



Diagnostic Territorial Partagé Indre

Sommaire

Sommaire	2
Introduction	4
1. Préambule : le Pojet Régional de Santé	5
1.1. Composition	5
1.1.1 Le cadre d'orientation stratégique	5
1.1.2 Le schéma régional de santé	5
1.1.3 Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies	5
1.2. Calendrier d'élaboration	6
2. Modalités d'élaboration du diagnostic régional de santé.....	7
3. Outils pour l'élaboration des diagnostics territoriaux partagés.....	9
3.1. Documentation.....	9
3.2. Orientations et travaux existants	9
4. Eléments du diagnostic territorial partagé	10
4.1. Données démographiques	11
4.1.1 Données rétrospectives.....	11
4.1.2 Données prospectives	14
4.2. Environnement	15
4.2.1 Eléments de diagnostic	15
4.2.2 Actions prioritaires	19
4.3. Etat de santé de la population	21
4.3.1 Eléments de diagnostic	21
4.3.2 La santé des jeunes.....	27
4.3.3 Synthèse.....	28
4.3.4 Des dynamiques de territoire.....	29
4.3.5 Actions prioritaires.....	30
4.4. Santé mentale.....	32
4.4.1 Eléments de diagnostic	31
4.4.2 Pistes d'action	37
4.5. Démographie des professionnels de santé et du chamop social.....	38
4.5.1 Focus sur les soins de premiers recours.....	39
4.5.2 Organisation de la Permanence des soins ambulatoires	39
4.5.3 Projection de l'offre de médecins généralistes libéraux	41
4.5.4 Présence de médecins généralistes libéraux et mixtes à l'échelle régionale : situation de l'Indre	43
4.5.5 Offre de médecins spécialistes	44
4.5.6 Densité des paramédicaux	47
4.5.7 L'Offre de structures d'exercices regroupés.....	49

4.5.8 Offre de soins en transports sanitaires.....	50
4.5.9 Synthèse.....	51
4.6. Offres de soins et d'accompagne ment.....	54
4.6.1 Activité sanitaire	54
4.6.2 Le diagnostic territorial pour les personnes âgées.....	66
4.6.3 Le diagnostic territorial pour les enfants et adolescents handicapés	73
4.6.4 Le diagnostic territorial pour les adultes handicapés	79
4.6.5 Le diagnostic pour les publics à besoins spécifiques et la filière addictologique.....	85
Conclusion	87
Références bibliographiques	88
Annexes.....	89

Introduction

A VENIR

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.

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 : **Installation du Conseil Territorial de Santé de l'Indre le 12 décembre 2016** ;
- **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 :

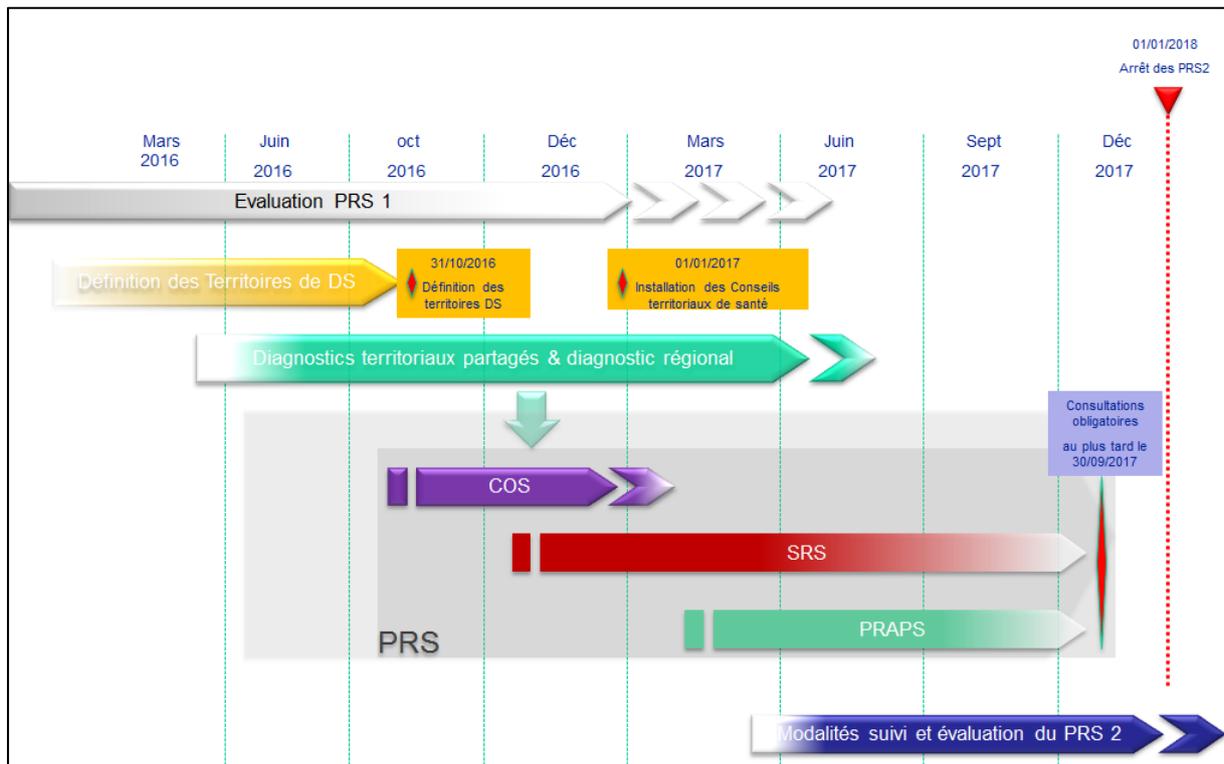


Figure 1 Calendrier d'élaboration du PRS2

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 14 « questions » valant intérêt à agir, pré-identifiées au regard des données disponibles et des orientations de la direction générale. Ces 14 questions ont été réparties en six catégories :

- Environnement,
- Gestion des situations exceptionnelles,
- 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. Une première étape consiste en l'élaboration d'un document martyr pour l'une des six délégations départementales désignée comme pilote (DD18). Ce document est ensuite proposé aux autres délégations départementales pour avis et adaptation à chaque département, 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 pour le 30 mars 2017. Au-delà, les contributions peuvent continuer et seront nécessaires pour préparer la mise en œuvre et le document définitif jusqu'au 30 juin 2017.

✓ **Etape 4 : Elaboration du diagnostic régional partagé**

✓ **Etape 5 : 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) 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

Il s'agira de prendre en considération les orientations et travaux suivants :

- **Réorientation de la stratégie de financement des actions de prévention et promotion de la santé 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.

- **La structuration du futur SRS**

Le futur SRS sera structuré en axes transversaux et en parcours spécifiques (cf. tableau 1).

Tableau 1 : 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

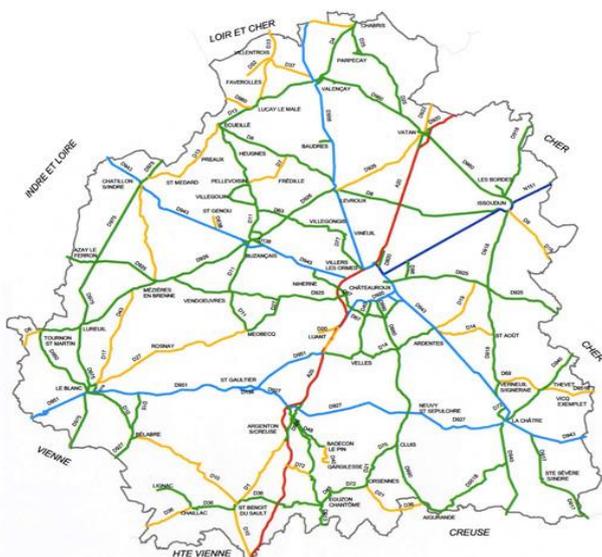
Les parcours spécifiques sont le choix de la direction générale de l'ARS. Le SRS contient des objectifs prioritaires à 5 ans selon des axes transversaux mais également selon des axes spécifiques. Les parcours spécifiques ont été retenus sur la base des éléments suivants :

- Ils font l'objet d'un plan national et d'objectifs de Santé Publique 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.

4. Eléments du diagnostic territorial partagé

Le réseau routier (11.193 km) comprend cinq catégories de voies :

- 1 seule autoroute (98 km) facilitant les échanges Nord-Sud : Orléans - Vierzon – Châteauroux – Argenton sur Creuse – Limoges, par ailleurs gratuite,
- 1 seule route nationale (37 km) reliant Bourges à Châteauroux via Issoudun avec seulement 1 km en 2x2 voies. Mais il est aussi aisé de rejoindre Bourges par autoroutes en passant par Vierzon,
- 4.978 km de routes départementales assez bien entretenues irriguant le département en étoile à partir de Châteauroux. A noter toutefois :
 - une liaison Châteauroux – Tours (CHRU) difficile (2 heures) en raison du trafic et de l'étroitesse de la route (aucun espace de dépassement),
 - des liaisons inter-bourgs peu développées
- et 6.080 km de voies communales et chemins vicinaux à charge des communes dont les budgets de fonctionnement se réduisent d'année en année avec pour corollaire des routes plus accidentogènes.



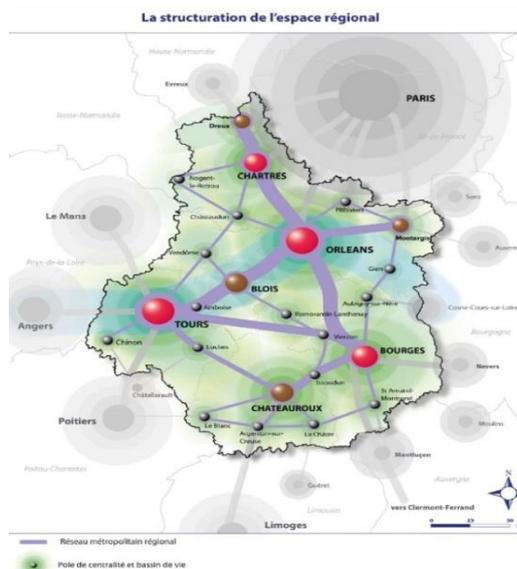
Le réseau ferroviaire :

Le département n'est traversé que par une seule ligne Nord-Sud, support des communications Inter cités (Paris – Orléans – Limoges – Toulouse) et régionales TER. On note cependant :

- une réduction croissante d'année en année du nombre d'arrêts en gares, des horaires peu satisfaisants pour rejoindre la capitale (nécessité de partir la veille)
- un besoin de forts aménagements de mise en sécurité des voies ferroviaires.
- des changements de trains quasi inévitables à Vierzon ne serait-ce que pour rejoindre Orléans

Le schéma régional d'aménagement et de développement durable du territoire (SRADDT) intitulé « ambitions 2020 » prévoit :

- d'améliorer la sécurité et la fluidité du réseau routier, avec notamment l'aménagement de la RN 151 Châteauroux – Bourges – et de la RD 943 Châteauroux Tours.
- d'inscrire les territoires, en particulier les grandes villes dans le réseau des grandes infrastructures de transports nationaux (autoroutes, lignes TGV, aéroports),
- de densifier et adapter l'offre de transports en commun dans la proximité, en articulant la combinaison des modes de transport (intermodalité) pour aller d'un point à un autre de notre territoire, car le transport est un facteur d'exclusion sociale, en particulier parce que notre urbanisme et les coûts du foncier et de logement éloignent le domicile et le travail.



4.1. Données démographiques

Eloigné des pôles urbains d'envergure nationale, le département de l'Indre appartient à un petit groupe de départements ruraux qui se caractérise à la fois par :

- une faible population (232 802 habitants en 2014 et 223 010 en 2016)
- une faible densité de population (33 habitants par km² au 1/01/2014)
- une population en baisse entre 1975 et 2016 (-10.2%).

4.1.1. Données rétrospectives

L'Indre compte 223 010 habitants en 2016 (source Insee), répartis dans 243 communes. La pyramide des âges de la population dans le département de l'Indre, en 2016, et en région Centre-Val de Loire est estimée en figure 2.

Natalité :

La natalité entre 2010 et 2015 est en baisse continue. L'Indre est également concernée par cette évolution. En 2016, le nombre de naissances a atteint le nombre de 1719.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
France Métropole	802224	792996	790290	781621	781167	760421
Région Centre	30698	29885	29993	29147	29012	27694
Département de l'Indre	2221	2137	2136	2006	2030	1876

Source : Réseau périnatal36

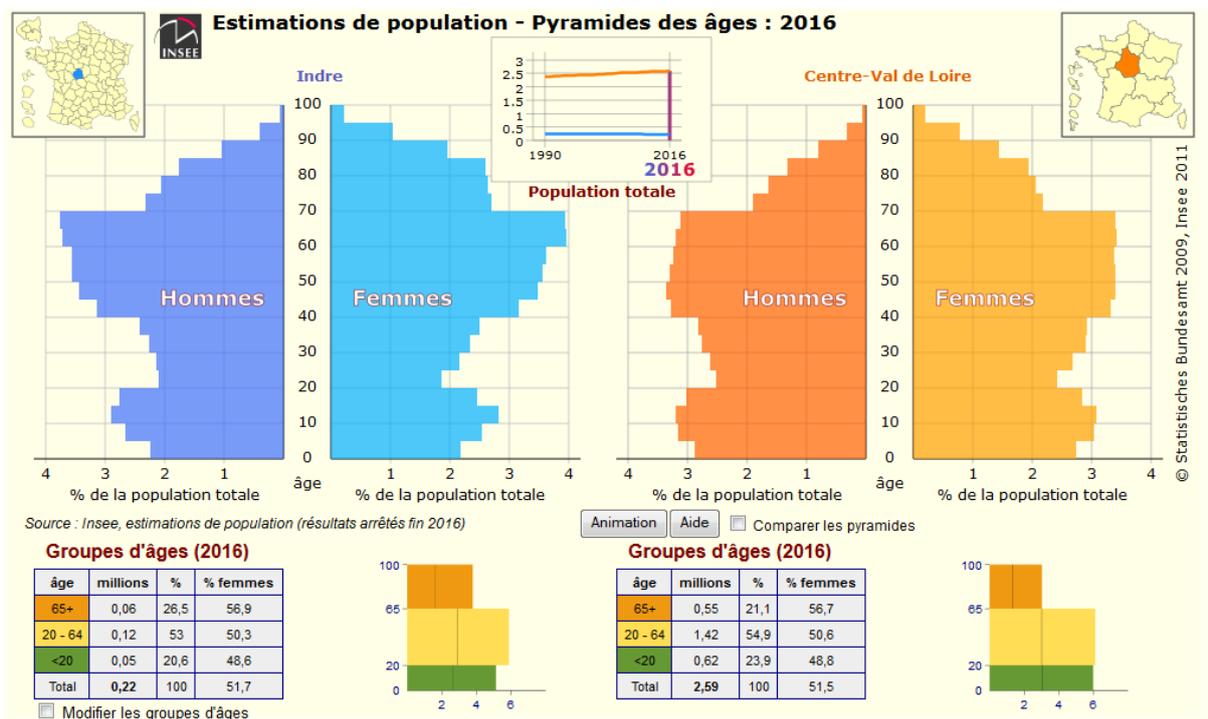


Figure 2 Pyramide des âges dans l'Indre et en région Centre-Val de Loire – Estimations de population (2016)

La part des « 60 ans et plus » est plus importante dans l'Indre (34,2 %) en comparaison à la part régionale (28,9 %) et nationale (24,9%).

La part des « 75 ans et plus » est plus importante dans l'Indre (13,8%) en comparaison à la part régionale (11,1%) et nationale (9,1%).

POPULATION PAR CLASSE D'ÂGE AU 1ER JANVIER 2016 : COMPARAISONS DEPARTEMENTALES

		Ensemble	Part des 0 à 24 ans (%)	Part des 25 à 59 ans (%)	Part des 60 ans ou plus (%)	dont part des 75 ans ou plus (%)
18	Cher	308 891	26,1	42,6	31,3	12,0
28	Eure-et-Loir	435 457	29,9	44,5	25,6	9,3
36	Indre	223 010	24,5	41,3	34,2	13,8
37	Indre-et-Loire	610 247	30,0	43,3	26,7	10,3
41	Loir-et-Cher	334 415	27,4	42,4	30,2	11,9
45	Loiret	674 984	30,7	44,1	25,2	9,2
F	France	66 725 826	30,3	44,9	24,9	9,1

Source : Insee, estimations de population

La région Centre-Val de Loire est une Région 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 et le Nord du département de l'Indre (cf. figure 3).

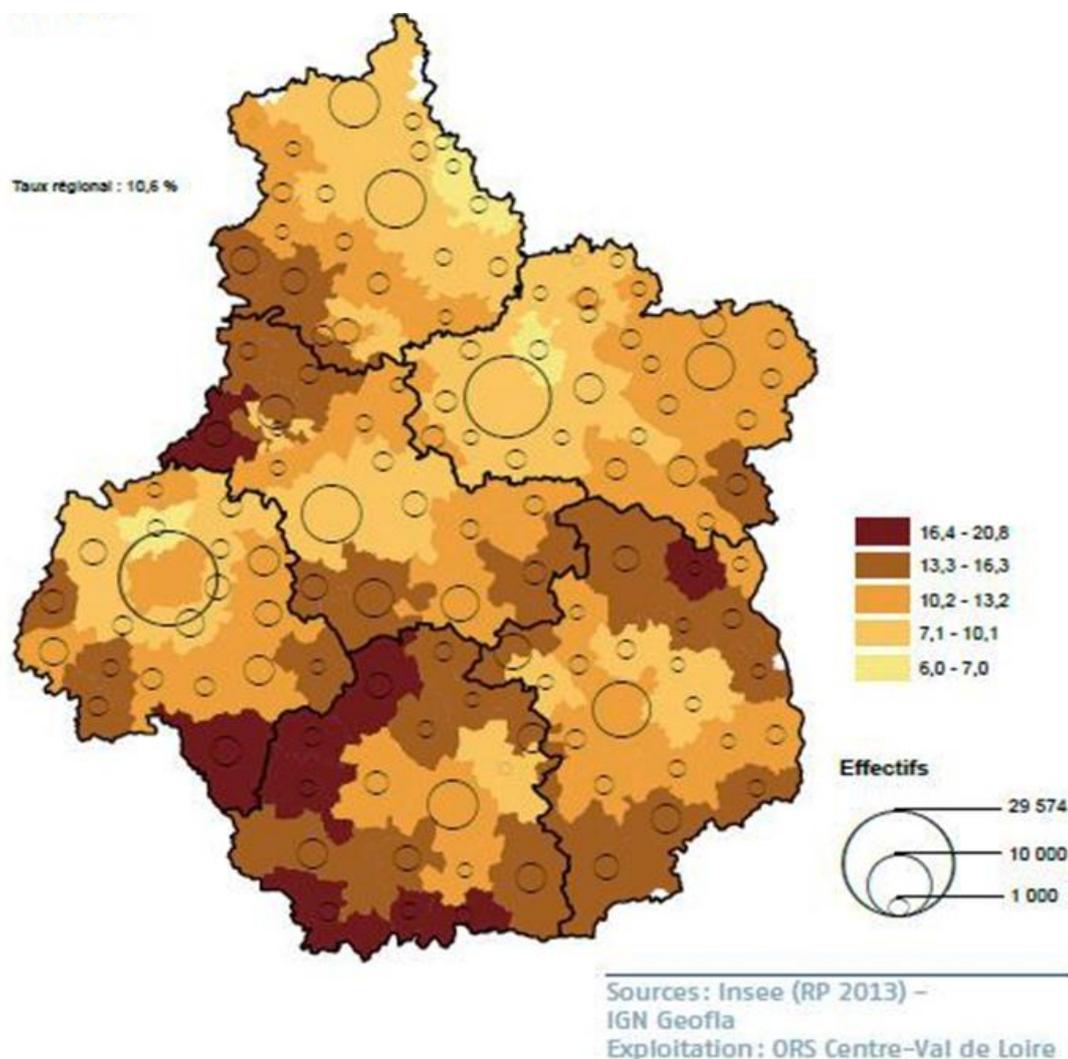


Figure 3 Nombre de personnes de 75 ans et plus pour 100 personnes en 2013 en région CVDL (INSEE, 2013)

L'Indice de vieillissement de la population en 2014 (nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans) est de 120 pour l'Indre contre 84 pour la région Centre-Val de Loire et 75 pour la France.

Il est constaté une pauvreté plus marquée dans le sud de la Région. Le taux de pauvreté pour le département de l'Indre en 2013 est de 14.3%, contre 12.5% pour la région. La situation est contrastée : la part des personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté est élevée dans la ville-centre (Châteauroux) et diminue nettement lorsqu'on s'en éloigne. Cette proportion est la plus faible dans la couronne des aires urbaines. La pauvreté est accentuée dans les communes isolées, souvent de caractère rural, puisque 60 % d'entre elles ont un taux supérieur de deux points à la moyenne régionale.

La part des ménages fiscaux imposés en 2013 est inférieure pour le département par rapport à celle de la région : 58.1 % contre 51 % pour l'Indre.

Au 3^{ème} trimestre 2016, le taux de chômage dans l'Indre (9.8 %) est quasiment identique 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 de l'Indre, tel que le montre la figure 1. 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).

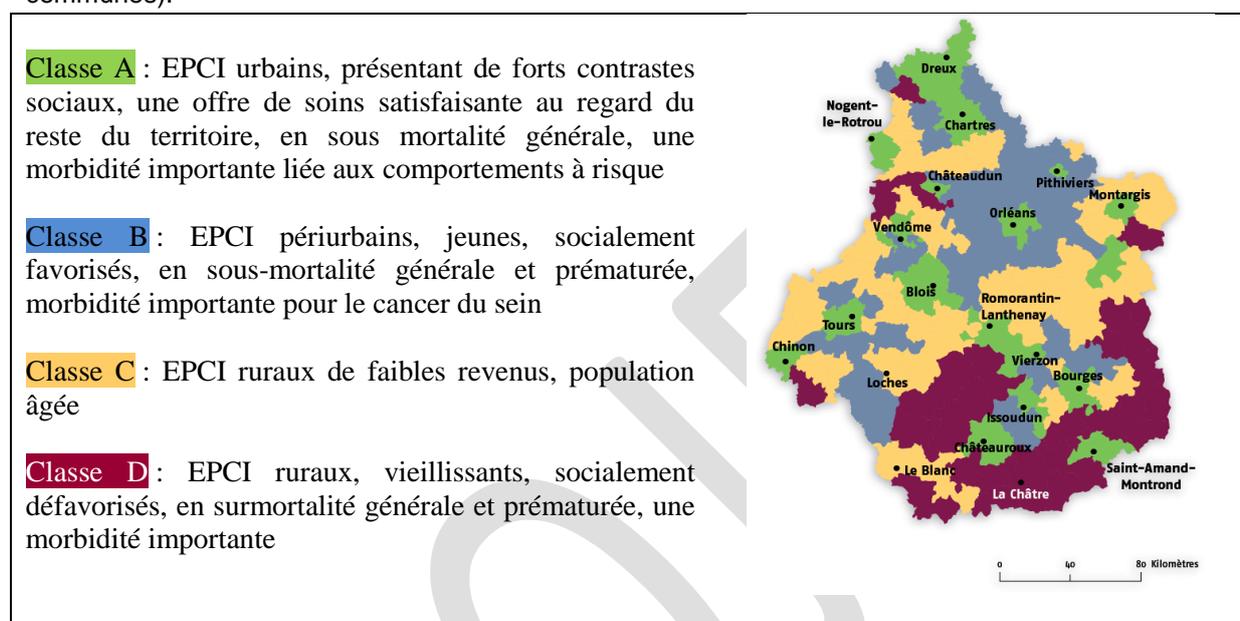


Figure 4 résultats de la typologie en 4 classes après consolidation (ORS, 2015)

L'Indre fait partie, avec le Cher, des deux départements de la Région marqués par de nombreuses intercommunalités de classe D.

4.1.2. Données prospectives (INSEE)

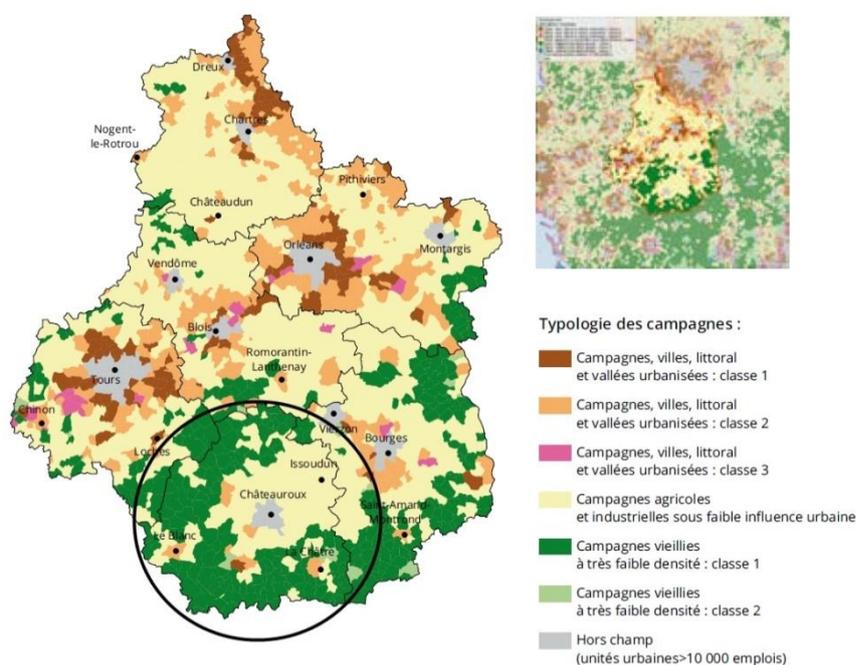
À l'horizon 2040, si les tendances démographiques se poursuivent, la région Centre-Val de Loire gagnera près de 224 626 habitants (par rapport à l'année 2015), soit une évolution de la population de 8.7 %.

