état du réseau secondaire – impose des moyens accrus (mobilité) et dispersés pour assurer la couverture du territoire. -la faiblesse attractivité « relative » du territoire aux emplois qualifiés – difficultés de recrutement – médecins, cadres, ... -la part des actifs potentiels en recul et le taux de pauvreté élevé 14,3% dont 25% des -30ans -le vieillissement en cours et croissant de la population du Cher, dont les personnes en situation de handicap et âgées (besoins de dispositifs et de structures adaptées de prise en charge – besoins de plus de soins) – démographie négative -0,1% pour +5% en région CVL et +5,2 % en France. Vieillesse des +60ans = 30,2% pour 25,25% en

<p>-l'évolution de la société vers une approche inclusive du handicap</p> <p>-le développement de la télémédecine et de la santé connectée.</p> <p>-la déclinaison des plans et orientations nationales : PMND, autisme, réponse accompagnée pour tous, réformes de la tarification et plus particulièrement des CPOM</p> <p>-une volonté nationale de développer la prévention et la promotion de la santé, en agissant sur les déterminants de la santé</p>	<p>France.</p> <p>-le vieillissement et les départs en retraite des médecins généralistes, spécialistes en secteur libéral et hospitalier et salarié.</p> <p>-le profil de publics toujours plus en difficulté (ruralité, précarité, indicateurs de santé...) imposant face à ces situations complexes une plus grande articulation.</p> <p>-la pérennité et l'incertitude des financements nationaux et des collectivités territoriales pour mener des actions sur la durée, adapter ses actions aux besoins évolutifs de la population, financer les ESMS (dont les CSAPA) et innover.</p> <p>-des moyens peu en adéquation avec les ambitions, les besoins et les enjeux pour agir par la prévention.</p> <p>-l'installation de démarches centrées sur des réponses à apporter d'abord sur le plan administratif et seulement ensuite sur la qualité des prestations en direction des usagers (sur le plan général)</p> <p>-la non prise en compte de la temporalité dans la mise en œuvre des actions de prévention financées.</p> <p>-la juxtaposition de réseaux, de politiques publiques locales, régionales et nationales non coordonnées.</p> <p>-une application rigide des dispositifs et de chaque acteur ne facilitant pas la mise en œuvre de la notion de parcours de santé.</p> <p>-de plus en plus de patients sans médecin traitant si rien n'est fait. (+ de 10 000 en 2017)</p> <p>-la complexité des parcours administratifs dans le montage des projets et l'inflation normative de la réglementation.</p> <p>-la course à la coordination des acteurs.</p> <p>-la présence de radon, facteur environnemental impactant la santé et naturellement présents sur le territoire</p>
---	--

GLOSSAIRE

- A.A.H.** : Allocation Adulte Handicapé
A.C.T.P. : Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
A.E.E.H. : Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé
A.L.D. : Affection de Longue Durée
A.N.A.P. : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
A.P.A. : Allocation Personnalisée d'Autonomie
A.S.P.A. : Allocation de Solidarité aux Personnes Agées
- C.A.A.R.U.D.** : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de drogue
C.A.M.P.S. : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
C.A.O.D. : Centre d'Accueil et d'Orienta-tion Départemental
C.C.M.U. : Classification Clinique des Malades aux Urgences
C.H.R.U. : Centre Hospitalier Régional Universitaire
C.H.U. : Centre Hospitalier Universitaire
C.L.I.C. : Centre Local d'Information et de Coordination
C.L.S. : Contrat Local de Santé
C.M.E. : Commission Médicale d'Etablissement
C.M.P. : Centre Médico-Psychologique
C.N.A.M.T.S.-D.S.E.S. : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés- Direction de la Stratégie, des Etudes et des Statistiques
C.N.G. : Centre National de Gestion
C.N.S.A. : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
C.O.S. : Cadre d'Orienta-tion Stratégique
C.P.T.S. : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
C.R.S.A. : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
C.S.A.P.A. : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
C.T.S. : Conseil Territorial de Santé
- D.L.U.** : Dossier de Liaison d'Urgence
D.M.P. : Dossier Médical Partagé
D.R.E.E.S. : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- E.H.P.A.D.** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
E.P.C.I. : Etablissement Public de Coopération Intercommunale
E.S.A. : Equipe Spécialisée Alzheimer
E.S.A.T. : Etablissement et Service d'Aide par le Travail
E.S.P. : Equipe de Soins Primaires
- F.A.M.** : Foyer d'Accueil Médicalisé
- G.H.T.** : Groupement Hospitalier de Territoire
- H.A.D.** : Hospitalisation A Domicile
- I.N.S.E.E.** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
I.S.T. : Infection Sexuellement Transmissible
- M.A.I.A.** : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
M.A.R.P.A. : Maison d'Accueil Rural pour Personnes Agées
M.A.S. : Maison d'Accueil Spécialisé