Selon les estimations de l'Insee, l'Indre gagnerait de la population du fait d'un apport migratoire de retraités, tout comme le Cher et le Loir-et-Cher. La projection de la population du département au 1^{er} janvier 2040 est estimée à 238 000 habitants, soit une augmentation de 12 410 par rapport à 2015. La population de l'Indre augmenterait de 5.5 % entre 2015 et 2040, évolution, après le Cher, la plus faible de la Région.

En 2040, 33,7% de sa population serait âgée de plus de 65 ans contre 23,1% en 2007. Les effectifs des personnes âgées de 80 ans et plus (âge de la dépendance) devraient doubler durant cette période, en passant de 7,2% en 2007 à 13,1% en 2040 (5,6% en 2007 en région Centre-Val de Loire contre 11,0% en 2040).

4.2. Environnement

Descriptif Indre



SOURCES : DATAR - INRA CESAER/UFC-CNRS THÉMA/CEMAGREF DTMA METAFORT, 2011 - EXPLOITATION ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Figure 5 : typologie des campagnes

4.2.1. Éléments de diagnostic

4-2-1-1 - l'alimentation en eau potable de la population

Plus de 99,8 % de la population départementale est desservi par un réseau public de distribution d'eau potable, laquelle fait l'objet d'une surveillance complète par les services de l'ARS pour le compte de l'Etat.

La qualité des eaux est globalement bonne à très bonne.

- Sur l'aspect microbiologique pouvant avoir un impact rapide sur la santé des consommateurs, il est constaté :
 - une eau 100% conforme pour 92 % de la population,
 - une non-conformité ne dépassant généralement pas 7 jours dans l'année pour à peine 8% de la population. Ces altérations concernent exclusivement les petites adductions exploitées en régie directe
- sur l'aspect physico-chimique, chimique, micropolluants minéraux et organiques : les anomalies constatées ces dernières années portent sur :
 - les nitrates: ils proviennent quasi exclusivement de l'activité agricole notamment céréalière.
 - en 2016, 100% de la population a cependant consommé une eau 100% conforme
 - mais ce résultat est le fruit d'abandon de ressources en eau, d'interconnexions, dilutions ou de traitements des eaux plus qu'une amélioration réelle de la qualité des masses d'eaux. Même si des efforts importants ont été mis en œuvre en matière de fertilisation raisonnée, il convient de rester très vigilant sur l'évolution de la qualité des nappes et les mesures palliatives mises en œuvre.
 - le sélénium : dans l'Indre, sa présence dans l'eau résulte d'une richesse minéralogique du sous-sol et non des suites d'une pollution industrielle comme en Europe du Nord. La limite de qualité ayant été abaissée à 10µg/l, 1% de la population de l'Indre consomme une eau certes non conforme

mais ne présentant pas de danger car les taux observés sont bien inférieurs au seuil de risque sanitaire. Les anomalies seront corrigées par interconnexions et dilution d'eaux de ressources différentes.

- les produits agro-pharmaceutiques ou pesticides (560 substances recherchées en routine).
 - deux très petites adductions (0,8 % de la population) sont confrontées à une eau non conforme. La substance en cause est un métabolite de l'atrazine interdit depuis juin 2003. Le seuil de risque sanitaire est cependant loin d'être atteint, et une nouvelle ressource en eau de substitution sera prochainement exploitée.
 - néanmoins, au vu de l'amélioration continue des techniques d'analyses et de l'abaissement des seuils analytiques, force est de constater que l'on identifie désormais plus de substances diverses à l'état de traces dans un plus grand nombre de masses d'eaux.
- le trichloréthylène : il s'agit d'un composé organo-halogéné largement utilisé dans le passé dont on a découvert les risques cancérigènes qu'aux environs des années 1990. Une pollution de nappe est observée au droit de la zone industrielle de La Martinerie à Diors. Dès identification par le contrôle sanitaire des eaux en 2004, toutes les dispositions nécessaires ont été prises pour supprimer l'exposition des personnes.
La masse d'eau polluée doit et fait toujours l'objet de mesures de suivi pour limiter sa migration.
- substances émergentes : des anomalies en perchlorates et en chlorure de vinyle monomère (cancérogènes) sont gérées et corrigées au fur et à mesure de leur identification.

Le plan départemental d'amélioration de la qualité des eaux ne concerne plus à ce jour que 4 adductions.

Cela résulte du travail du service depuis de nombreuses années en matière de protection des ouvrages, d'abandon d'installations (80 captages) non protégeables ou de piètre qualité, de mise en œuvre de mesures de prévention ...

Une instauration des périmètres de protection est bien avancée.

- avec 86% des procédures de protection des captages abouties pour 87 % de la population, l'Indre figure désormais en bonne place au palmarès des départements.

4-2-1-2 - les eaux de loisirs

L'Indre se caractérise par :

- un nombre important de piscines estivales et d'exploitants saisonniers. Cela complique la mise en œuvre des mesures de prévention et nécessite des interventions fréquentes de formation des personnels par l'ARS
- le plus grand nombre de baignades (19) de la région. Si les résultats microbiologiques sont satisfaisants, des mesures de prévention nécessitent d'être prises chaque année face au développement des cyanobactéries.

4-2-1-3 - l'habitat indigne ou insalubre

Il résulte :

- soit de la mise à disposition d'un logement ne respectant pas les normes minimales d'habitabilité
- soit de mauvais comportements des occupants rendant le logement impropre à l'occupation

En ce qui concerne la mise à disposition de logement :

Par recoupement de plusieurs bases de données, le département de l'Indre présente un nombre important de logements potentiellement indignes ou insalubres.

A l'instar de nombreux départements ruraux, cet habitat potentiellement indigne concerne avant tout :

- des propriétaires occupants âgés de plus de 60 ans (80%)
- parmi lesquels de très nombreux ménages (65%) sont isolés (1 seule personne par foyer)
- et disposent de très peu ou pas de moyens financiers permettant de corriger la situation.

S'agissant principalement de propriétaires-occupants, le repérage des situations est donc difficile et les procédures d'insalubrité prises au titre du code de la santé publique sont bien souvent inadaptées, car ces dernières visent à protéger le locataire vis-à-vis du propriétaire du logement.

Un comité de pilotage interservices permet toutefois de rechercher différentes solutions de financement d'amélioration de l'habitat, ce comité de pilotage ayant vocation à être substitué par un pôle départemental de lutte contre l'habitat indigne.

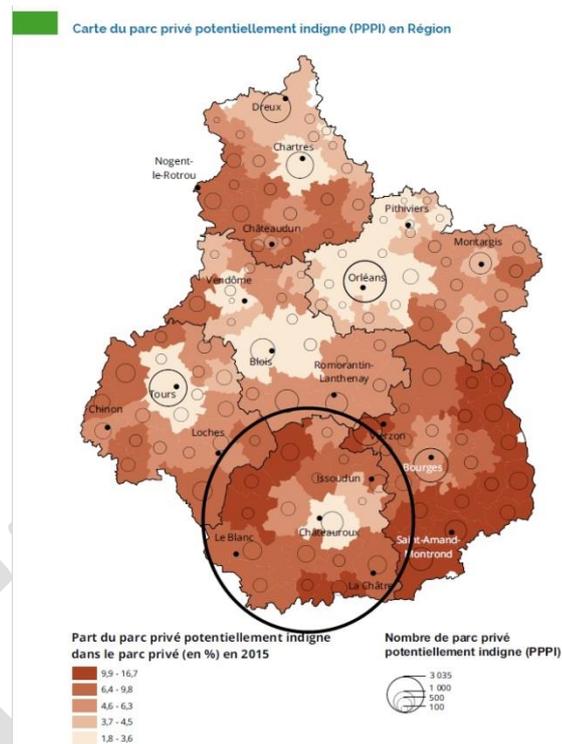


Figure 6 : carte du PPI

En ce qui concerne les comportements inadéquats des occupants :

Avec la crise économique et l'augmentation de la précarité, on observe des situations d'insalubrité croissantes liées à de mauvais comportements : locaux non chauffés, non ventilés, accumulations de déchets ... jusqu'au « syndrome de Diogène ». La résolution de ces causes d'insalubrité passe plutôt par un travail multi partenarial avec notamment intervention de services spécialisés tels que RESPIRE (réseau Santé Précarité de l'Indre Rejetant l'Exclusion), EMSPP (Equipe Mobile Spécialisée en Soins Psychiatriques) et EMG Etre-Indre (Equipe Mobile de Gériatrie), assistantes sociales ... plutôt que par des procédures régaliennes.

4-2-1-4 – les autres risques sanitaires dans l'habitat

- saturnisme : très peu de cas identifiés dans l'Indre, mais les dépistages sont insuffisants,
- monoxyde de carbone : peu de cas, mais toujours des situations peu conventionnelles,
- légionelloses : peu de cas, mais besoin de rappeler régulièrement les mesures de prévention aux ERP,
- amiante : des signalements croissants à la suite de travaux de démolition, des mesures de prévention insuffisamment connus de la part des entreprises et particuliers, une destination des déchets d'amiante insuffisamment connus du public
- radon : le département de l'Indre est classé prioritaire vis-à-vis de ce risque.
- l'air intérieur : de plus en plus de personnes allergiques

4-2-1-5 – les nuisances sonores

Les résultats d'une enquête départementale DD36-ARS révèlent que les maires des communes rurales de l'Indre ont de grandes difficultés à exercer leurs pouvoirs de police dans la lutte contre les bruits de voisinage.

4-2-1-6 - l'urbanisme, zones d'activités et transports

La grande majorité des communes de l'Indre est couverte par des documents d'urbanisme qui prennent en compte depuis longtemps des mesures de prévention de la santé.

95% de l'activité industrielle du département est concentrée sur l'axe Buzançais (5%) – Châteauroux (72%)
 - Ardentes (5%) – Issoudun (13%).

La problématique des transports facilitant le déplacement des publics vers les professionnels de santé ou l'inverse reste néanmoins un handicap majeur en zone rurale.

4-2-1-7 - assainissement et salubrité générale

Le département est bien équipé en stations d'épuration. Notamment, les plus importants flux de pollution sont traités par des équipements récents présentant de très bons rendements. Les boues produites sont épandues en valorisation agricole sans nuisances constatée pour le voisinage.

Les villes industrielles de Levroux (tanneries) et Issoudun (mégisseries) ont rejeté pendant des décennies (1960-2000) des effluents chargés en solvants et chrome cancérogènes pour la population, avec en particulier un nombre de salariés impactés non négligeable. Il n'est cependant pas détecté à ce jour de surmortalité par cancer dans les territoires abritant les populations de ces villes industrielles.

4-2-1-8 – les déchets, sites et sols pollués

Dès 1999, le plan départemental d'élimination des déchets ménagers et assimilés de l'Indre PEDMA a profondément modernisé la gestion des déchets dans l'Indre, en particulier en mettant un terme aux incinérateurs générateurs de dioxines (Aigurande et le Blanc) et en mettant en sécurité et confinement les déchets de plusieurs sites industriels dans les ex-cantons de Levroux, Issoudun, Neuvy St Sépulcre.

Les sites et sols pollués les plus graves ont été mis en sécurité, confinés ou retraités. Néanmoins, l'ex décharge de l'OTAN, la lagune de Beaumont et la pollution de la nappe au trichloréthylène à La Martinerie (Déols Diors) nécessitent une surveillance de longue durée.

4-2-1-9 - La qualité de l'air

Elle est très généralement bonne dans l'Indre. Toutefois :

- à l'instar des autres départements, les paramètres pouvant présenter des anomalies passagères sont les particules fines PM10 (5 à 10 fois par an) et plus rarement l'ozone. Des mesures de prévention sont alors prises,
- les pesticides émis principalement par les activités agricoles sont également présents dans l'air. Des mesures de prévention (juillet 2016) éloignent légèrement les épandages des populations à risques (hôpitaux, écoles),
- les pollens représentent également une importante source d'allergies. En particulier l'ambrosie a déjà envahi le quart sud-est de l'Indre jusqu'en périphérie Est de Châteauroux.

4-2-1-10 – synthèse territoriale

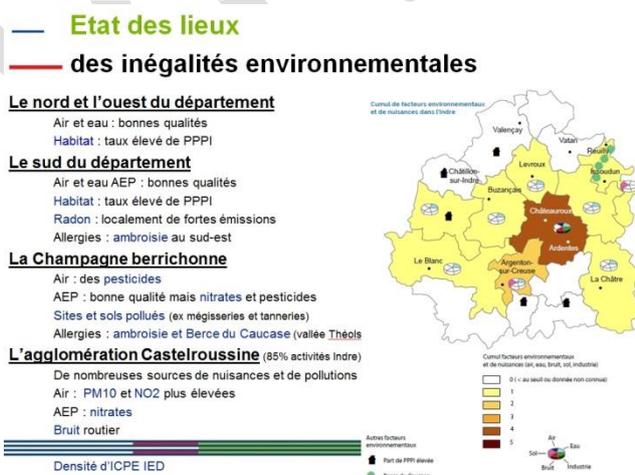


figure 7 : synthèse territoriale

4.2.2.Des actions prioritaires

4-2-2-1 – Eau destinée à l'alimentation humaine :

- poursuivre le plan départemental d'amélioration de la qualité des eaux destinées à l'alimentation humaine,
- prévenir les ruptures d'approvisionnement en eau potable par le développement des interconnexions de réseaux
- réduire le nombre des très petites adductions en eau potable pour lesquelles les collectivités ne peuvent dégager suffisamment de moyens techniques, financiers et humains pour œuvrer en pleine sécurité sanitaire. La mise en œuvre de Loi Notre au plus tard au 1^{er} janvier 2020 devrait permettre d'atteindre cet objectif.
- développer progressivement la mise en œuvre des plans de gestion et de sécurité sanitaire des eaux.
- continuer à surveiller la nappe polluée située au droit de la ZI Martinerie à Déols-Diors (trichloroéthylène) en amont des captages essentiels de Montet et Chambon à Déols.

4-2-2-2 – Eaux de loisirs :

- concevoir un document d'information (tutoriel, ...) à destination des exploitants saisonniers de piscine

4-2-2-3 – Habitat indigne ou insalubre:

- prendre en compte la dimension habitat dans les Contrats Locaux de Santé,
- intensifier le repérage des situations d'indignité ou insalubrité (formation de relais, OPAH, ...),
- mieux faire connaître le Programme d'Intérêt Général (PIG) qui vise à l'adaptation des logements des personnes âgées et handicapées, notamment dans les territoires très ruraux et isolés,
- renforcer les équipes mobiles et réseau spécialisés : EMSPP, EMG, RESPIRE,
- favoriser le relogement des gens du voyage en dehors des périmètres de protection rapprochée des captages Montet et Chambon : maintenir et développer l'action de la MOUS créée à cet effet.

4-2-2-4 – les autres risques dans l'habitat :

- une sensibilisation plus intense du public aux risques d'intoxication dans l'habitat paraît nécessaire :
 - Intoxication au plomb : diffuser les messages de prévention auprès des particuliers procédant à des travaux de bricolage à domicile, des personnels d'entreprises procédant à la démolition de bâtiments, des émigrés ayant vécu dans des conditions initiales difficiles, des populations ayant des pratiques culinaires (émail dégradé des plats à tajine, ...) ou cosmétiques (khôl) spécifiques.
 - Intoxication au monoxyde de carbone : relayer les campagnes d'information de début de saison de chauffe,
 - Prévention de la légionellose : rappeler régulièrement les mesures de prévention aux ERP,
 - Amiante : rappeler régulièrement les mesures de prévention tous publics en général et identifier les lieux de destination des déchets d'amiante,
 - Risque radon : inciter la population à mieux ventiler ses locaux,
 - Air intérieur : inciter la population à mieux ventiler ses locaux.
- profiter des Contrats Locaux de Santé pour diffuser ces informations

4-2-2-5 – les nuisances sonores

- aider les communes rurales à mettre en œuvre les mesures de prévention en matière de bruits de voisinage.

4-2-2-6 - l'urbanisme, zones d'activités et transports :

- continuer à développer un urbanisme favorable à la santé,
- étudier toute solution de transport permettant de rapprocher publics et professionnels de santé en zone rurale,
- porter une attention particulière sur les conditions d'installations des activités chinoises et de vie des personnels (zone tampon, occupation des logements, ...) en ZI Martinerie et Ozans (Déols – Diors – Etretchet)

4-2-2-7 - l'assainissement et la salubrité générale

- rester vigilant sur l'évolution des taux de cancer dans les ex-cantons de Levroux et d'Issoudun

4-2-2-8 – déchets, sites set sols pollués

- rester vigilant sur l'évolution des taux de cancer dans les ex-cantons d'Aigurande, Issoudun, Le Blanc, Levroux et Neuvy St Sépulcre, Châteauroux et Ardentes.

4-2-2-9 - la qualité de l'air

- la mise en œuvre d'un plan de gestion de lutte contre l'ambrosie apparait nécessaire, tant pour favoriser l'arrachage dans les zones déjà contaminées, que pour freiner son front de colonisation,
- enfin des résultats probants du plan Ecophyto sont très attendus.

PROJET

4.3. Etat de santé de la population

4.3.1. Eléments de diagnostic : indicateurs de mortalité et nouvelles ALD

- **Mortalité générale**

Au cours de la période 2003-2011, 24 229 décès sont survenus en moyenne chaque année en région Centre-Val de Loire. Le taux de mortalité générale de 831.3 décès pour 100 000 habitants ne présente pas de différence significative avec le taux régional. Cependant il existe un contraste entre les EPCI et l'axe ligérien (en sous-mortalité) et le reste du territoire, et plus particulièrement le sud de la Région (en surmortalité).

Pour l'Indre le taux de mortalité générale est de 900 pour 100 000 habitants sur la période 2003-2011.

A l'échelle régionale, le taux de mortalité infantile est de 3.1 décès pour 1 000 naissances vivantes (3.6 ‰) en France hexagonale. Le taux de mortalité infantile enregistré pour le département de l'Indre est de 3.2 ‰. Le taux de mortalité infantile a connu une forte diminution (-30.1 %) entre la période [1993-2001] et la période [2003-2011] dans l'Indre.

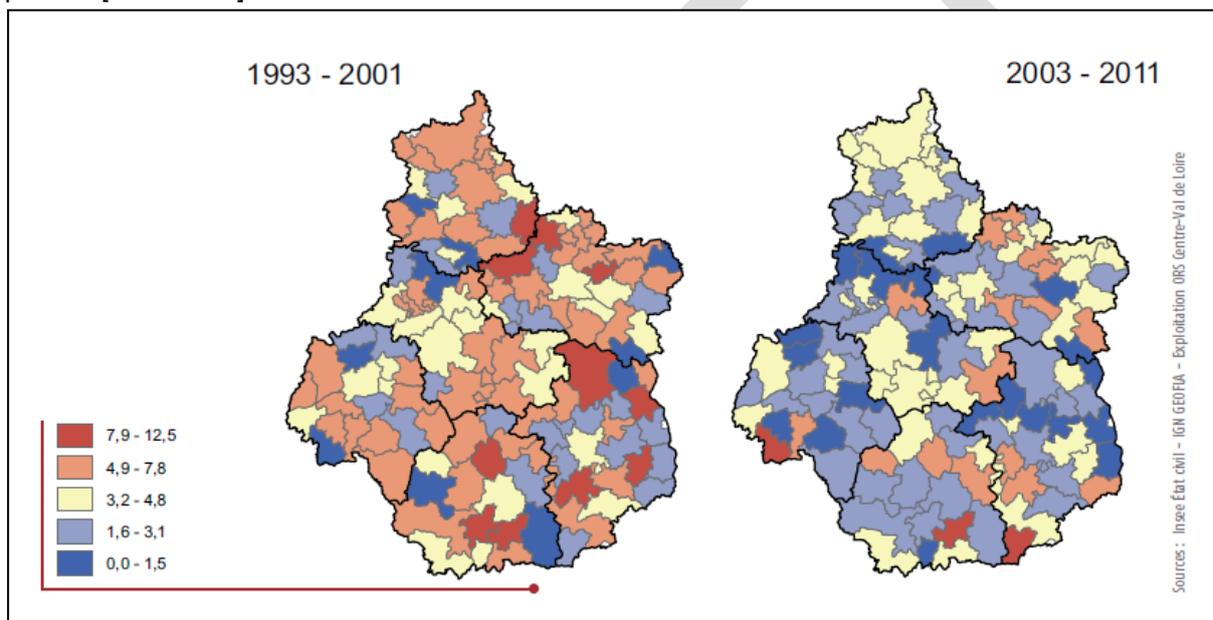


Figure 8 Taux de mortalité infantile (en ‰) (1993 – 2001 et 2003 – 2011)

Les deux causes de décès de la Région sont comme au niveau national :

- La mortalité par cancer : 28 % de l'ensemble des décès,
- La mortalité par maladies de l'appareil circulatoire.

- **Mortalité prématurée**

- Une mortalité prématurée (< 65 ans) supérieure à la moyenne nationale :

Il est constaté une mortalité prématurée régionale supérieure à la moyenne nationale sur la période [2009-2011] : 4 650 décès prématurés par an dont 68,4 % d'hommes, par contre, le taux standardisé de mortalité prématurée féminine n'est significativement pas différent du taux national.

- 1^{ère} cause de mortalité prématurée: les tumeurs malignes (2021 décès/an) : 40,1 % (H), 50,8 % (F)
- 2^{ème} cause de mortalité prématurée : les traumatismes et empoisonnements (749 décès/an) 15% plus élevés que la moyenne hexagonale (suicides, accidents routiers, vie courante, ...)
- 3^{ème} cause de mortalité prématurée : l'appareil circulatoire (590 décès/an), mais pas d'écart avec le national.

- **Une mortalité prématurée dans l'Indre supérieure à la moyenne régionale :**

Pour l'Indre, le taux standardisé de mortalité prématurée pour 100 000 habitants est de 235.2 sur la période 2003-2011 (ORS, 2015). Une réduction de la mortalité prématurée, par rapport à la période 1993-2001 est constatée avec un taux d'évolution de -10,3 points. Ce taux d'évolution est toutefois inférieur à celui de la Région (-15,7) et de la France métropolitaine (-18.2).

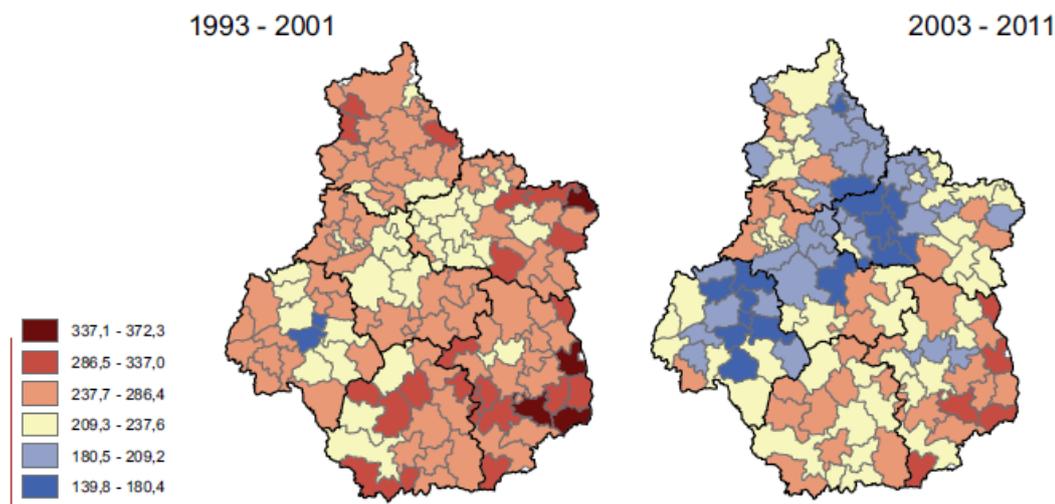


Figure 9 Taux standardisés de mortalité prématurée pour 100 000 habitants

• **Mortalité par cancer**

Dans l'Indre, le taux standardisé de mortalité par cancer pour 100 000 habitants est de 248,9 habitants sur la période 2003-2011 soit une baisse de 7.8 % par rapport à la période 1993-2001. Ce taux reste inférieur à celui de la Région (-8,9 %) et de la France métropolitaine (-12.3%).