M.C.O. : Médecine Chirurgie Obstétrique
M.P.R. : Médecine Physique et de Réadaptation
M.S.P. : Maison de Santé Pluridisciplinaire

O.R.S. : Observatoire Régional de la Santé

P.A.E.R.P.A. : Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie
P.C.H. : Prestation de Compensation du Handicap
P.D.S.A. : Permanence des Soins Ambulatoire
P.F.R. : Plateforme de Répit
P.H. : Praticien Hospitalier
P.M.N.D. : Plan Maladies Neuro Dégénératives
P.P.C. : Périmètre de Protection de Captage
P.P.P.I. : Parc Privé Potentiellement Indigne
P.P.S. : Prévention et Promotion de la Santé
P.R.A.P.S. : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
P.R.S. : Projet Régional de Santé
P.R.S.E. : Projet Régional de Santé Environnement
P.T.M.G. : Praticien Territorial de Médecine Générale
P.T.S. : Programme Territorial de Santé

R.O.R. : Répertoire Opérationnel des Ressources
R.P.P.S. : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
R.P.U. : Résumé du Passage aux Urgences

S.A.E. : Statistique Annuelle des Etablissements de santé
S.A.M.S.A.H. : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé
S.I. : Système d'Information
S.I.A.E.P. : Syndicat Intercommunal d'Alimentation en Eau Potable
S.P.A.S.A.D. : Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile
S.R.S. : Schéma Régional de Santé
S.S.I.A.D. : Service de Soins Infirmiers A Domicile
S.S.R. : Soins de Suite et de Réadaptation

T.D.S. : Territoire de Démocratie Sanitaire

U.D.I. : Unité de Distribution d'eau potable
U.H.R. : Unité d'Hébergement Renforcé
U.R.P.S. : Union Régionale des Professionnels de Santé
U.S.L.D. : Unité de Soins de Longue Durée

Annexes du Diagnostic Territorial Partagé du Cher (DTP)

PRS2

1	Diagnostic de santé Partagé du Cher en Prévention et Promotion de la Santé
2	Répartition de l'ambrosie à feuilles d'armoise en Région Centre-Val de Loire en 2015
3	Potentiel radon des communes en Région Centre-Val de Loire
4	La carte du parc privé potentiellement indigne (PPPI) en Région Centre-Val de Loire
5	Agriculture et élevage en Région Centre Val de Loire
6	Statistiques accidents du travail, Maladie professionnelles en Région Centre-Val de Loire en 2015