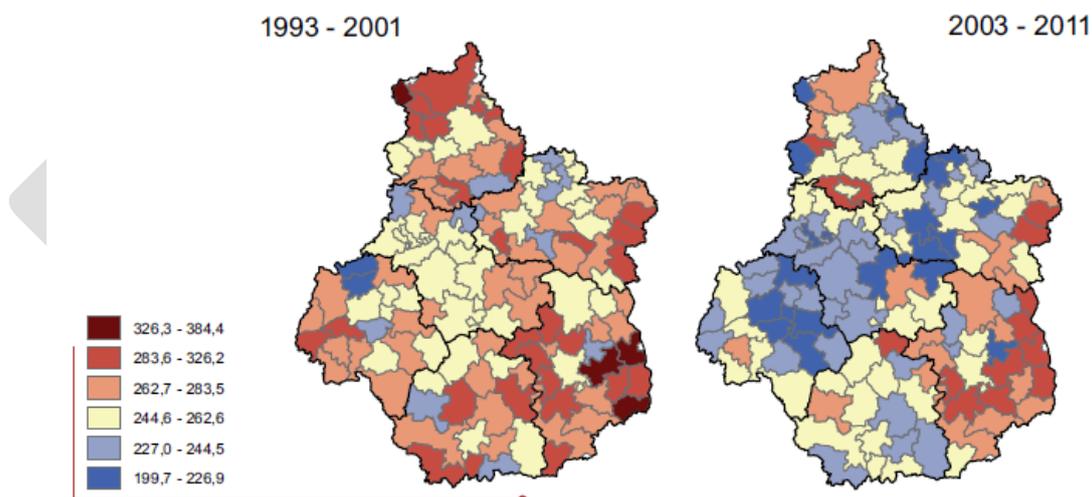


Figure 10 Taux standardisés de mortalité par cancer pour 100 000 habitants

La mortalité prématurée par cancer est plus marquée dans le sud de la région, avec un taux de 89.8 pour 100 000 habitants âgés de moins de 65 ans pour le département de l'Indre, supérieur au taux régional (85.6) et national (81.8) sur la période 2003-2011.

Taux standardisés de mortalité prématurée par cancer pour 100 000 habitants âgés de moins de 65 ans (1993-2001 et 2003-2011) et son évolution (en %)

	1993-2001	2003-2011	Taux d'évolution
Cher	104,3*	99,0*	-5,1
Eure-et-Loir	99,6	88,3*	-11,4*
Indre	100,6	89,8*	-10,7*
Indre-et-Loire	92,7*	79,7	-14,0*
Loir-et-Cher	93,5	87,2*	-6,7*
Loiret	92,6*	79,5	-14,1*
Région	96,2	85,6*	-11,1*
France hexagonale	96,5	81,8	-15,2*

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

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 l'Indre (+13,7) avec 42,3 décès prématurés pour 100 000 habitants sur la période 2003-2011.

Le département de l'Indre est touché par **une mortalité importante par cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS)**. Le taux standardisé de mortalité pour 100 000 habitants est de 19,3 habitants sur la période 2003-2011 soit une baisse de 16 % par rapport à la période 1993-2001. Ce taux d'évolution reste inférieur à celui de la Région (-25,5 %) et de la France métropolitaine (-31,4%).

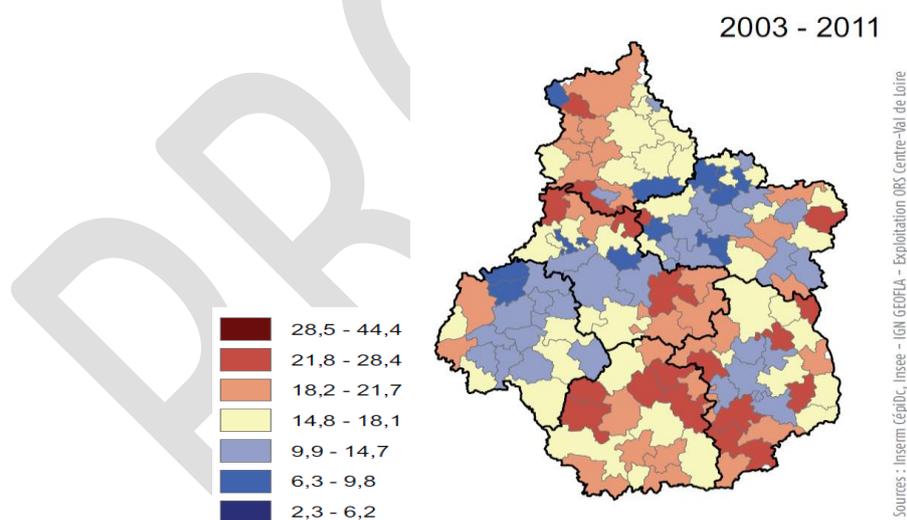


Figure 11 Taux standardisés de mortalité par cancer des voies aéro-digestives supérieures pour 100 000 habitants

Le département de l'Indre est concerné par la plus forte mortalité par **cancer de la prostate** parmi les six départements de la Région avec 35,5 décès pour 100 000 habitants sur la période 2003-2011 (33,5 pour la Région, 29,1 pour la France hexagonale).

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

Le département de l'Indre présente une surmortalité importante. En effet, il est concerné par la plus forte mortalité par maladies de l'appareil circulatoire parmi les six départements de la Région avec 260,9 décès pour 100 000 habitants sur la période 2003-2011 (225,2 pour la Région, 230 pour la France hexagonale).

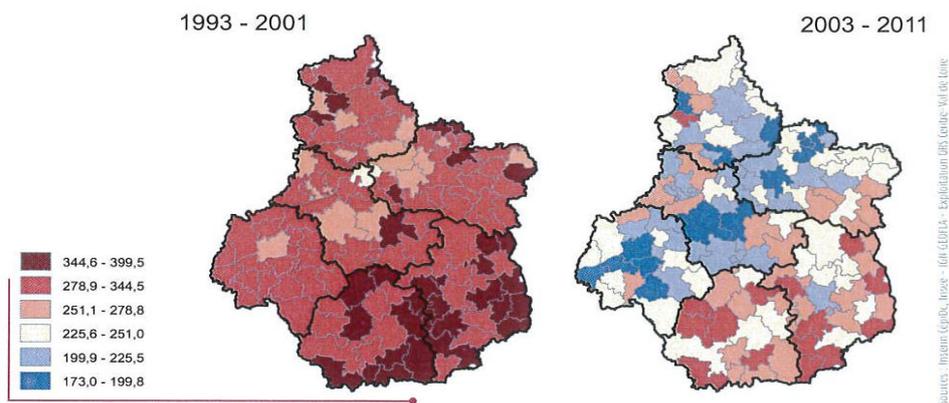


Figure 12 : taux standardisés de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire pour 100 000 habitants (1993-2001 et 2003-2011) et son évolution (en%)

La mortalité par maladies de l'appareil circulatoire concerne notamment la mortalité par cardiopathies ischémiques et par maladies vasculaires cérébrales.

La représentation graphique ci-dessous met en évidence une nouvelle fois un contraste entre les EPCI et l'axe ligérien (en sous-mortalité) et le reste du territoire, et plus particulièrement le sud de la Région (en surmortalité).

Pour l'Indre le taux de mortalité par cardiopathies ischémiques est de 71.1 pour 100 000 habitants sur la période 2003-2011. Le taux de mortalité par maladies vasculaires cérébrales est le plus élevé de la région avec un taux de 61.5 décès pour 100 000 habitants (50.7 pour la Région et 51.8 pour la France hexagonale).

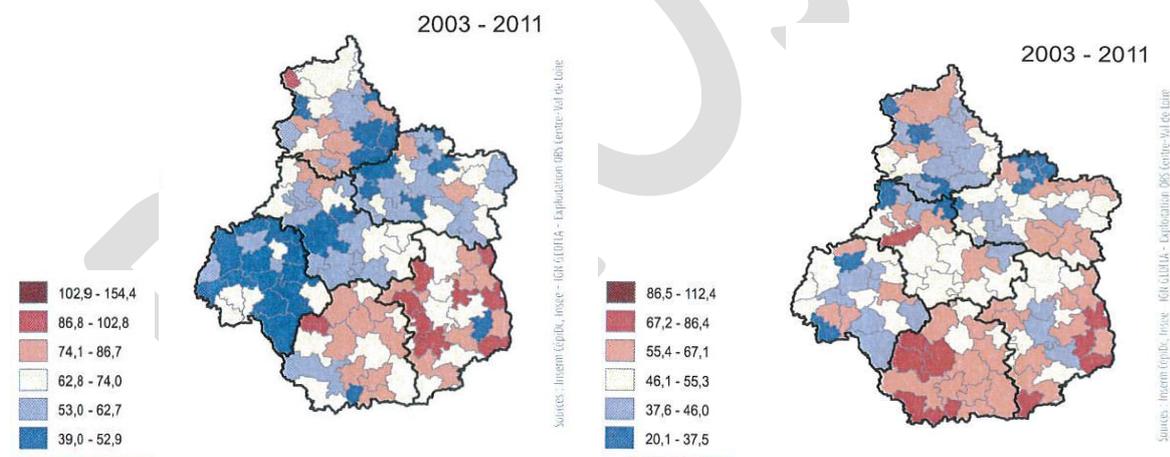


Figure 13 : taux standardisés de mortalité par cardiopathies ischémiques pour 100 000 habitants

Figure 14 : taux standardisés de mortalité par maladies vasculaires cérébrales pour 100 000 habitants

- **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. Le taux standardisé de mortalité par pathologies liées au tabac est de 137.0 pour 100 000 habitants dans l'Indre, soit le deuxième le plus élevé parmi les départements de la région, après le Cher (période 2003-2011) (127,6 dans la Région).

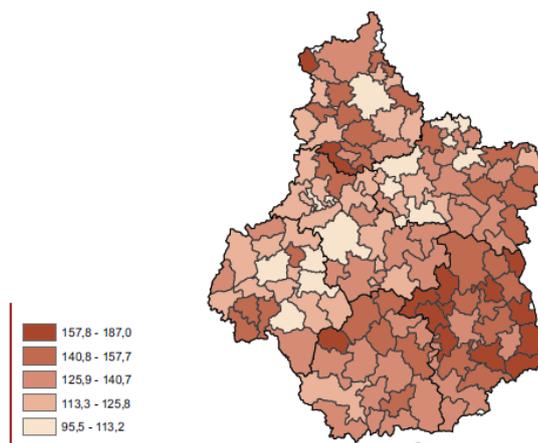


Figure 15 Taux standardisés de mortalité par pathologies liées au tabac pour 100 000 habitants (2003-2011)

- **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 40.7 pour 100 000 habitants dans l'Indre sur la période 2003-2011 (34.3 dans la Région), soit le deuxième le plus élevé parmi les départements de la région, après le Cher, malgré une diminution par rapport à la période 1993-2001 (-15.6 %). Bien que la mortalité ait diminué, cela s'est fait de manière moins progressive qu'au niveau nation (-25.7 %)

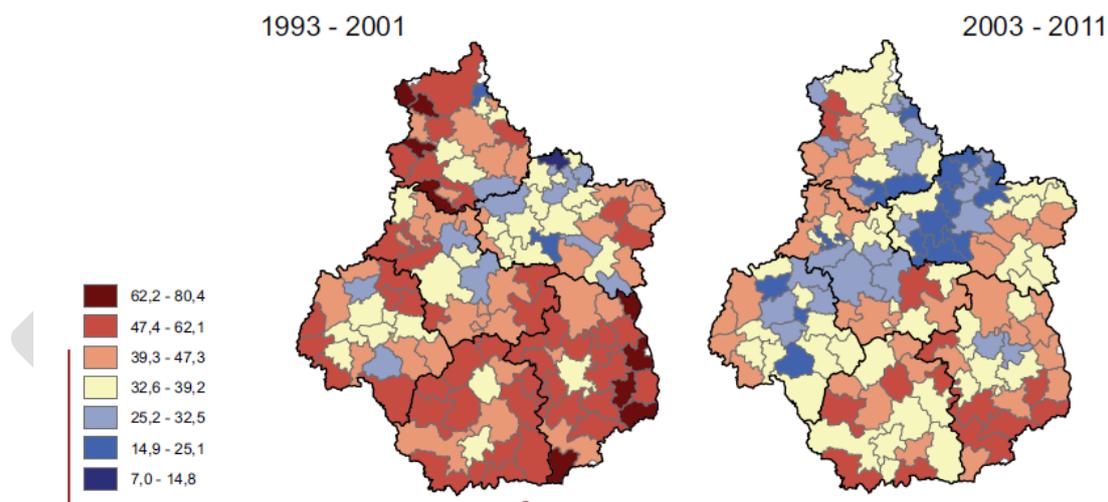


Figure 16 Taux standardisés de mortalité par consommation excessive d'alcool pour 100 000 habitants

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

Concernant la mortalité prématurée par causes extérieures de traumatismes et empoisonnements, le taux régional est significativement supérieur au niveau national en 2003-2011 : 37.7 % contre 32.8 % pour la France hexagonale. Le taux standardisé de mortalité prématurée par causes extérieures de traumatismes et empoisonnements est de 45.0 pour 100 000 habitants dans l'Indre sur la période 2003-2011, soit le plus élevé parmi les départements de la région, malgré une diminution par rapport à la période 1993-2001 (-18 %).

- **Principales affections de longue durée**

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

Tableau 2 Cinq principales affections de longue durée de l'Indre

Cinq principales ALD de l'Indre	Effectifs des personnes prises en charge pour ALD pour le régime général en 2015	Rang régional
1. Diabète de type 1 et diabète de type 2 (ALD 8)	10 650	1
2. Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique (ALD 30)	8 760	2
3. Maladies coronaire (ALD 13)	5 490	3
4. Affections psychiatriques de longue durée (ALD 23)	5 400	4
5. Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves (ALD 5)	4 140	5

Pour les différentes ALD étudiées par l'ORS, les 7 ALD suivantes présentent des taux standardisés de nouvelles admissions supérieurs dans l'Indre, par rapport à la Région (les taux sont donnés pour 100 000 habitants sur la période 2010-2013) :

- Maladies cardio-vasculaires (640.8 Indre – 590, région) ;
- Tumeurs malignes (528.5 Indre – 498,0 Région) ;
- Cancer du côlon-rectum (62.9 Indre – 52,6 Région) ;
- Cancer de la prostate (166.0 Indre – 140,4 Région) ;
- Diabète type 1 et 2 (390.0 Indre - 380,3 Région) ;
- Affections psychiatriques (243 Indre – 177,1 Région) ;
- Insuffisance respiratoire chronique grave (87.3 Indre – 65.4, Région).

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

- Cancer du poumon (38.2 Indre – 41,2 Région) ;
- Cancer du sein (168.4 Indre – 182,4 Région) ;
- Maladie d'Alzheimer et autres démences (pour les 65 ans et plus : 534.9 Indre - 558,7 Région) ;

- **Zoom sur la 1^{ère} ALD de l'Indre : le diabète de types I et II**

La figure 16 présente les taux standardisés de nouvelles admissions ALD pour diabète de types 1 et 2 pour 100 000 habitants.

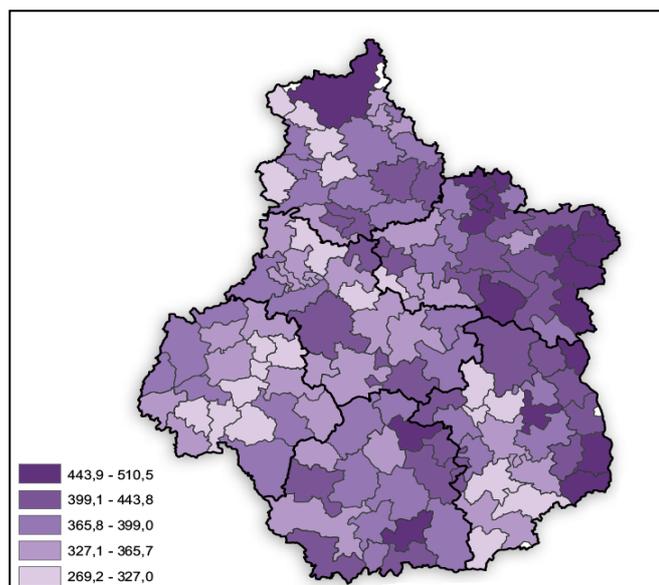


Figure 17 Taux standardisés de nouvelles admissions ALD pour diabète de type 1 et 2 pour 100 000 habitants (2010-2013) (ORS, 2015)

4.3.2. La santé des jeunes

- Taux de jeunes de moins de 20 ans

En 2011, le taux de personnes âgées de moins de 20 ans dans l'Indre (20,8 %) est le plus faible de la région. Il est nettement inférieur à celui de la Région (24,0 %) et de la France hexagonale (24,4 %).

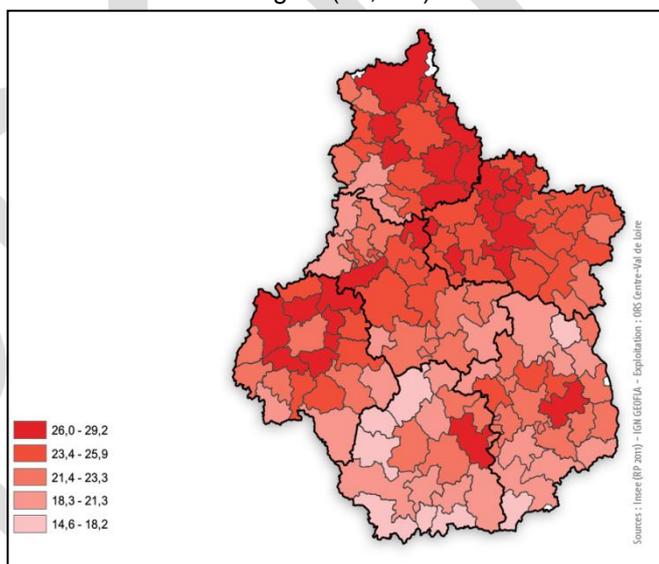


Figure 18 Taux de personnes âgées de moins de 20 ans (en %) (ORS, 2015)

- Scolarisation et qualification des jeunes

Le taux de scolarisation des jeunes de 15 à 25 ans est de 57.1 % en 2011 pour le département : taux le plus bas de la région (région : 61.8% - France métropolitaine : 64.9%)

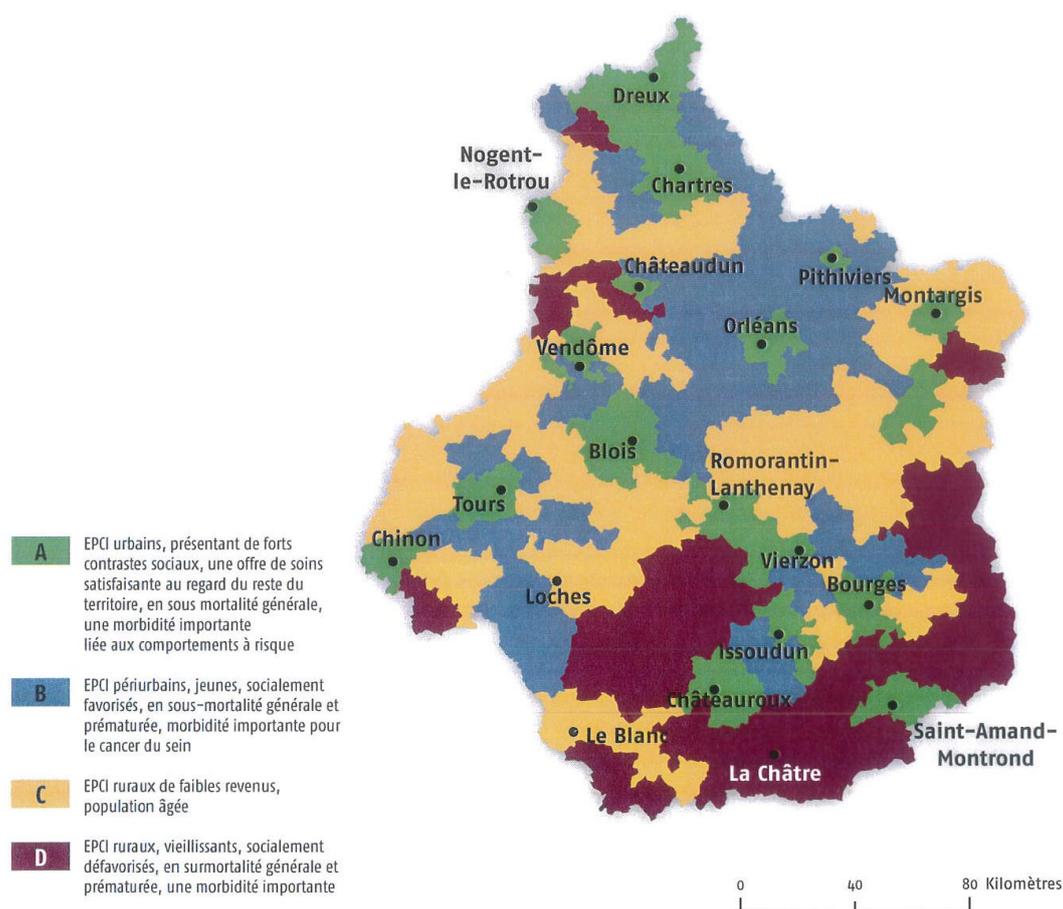
Les jeunes du département sont moins diplômés que la moyenne des jeunes de la région. Parmi les 20-24 ans, un peu plus d'1/2 à un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat (53.8%), contre 47% en moyenne nationale.

Les jeunes peu ou pas diplômés correspondent aux personnes âgées de 20-29 ans qui n'ont pas de diplôme ou qui ont uniquement obtenu le diplôme national du Brevet.

En 2011, ce taux est de 13.0 %. Par ailleurs il faut souligner la forte diminution du nombre de jeunes peu ou pas diplômés entre 2001 et 2001 : 9.1 % au niveau régional ; diminution encore plus accentuée dans l'Indre : 17.3 %.

4.3.3. Synthèse

- **Territoire semi-rural**, le département est constitué de nombreux cantons avec un seuil inférieur à 25 habitants/km²
- **Population vieillissante**
- **Faibles revenus**
- **Des jeunes (20 %) mais peu formés** : des jeunes moins présents dans les espaces ruraux, mais les spécificités des jeunes ruraux tiennent pour beaucoup au fait qu'ils sont en grande majorité de milieu populaire et font moins d'études que leurs homologues urbains
- **Une mortalité prématurée (< 65 ans) supérieure à la moyenne nationale et régionale**
- **Les tumeurs : 1ères causes de mortalité** (le tabac, l'alcool, les infections, l'obésité et le surpoids, l'inactivité physique sont les principaux facteurs de risques de cancers)
- **Des inégalités sociales et territoriales** : cartographie ci-dessous (*figure 19*)



• ISTS : Zoom sur la classe D

L'Indre fait partie, avec le Cher, des deux départements de la Région marqués par de nombreuses intercommunalités de classe D (cf. figure 4).

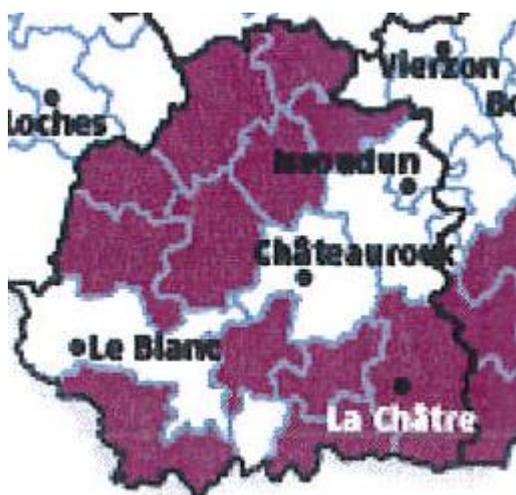


Figure 20 Inégalités sociales et territoriales de santé en Centre-Val de Loire – Focus sur la classe D

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 taux standardisés de mortalité par suicide pour 100 000 habitants est le plus élevé de la région, il est de 23.5 en 2003 -2011 (région : 20.1 – France hexagonale : 16.9).

4.3.4. Des dynamiques de territoire

Le territoire de l'Indre est couvert par 5 Contrats locaux de santé, dont 3 signés, 2 en cours de mise en œuvre et 1 en projet :

Châteaurock-métropole, seconde génération signé le 07 décembre 2016

Pays d'Issoudun-Champagne Berrichonne, seconde génération signé le 04 février décembre 2017

Parc Naturel Régional de la Brenne, signé le 23 mai 2016

2 CLS en cours :

Pays de La Châtre en Berry,

Pays de Valençay en Berry,

1 CLS en projet : Pays Val de Creuse Val d'Anglin.

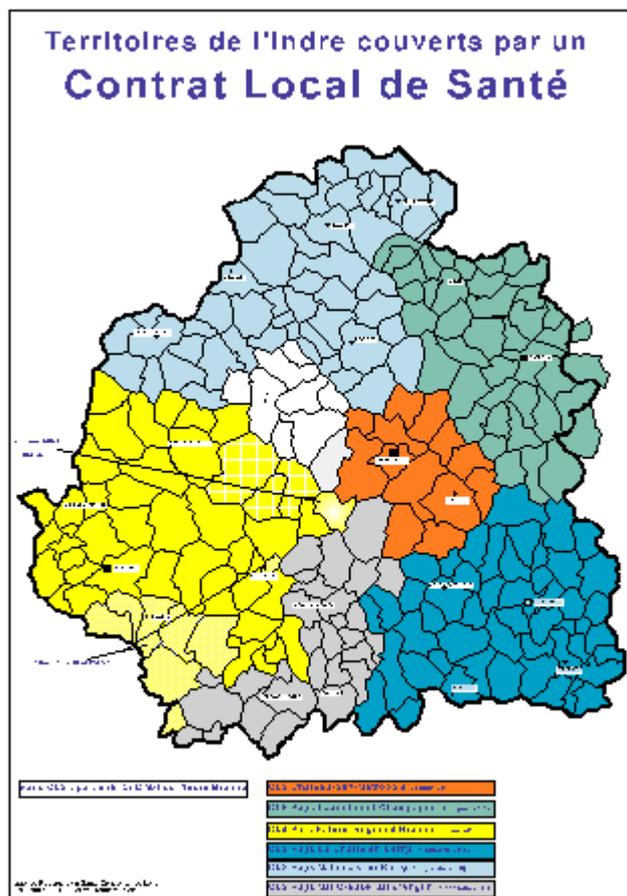


Figure 21 les CLS dans l'Indre au 03.2017

Quatre coordinations départementales sont portées par le Comité départementale d'éducation pour la santé de l'Indre (CODES 36) :

- Vaccination (co-pilotée avec l'UC-IRSA)
- Sport santé bien-être – éducation thérapeutique
- Aide alimentaire
- Prévention suicide

4.3.5. Actions prioritaires

<u>Forces</u>	<u>Faiblesses</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Des dynamiques sur les territoires : notamment par la mise en place des contrats locaux de santé - Des partenariats 	<ul style="list-style-type: none"> - Une mortalité prématurée > à celle de la Région et à la France - Un taux de pauvreté départemental > à celui de la région
<u>Opportunités</u>	<u>Menaces</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place de contrat local de santé - Des coordinations à l'échelle départementale 	<ul style="list-style-type: none"> - Territoire semi-rural : de nombreux cantons avec un seuil inférieur à 25 habitants/km²

- Promouvoir dès le plus jeune âge les facteurs de protection et de connaissance en santé (compétences psycho-sociales socles),
- Prévenir l'usage de produits psycho-actifs, les addictions et leurs conséquences,
- Améliorer le repérage et la prise en charge de la souffrance psychique, de la crise suicidaire, des tentatives de suicide et des troubles de santé mentale,
- Promouvoir une alimentation équilibrée et améliorer l'accès à l'activité physique, Améliorer le dépistage organisé des cancers

PROJET

4.4. Santé mentale

Situation particulièrement défavorable de la région Centre-Val de Loire en matière de ressources disponibles en psychiatrie et santé mentale :

- Des indicateurs de santé publique défavorables (une des 5 régions à plus fort taux de suicide). Une région très faiblement dotée en personnels libéraux (densité régionale la plus faible France entière). Un taux d'équipement proche de la moyenne nationale en hospitalisation complète adultes, nettement inférieur pour la psychiatrie infanto-juvénile, mais compensé par un plus fort recours à l'hospitalisation à temps partiel.
Des délais importants en termes d'accès aux consultations et aux dispositifs de prise en charge. Une région historiquement sous dotée en termes d'enveloppe psychiatrie dédiée aux hôpitaux publics

Dans le rapport de l'IRDES de décembre 2014 consacré aux « disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France », l'Indre fait partie des territoires les plus faiblement dotés en personnels et en équipements psychiatriques France entière.

4.4.1. Eléments de diagnostic

• Mortalité par suicide

Entre 2003 et 2011, la mortalité par suicide a moins bien diminué dans l'Indre que la moyenne régionale. Elle est au premier rang de cette moindre diminution par rapport au 6 départements de la Région.

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

	1993-2001	2003-2011	Taux d'évolution
Cher	24,4*	21,6*	-11,5*
Eure-et-Loir	24,1*	20,0*	-17,0*
Indre	25,4*	23,5*	-7,4
Indre-et-Loire	24,2*	18,4*	-24,0*
Loir-et-Cher	27,8*	21,9*	-21,2*
Loiret	24,7*	19,2*	-22,5*
Région	24,9*	20,1*	-19,1*
France hexagonale	19,8	16,9	-14,6*

*Différence significative au niveau national p<0,05

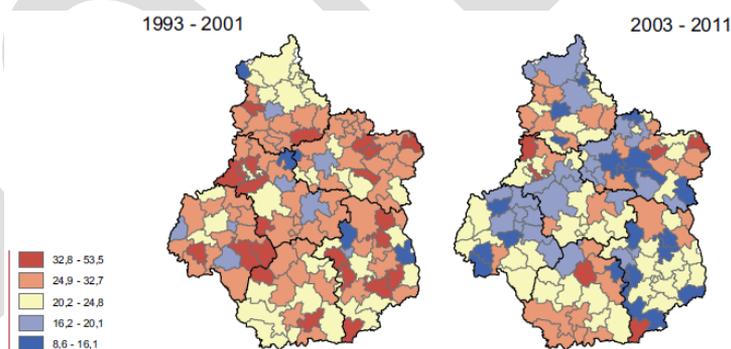


Figure 22 : taux standardisé de mortalité par suicide

• ALD pour les troubles mentaux

Taux standardisé d'ALD pour troubles mentaux pour 100000 hab (score santé)

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

Légende (s)

(+)	valeur significativement supérieure à la valeur de référence
(-)	valeur significativement inférieure à la valeur de référence
(ns)	pas de différence significative avec la valeur de référence
(nv)	non valide
(*)	données agrégées
(!)	à interpréter avec précaution
(e)	données estimées
(▲)	hausse significative
(=)	évolution non significative
(▼)	baisse significative
(1)	écart non significatif
(2)	écart significatif
(3)	significativité indéterminée

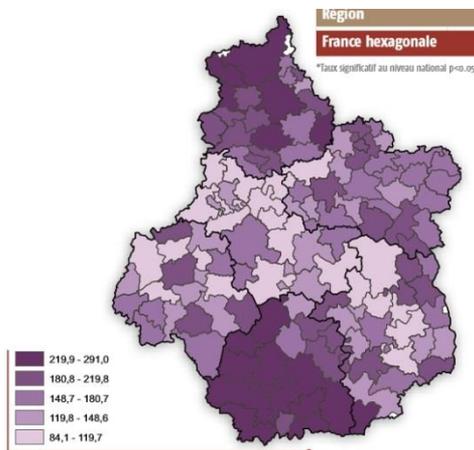


Figure 23 : Nouvelles ALD affections psychiatriques longue durée

Effectif des personnes prises en charge pour l'ALD n°23 : « Affections psychiatriques de longue durée » : 5400 personnes dans l'Indre en 2015.

Les nouvelles ALD « affections psychiatriques de longue durée » alertent sur la situation de l'Indre. Le département est particulièrement touché par les troubles mentaux. Ce qui appelle à agir prioritairement sur le sujet.

- **Offre sanitaire**

Trois établissements sur le territoire de santé de l'Indre participent à la prise en charge en psychiatrie générale des adultes, deux établissements publics de santé : le Centre hospitalier de Châteauroux/Le Blanc et le Centre hospitalier de la Châtre ainsi qu'un établissement privé : la Clinique du Haut Cluzeau.

Offre de soins sanitaire (Source SAE)		
	Psychiatrie Générale	Psy. Infanto-juvénile
A TEMPS PLEIN	Lits /places installées	Lits /places installées
Lits/places hospitalisation temps plein	214	4
Lits/places placement familial thérapeutique	-	4
Lits/places appartement thérapeutique	15	-
Total	229	8
A TEMPS PARTIEL	Lits /places installées	Lits /places installées
Nb places hospitalisation de jour	32	33
Nb places hospitalisation de nuit	9	-
Nb de structures en atelier thérapeutiques	-	8
EN AMBULATOIRE	Nb de structures	Nb de structures
Nb de CMP ou unités de consultations	5	2
→ Dont CMP ouverts ≥ 5j/semaine	5	2
NB de CATTTP	5	8

Quelques données de démographie médicale hospitalière (Source établissements, mai 2017):

- CH de Châteauroux-Le Blanc : Pour la psychiatrie Générale, 14,75 ETP sont rémunérés pour 15,1 postes autorisés. Pour la pédopsychiatrie, 1,6 poste occupé sur 3 ETP.
- CH de la Châtre : l'Effectif médical est de **2,6 ETP** de praticien hospitalier (pour 2,10 occupés et financés)

Les urgences psychiatriques :

La prise en charge des urgences dans le département de l'Indre est essentiellement organisée autour du centre hospitalier de Châteauroux, siège du SAMU et du service d'accueil des urgences. Deux autres sites des urgences sont également en activité sur le territoire de santé de l'Indre, au centre hospitalier d'Issoudun et du Blanc.

Les unités d'hébergement renforcées (UHR) :

Une UHR de 14 lits est rattachée au Centre Départemental Gériatrique de l'Indre et une UHR rattachée au CH de la Châtre compte 14 lits également.

Quelques indicateurs :

Patients ayant eu recours à une prise en charge psychiatrique en hospitalisation à temps complet ou partiel								
Indicateurs	Territoire de santé de l'Indre					Indicateurs de comparaison 2015		
	2011	2012	2013	2014	2015	Valeur médiale des territoires de santé	Région CVdL	France entière
Nb total patients*	1288	1231	1293	1202	1224	3015	15270	419482
% des patients fréquentant les étab psy de la zone (hors patients ambu exclusifs)	74.2%	70.3%	76.8%	72.7%	77.5%	86.7%	92.6%	-
% des patients fréquentant des étab psy hors de la zone (hors patients ambu exclusifs)	25.8%	29.7%	23.2%	27.3%	22.5%	13.3%	7.4%	-

* Exclusion des patients pris en charge exclusivement en ambulatoire

Patients pris en charge en psychiatrie ambulatoire exclusivement								
Indicateurs	Territoire de santé de l'Indre					Indicateurs de comparaison 2015		
	2011	2012	2013	2014	2015	Valeur médiale des territoires de santé	Région CVdL	France entière
Nb total patients ambu exclusifs*	1764	1552	1672	1650	2287	12705	54964	1723398
% des patients fréquentant les étab psy de la zone (patients ambu exclusifs)	31.7%	19.3%	17.3%	18.1%	37.7%	93.3%	94.6%	-
% des patients fréquentant des étab psy hors de la zone (patients ambu exclusifs)	68.3%	80.7%	82.7%	81.9%	62.3%	6.7%	5.4%	-

* Double compte des patients pris en charge exclusivement en ambulatoire

- **Données spécifiques à la psychiatrie infanto-juvénile**

Volet sanitaire :

Le centre hospitalier de Châteauroux assure la prise en charge en psychiatrie Infanto-juvénile pour tout le territoire de l'Indre (2 PH en poste seulement) (7 CMP et CATTP - Capacité de 4 familles d'accueil thérapeutique – 33 places d'hôpital de jour ainsi que des interventions dans des écoles).

- La sectorisation actuelle du secteur d'Issoudun (secteur adulte rattaché à Georges Sand) pose une réelle complexité pour la prise en charge des "grands adolescents" (17 ans et plus).
- Actuellement 4 lits en pédopsychiatrie sont autorisés pour le CH de Châteauroux-Le Blanc. Cependant ces lits ne sont pas opérationnels en continuité. En effet, les faibles ressources allouées à ce service ont incité le CH de Châteauroux-Le Blanc à réaffecter les ressources sur les CMP pour favoriser la prise en charge des files actives au plus près des territoires. Ces 4 lits peuvent

cependant être activés à tout moment pour une prise en charge urgente, mais avec pour conséquence de nombreux rendez-vous programmés au sein ces CMP. Le service de pédiatrie peut ponctuellement accueillir des patients relevant de la pédopsychiatrie. 3 lits destinés aux adolescents au CASA (CH G. Sand à Bourges) sont mobilisables par le département de l'Indre mais plutôt pour des situations programmées.

Le SPIJ mène un travail de qualité autour des prises en charge par tranche d'âge (0-7 ans, 8-12 ans, 13-17 ans). Une coopération active avec les services de pédiatrie, avec les urgences et les établissements médico-sociaux existent. La Maison des adolescents (gérée par l'ANPAA) peut intervenir en Appui.

Cependant, le service peut se retrouver en grande difficulté autour des situations complexes des jeunes dont les troubles du comportement et de la personnalité mettent à mal les prises en charges proposées. De plus la file active ne cesse de croître sans évolution des moyens disponibles.

A noter que selon l'étude de la DREES de 2007, le taux de recours (nombre de patients suivis dans l'année / population) à la psychiatrie infanto-juvénile = 28 pour 1000 habitants de moins de 20 ans. Pour l'Indre, cela représente statistiquement 13,16 jeunes. Cependant, la file active est de 1100 jeunes avec impossibilité de report vers l'activité libérale.

De plus, la mission sénatoriale sur la psychiatrie des mineurs /pédopsychiatrie de 2017 prévoit 2257 lits d'hospitalisation à temps complet sur toute la France soit 1 lit pour 7248 jeunes. Pour l'Indre, cela représenterait 6.5 lits. Alors qu'à ce jour 4 seulement sont autorisés (et dont les moyens sont reportés sur l'ambulatoire pour couvrir le plus grand volume possible de besoins comme vu plus haut).

Volet médicosocial :

Deux Centres d'Action Médico-Sociale Précoces (235 places) et deux Centres Médico Psychopédagogiques avec des antennes couvrent l'ensemble du département.

- Centre Médico Psycho Pédagogique AIDAPHI : moitié ouest du département de l'Indre (prise en charge pluridisciplinaire pour les jeunes de 0 à 20 ans présentant des troubles d'origine psychologique)
- Centre Médico Psycho Pédagogique PEP : Châteauroux et zone est du département (prévention et soins en matière de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent de 6 à 18 ans)

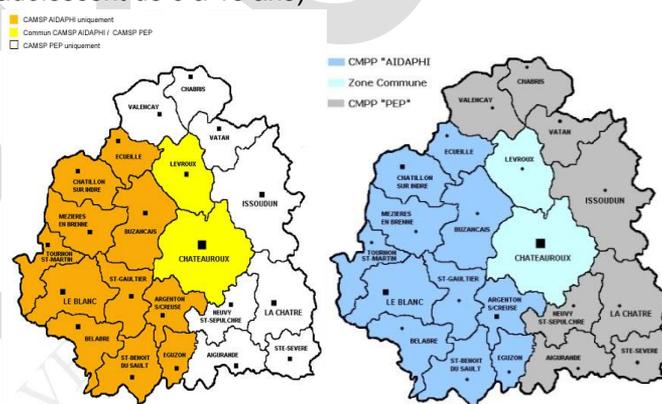


Figure 24 : CAMSP/CMPP AIDAPHI / PEP

• Hospitalisation sans consentement

A noter que les soins libres demeurent la règle pour les personnes accueillies dans les différents services de psychiatrie. Cependant deux dispositifs de soins psychiatriques sans consentement existent :

- Demande d'un tiers (SDDE) : Décision du directeur d'établissement.
- Décision du Préfet (SDRE) : décision du représentant de l'Etat

Données de cadrage 2015

Nombre total de mesures de soins psychiatriques Année 2015	239
- dont nombre total de SDRE	24
- dont nombre de mesures prises en application de l'article L. 3213-1 du CSP (Direct Préfet)	1
- dont nombre de mesures prises après application de l'article L. 3213-2 du CSP (Arrêté Maire)	12
- dont nombre de mesures prises en application de l'article L. 3214-3 du CSP (DETENU)	11
- dont nombre total de SDDE	204
- dont nombre de SDT sur demande d'un tiers	31
- nombre de SDT URGENCE	159
- nombre total de SPI Péril IMMINENT	14

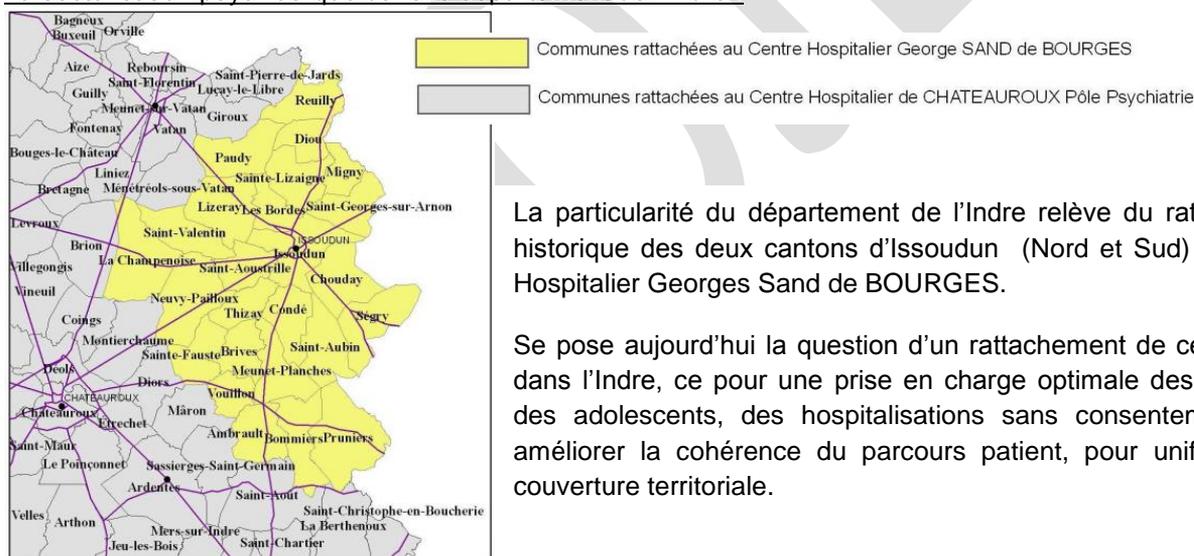
- **Offre libérale :**

Le département de l'Indre compte 10 psychiatres dont seulement 3 ayant moins de 55 ans. Source RPPS au 3 mars 2017. Par ailleurs très centralisés sur Châteauroux au détriment des territoires ruraux ce qui conduit à une prise en charge insatisfaisante par les médecins généralistes libéraux qui ne font que renouveler des ordonnances (qui devraient évoluer en fonction de l'état du patient) due à une charge de travail croissante de ces derniers.

Par ailleurs, cela a également pour conséquences :

- Un renoncement aux soins de nombreux malades :
- Un repérage des pathologies quasi inexistant.

La sectorisation psychiatrique dans le département de l'Indre :



La particularité du département de l'Indre relève du rattachement historique des deux cantons d'Issoudun (Nord et Sud) au Centre Hospitalier Georges Sand de BOURGES.

Se pose aujourd'hui la question d'un rattachement de ces cantons dans l'Indre, ce pour une prise en charge optimale des urgences, des adolescents, des hospitalisations sans consentement, pour améliorer la cohérence du parcours patient, pour uniformiser la couverture territoriale.

Figure 25 : la sectorisation, particularité des deux cantons d'Issoudun

4.4.2. Pistes d'action

Priorités d'action

- Relatives au Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) et notamment inspirées par le projet médical partagé du GHT de l'Indre relatif à la santé mentale.

Le GHT de l'Indre a proposé dans le cadre de sa concertation médicale autour du projet médical partagé, un certain nombre de propositions d'actions. Un arbitrage de l'Agence Régionale de Santé sera nécessaire pour un certain nombre d'entre elles.

- Etudier le rattachement à l'Indre des deux cantons d'Issoudun.
- Poursuivre les réflexions et travaux autour de l'articulation entre la psychiatrie infanto juvénile, la psychiatrie adulte et la gérontopsychiatrie (sans oublier les personnes handicapées vieillissantes) en y incluant une dimension territoriale.
- Répondre au besoin d'activité structurée en psychiatrie de liaison en psy. Infanto-juvenile.
- Renforcer les moyens de la psychiatrie infanto-juvenile à hauteur des besoins identifiés.
- Anticiper les conséquences de la démographie médicale déclinante des psychiatres du département de l'Indre.
- Agir sur la problématique du suicide et d'addictologie dans l'Indre.
 - Améliorer le repérage et la prise en charge de la souffrance psychique, de la crise suicidaire, des tentatives de suicide et des troubles de santé mentale,
 - Création du dispositif « un chez soi d'abord »,
 - Nécessité d'une prise en charge neuropsychologique des patients addicts à l'alcool au sein de l'unité d'addictologie du Pôle de Psychiatrie du Centre Hospitalier de Châteauroux,
 - Renforcer les équipes des CSAPA et CAARUD afin de faciliter le « aller vers »,
 - Mise en place d'une « équipe mobile addiction » (public : en grande précarité sociale – ayant des besoins spécifiques – avec des conduites addictives associées à une comorbidité psychiatrique, avec de graves problèmes de santé ...)

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

4.5.1. Focus sur les soins de premier recours

Si l'on s'intéresse aux professionnels de santé libéraux en activité dans l'Indre, on constate une forte pénurie de médecins généralistes, de médecins spécialistes, de certaines professions paramédicales comme les orthophonistes, les kinésithérapeutes...

➤ Les causes :

Cette pénurie médicale et paramédicale s'explique par plusieurs facteurs, notamment le numérus clausus trop longtemps sévère, le manque d'attractivité du territoire, l'absence de CHU et l'éloignement de la faculté de médecine de Tours qui rendent le département de l'Indre peu attractif pour les étudiants en médecine.

La présence d'IDE en nombre suffisant s'explique par la présence de deux instituts de formation en soins infirmiers dans le département, un à Châteauroux et l'autre au Blanc.

Toutes les autres formations paramédicales sont dispensées au-delà des limites de notre département, ce qui peut expliquer un faible taux de présence des professionnels tel que les ambulanciers, les orthophonistes, les masseurs kinésithérapeutes, les sages-femmes, les pédicures-podologues, les psychomotriciens, les psychologues, ergothérapeutes, diététiciens...

Professionnels de santé libéraux

En exercice au 31 03 2017

Professionnels de santé libéraux	18	28	36	37	41	45	Région
Médecins généralistes							
Nombre	221	283	150	579	264	478	1976
densité pour 100 000 habitants	70,91	65,36	65,68	96,46	79,52	71,82	76,87
part des moins de 55 ans (%)	43,89	42,4	26,27	52,5	42,05	39,54	44,59
Médecins spécialistes							
Nombre	181	252	79	567	212	474	1726
densité pour 100 000 habitants	58,08	58,2	34,59	94,46	63,86	71,22	67,15
part des moins de 55 ans (%)	43,65	38,49	7,88	49,56	38,68	44,73	43,4
Chirurgiens-dentistes							
Nombre	134	165	78	288	132	273	1067
densité pour 100 000 habitants	43	38,11	34,2	47,98	39,76	41,02	41,51
part des moins de 55 ans (%)	58,96	62,42	48,72	64,24	53,79	64,47	60,92
Infirmiers							
Nombre	307	307	287	537	316	511	2265

densité pour 100 000 habitants	98,51	70,91	125,83	89,46	95,18	76,77	88,11
part des moins de 50 ans (%)	68,08	66,45	64,46	64,99	63,61	71,62	66,84
Masseurs kinésithérapeutes							
Nombre	175	202	113	527	172	460	1649
densité pour 100 000 habitants	56,15	46,65	49,54	87,8	51,81	69,11	64,15
part des moins de 50 ans (%)	66,29	62,38	62,83	74,38	55,81	71,09	68,41

Sources : RPPS/INSEE

Densité des médecins généralistes

L'Indre, l'Eure et Loir et le Cher sont les départements les plus sinistrés en terme de médecins généralistes.

L'Indre compte 150 médecins généralistes ayant une activité libérale. Cela représente 65,68 médecins généralistes pour 100 000 habitants. La densité médicale de l'Indre est de fait inférieure à la densité régionale qui est de 76.05 médecins pour 100 000 habitants, elle-même inférieure à la densité nationale qui est de 90.93 médecins pour 100 000 habitants.

Cette carence ne permet pas un accès aux soins de qualité, et renforce une inégalité d'accès aux soins notamment de 1^{er} recours. Compte tenu des départs annoncés, ils ne seront plus que 145 médecins généralistes libéraux au 31 juin 2017 (données CDOM 36). L'âge moyen des médecins généralistes est de 56 ans.

Entre le 01/01/2015 et le 31/12/2016, il y a eu plus de 14 départs à la retraite et/ou décès dans notre département, laissant plus de 7000 patients sans médecin traitant. Plus de la moitié des médecins restants est âgée de plus de 55 ans : nous nous attendons donc à des départs massifs en retraite dans les 5 ans à venir. Les installations ne compensent pas les départs, puisqu'on observe une seule installation pour 5 départs à la retraite.