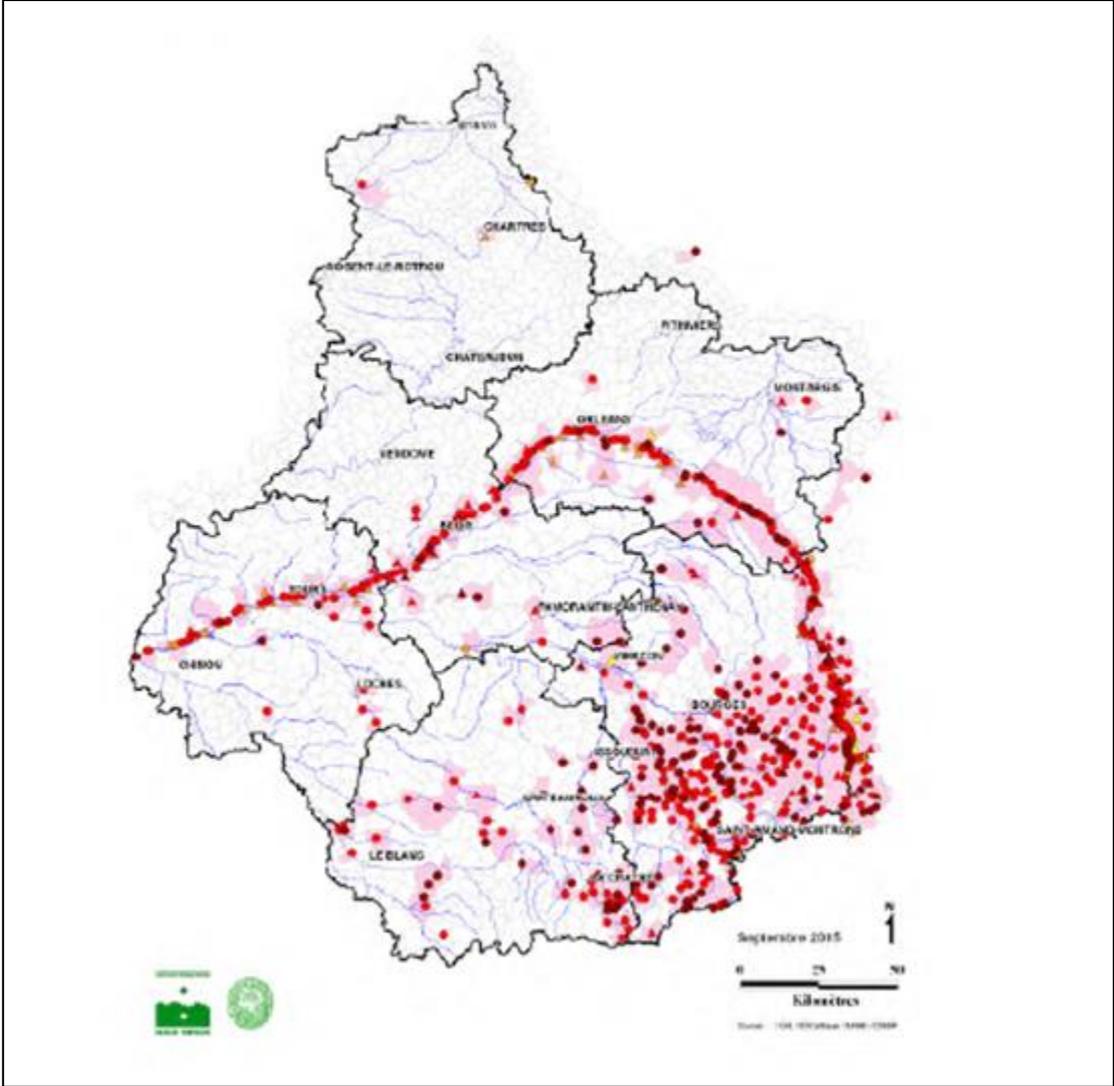
Annexe 1 Diagnostic de santé Partagé du Cher en Prévention et Promotion de la Santé (Extrait, Rapport ARS 2017)

	Centre	Ouest	Sud	Nord	Est
Territoires du Cher					
Principaux indicateurs de santé	Pour les 5 territoires : •Public jeune : Surpoids et obésité, souffrance psycho-sociale •Gens du voyage : maladies cardiovasculaires, diabète, troubles dentaires				
	<ul style="list-style-type: none"> •Sous mortalité générale •Morbidity liée aux comportements à risque (consommation excessive : alcool, drogue, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> •Mortalité maladies appareil circulatoire • Mortalité cancer voies aéro-digestives 	<ul style="list-style-type: none"> • Cancer • Mortalité par cancer voies aéro-digestives, du sein, côlon-rectum • Taux de dépistage cancer du sein & côlon-rectum faible par rapport aux autres territoires • Mortalité maladies appareil circulatoire 	<ul style="list-style-type: none"> •ALD Diabète type I et II •Mortalité maladies appareil circulatoire • Mortalité cancer voies aéro-digestives 	<ul style="list-style-type: none"> • Cancer • ALD Diabète type I et II •Mortalité maladies appareil circulatoire •Mortalité cancer trachée, bronches et poumon, voies aéro-digestives, côlon-rectum • Taux de dépistage cancer du sein & côlon-rectum faible par rapport aux autres zones