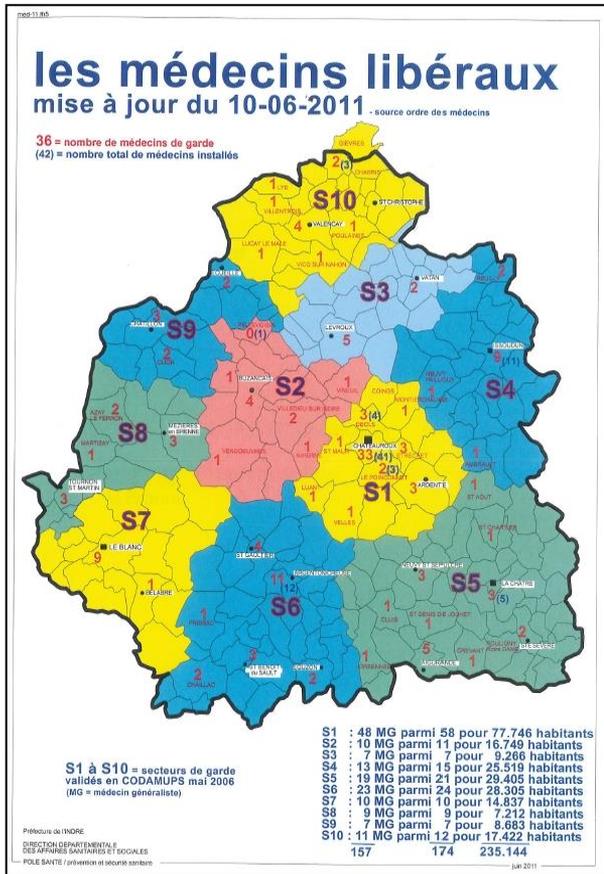
4.5.2. Organisation de la Permanence Des Soins Ambulatoires PDSA

Au 1^{er} janvier 2015, l'Indre était divisé en 10 secteurs de Permanence Des Soins Ambulatoires. La PDSA était assurée dans chaque secteur par un médecin de garde qui effectuait des consultations et des visites.

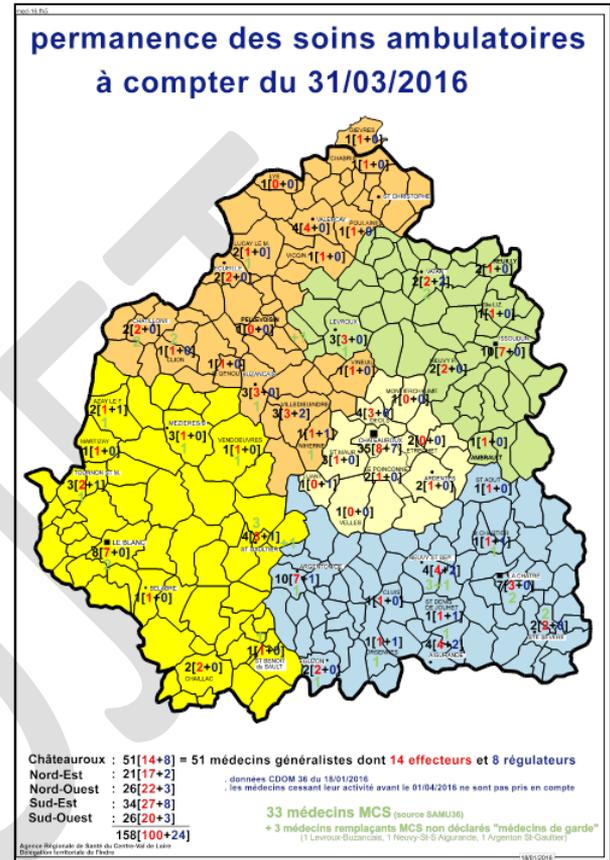
Au 31 décembre 2015, suites à de nombreux départs de médecins généralistes, le nombre de médecins généralistes libéraux est passé de 174 à 158 d'où la nécessité de réorganiser l'offre et maintenir l'accès à la PDSA. Parmi les 158 restants, seuls 83 médecins participaient encore à la PDSA.

D'où une réorganisation mise en place en juillet 2016 : la PDSA est assurée sur les 5 zones au lieu de 10, de 20 heures à 23 heures en semaine et de 8 heures à 23 heures les week-ends et jours fériés. Des médecins effectuent des consultations en cabinet la semaine, les week-ends, en plus des consultations, une équipe de médecins effectue les visites à domicile, **mais cette situation est transitoire dans la mesure où le nombre de médecins continue de diminuer, en parallèle leur âge augmente. Au 31 mars 2017, ils ne seront plus que 145 médecins généralistes libéraux dont moins de 80 effectue la PDSA.**

L'une des conséquences de cette pénurie, est la mise en difficulté de la régulation médicale libérale, celle-ci fonctionnait très bien. Elle comptait plus de 26 médecins. Suite aux nombreux départs à la retraite, la régulation médicale libérale a perdu 5 médecins, et n'a pu recruter aucun nouveau médecin.



C'est un point extrêmement important pour le pôle médecine d'urgence du centre hospitalier de Châteauroux-Le Blanc : le secteur hospitalier n'est pas en capacité d'absorber le surplus d'activité consécutif à la dégradation de la démographie médicale libérale.



PDSA au 10/06/2011

PDSA au 31/03/2016

La diminution constante des médecins participant à la PDSA a imposé une réorganisation de l'offre de PDSA. Sur les 174 médecins en 2011, seuls 157 participaient à la garde, en 2015 ils étaient 158 à participer à la garde. Aujourd'hui, seuls 88 mg participent à la PDSA.

4.5.3. Projection de l'offre de médecins généralistes libéraux - Installations et cessation d'activité

Au cours des 5 dernières années, il y a seulement 29 installations pour 56 départs en retraite, soit un faible taux de remplacement : **une arrivée pour deux départs**

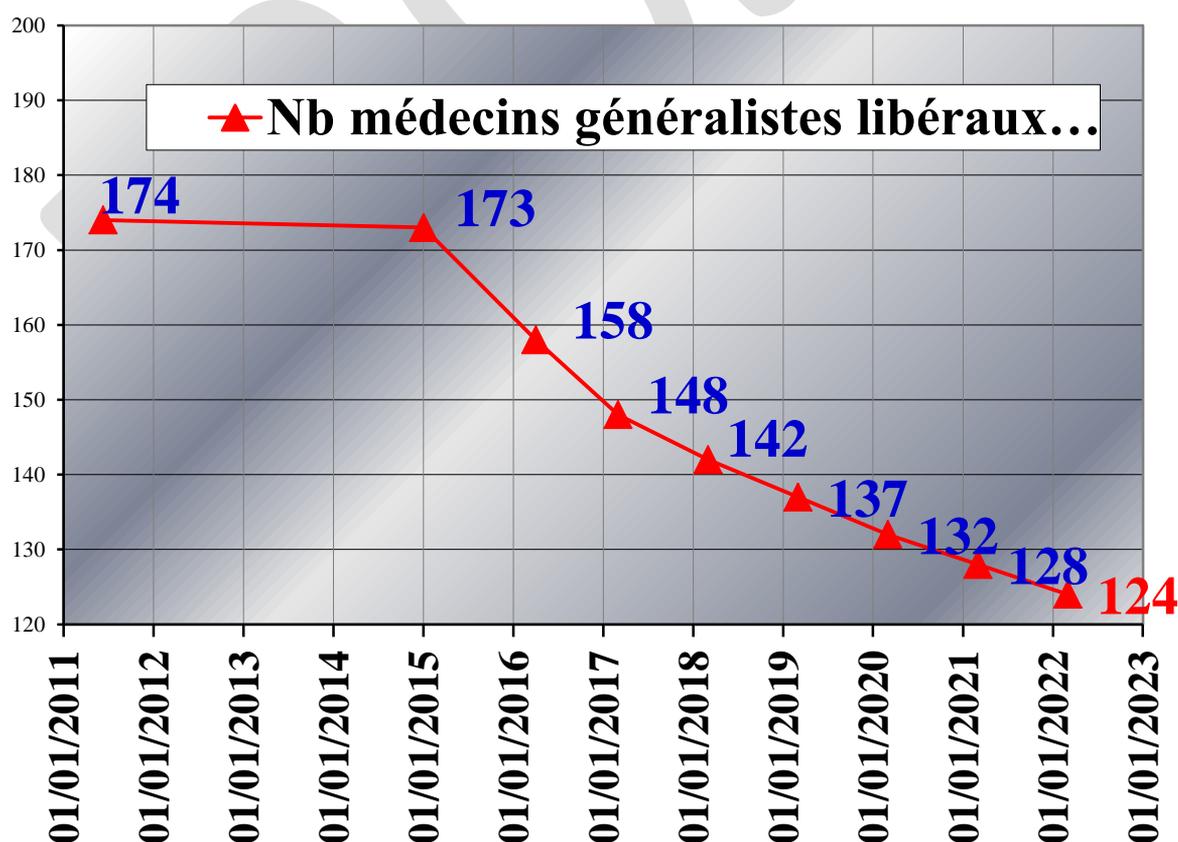
(les 3 médecins d'UM36 qui assurent la PDSA du secteur de Châteauroux à hauteur d'1 ETP travaillé à eux 3 ne sont en effet pas des médecins traitants)

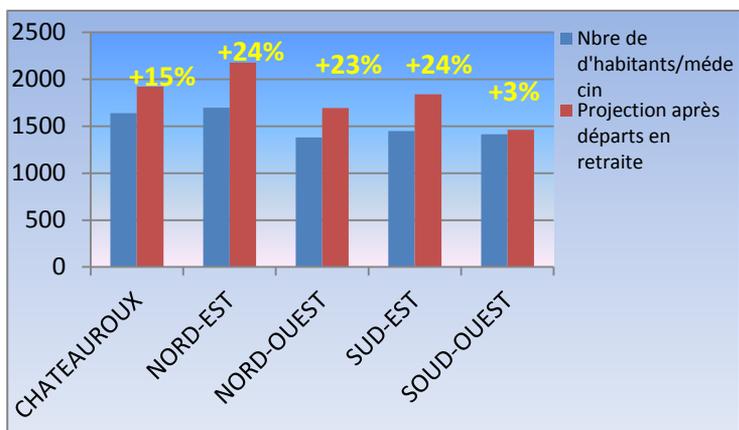
	2012	2013	2014	2015	2016	2017 1er trimestre	Total 5 ans
Installations	3	7	5	9	5	3	32
Installations sans UM36	3	7	5	7	4	3	29
Cessations d'activités	5	11	8	13	15	4	56

De janvier 2015 à mars 2017, le solde (départs – arrivées) est de [- 15] médecins en seulement 15 mois, soit - 11% des effectifs 2015.

Le phénomène ne va pas manquer de s'accroître au travers du département dans les années à venir puisque les moins de 55 ans ne représentent que 40 % des effectifs.

Au vu de l'âge moyen (56 ans) des médecins, de la pyramide des âges et du faible taux de renouvellement, on peut estimer que **le nombre de médecins généralistes libéraux dans l'Indre à l'horizon 5 ans (mars 2022) ne sera plus que de l'ordre de 125** pour 228.000 habitants soit 55/100.000 habitants





On observe un accroissement de l'activité qui impacte encore plus la charge de travail des médecins généralistes.

Ces derniers travaillent déjà sous tension. Ainsi la plupart d'entre eux ne prennent plus de nouveaux patients, ce qui a pour conséquence d'accroître le nombre de malades dépourvus de médecin)

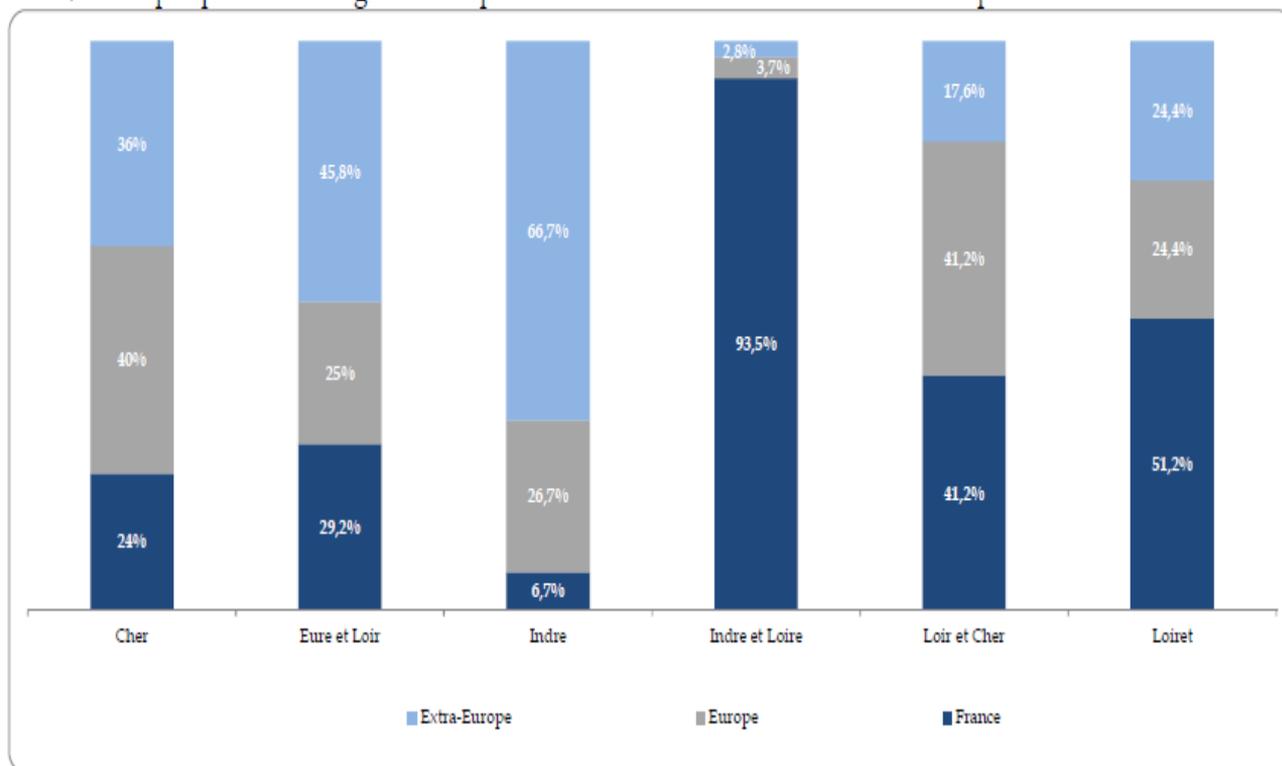
graphique n°19 : nb d'habitants par médecins/secteur du département et projection

Secteurs de garde PDSA	Nbre d'habitants	Nbre de médecins actuellement	Projection après départs en retraite	Nbre de d'habitants/médecin	Projection après départs en retraite	Evolution en %
CHATEAUROUX	75 406	46	39	1639	1924	17%
NORD-EST	33 961	20	16	1698	2177	28%
NORD-OUEST	38 662	28	23	1381	1696	23%
SUD-EST	46 404	32	25	1450	1841	27%
SUD-OUEST	33 928	24	23	1414	1462	3%
Total	228 361	150	126	1516	1820	20%

La conséquence pour les médecins en activité est un accroissement de 20% de charge de travail et la difficulté de pouvoir attirer de jeunes médecins dans ces conditions. Actuellement, on compte en moyenne 1700 patients par médecin alors que la moyenne nationale est de 1200 patients par médecin.

4.5.4. Présences de médecins généralistes libéraux et mixtes à l'échelle régionale : situation de l'Indre

Graphique n°18 : Origine des diplômes des nouveaux inscrits à l'échelle départementale



source : CNOM 2015

Le département de l'Indre n'a enregistré que 6.7 % de médecins titulaires d'un diplôme français. Les départements dont la démographie médicale est préoccupante enregistrent une proportion plus ou moins significative de diplôme hors de France.

Depuis 2014, les quelques installations de nouveaux médecins dans l'Indre concernent majoritairement des médecins étrangers (93.4%), ce qui prouve encore le manque d'attractivité de notre territoire, et peut amener des difficultés liées à l'absence de réseau professionnel, la méconnaissance du système de santé français et des problèmes de maîtrise de la langue.

Enfin, les mesures mises en œuvre dans le cadre du Pacte Territoire Santé depuis 2013, ainsi que les différents dispositifs d'aide à l'installation ont permis de limiter une dégradation plus importante notamment les MSP. On observe une appétence des jeunes médecins à pratiquer leur activité au sein de structure d'exercice regroupé. Depuis 2013, 10 contrats de praticiens territoriaux de médecine générale PTMG ont été signés et le 1^{er} contrat d'aide à l'installation CAIM au niveau national a été signé dans l'Indre.

En revanche, les contrats d'engagement de service public CESP n'ont pas eu de succès, pas plus que les bourses aux étudiants proposées par le Conseil départemental.

4.5.5. Offre de médecins spécialistes au 31/03/2017

Spécialités	Nbre de médecins	Moyenne d'âge
Anesthésiste-Réanimateur	5	60
Biologie médicale	3	53
Cardiologie et maladies vasculaires	3	59
Dermato-vénérologie	5	63
Radio-diagnostic	5	65
Radio-diagnostic et imagerie médicale	2	50
Gynécologie-obstétrique	5	61
Gastro-entérologie et hépatologie	5	63
Ophthalmologie	8	66
Oto-rhino-laryngologie	3	65
Pédiatre	2	67
Psychiatre	10	60
Rhumatologie	3	55
Stomatologie	1	64
Anatomie et cytologie pathologiques humain	1	60
Néphrologie	3	61
Chirurgie orthopédique et traumatologie	2	62
Chirurgie urologique	2	54
Chirurgie générale	2	54
Endocrinologie, diabète, maladies métaboliques	2	50
Médecine interne	1	37
Médecine nucléaire	2	35
Neurologie	1	55
Pneumologie	2	49
Médecins physique et réadaptation	1	45

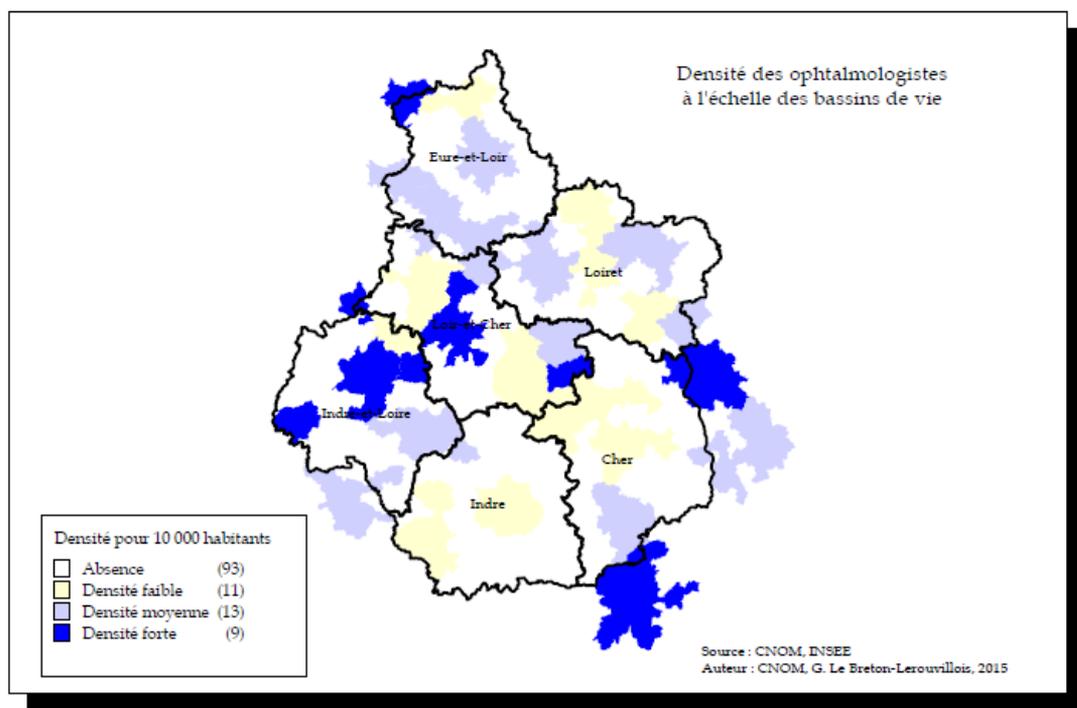
TOTAL 79 57

L'analyse de ce tableau montre la carence de médecins spécialistes dans l'Indre. Toutes les spécialités ne sont pas représentées, et la moyenne d'âge avancée des $\frac{3}{4}$ des spécialistes exerçant actuellement dans l'Indre ne permet pas d'envisager une pérennité de l'offre de soins spécialisée à moyen terme.

Dans l'avenir, si de nouvelles installations ne se réalisent pas, dans moins de 10 ans, l'Indre sera en très grande carence.

Densité des ophtalmologistes

Carte n°7 : Densité et variation des effectifs des médecins spécialistes en ophtalmologie à l'échelle des bassins de vie



Au 01/01/2017, l'Indre ne compte que **7 ophtalmologistes** pour l'ensemble du département dont 4 installés à Châteauroux. 1 seul est âgé de moins de 55 ans, les autres sont âgés de 60 ans et plus. 3 d'entre eux vont arrêter leur activité d'ici juin 2017.

Conséquence, les Indriens attendent plus d'un an pour avoir un rendez-vous en consultation ophtalmologique.

S'agissant de l'offre de soins en établissement de santé, l'établissement de référence de notre département, le Centre Hospitalier de Châteauroux dispose d'un seul praticien assurant les consultations. La Clinique Saint François propose une offre de chirurgie ophtalmologique. Il n'existe pas de bloc opératoire en ophtalmologie au Centre Hospitalier de Châteauroux.

La permanence en ophtalmologie n'est plus assurée depuis le départ en retraite du dernier spécialiste en charge de cette mission, et ce depuis l'année 2013.

La gynécologie :

L'Indre compte à ce jour, 3 médecins gynécologues en libéral. Les délais d'attente sont très importants.

Nombre de sages-femmes : 54 soit 23 pour 100 000 habitants (source RPPS)

S'agissant de cette profession, l'ARS n'a pas été sollicitée ni par les professionnels ni par les usagers pour signaler des carences. Pour autant, cela ne signifie pas que ce nombre suffit à aux besoins de soins du département.

Densité des chirurgiens-dentistes

Le tableau ci-dessous démontre que le département de l'Indre est le moins bien doté de la région Centre-Val de Loire avec une densité de **34 chirurgiens-dentistes pour 100 000** habitants alors que la moyenne régionale est d'environ 41.

Données sur les Chirurgiens-dentistes

Département	Nb de Chirurgiens-dentistes	Densité Chirurgiens-dentistes pr 100.000 hab.	Nb de Chirurgiens-dentistes avec spécialité ODF	Densité Chirurgiens-dentistes avec spécialité ODF pr 100.000 hab.
18	134	43	4	1,28
28	165	38,11	10	2,31
36	78	34,2	2	0,88
37	288	47,98	11	1,83
41	132	39,76	6	1,81
45	273	41,02	12	1,8
Région	1067	41,51	44	1,71

Sources : RPPS/INSEE

Depuis le début du mois de juin 2017 et d'ici la fin de l'année, il y aura :

- 1 praticien invalide
- 2 départs en retraite
- 12 départs en retraite potentiels dont 7 annoncés au conseil de l'ordre.
- Pas d'installation ou reprise validée ce jour

Fin 2017, les chirurgiens-dentistes seront dans notre département, 28,4 praticiens actifs pour 100 000 habitants, ou encore 1 dentiste pour 3518 habitants là où la moyenne nationale est de 1 praticien pour 1500 habitants (source ordre des chirurgiens- dentistes de l'Indre).

Conclusion de l'analyse ci-dessus :

Pour toutes ces spécialités médicales, en cas de défaillance des soins de 1er recours, la situation du département ne permet plus une prise en charge dégradée. Les établissements de santé de l'Indre ont de sérieux problèmes de recrutement.

4.5.6. Densité des paramédicaux

Densité des masseurs-kinésithérapeutes

Données sur Masseurs Kiné

Départem ent	Nb de Kiné	Nb de Kiné Moins de 50 ans	Part des Moins de 50 ans dans les Kiné
18	175	116	66,29
28	202	126	62,38
36	113	71	62,83
37	527	392	74,38
41	172	96	55,81
45	460	327	71,09
Région	1649	1128	68,41

Sources :
ADELI

De même pour les kinésithérapeutes, on observe que la densité départementale est inférieure à la densité régionale. Que l'on se trouve en zone urbaine ou en zone rurale, cela entraîne des difficultés d'accès pour la population vieillissante de notre département : la situation est identique sur tout le territoire.

Nombre de Pédiacre-podologue : 45, soit 19, 70 pour 100 000 habitants (source RPPS)

S'agissant de cette profession, l'ARS n'a pas été sollicitée ni par les professionnels ni par les usagers pour signaler des carences. Pour autant, cela ne signifie pas que ce nombre suffit à aux besoins de soins du département.

Densité des IDE (source RPPS)

L'Indre est bien doté en couverture de soins infirmiers. On dénombre 287 IDE, ce qui représente 125.83 infirmiers pour 100 000 habitants. Ceci est le résultat de la présence de deux IFSI sur le territoire départemental. Cet argument peut être nuancé si on met en corrélation le vieillissement de la population nécessitant plus de soins et de maintien à domicile. Cependant certaines infirmières n'assurent pas les soins de nursing.

Densité des orthophonistes

Une moyenne d'âge élevée :

La moyenne d'âges des orthophonistes salariés (12 personnes) est de 54 ans et celle des libéraux (19 personnes) de 52 ans dans l'Indre. Environ un quart d'entre eux sont susceptibles de prendre leur retraite dans les 5 années qui viennent.

On constate une inégalité de répartition au sein de la région avec une forte concentration d'orthophonistes sur la région de Tours où se trouve l'école de formation. La libre installation des professionnels de santé libéraux ne favorise pas notre département.

Densité des sages-femmes

L'offre est satisfaisante en nombre à ce jour en libéral comme en secteur hospitalier. Cependant, on constate une méconnaissance des missions de ces derniers par la population qui entraîne un faible recours notamment pour le suivi gynécologique (hors suivi des grossesses), de plus certaines patientes préfèrent être suivies hors département.

Une répartition géographique inégale :

Les libéraux se concentrent naturellement sur le bassin d'emploi de Châteauroux. Certains secteurs sont délaissés : Issoudun, deuxième bassin de population du département, et Le Blanc comptent respectivement 1 seul orthophoniste libéral. La zone de Buzançais et Châtillon au nord-ouest du département n'en compte aucun.

Une diminution des terrains de stage potentiels :

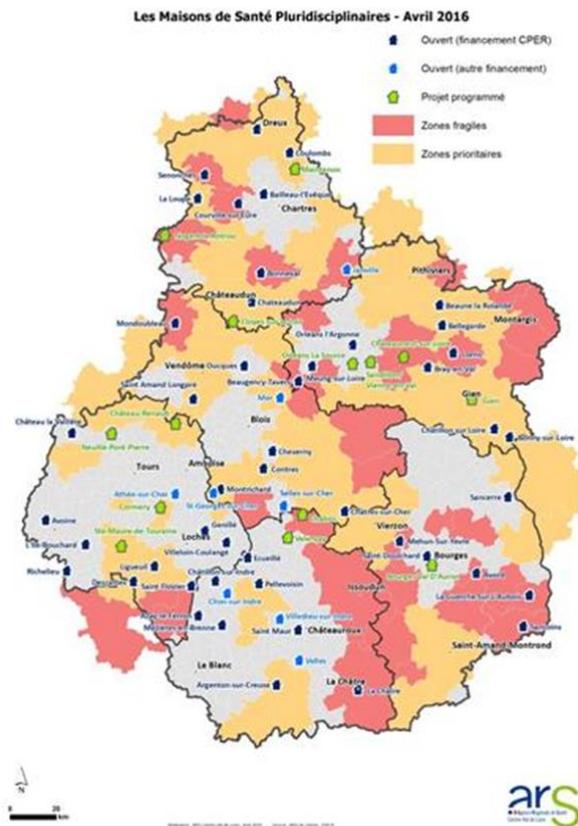
Le faible nombre de professionnels installés en secteur libéral (19) engendre des difficultés à proposer des terrains de stage d'autant que les maîtres de stage ne sont pas rémunérés. Pourtant ces stages sont le meilleur moyen de faire connaître les possibilités de travailler dans notre département.

Il convient de noter cependant l'effort accompli par les orthophonistes locaux qui ont réalisé une plaquette régionale présentant les points forts de chaque département pour l'appui à la formation et le logement des jeunes en formation.

Densité pharmaciens : L'Indre compte 37 officines pour 100 000 habitants, la densité pharmaceutique dans la région Centre Val de Loire est de 32.8 officines pour 100.000 habitants, la densité nationale est de 33.7 officines pour 100.000 habitants.

Au regard de ces chiffres, l'Indre est assez bien doté en pharmacies.

4.5.7. L'offre de structures d'exercices regroupés



Dans le cadre du CPER, 12 MSP en fonctionnement et 1 pôle de santé regroupant 5 pôles secondaires ont été financées.

4 projets sont en cours de construction.

A la suite de la mise en place des MSP, il a été permis de maintenir les effectifs soignants et ces 3 dernières années, 5 jeunes médecins se sont installés.

Faiblesses : si le nombre d'installation n'augmente pas, le risque est qu'à court terme, les médecins partant à la retraite et non remplacés, laissent d'une part les patients sans médecin remplaçant, et d'autre part la charge des cabinets vacants sera assumé par les communes, un coût non négligeable.

D'autres projets de création et ou extension de MSP sont cours d'élaboration

Les maisons de santé pluridisciplinaires ne sont pas la seule solution et soulèvent encore

Les structures d'exercices regroupés figurant sur cette carte sont celles ayant un projet de santé validé par l'ARS conformément au cahier des charges CPER.

Les autres structures d'exercice regroupés sans projet de santé validé par l'ARS, recensés dans le département, mais non exhaustives sont :

- Cabinet médical d'Ardentes
- Maison médicale d'Aigurande
- Pôle rural de santé de St Denis de Jouhet (annexe de la maison médicale d'Aigurande)
- Pôle médical de Niherne
- Maison médicale de Vatan
- Maison médicale de Cluis
- Espace santé de Déols
- Maison médicale de Neuvy-Pailloux
- Maison paramédicale Neuvy-St-Sépulcre

4.5.8. Offre de soins en transports sanitaires

Le département de l'Indre compte au 31/12/2016 d'un nombre de véhicules de 218 dont 141 VSL et 85 ambulances.

Le **nombre théorique** de véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres dans l'Indre est fixé, selon l'arrêté de 2013, à **98**.

En date du 21/12/2016, le **nombre réel est de 226 véhicules** (toute catégorie confondue A+B+D), soit un taux de **230%** par rapport au quota.

La désertification médicale, l'absence de certaines offres de soins sur le département, la diminution de la durée des périodes de permanence des soins ambulatoires engendrent des interventions ambulancière en augmentation pour palier à cette absence médicale.

On observe une grande disparité des moyens sur l'ensemble du département : concentration dans certains secteurs comme Argenton (1 ambulance pour 1 100 habitants), désertification dans d'autres comme Issoudun (1 ambulance pour 3 785 habitants).

Suite à des évolutions règlementaires survenues en fin d'année 2012, les services de l'ARS ont désormais pour rôle d'assurer une régulation de l'offre de transports sanitaires, par le biais d'une autorisation préalable à tout transfert d'autorisation de mise en service, ainsi qu'à tout changement d'implantation.

L'objectif est de parvenir à une réponse optimale aux besoins de la population, en fonction :

- des caractéristiques démographiques des territoires ;
- des contraintes de garde ambulancière.
- Organisation de la garde ambulancière

Nous sommes régulièrement confrontés à des carences ambulancières sur les secteurs les moins dotés, la garde étant coûteuse et insuffisamment rémunérée aux yeux des professionnels.

On constate des difficultés : nos petites entreprises du monde rural s'essouffent, certaines ont déjà fermé, d'autres sont en plan de redressement judiciaire tandis que d'autres, plus florissantes, souhaiteraient développer leur activité.

4.5.9. Synthèse

<u>Forces</u>	<u>Faiblesses</u>
<p><u>Acteurs de la santé très impliqués dans l'organisation de l'offre des soins sur le territoire :</u></p> <ul style="list-style-type: none">• 11 MSP + 2 (ouverture en juin 2017) + 4 pôles de santé secondaires en fonctionnement.• 33 Médecins correspondants SAMU (MCS)• 44 maitres de stage : terrain de stage• 22 MG régulateurs libéraux• CPAM, Préfecture, Conseil Départemental, Collectivités, Ordres professionnels, Unions régionales des professionnels de santé, Conseil Territorial de Santé, engagés, mobilisés sur le sujet• Articulation, passerelle entre les professionnels de santé et les entrepreneurs par la création du Club Initiative Santé au sein du réseau Initiative Indre <p><u>Permanence des soins ambulatoires :</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Réorganisation de la PDSA pour faire face aux problèmes actuels.• Coopérations entre pharmaciens, SAMU 36 et médecins généralistes pour l'optimisation de l'organisation de la PDSA <p><u>Les professionnels et bénévoles regroupés autour du projet de la Maison de l'accompagnement (pouvant intégrer les objectifs d'une PTA) :</u></p> <p>Projet ayant pour objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none">• Meilleure prise en charge des malades chroniques, de leur entourage et soutien aux soignants,• Non rupture des prises en charge, continuité des soins• Tenir compte des besoins des patients et entourage,• Interlocuteur unique• Itinérance, mobilité• Satisfaction et épanouissement des acteurs (objectif de qualité) <p><u>Les réseaux de santé</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Réseau DIAPASON 36• ALBATROS• La Maison des Adolescents (MDA)• ONCOBERRY• Réseau RESPIRE	<ul style="list-style-type: none">- Rupture d'accès aux soins pour les patients indriens- Plus de 13 000 patients sans médecins traitants (source CPAM 36)- Manque de structures médicales et paramédicales- La population se fait soigner de plus en plus hors département- Impact de la pénurie médicale sur les transports sanitaires- MSP qui risquent de se vider si pas assez d'installation pour renouveler les équipes- Amplitude d'ouverture de cabinets pour les jeunes médecins- Charges administratives pour les médecins (environ 2 heures par jour)- En cas de cabinet de groupe, lorsqu'il y a un départ non remplacé, les autres PS se retrouvent à assumer les charges de vacance de cabinet, ce qui peut être lourd à gérer <p><u>Permanence des soins ambulatoires :</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Manque d'attractivité de la régulation médicale libérale pour les jeunes médecins :• Effondrement de la PDSA qui n'est plus une priorité pour les médecins au vue de la charge de travail qui les incombe• si pas assez de médecins dans le département,

- Réseau de Périnatalité de l'Indre
- Réseau de soins palliatifs

Opportunités

1-Permanence des soins ambulatoires :

- Permettre aux médecins salariés et aux médecins non libéraux de participer à la PDSA
- Mettre au programme de la faculté de médecine une formation sur la régulation médicale
- Permettre aux étudiants non thésés de participer à la PDSA.

2-La plateforme territoriale d'appui aux professionnels de santé permettra de :

Se servir des fonctions d'appui pour développer :

- Information et orientation vers les ressources sanitaires, médico-sociales et sociales du territoire
- Appui à l'organisation des parcours complexes
- Soutien aux pratiques et initiatives professionnelles

3-Les mesures du pacte territoire santé- PTS

Se servir de ces mesures pour attirer de nouveaux médecins dans le cadre du PTS :

- PTMG
- PTMA
- CESP

4-Les mesures issues de la nouvelle convention médicale 2016

- Contrat type national d'aide à l'installation des médecins (CAIM)
- e Contrat de transition pour les médecins (COTRAM)
- Contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins (COSCOM)
- Le Contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM)

5-Utilisation de la télémédecine :

- s'appuyer sur le réseau ARPEGE / GCS Télé Santé Centre pour développer un réseau de télémédecine coordonné
- assurer la formation des PS à l'usage de la télémédecine
- convention de partenariat des PS de

Menaces

En offre de soins :

- manque de médecins, généralistes et spécialistes
- incapacité de l'offre hospitalière à absorber en l'état le surplus d'activité consécutif à la dégradation de la démographie médicale
- manque de structures hospitalières efficaces (ayant une offre de soins diversifiée et spécialisée)
- manque de professionnels de santé tels que orthophonistes et kinésithérapeutes pour assurer les soins en libéral et en structures médico-sociales

Identification des freins à l'installation :

- difficulté pour les médecins d'accéder à un spécialiste
- manque de travail pour le conjoint
- complexité, pénibilité et densité du travail en zone rurale (le volume de travail est très important = 1662 patients / MG)
- l'isolement
- manque de services de proximité tel que lycée, commerces
- le vieillissement de la population y compris le corps médical

Zonage infirmier à actualiser

l'Indre avec des PS région ou hors région

6- groupe de travail (ARS, CD, CPAM, CDOM 36, Faculté de médecine de Tours) autour de l'attractivité des médecins avec 4 objectifs :

- Agir au niveau de la formation des médecins
- Agir sur les conditions d'installation
- Agir sur les conditions d'exercice.
- Répondre aux besoins de la population malgré la pénurie en médecins :

Les seules actions en faveur de l'attractivité ne permettront pas, au moins à moyen terme, de compenser les insuffisances en matière de réponse aux besoins de la population. Autre levier mérite d'être renforcé :

- Mettre en place une gouvernance territoriale qui optimise les actions des différents acteurs

Pistes pour renforcer l'attractivité du territoire :

Se servir des structures d'exercices regroupés existantes pour renforcer et mailler le territoire en offre de soins :

- mettre en place des équipes mobiles de PS qui se déplaceraient dans les territoires
- organiser des transports en commun pour acheminer les patients vers les consultations en points fixes
- faire de l'Indre un terrain de stage pour les étudiants en médecine,
- renforcer la formation des professionnels de santé médicaux et paramédicaux pour être maître de stage,
- déployer le nouveau zonage déterminant les aides à l'installation,
- nécessité de simplifier les charges administratives
- pour optimiser le temps médical, **développer des coopérations** entre PS et déléguer certaines tâches aux assistants médicaux
- développer un partenariat entre médecins pour attirer de jeunes médecins
- éducation de la population à la santé, prendre soins de son médecin
- La coopération entre professionnels de santé médicaux et paramédicaux, via les protocoles de coopération (délégation de tâches), qui méritent d'être plus largement mis en œuvre dans notre région
- Assurer avec la CPAM le suivi de ces situations, organiser une procédure partenariale de recherche de médecins traitants et étudier les possibilités réglementaires d'exonérer les coûts majorés d'accès aux spécialistes.

4.6. Offres de soins et d'accompagnement

4.6.1. Activité sanitaire

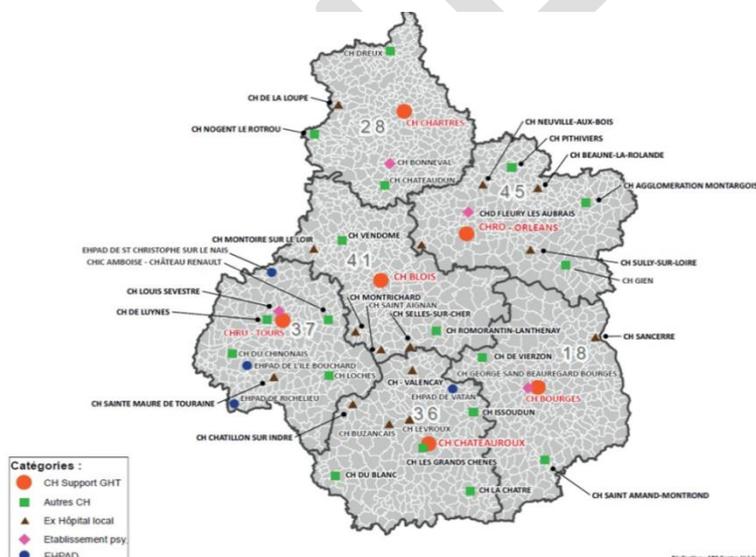
4.6.1.1 Analyse territoriale

Nous aborderons dans un premier temps le groupement hospitalier de territoire (GHT) de l'Indre, pour ensuite analyser plus spécifiquement les activités en M.C.O, en SSR et ainsi finir par l'hospitalisation à domicile. La psychiatrie quant à elle est traitée dans la partie « SANTE MENTALE » de ce diagnostic territorial partagé.

- **Organisation du GHT dans le département**

Le GHT de l'Indre est composé des établissements suivants :

Centre hospitalier de Châteauroux -Le Blanc	Centre hospitalier de Levroux
Centre hospitalier Saint Roch de Buzançais	Centre hospitalier de Valençay
Centre hospitalier de Châtillon sur Indre	Centre départemental gériatrique de l'Indre
Centre hospitalier de la Châtre	L'EHPAD de Vatan
Centre hospitalier La Tour Blanche d'Issoudun	



Nb : A noter la fusion des CH de Chateauroux et du Blanc au 01/01/2017

Projet médical partagé

Le projet médical partagé du GHT de l'Indre, tel qu'il a été approuvé par l'arrêté de l'ARS Centre-Val de Loire daté du 30 août 2016, identifie les objectifs médicaux relatifs aux domaines d'activités suivant : urgences, médecine, chirurgie, obstétrique, SSR, gériatrie et Hospitalisation A Domicile (HAD).

D'autres axes de développement ont également été mis en évidence : ressources médicales, information médicale, qualité et risques, hygiène, pharmacie, imagerie, éducation thérapeutique du patient, douleur et biologie (cf. PMP du GHT en date du 30/06/2016).

Conformément au 3 du I de l'article R. 6132-3 du décret n° 2016-524 du 27 avril 2016, les établissements parties prenantes identifient six filières qui feront prioritairement l'objet de travaux partagés pour optimiser l'organisation d'une offre de soins graduée :

- 1) AVC

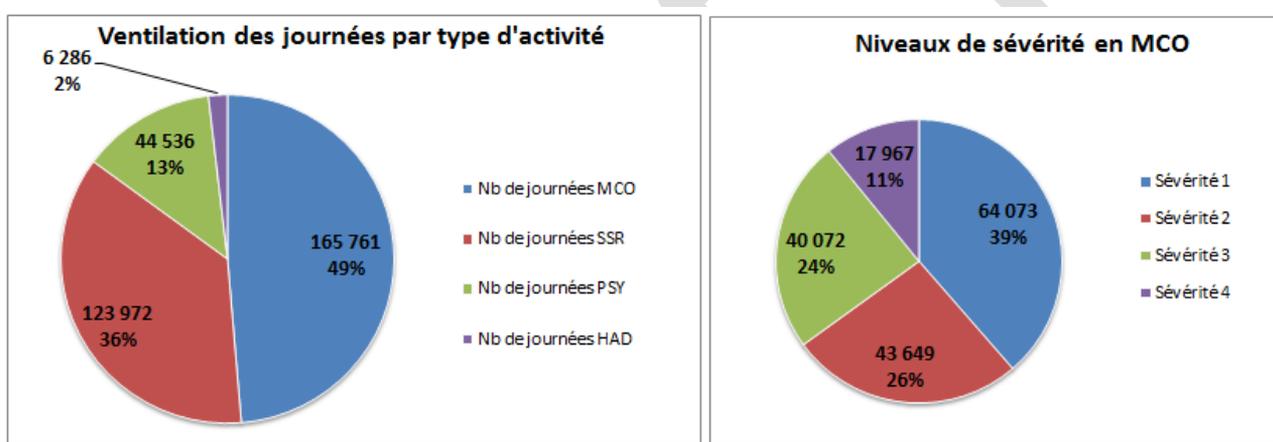
- 2) Insuffisance cardiaque
- 3) Insuffisance respiratoire
- 4) Troubles cognitifs de la personne âgée
- 5) Traumatologie de la personne âgée
- 6) Soins palliatifs

A compter du 1^{er} juillet 2017, ces six filières prioritaires pourront être complétées par d'autres, dans le cadre de la définition en cours de la stratégie médicale du GHT de l'Indre, conformément à l'article R.6132-3.

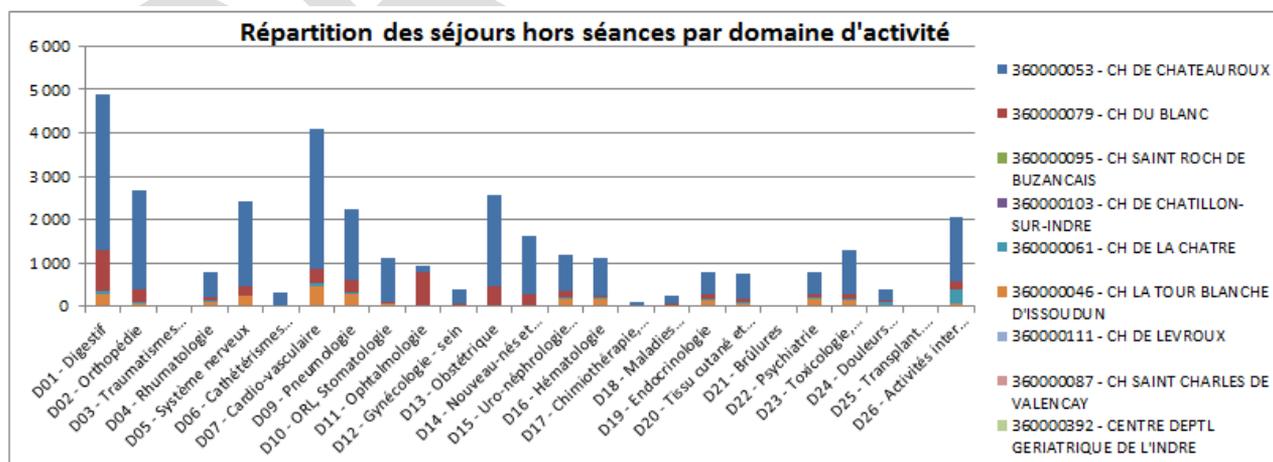
Le projet de soins partagé du groupement hospitalier de territoire de l'Indre est défini en cohérence avec le projet médical partagé, par voie d'avenant dans un délai d'un an à partir de la conclusion de la présente convention.

Quelques indicateurs :

Source Diamant – données 2016



Source Diamant – données 2016



Perspectives et enjeux

Le GHT de l'Indre a réussi dès sa mise en œuvre à structurer les instances de concertation nécessaires à la réalisation des attendus réglementaires relatifs aux groupements hospitaliers de territoire.

Le territoire de santé de l'Indre ayant ses spécificités, un certain nombre de points d'attention (non exhaustifs) seront à observer dans les mois à venir, notamment :

- L'intégration d'une démarche de promotion/prévention de la santé : il est important que le GHT puisse intégrer et faire apparaître à la fois dans ses objectifs partagés, mais aussi dans sa logique de parcours/séquences de soins, les objectifs de santé du territoire, telle que l'addiction, et être impliqué dans l'atteinte de ces objectifs : mobilisation sur les problématiques d'inégalité d'accès à la prévention, aux dépistages et aux soins, les pertes de chances dans les parcours de soins ou l'accès à l'innovation.
- A se nourrir des travaux réalisés dans le cadre de la filière gériatrique de l'Indre, mais également du schéma gérontologique du conseil départemental afin de poursuivre l'objectif d'une bonne articulation des différents travaux du territoire.
- L'association des établissements privés aux travaux du GHT : Il est nécessaire sur le territoire de santé de l'Indre, d'associer les 3 cliniques privées (Saint-François, le Haut Cluzeau, le manoir en Berry), mais aussi l'HAD privée Korian Pays des trois provinces aux travaux du GHT, notamment autour du projet médical partagé. Ces établissements étant des ressources importantes du territoire dans leurs domaines d'activité respectifs doivent pouvoir s'inscrire dans les différents parcours de soins décrits dans le projet médical partagé.

Les travaux du GHT ont de forts enjeux pour le territoire de l'Indre, la bonne communication entre les acteurs, la bonne visibilité de l'expertise de chacun dans chaque parcours de soins, ainsi qu'une bonne communication sur les travaux réalisés seront des facteurs clés de réussite

• Focus sur l'activité MCO

Répartition de l'activité MCO départementale (2016):

Raison Sociale	Période	Nombre de séjours ou séances	Sexe ratio (% homme)	Age moyen	Durée moyenne de séjour	% décès
CH DE CHATEAUROUX	M12	32 045	47,40%	57,72	3,88	2,80%
RE NEPHRO CHATEAUROUX-AV.KENNEDY	M12	16 882	66,30%	70,97	0	0,00%
CLINIQUE ST FRANCOIS	M12	10 945	53,10%	58,14	1,21	0,40%
CH LE BLANC	M12	4 614	44,00%	61,22	3,54	3,10%
CH ISSOUDUN	M12	2 819	45,50%	63,86	5,53	3,90%
CENTRE DE CONVALESCENCE ET DIÉTÉTIQUE MANOIR EN BERRY	M12	1 330	42,70%	62,33	6,2	0,80%
CH LA CHATRE	M12	831	36,60%	81,65	11,54	11,70%
Total		69 466	52,40%	61,87	2,69	1,80%

Base complète MCO - Année 2016 (mise à jour hebdomadaire, source Scan Santé)

La répartition de l'activité MCO est essentiellement présente sur Châteauroux (à noter la présence des actes du centre du centre de Néphrologie). Les sites du Blanc et d'Issoudun ne représentent respectivement que 6,64% et 4,05% de l'activité globale.