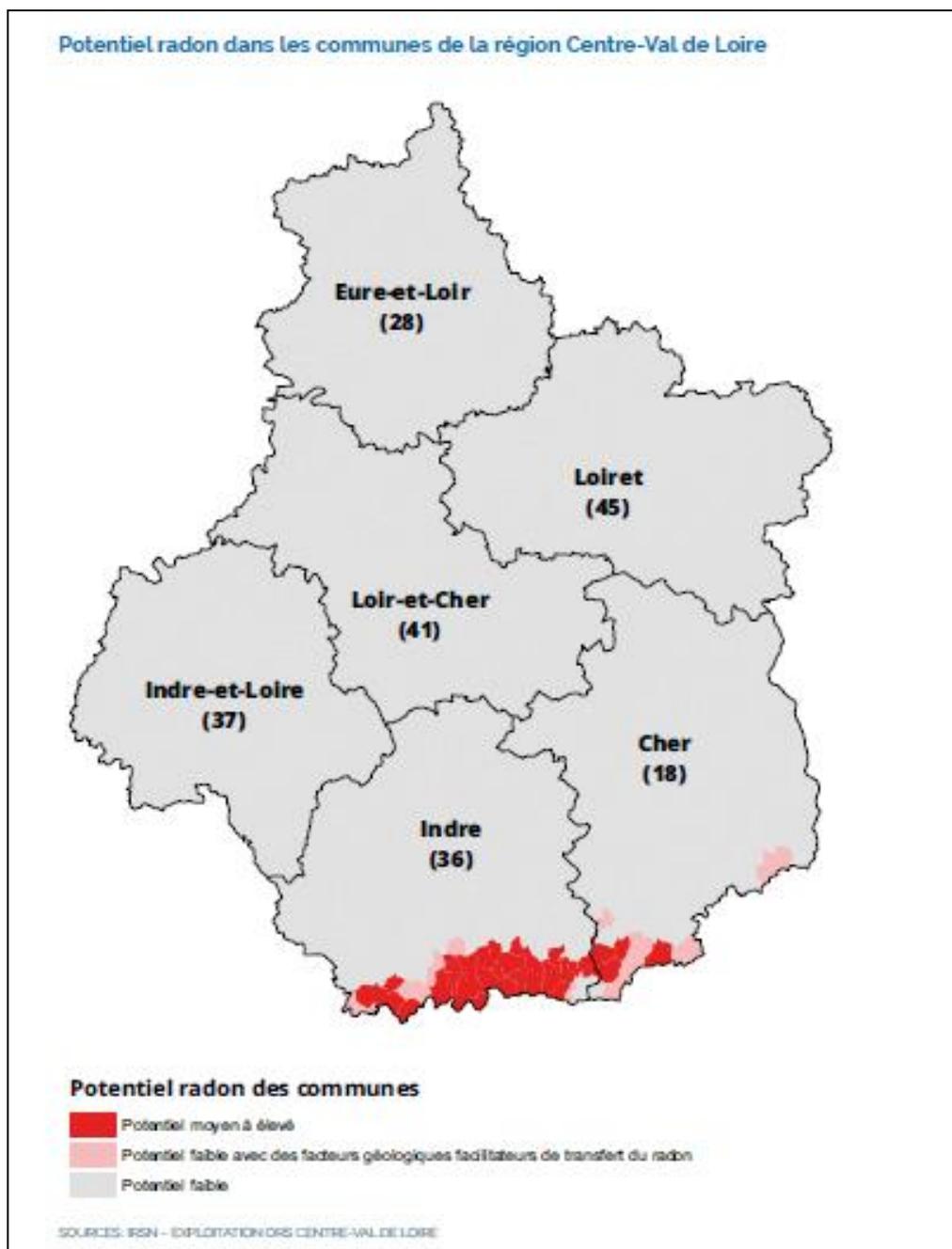
	Centre	Ouest	Sud	Nord	Est
Secteurs du Cher					
Principaux déterminants sociaux	<p>Pour les 5 territoires :</p> <ul style="list-style-type: none"> •Public jeune : difficulté d'insertion professionnel en milieu rural. Le Cher avait en 2013, le taux le plus élevé de la région de jeunes de plus de 15 ans non scolarisés sans qualification ou avec de faibles niveaux de formation •Gens du voyage : pathologies liées à la consanguinité 				
	<ul style="list-style-type: none"> • Quartiers prioritaires (contrastes sociaux) : Bourges Nord et quartier val d'Auron • Familles monoparentales : part plus importante • Allocataires RSA > 20 % (Nord-Est de Bourges) • Maison d'arrêt à Bourges : population carcérale •Structure d'accueil de migrants : CADA, CHRS •Gens du voyage : 3 aires d'accueil 	<ul style="list-style-type: none"> • Quartiers prioritaires à Vierzon (contrastes sociaux) : Clos du Roy et Centre-ville. •Précarité des ménages à Vierzon (15,2 % de ménages pauvres) •Structure d'accueil de migrants : CADA • Gens du voyage : absence d'aire d'accueil 	<ul style="list-style-type: none"> •Territoire rural, peu densément peuplé, population vieillissante, part d'agriculteurs et d'artisans plus importante, actifs avec un emploi précaire • Précarité des ménages extrême Sud (Chateameillant, Culan > 15 % ménages pauvres) • Quartier prioritaire à Saint Amand : Vernet • Gens du voyage : 1 aire d'accueil fermée pour rénovation (Saint-Amand-Montrond) • Part de population > 75 ans > 14 % 	<ul style="list-style-type: none"> • Le secteur d'Aubigny sur Nère concentre une activité industrielle de pointe qui la place dans une situation assez favorable • Le reste du secteur Nord présente beaucoup d'emploi précaire • Gens du voyage : 1 aire d'accueil (Aubigny-Sur-Nère) • Part de population > 75 ans > 14 % 	<ul style="list-style-type: none"> •Territoire rural, peu densément peuplé, population vieillissante, part d'agriculteurs et d'artisans plus importante, actifs avec un emploi précaire •Allocataires RSA > 20 % (vers Nérondes, La-Guerche-sur-Aubois)