Part de marché sur le territoire de santé de l'Indre pour l'activité de soins MCO :

	Raison sociale	Séjours des habitants de la zone		Part de marché	
		2015	2014	2015	2014
1	CH DE CHATEAUROUX	24285	25056	37,8 %	39,0 %
2	CLINIQUE ST FRANCOIS	9908	9868	15,4 %	15,4 %
3	CHU DE TOURS	4058	4082	6,3 %	6,4 %
4	CH LE BLANC	3799	3745	5,9 %	5,8 %
5	CHU LIMOGES	3585	3223	5,6 %	5,0 %
6	CLINIQUE FRANÇOIS CHENIEUX	1977	1814	3,1 %	2,8 %
7	CH ISSOUDUN	1941	1617	3,0 %	2,5 %
8	CHU DE POITIERS	1762	1583	2,7 %	2,5 %
9	CLINIQUE SAINT-GATIEN SA	1667	1475	2,6 %	2,3 %
10	CH LA CHATRE	859	870	1,3 %	1,4 %
11	CH J. COEUR BOURGES	801	799	1,2 %	1,2 %
12	CLINIQUE DE CHATELLERAULT	797	959	1,2 %	1,5 %
13	CH LOCHES	705	639	1,1 %	1,0 %
14	CH ROMORANTIN LANTHENAY	682	685	1,1 %	1,1 %
15	PÔLE SANTÉ LÉONARD DE VINCI	598	634	0,9 %	1,0 %
16	CLINIQUE DE L'ALLIANCE	479	520	0,7 %	0,8 %
17	AP-HP	447	505	0,7 %	0,8 %
18	POLYCLINIQUE DE BLOIS	417	436	0,6 %	0,7 %
19	HÔPITAL PRIVÉ GUILLAUME DE VARYE	411	402	0,6 %	0,6 %
20	CLINIQUE EMAILLEURS-COLOMBIER LIMOGES	327	156	0,5 %	0,2 %
21	Autres Finess	4711	5177	7,3 %	8,1 %

Le tableau affiche la part de marché de chacun des établissements ayant pris en charge la population du territoire de l'Indre pour l'activité MCO. Nous remarquons un taux de fuite extra-départemental et extrarégional lié à la fois au positionnement de l'Indre au carrefour de plusieurs régions, mais aussi potentiellement à l'attractivité des Centre Hospitaliers universitaires (CHU).

Source : Scan-Santé

Analyse croisée production/consommation des soins proposés par les établissements de l'Indre en hospitalisation complète (2015) :

PRODUCTION (Activité MCO hors séances) : Établissements de L'indre		CONSOMMATION : Territoires de santé/zone spécifique des patients de la							Ensemble	
		CHER	EURE-ET-LOIR	INDRE	INDRE-ET-LOIRE	LOIR-ET-CHER	LOIRET	autres régions		région inconnue
INDRE	CH ISSOUDUN	224	.	1 941	.	3	1	35	3	2 207
	CH DE CHATEAUROUX	251	.	24 285	66	60	22	505	56	25 245
	CH LA CHATRE	6	.	859	.	1	1	32	18	917
	CH LE BLANC	4	2	3 799	94	1	4	337	7	4 248
	CLINIQUE ST FRANCOIS	142	2	9 908	13	15	7	145	1	10 233
	CENTRE DE CONVALESCENCE ET DIÉTÉTIQUE MANOIR EN BERRY	126	6	278	24	24	11	693	1	1 163
		753	10	41 070	197	104	46	1 747	86	44 013

Répartition de l'ensemble des séjours 2015 ayant été produits par des établissements de la région et/ou consommés par des patients résidant dans la région

A noter concernant les séjours en hospitalisation complète une consommation des soins produits par le territoire de santé de l'Indre essentiellement par ses habitants (41070 sur 44013 séjours).

Taux d'attractivité / Taux de fuite (2015) :

Territoire de santé d'implantation des établissements	Séjours produits dans le territoire de santé	- dont séjours consommés par des patients d'autres territoires de la région	Taux d'attractivité du territoire de santé
CHER	59 132	2 854	4,80%
EURE-ET-LOIR	81 545	733	0,90%
INDRE	42 180	1 110	2,60%
INDRE-ET-LOIRE	178 875	32 239	18,00%
LOIR-ET-CHER	63 265	5 842	9,20%
LOIRET	151 037	13 553	9,00%

(séjours consommés par les patients d'autres territoires (ou zones spécifiques) de la région / séjours produits par les établissements du territoire (ou zone spécifique))

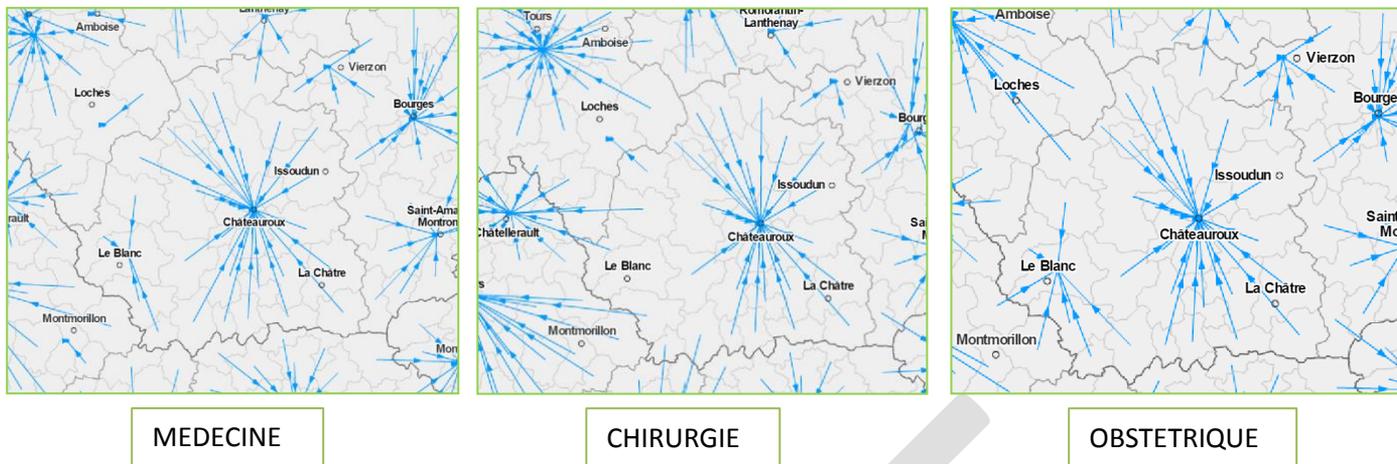
L'Indre **subit** le 2^e taux d'attractivité le plus faible de la région (derrière l'Eure et Loir à 0.90%). C'est l'Indre et Loire qui bénéficie du meilleur taux (18%) lié à la présence du CHRU.

Territoire de santé de résidence des patients	Séjours consommés par les patients du territoire de santé	- dont séjours consommés dans d'autres territoires de la région	Taux de fuite du territoire de santé
CHER	66 308	10 030	15,10%
EURE-ET-LOIR	86 896	6 084	7,00%
INDRE	52 045	10 975	21,10%
INDRE-ET-LOIRE	147 522	886	0,60%
LOIR-ET-CHER	80 778	23 355	28,90%
LOIRET	142 485	5 001	3,50%

(séjours consommés dans d'autres territoires (ou zones spécifiques) de la région / séjours consommés par les patients du territoire (ou zone spécifique))

Concernant le taux de fuite des séjours MCO, l'Indre souffre de 21,10% de taux de fuite. 2^e taux le plus important du département après le Loir-Et-Cher.

Cartographie des pôles d'attractivité 2015 pour l'activité MCO (Source Scan santé via PMSI)



Définition pôles d'attraction : identification du lieu de prise en charge qui concentre la plus grande part d'activité consommée par les patients résidant sur une zone géographique donnée.

Nous constatons que pour l'activité de médecine, 2 pôles géographiques attirent une grande partie de l'activité : Châteauroux (pour la présence du centre hospitalier Châteauroux-Le Blanc et de la clinique Saint François) et le pôle du Blanc. A noter que d'autres établissements ayant une activité de médecine (CH d'Issoudun, CH de la Châtre ...) ne sont pas représentés sur cette cartographie (dû à un volume bien plus faible).

Pour l'activité de chirurgie, c'est le secteur de Châteauroux qui draine le plus grand volume d'activités. Concernant l'obstétrique, deux pôles sont présents (Châteauroux et Le Blanc), nous constatons l'absence de flux représentatif de patients de la zone du Blanc vers le CH de Châteauroux sur cette activité.

- **Focus sur l'activité SSR**

Répartition de l'activité SSR départementale :

Raison Sociale	Période	Nombre de journées (HC HP et séances)	Sexe ratio (% homme)	Age moyen	AVQ physique moyen	AVQ relationnel moyen	Nb moy d'actes CSARR par journée
CH ISSOUDUN	M12	44 999	52,70%	60,1	8,99	3,33	1,78
CENTRE DE CONVALESCENCE ET DIÉTÉTIQUE MANOIR EN BERRY	M12	32 777	37,20%	64,94	5	2,12	1,75
CH DE CHATEAUROUX	M12	21 523	44,30%	76,31	9,07	2,6	0,66
CH LE BLANC	M12	14 475	54,40%	69,27	7,49	2,85	1,08
HL CHATILLON / INDRE	M12	12 139	39,40%	81,08	10,91	3,3	0,42
CH LA CHATRE	M12	10 673	28,00%	82,69	10,07	3,55	0,68
HL ST-ROCH BUZANCAIS	M12	9 475	40,60%	79,65	9,94	3,73	0,55
HL VALENCAY	M12	5 379	41,70%	81,11	11,6	5,09	0,43
HL DE LEVROUX	M12	5 290	36,80%	83,96	10,96	3,37	0,42
CLINIQUE ST FRANCOIS	M12	2 950	30,90%	80,7	7,91	2,44	0,93
Total		159 680	43,80%	70,25	8,45	3,02	1,2

Le département de l'Indre a pour principale caractéristique la présence d'une offre de soins de suite et de réadaptation graduée. Avec des pôles d'excellence (notamment Issoudun) qui rayonnent au-delà des frontières administratives régionales, mais aussi avec la présence de pôles de proximité, avec des unités avec peu de lits (15 en moyenne) présentes au côté de structures médico-sociales (Levroux, Buzançais ...). L'offre contribue au maillage du territoire en lits de SSR mais offre de plus petits plateaux techniques.

Analyse croisée production/consommation des soins proposés par les établissements de l'Indre en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour:

PRODUCTION (JOURNEES EN HOSPITALISATION COMPLETE) : Établissements de l'Indre		CONSOMMATION : Territoires de santé des patients de la région							Ensemble	
		Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	autres régions		région inconnue
Indre	CH ISSOUDUN	10 026	.	26 502	420	255	.	1 403	.	38 606
	CH DE CHATEAUROUX	201	.	21 119	26	.	.	361	7	21 714
	CH LA CHATRE	50	29	10 287	.	.	.	492	.	10 858
	CH LE BLANC	60	.	10 861	229	53	.	238	.	11 441
	HL VALENCAY	15	.	5 339	.	157	.	43	.	5 554
	HL ST-ROCH BUZANCAIS	.	.	9 689	49	.	.	90	.	9 828
	HL CHATILLON / INDRE	.	.	8 351	3 775	29	.	325	.	12 480
	HL DE LEVROUX	.	.	5 553	.	75	.	47	.	5 675
	CLINIQUE ST FRANCOIS	.	.	265	265
	CENTRE DE CONVALESCENCE MANOIR EN BERRY	3 352	167	10 979	617	547	358	17 623	27	33 670
		13 704	196	108 945	5 116	1 116	358	20 622	34	150 091

Répartition de l'ensemble des journées ayant été produites par des établissements de la région et/ou consommées par des patients résidant dans la région

PRODUCTION (JOURNEE HOSPI DE JOUR) : Établissements de la région par territoire de santé		CONSOMMATION : Territoires de santé des patients de la région						Ensemble	
Indre	CH ISSOUDUN	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret		autres régions
	CH ISSOUDUN	1 501	.	3 860	29	9	2	38	5 439

Répartition de l'ensemble des journées ayant été produites par des établissements de la région et/ou consommées par des patients résidant dans la région

Concernant la production SSR, nous notons une consommation des soins proposés par les SSR essentiellement par les habitants du territoire de santé de L'Indre. Cependant, deux établissements ont un fort rayonnement. 25,97% des actes proposés par le CH d'Issoudun en hospitalisation complète sont consommés par les habitants du Cher (taux similaire pour l'HDJ). Aussi, seuls 32,60% des journées réalisées par le Manoir en Berry ont concerné les habitants de l'Indre, le reste était réalisé auprès d'autres régions.

Taux d'attractivité / Taux de fuite

Territoire de santé de résidence des patients	Nombre de journées consommées par les patients du territoire de santé	- dont Nombre de journées consommées dans d'autres territoires de la région	Taux de fuite du territoire de santé
Cher	149 608	31 813	21,30%
Eure-et-Loir	196 643	11 573	5,90%
Indre	125 631	16 686	13,30%
Indre-et-Loire	265 053	24 546	9,30%
Loir-et-Cher	202 337	40 498	20,00%
Loiret	296 617	43 032	14,50%

(journées consommées dans d'autres territoires de la région / journées consommées par les patients du territoire)

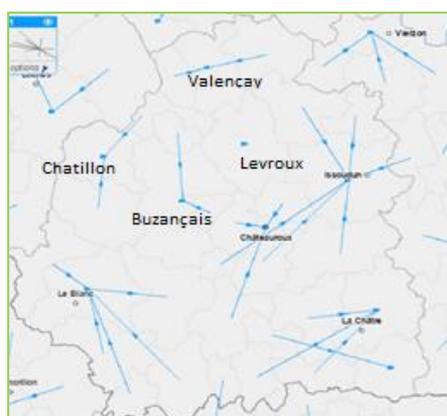
L'Indre souffre d'un taux de fuite de 13.30%. Cependant les départements du Cher, du Loir-et-Cher et du Loiret rencontrent des problématiques plus importantes.

Territoire de santé d'implantation des établissements	Nombre de journées produits dans le territoire de santé	- dont nombre de journées consommées par des patients d'autres territoires de la région	Taux d'attractivité du territoire de santé
Cher	122 458	4 663	3,80%
Eure-et-Loir	190 983	5 913	3,10%
Indre	129 435	20 490	15,80%
Indre-et-Loire	285 957	45 450	15,90%
Loir-et-Cher	233 563	71 724	30,70%
Loiret	273 493	19 908	7,30%

(journées consommées par les patients d'autres territoires de la région / journées produites par les établissements du territoire)

Le taux d'attractivité de l'activité SSR est quant à lui assez représentatif (15.80%) du rayonnement des activités du SSR d'Issoudun et du Manoir en Berry.

Cartographie des pôles d'attractivité 2015 pour l'activité SSR (Source Scan santé via PMSI)



Cette cartographie représente bien l'offre de proximité que représente chaque établissement SSR du département. Seul le CH de Levroux pourvoit l'essentiel de son recrutement de patients au sein de sa commune.

Priorités à agir (remontée d'acteurs du territoire) :

- travailler sur la coordination en SSR ; mieux définir l'activité des SSR polyvalents, et installer des services spécialisés pour personnes âgées polypathologiques en cours de dépendance ou à risque de dépendance.
- Faire évoluer l'offre des petites structures SSR pour développer la qualité des prises en charge proposées.

• **Focus sur l'activité d'hospitalisation à domicile (HAD)**

Il y a deux établissements disposant de l'autorisation Hospitalisation à domicile dans l'Indre :

- Une HAD pilotée par le Centre hospitalier de Châteauroux – Le Blanc
 - Une HAD privée pilotée par le groupe KORIAN qui intervient au nord-est du département.
- Depuis fin 2016, tout le département est couvert par une HAD.

Activité des acteurs intervenant sur le département :

Raison Sociale	Période	Nombre de journées	Sexe ratio (% homme)	Age moyen	Classe indice de karnofsky moyen	AVQ Physique moyen	AVQ Relationnel moyen	Nombre de séjours	Nb séj. terminés au cours de l'année	Durée moyenne de ces séjours
CH DE CHATEAUROUX	M12	6 286	51,70%	68,08	50	9,27	3,47	278	272	23,14
Total		6 286	51,70%	68,08	50	9,27	3,47	278	272	23,14

Etablissement HAD de l'Indre (Hors HAD Korian pays des trois provinces) - tous modes de prise en charge - données 2016 (mise à jour hebdomadaire)

Le CH de Châteauroux intervient sur l'ensemble du département (hors nord-est) et a la particularité de faire appel à ses agents comme effecteurs pour les prises en charge des patients au domicile, alors que de nombreux modèles HAD sont basés sur le recours aux professionnels libéraux. Cela pose une double problématique : les capacités de projection limitées sur les territoires de santé les plus éloignés et un temps plus restreint dédié à la coordination.

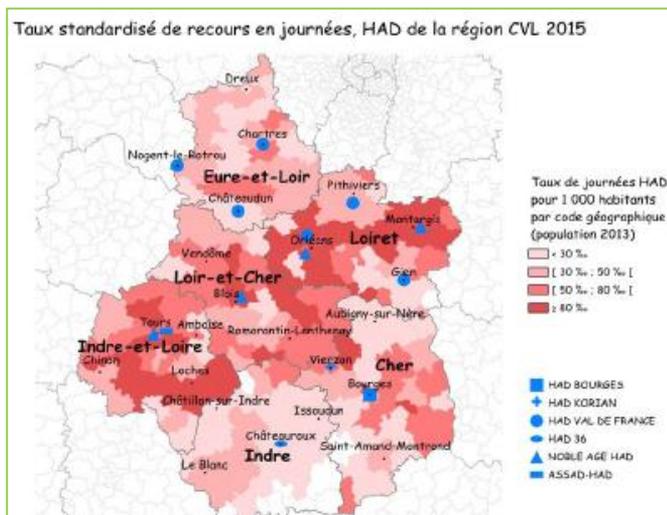
Cependant, nous remarquons des différences dans les durées moyennes de séjour (DMS) à 23,14 jours comparativement à l'HAD KORIAN dont les durées moyennes de séjour sont de 38,4 jours.

Le CH de Châteauroux a connaissance des limites du modèle utilisé à ce jour, et est en train de planifier un nouveau projet de fonctionnement tourné vers des partenariats ville-hôpital (recours aux infirmiers libéraux) qui aura pour enjeu une couverture globale des territoires dont il détient l'autorisation d'exercice de l'activité HAD.

Raison Sociale	Période	Nombre de journées	Sexe ratio (% homme)	Age moyen	Classe indice de karnofsky moyen	AVQ Physique moyen	AVQ Relationnel moyen	Nombre de séjours	Nb séj. terminés au cours de l'année	Durée moyenne de ces séjours
KORIAN PAYS DES TROIS PROVINCES	M12	9 072	53,30%	70,59	40	10,86	3,52	224	202	38,4
Total		9 072	53,30%	70,59	40	10,86	3,52	224	202	38,4

Concernant l'HAD du Berry, intervenant au nord est du département de l'Indre, sa particularité est d'intervenir à cheval sur les départements du Cher et de l'Indre. Son siège social étant basé dans le Cher, les données ci-dessus globalisent l'intervention sur les deux territoires. Le nombre de journées est plus important que le CH de Châteauroux, pour un volume de séjours plus faible, posant ainsi une réflexion à mener sur l'efficacité des DMS. De plus nous remarquons sur le taux de recours standardisé (CF figure ci-après) que le taux de recours sur les territoires couverts par cet établissement sont particulièrement faible (Idem CH Châteauroux) comparativement aux moyennes régionales.

Taux de recours en journée à l'HAD



A noter sur cette cartographie le faible recours à l'HAD dans l'Indre.

En 2015, le bassin de vie de la Châtre n'était couvert par aucune HAD. En 2016, une autorisation d'activité d'HAD a été confiée au CH de Châteauroux concernant cette zone.

Enjeux et actions prioritaires à mener :

Le développement de l'hospitalisation à domicile sur le territoire de l'Indre doit se poursuivre. A la lumière des indicateurs, certaines actions prioritaires sont à mener :

- Promouvoir le dispositif HAD auprès de l'ensemble des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, ainsi qu'à l'ensemble des professionnels intervenant au domicile ;
- Interroger les partenariats existants (conventions) pour lever toute difficulté de recours (notamment en EHPAD);
- Finaliser pour le CH de Châteauroux-Le Blanc son nouveau schéma d'action autour de l'hospitalisation à domicile (favorisant le recours aux professionnels libéraux), en effet l'ensemble du territoire de l'Indre est couvert par une autorisation, mais les organisations actuelles, notamment pour le CH de Châteauroux-Le Blanc ne permettent pas d'agir sur l'ensemble du département.
- Mener une réflexion sur les durées moyennes de séjours, à savoir d'expliquer les écarts entre l'HAD Korian pays des trois provinces et l'HAD hospitalière.
- Articulation avec les SSIAD et avec l'EADSP

4.6.1.2 Impacts du virage ambulatoire sur la restructuration de l'offre de soin

Le virage ambulatoire est un objectif qui s'impose aux secteurs public et privé en raison notamment de l'évolution des techniques opératoires et d'anesthésie, et des objectifs de rationalisation des dépenses fixés par l'ONDAM.

Cette orientation interpelle :

- Les modalités de prise en charge en chirurgie avec le développement de la chirurgie ambulatoire qui a un impact sur l'organisation des soins et des plateaux techniques, et les capacités d'hébergement
- L'adaptation des modalités de prise en charge et des durées de séjour aux niveaux de sévérité des patients

• Focus sur les Unité de Soins Longue Durée (USLD)

Etablissement	Capacité	Taux d'occupation (issus des rapports d'activité 2015)
CDGI La Chêneraie	64 lits	94.21%
CH de Chatillon sur Indre	31 lits	90.61%
CH Issoudun	30 lits	98.60%
CH de Châteauroux - Le Blanc	30 lits	91.80%

A noter que certains acteurs s'interrogent sur des orientations en USLD relevant d'avantage de la prise en charge d'EHPAD.

- **Chirurgie ambulatoire**

La chirurgie ambulatoire est la discipline d'excellence pour illustrer le virage ambulatoire.

Territoire de santé de l'Indre					Région	France
	2011	2012	2013	2014	2015	2015
Taux global de chirurgie ambulatoire (séjours sans nuitée rapportés à l'ensemble des séjours de chaque périmètre).	44.3%	43.9%	44.7%	44.2%	45.7%	50.2%
						51.9%

Périmètre : GHM en C hors CMD 14 et 15 + racines 03K02, 05K14, 11K07, 12K06, 09Z02, 23Z03 et 14Z08.

L'activité en ambulatoire sur le département de l'Indre n'a que très légèrement augmenté entre 2011 et 2015. Le taux reste plus bas que la moyenne régionale et nationale comme indiqué dans le tableau ci-après

- **Evolution places/lits en établissements**

Evolution du nombre de lits entre le 01/01/2013 et le 01/01/2016 (SAE via DIAMANT et Statiss)		
	Lits	Places
MCO	+0.45%	-3.57%
SSR	+12.62%	+100%
Total INDRE	+5.12%	+7.45%
Total REGION	+1.08%	+5.42%

On note sur le département de l'Indre une évolution positive du nombre de places et lits disponibles. Avec une légère baisse constatée pour les places en MCO. Un axe important de développement a été réalisé autour d'ouverture de places SSR. Le volume a en effet doublé entre le 1er janvier 2013 et le 1^{er} janvier 2016.

Concernant le centre hospitalier de Châteauroux-Le Blanc, le SSR de Châteauroux bénéficie d'une autorisation de 10 places d'hôpital de jour (5 places maladies respiratoires et 5 places médecine générale) mais, à défaut de financement, ces 10 places ne sont pas ouvertes.

Equipement en terme de lits, prenant en compte les 15 lits SSR du Ch de Valençay construits et en attente de financement

Concernant les places MCO, on remarque une évolution négative de l'offre (déclarée à la SAE) correspondant à l'activité du Centre de Néphrologie (pour 30 places).

4.6.1.3 les prises en charge hospitalières non pertinentes et évitables et des hospitalisations prolongées non pertinentes

Sont comprises dans les prises en charge non pertinentes et évitables tels que décrits ci-après toute prise en charge hospitalière dépassant les standards nationaux (de borne haute du GHM concerné).

Une analyse des relevés de passage aux urgences peut également renseigner sur la corrélation entre la baisse du nombre de médecins libéraux et la hausse d'activité aux urgences.

Part des séjours au-delà de la borne haute:

Pour pouvoir évaluer les prises en charge hospitalières non pertinentes et évitables, on peut se baser sur plusieurs indicateurs : les GHS (Groupement Homogène de Séjour) et les EXH (les séjours en borne haute).

C'est-à-dire la part des patients restants hospitalisés dans les services au-delà de la borne haute indiquée pour le GHM du séjour.

	Niveau de sévérité 1	Somme de nb séjour	Moyenne de nbexh	Moyenne de duree
2013	Pour l'Indre	537	4,9	13,7
	Pour la région	3248	4,3	12,5
2014	Pour l'Indre	511	4,7	12,9
	Pour la région	2987	4,1	12,1
2015	Pour l'Indre	403	4,3	12,9
	Pour la région	2269	4,3	12,2

Au niveau du département de l'Indre, on relève un nombre de séjours en borne haute (non pertinents), c'est-à-dire les séjours qui dépassent les standards nationaux (notion de durée), à 403 séjours en 2015. Entre 2013 et 2015, on peut toutefois noter une baisse d'environ 25%.