	Centre	Ouest	Sud	Nord	Est
Territoires du Cher					
Principaux déterminants comportementaux	Pour les 5 territoires : Public jeune : comportement à risque avec consommation de produits (binge drinking,...), pratiques sexuelles (infections sexuellement transmissibles,...), sédentarité devant les écrans, trouble du comportement alimentaire, risques auditifs				
	<ul style="list-style-type: none"> •Alcool •Comportements à risque 	<ul style="list-style-type: none"> •Alcool •Tabac 	<ul style="list-style-type: none"> •Alcool •Suicide (extrême Sud) 	<ul style="list-style-type: none"> •Alcool •Tabac •Accidents de la circulation 	<ul style="list-style-type: none"> •Tabac •Alcool •Accidents de la circulation
Principaux déterminants environnementaux	<ul style="list-style-type: none"> •Pesticides ? Bourges Plus : •Pollution atmosphérique (PM10 et NO2) •Bruit 	<ul style="list-style-type: none"> •Berce de Caucase •Habitat indigne •Sites et sols pollués (activité industrielle) •Pesticides ? 	<ul style="list-style-type: none"> •Habitat indigne •Radon •Ambroisie •Sites et sols pollués •Pesticides ? 	<ul style="list-style-type: none"> •Sites et sols pollués •Habitat indigne •Pesticides ? 	<ul style="list-style-type: none"> •Ambroisie •Habitat indigne •Pesticides ?

Annexe 2 Répartition de l'ambroisie à feuilles d'armoise en Région Centre-Val de Loire

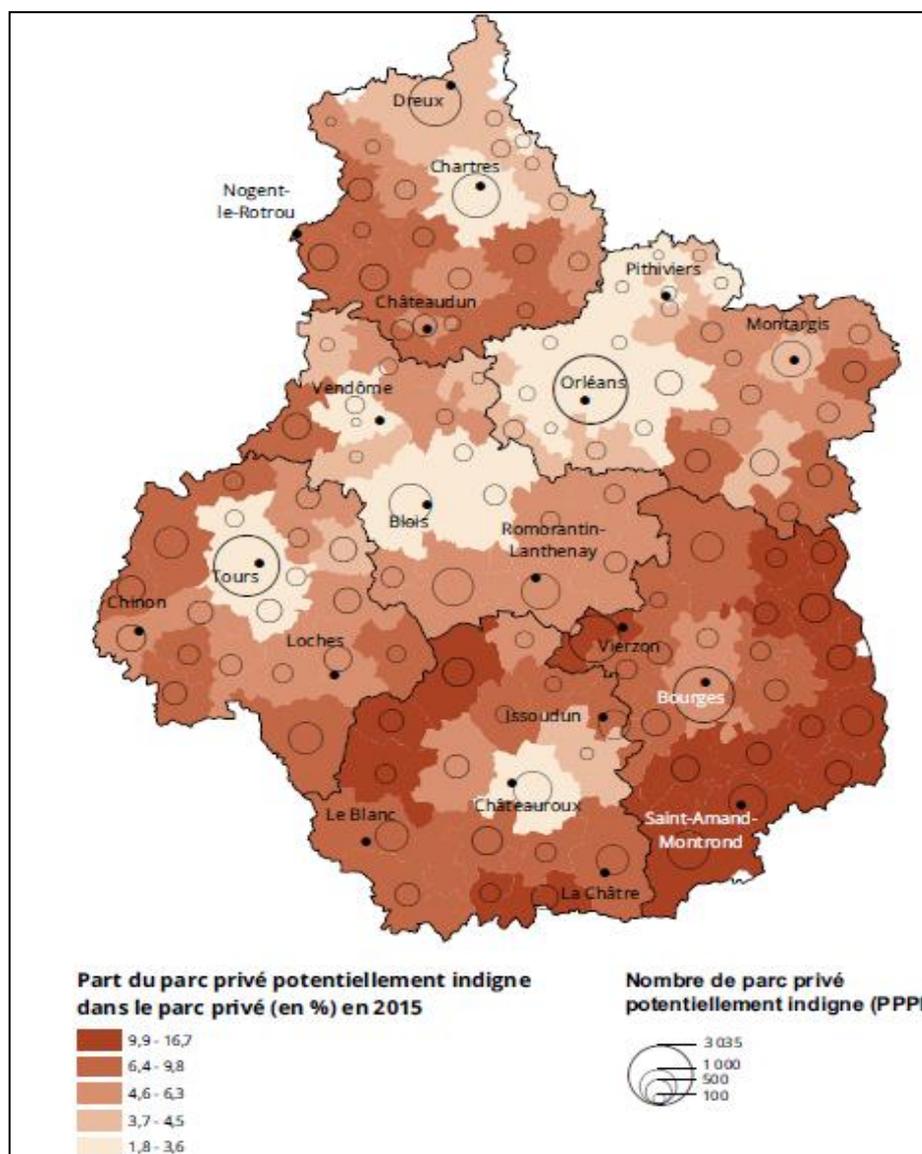


Annexe 3 Potentiel radon des communes en Région Centre-Val de Loire

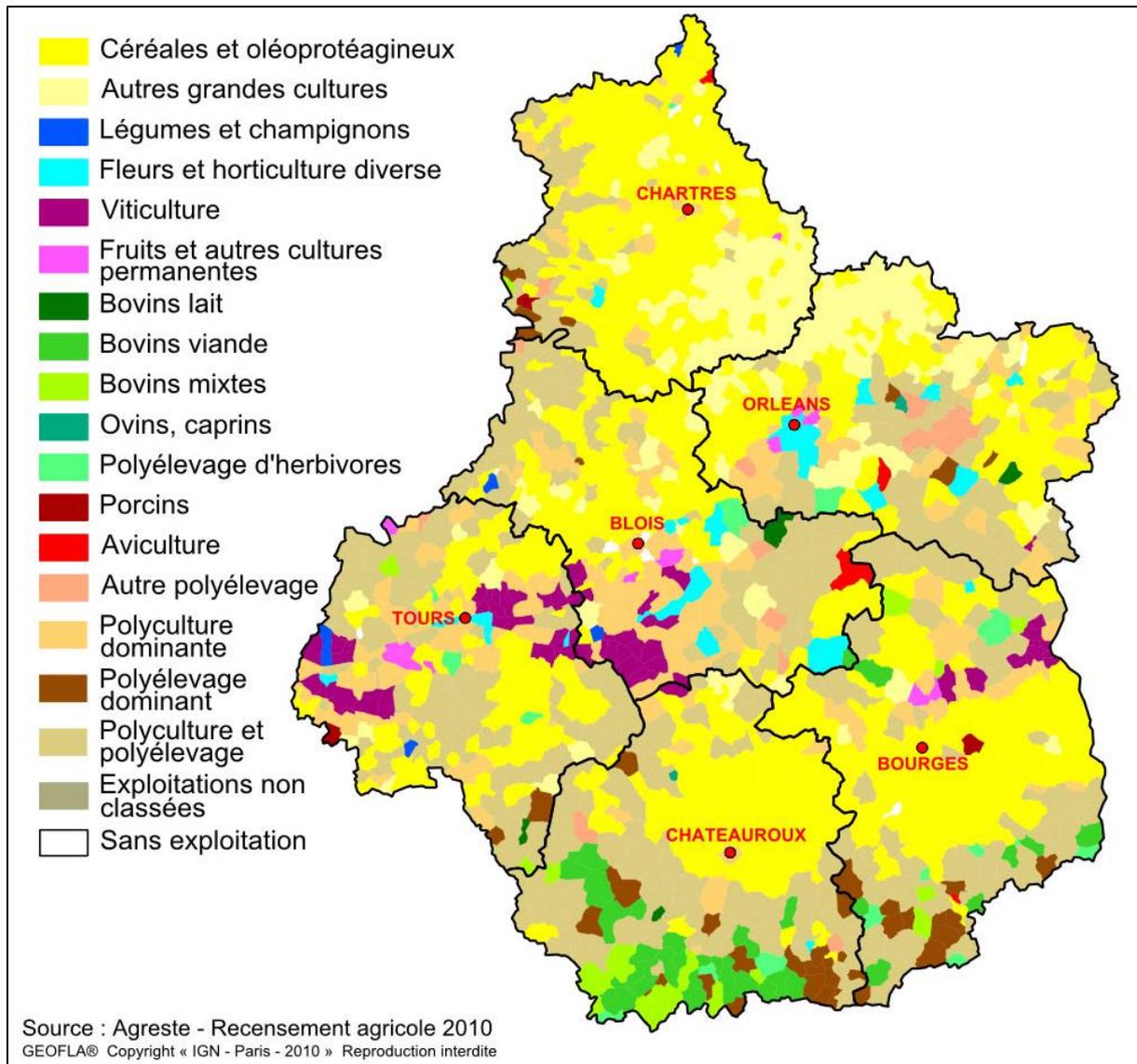


Annexe 4
Loire

Carte du parc privé potentiellement indigne (PPPI) en Région Centre-Val de



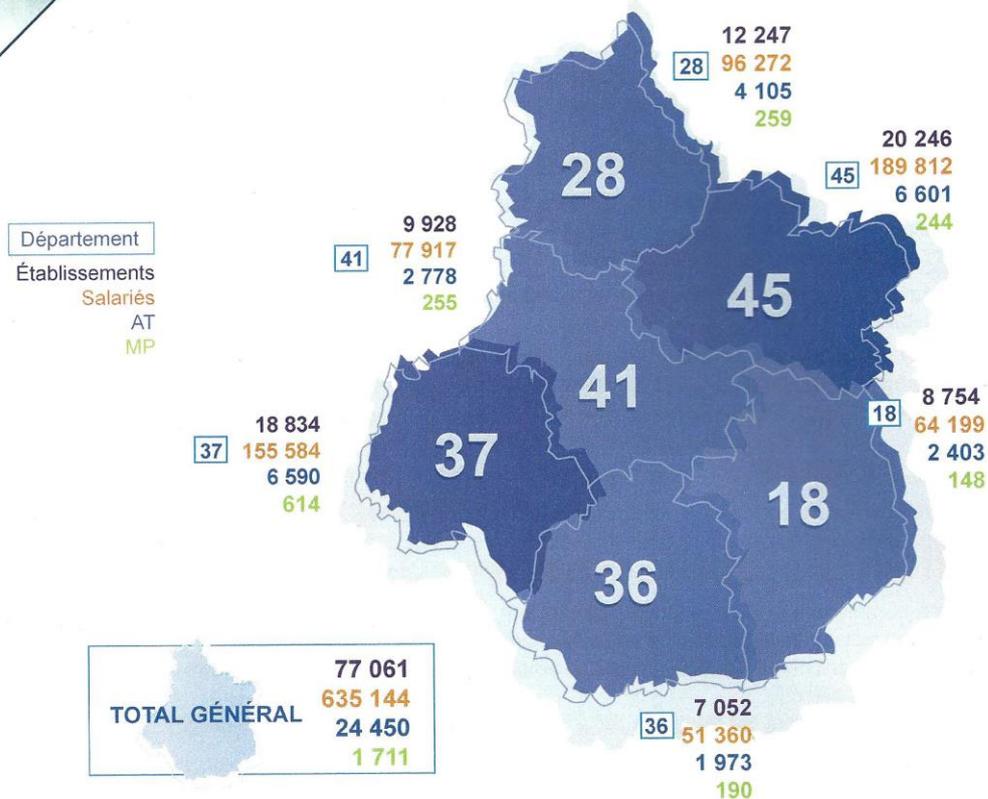
Annexe 5 Agriculture et élevage en Région Centre Val de Loire



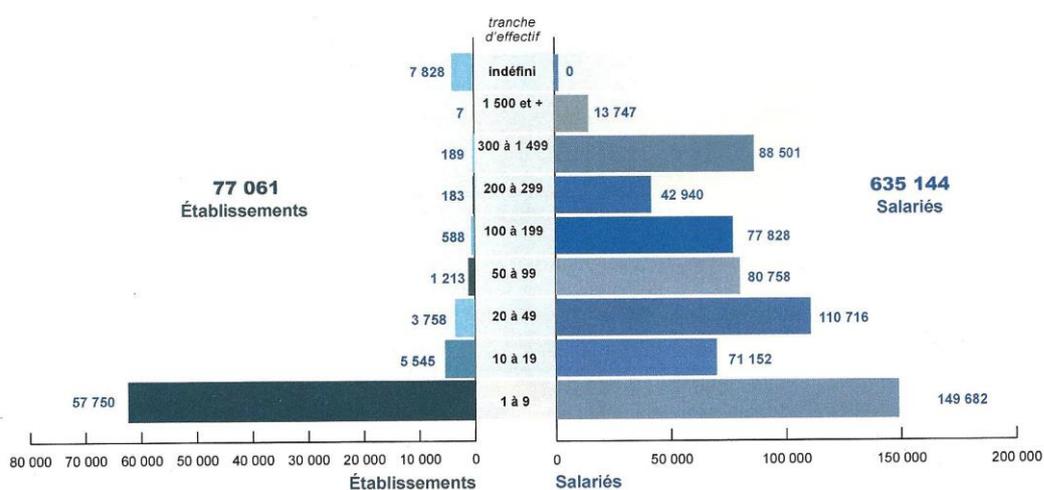
Annexe 6 Statistiques des accidents du travail, maladies professionnelles en Région Centre-Val de Loire



LA RÉGION CENTRE-VAL DE LOIRE



Répartition des salariés et des établissements par tranche d'effectif



75% des entreprises de la Région ont moins de 10 salariés et occupent près d'un quart des effectifs de la Région.