Cependant le département de l'Indre reste au-dessus de la moyenne régionale. Afin de pouvoir analyser ce chiffre, il convient d'analyser les facteurs explicatifs de ces séjours, à savoir notamment les pathologies, l'âge, le sexe. Ces éléments d'analyse pourront être travaillés éventuellement au niveau du territoire.

Dans l'Indre en 2015, les 403 séjours de sévérité 1, c'est-à-dire sans sévérité significative ou sans CMA (Complication ou Morbidité Associée), ont une durée moyenne de 12,9 jours et ils dépassent en moyenne de 4.3 jours le nombre de jours fixés par la tutelle.

Analyse des résumés de passage aux urgences (serveur de veille : SRVA)

Le tableau ci-dessous présente une analyse des résumés de passage aux urgences du d »

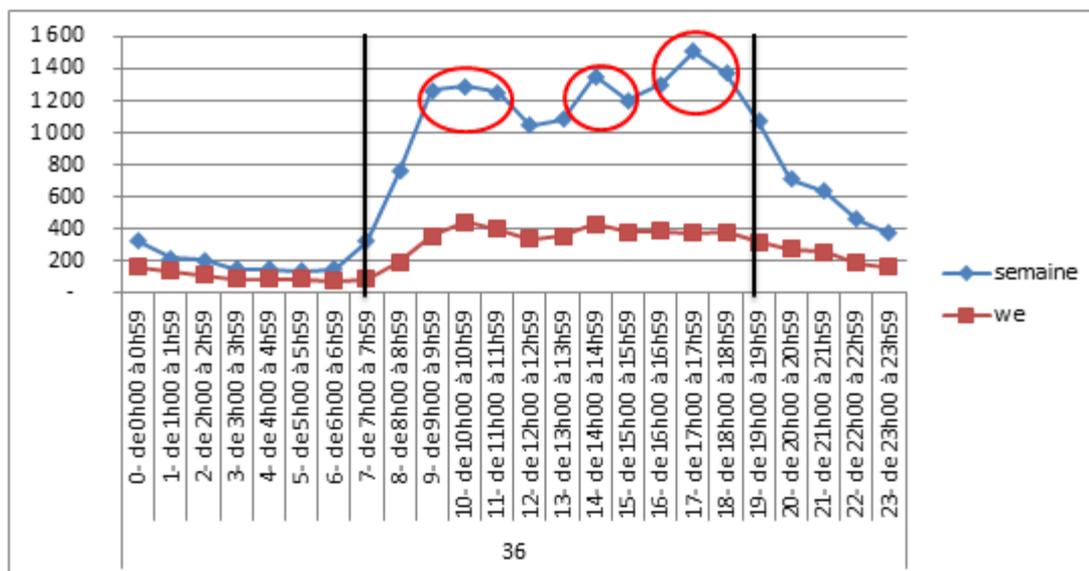
Nombre de passages aux urgences INDRE	71 942
Nombre de passages aux urgences relevant d'une prise en charge ambulatoire (CCMU de niveau 1)	24 475
Dont passages aux urgences relevant de l'ambulatoire en semaine	18 370
Dont passages aux urgences relevant de l'ambulatoire pendant des horaires de PDSA (semaine)	2 058
Dont passages aux urgences relevant de l'ambulatoire en week-end	6 105
Dont passages aux urgences relevant de l'ambulatoire pendant les horaires de PDSA (week-end)	4 303

En 2016, le poids de l'ambulatoire au sein de l'activité des services des urgences du département représente :

- **Focus année : 67 passages évitables** par jour sur l'année ;
- **Focus jour de la semaine (lundi au vendredi) : 70 passages évitables** par jour de la semaine ;
- **Focus week-end : 117 passages évitables** par week-end.

A noter que ces données sont forcément minorées dans la mesure où, 20 % des passages aux urgences en 2016 n'avaient pas de CCMU codée.

Répartition par tranches horaires des passages aux urgences avec une CCMU de niveau 1 semaine et week-end.(année 2016 INDRE)
--



Source : Base RPU année 2016

La ventilation par tranche horaires des passages aux urgences avec une CCMU de niveau 1 démontre que l'activité est concentrée en journée. A noter trois pics d'activité :

- 9h00-12h00.
- 15h00-16h00
- 17h00-19h00

Exemples de cotation en 1 : Consultation médicale sans aucune procédure complémentaire : angine, gastro-entérite simple, otite, malaise vagal non symptomatique, plaie sans suture, piqûre d'insecte, contusion post-traumatique, certificats, Placement d'un patient, etc....

A noter qu'un « circuit court court » a été mis en place aux urgences : il concerne des consultations de médecine générale. Il n'est pas composé de médecins urgentistes. Il permet de diminuer les temps d'attente pour les demandes de soins non vitaux arrivant aux urgences.

4.6.1.4 Synthèse

<p style="text-align: center;"><u>Forces</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Un GHT bien structuré dans l'Indre. - Des centres hospitaliers fortement orientés vers la prise en charge des personnes âgées (SSR polyvalents, services de médecines formés à l'accueil des personnes âgées). - La fusion du CH de Châteauroux et du CH du Blanc qui conforte les deux établissements. - Maillage du territoire sur l'activité d'obstétrique avec deux maternités et 1 Centre périnatal de proximité. - Des compétences SSR de pointe qui se développent (rééducation, addictologie etc.) et mutualisation engagée par les SSR de petites tailles (Valençay et Levroux) afin d'améliorer la qualité de prise en charge et optimiser les moyens. - Des cliniques privées bien intégrées sur le territoire. - Des actions autour des soins palliatifs reconnus sur le territoire 	<p style="text-align: center;"><u>Faiblesses</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque de coordination médico-psycho-sociale des parcours des malades chroniques, source de ré hospitalisations fréquentes, notamment aux urgences et d'allongement des durées de séjour dans les services d'aigu. - Recours important à l'Intérim pour les professionnels médicaux hospitaliers pour pallier le volume de postes vacants au sein de l'ensemble des établissements de santé. - Taux de fuite important des patients pour les activités MCO (notamment autour des prises en charge spécialisées ou nécessitant un plateau technique important). - Faible recours à l'hospitalisation à domicile (HAD) - Délais d'accès aux soins (notamment aux plateaux d'imagerie médicale) - Saturation des services d'urgences et de gériatrie - Des durées moyennes de séjour à améliorer - Les filières de soins par domaine d'activités restent à structurer (CF travaux du GHT) - Prise en charge de la chimiothérapie / radiothérapie au plus près des patients. - Une offre de psychiatrie particulièrement sous dotée - Des SSR autorisés et non financés (Châteauroux et Valençay) - Délais d'attente importants pour accéder au SMPR d'Issoudun (HDJ et hospitalisation complète).
<p style="text-align: center;"><u>Opportunités</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Travaux du projet médical partagé du GHT de l'Indre autour de la structuration des filières. - Télémédecine (téléconsultations, télé-expertise...). - Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens à venir (nouveaux indicateurs, nouvelles réflexions ...) - Travaux structurels en cours au sein du CH de la Châtre autour de sa vision d'avenir. - Virage ambulatoire pour un développement de l'hospitalisation de jour - Projet de Maison de l'Accompagnement 	<p style="text-align: center;"><u>Menaces</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Démographie des médecins libéraux déclinante reportant une forte part de l'activité sur les services hospitaliers. - Démographie médicale hospitalière vieillissante. - Spécialités en tension : pédiatrie, oncologie, anesthésie, obstétrique, pédopsychiatrie ...etc. - Incapacité des équipes dédiées en soins palliatifs à répondre à l'ensemble des demandes - Des SSR de petite taille qui répondent pour la plupart à une demande de proximité mais aux plateaux de rééducation très restreints. - Attractivité du territoire - Vieillesse de la population - Une concurrence infrarégionale et des taux de fuite importants de patients. - Site du Blanc fragilisé par sa faible activité notamment en obstétrique passé en 2016 à moins de 300 naissances - Déficit structurel du site du Blanc.

4.6.2. Le diagnostic territorial pour les personnes âgées

4.6.2.1 Données populationnelles¹

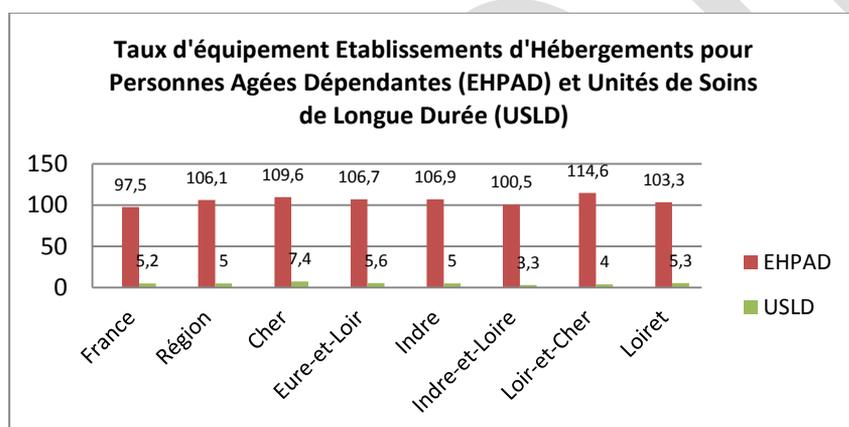
La population du département de l'Indre est vieillissante et potentiellement dépendante, avec un poids des séniors plus important et qui continue d'augmenter, mais qui augmente moins vite que la situation régionale et nationale. En effet, la CNSA indique que le pourcentage d'évolution des personnes âgées de 75 ans et plus projetée sur la période 2015-2040 est de 52,8% quand le taux régional est de 68,3% et le taux national de 76%. Il est observé une concentration des séniors sur les frontières sud et ouest/nord-ouest du département.

Dans la population des plus de 55 ans, dans l'Indre comme en France métropolitaine, les personnes ne vivant pas à domicile ne représentent pas plus de 4%, et même parmi les plus de 75 ans, elles ne représentent qu'aux alentours de 10%. La proportion des personnes vivant hors domicile augmente avec l'âge. Chez les plus de 100 ans, la proportion de personnes vivant hors logement ordinaire dépasse les 50%.

Jusqu'à 70 ans, la majorité des ménages vit en couple, même si la proportion diminue pour les 70 ans et plus. A partir de 80 ans, la part des personnes vivant seules atteint les 50% sans différence marquée par rapport à la moyenne française métropolitaine.

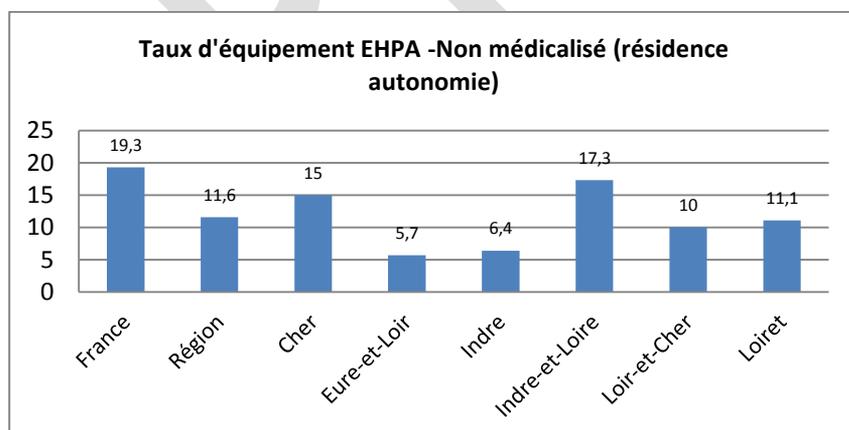
4.6.2.2 Données sur l'offre²

2.1 Les taux d'équipement (places installées pour 1000 habitants de 75 ans plus au 01-2016)



Le département dispose d'un équipement EHPAD-USLD satisfaisant à l'heure actuelle et à questionner au vue de l'augmentation du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus prévue d'ici 2040. La zone de La Chatre reste soumise à des tensions en raison d'une forte concentration des personnes âgées de plus de 60 ans.

L'admission en EHPAD peut intervenir sous 24h, si la personne ne demande pas un établissement spécifique (places disponibles dans certaines structures récemment ou depuis plusieurs mois).

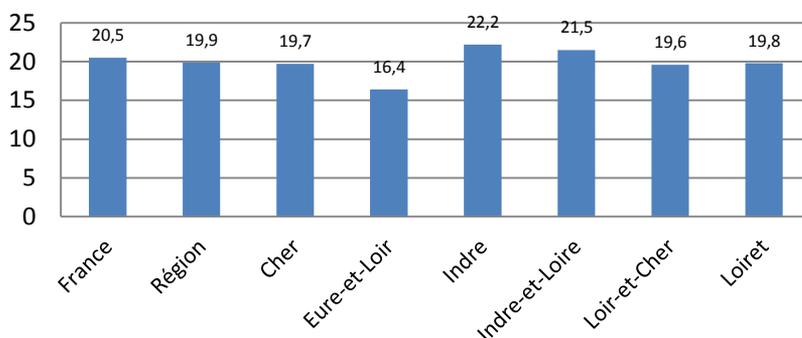


L'offre apparente est inférieure aux moyennes régionale et nationale.

¹ Données issues du diagnostic réalisé dans le cadre du schéma gérontologique 2017-2022 – septembre 2016

² Données issues de la CNSA (2016), de l'ARS Centre Val de Loire (2016) et du schéma gérontologique 2017-2022

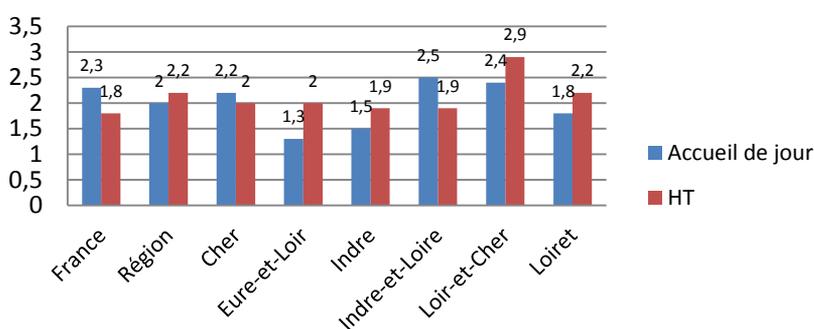
Taux d'équipement Services de Soins Infirmiers à domicile (SSIAD)



Le département dispose d'un équipement SSIAD supérieur à la moyenne nationale et régionale. Toutefois il est constaté dans un certain nombre de SSIAD des listes d'attentes importantes.

L'équipement départemental comprend 3 équipes de soins « Alzheimer » (ESA) couvrant tout le territoire.

Taux d'équipement - accueil de jour (AJ) et hébergement temporaire (HT)



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

- Moyenne départementale taux d'occupation AJ : 41%
- Moyenne départementale taux d'occupation HT médicalisés : 65%

L'offre départementale autorisée en termes d'accueil ou d'hébergement médicalisé ou non :

	EHPAD	USLD	Résidence autonomie	HT médicalisé	HT non médicalisé
Nombre d'établissement	27	4	7	11	4
Nombre de place	3227	155	193	58	48

L'offre départementale de services et dispositifs d'accompagnement à domicile autorisée ou agréée :

	SSIAD	SAAD	Accueil familial agréé	Portage de repas	Téléassistance
Nombre de structure	15	8	76	14	4
Nombre de place	711	NC	141	NC	NC

L'offre départementale des dispositifs des plans Alzheimer :

	PASA	UHR	ESA : équipes spécialisées Alzheimer	AJ	MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie	Plateforme de répit
Nombre de dispositifs	10	2	4	5	1	1
Nombre de place	136	31	30	40	NC ³	NC

³ NC : non concerné

L'offre départementale des dispositifs de coordinations :

	CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination	Coordinations gérontologiques
Nombre de dispositifs	1	22

Le Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) :

Sont programmés d'ici 2018 la création de :

- 6 lits d'hébergement permanent (EHPAD)
- 6 places d'accueil de jour (mesure 1 du plan Alzheimer 2008 – 2012)

2.2 La filière gériatrique

L'offre de soin gériatrique :

	CH de Châteauroux	CH du Blanc	CH de La Châtre	CH d'Issoudun
Structure d'accueil d'urgence	Oui	Oui	Non	Oui
Court séjour gériatrique	Oui 16 lits	Non	Non	Oui 20 lits
Unité de consultations et d'hospitalisation gériatrique de jour	Oui Consultation mémoire et gériatrie	Non Consultation mémoire	Consultation mémoire et gériatrie	Consultation mémoire et gériatrie
SSR gériatrique ou polyvalent	Oui	Oui	Oui	Oui
Unité de Soins de Longue Durée	Non Report sur : - CDGI - Châtillon - Le Blanc	Oui	Non	Oui
Equipe mobile de gériatrie intra-hospitalière	Oui	Non	Non	Non
Etat de la filière	Quasi-complète	Incomplète	Incomplète	Incomplète

L'organisation des filières gériatriques au niveau départemental est assez hétérogène. Seule la filière de Châteauroux est quasi-complète, les filières sont incomplètes sur le reste du territoire. Il est à noter que les deux services de court séjour gériatrique du département sont saturés.

Autres dispositifs de la filière gériatrique :

Le département de l'Indre dispose d'une équipe mobile gériatrique extra-hospitalière et médico-sociale « Être Indre » en activité depuis le 1^{er} janvier 2014.

Afin d'organiser la filière gériatrique et de faire le lien entre les acteurs du sanitaire, du médico-social et du social :

- un groupe de travail autour de la filière gériatrique de la zone du Blanc a été lancé en novembre 2013, il a alimenté le Programme Territorial de Santé avec des propositions d'actions.
- 4 groupes de travail autour de la filière gériatrique de l'Indre ont été lancés en février 2016 : accès aux soins, sortie d'hospitalisation, gérontopsychiatrie, articulation entre les acteurs du domicile et de la gériatrie. Ces groupes sont dynamiques et des actions sont en construction.

Les travaux de la filière gériatrique de l'Indre sont construits autour de 5 priorités que sont :

- Anticiper et limiter le recours en hospitalisation en urgences pour les PA en EHPAD lorsqu'il est inadéquat
- Anticiper et limiter le recours à l'hospitalisation en urgence pour les PA à domicile lorsqu'il est inadéquat
- Améliorer le repérage et le diagnostic précoce des facteurs de fragilité
- Améliorer la transmission d'information avec les différents partenaires
- Améliorer la prise en charge en géro-psycho-geriatrie

Le plan national de développement des soins palliatifs 2015- 2018 (mesure 9)

Groupe de travail « Accès aux soins »

Principales ruptures de parcours identifiées	Principales actions proposées par les acteurs
<ul style="list-style-type: none"> - Pour les hospitalisations non programmées, passage par les urgences obligatoire pour accéder à un service de médecine, y compris le service de psychiatrie. Ceci contribue à l'encombrement des urgences et augmente les délais de prise en charge par le service approprié ; - Une sous-utilisation de l'HAD en EHPAD mais aussi à domicile pouvant conduire à des hospitalisations évitables ; - Difficulté de la prise en charge de la gériatrie et de la polypathologie dans les services spécialisées et les urgences des centres hospitaliers ; - Les délais d'accès aux différents types de consultations sont longs du fait du contexte de désertification médicale ; - Beaucoup moins d'intervention à domicile par les professionnels libéraux excepté les infirmiers libéraux et un problème de mobilité des personnes pour accéder aux soins. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pérenniser la formation à l'appel d'urgence en EHPAD la nuit ; - Expérimenter une astreinte mutualisée et sectorisée d'infirmiers pour intervenir en EHPAD la nuit ; - Travailler/réfléchir/expérimenter sur une délégation de tâche spécifique aux aides-soignants pour la distribution de médicaments la nuit sur prescription du médecin régulateur du SAMU ; - Développer la télémédecine ; - Promouvoir la culture gériatrique en milieu hospitalier notamment dans les services des urgences ; - Interroger chaque ordre professionnel sur les difficultés rencontrées pour intervenir à domicile et en établissement ; - Interroger les établissements sur les initiatives mises en place pour attirer/fidéliser ou compenser le manque de professionnels libéraux.

Groupe de travail « Sorties d'Hospitalisation »

Principales ruptures de parcours identifiées	Principales actions proposées par les acteurs
<ul style="list-style-type: none"> - Difficultés dans l'anticipation et la préparation des sorties d'hospitalisation ; (en partie liées à la T2A) - Des personnes sortant d'hospitalisation sans ordonnance, compte rendu d'hospitalisation et fiche de liaison (objectiver le nombre de personnes concernées) et parfois également sans leurs effets personnels. 	<ul style="list-style-type: none"> - Construction d'une guide d'information/de communication à destination des usagers pour préparer l'entrée et la sortie d'hospitalisation ; - Promouvoir la pratique hospitalière des staffs pluridisciplinaires dans le cadre de la préparation de la sortie du patient ; - Développer la pratique hospitalière des protocoles « sortie d'hospitalisation » ; - Participation des acteurs du sanitaire aux coordinations gérontologiques dans la mesure du possible.

Groupe de travail « Gérontopsychiatrie »

Principales ruptures de parcours identifiées	Principales actions proposées par les acteurs
<ul style="list-style-type: none"> - Dans les prises en charges parfois confusion entre les personnes atteintes de troubles cognitifs et les personnes atteintes de troubles psychiatriques ; - La plupart des EHPAD ont des difficultés pour avoir accès à des consultations spécialisées en gérontopsychiatrie ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Créer et /ou renforcer une équipe mobile de gérontopsychiatrie pour intervenir dans les EHPAD et à domicile, - Former les personnels des EHPAD à la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiatriques ; - Formaliser une procédure sur les

<ul style="list-style-type: none"> - Un circuit de prise en charge des urgences psychiatriques mal connues ou peu lisible ; - Un manque d'une solution d'hébergement pérenne pour les personnes de plus de 60 ans ayant des troubles psychiatriques dont le retour à domicile est trop complexe, ne pouvant plus rester dans les dispositifs de psychiatrie existant (foyer thérapeutique, service de psychiatrie des centres hospitaliers...) et ne pouvant être pris en charge en EHPAD ce dernier n'étant pas adapté. 	<p>urgences psychiatrique et la diffuser à l'ensemble des acteurs.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer des unités spécifiques pour accueillir des patients psychiatriques vieillissants
--	--

Groupe de travail « Articulation entre les acteurs du domicile et de la gériatrie »	
Principales ruptures de parcours identifiées	Principales actions proposées par les acteurs
<ul style="list-style-type: none"> - Les fragilités des personnes âgées ne sont pas toujours repérées à temps ou l'information n'est pas transmise aux bon acteurs au bon moment ; - Les médecins traitants ne réagissent pas toujours aux signalements qui sont effectués par les acteurs du social ou du médico-social ; - Les médecins traitants sont trop souvent sollicités sur des sujets qui ne les concernent pas et/ou ce n'est pas à eux d'intervenir. 	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser des journées de formation/sensibilisation auprès des acteurs du domicile et de la gériatrie ; - Rencontre avec l'UC-IRSA, la MSA et le RSI sur les bilans de santé/bilan de prévention.

Sujets transversaux	
Principales ruptures de parcours identifiées	Principales actions proposées par les acteurs
<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté de communication et de coordination entre les acteurs du social/ médico-social et les acteurs du sanitaire ; - Manque de lisibilité et de connaissance de la ressource existante sur le territoire et des limites d'interventions de chacun des acteurs. 	<ul style="list-style-type: none"> - Déployer le Dossier Médical Partagé (DMP) ; - Faire connaître aux différents acteurs, aussi bien du secteur social, médico-social que sanitaire, les ressources existantes du territoire ; - Mettre en place des réunions de retour d'expériences entre les acteurs du sanitaire et les acteurs sociaux et médico-sociaux ; - Améliorer la communication entre les centres hospitaliers du département et les opérateurs externes (EHPAD, SSIAD, acteurs du maintien à domicile.....) pour n'avoir aucune rupture de prise en charge / accompagnement.

2.3 La dépense publique

Types de dépenses	18 Cher	28 Eure-et- Loir	36 Indre	37 Indre-et- Loire	41 Loir-et- Cher	45 Loiret	Région Centre - VdL	France
Dépense « enveloppe médico-sociale » en € par hab 75 ans et + - 2015	1705	1839	1756	1566	1898	1679	1720	1579
Dépenses USLD en par hab. 75 ans et + - 2015	230	163	173	73	127	163	147	168
Dépenses APA 2012 en € par hab. 75 ans et + - 2012	139.3	130.3	136	128	141	130.3	135.4	127.6
Bénéficiaires de l'APA / 100 personnes 75 ans et + - 2013	19.2	19.1	18.8	16.9	20.8	21.2	19.3	20.8

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

Par contre, le taux de recours à l'APA reste inférieur à la moyenne nationale et à la moyenne régionale ; le schéma gérontologique identifie une diminution des demandes de recours à l'APA notamment due à une méconnaissance du dispositif par la population.

2.4 Les partenariats

L'hospitalisation à domicile (HAD) : depuis une date très récente l'HAD couvre l'ensemble du département de l'Indre. L'HAD de Châteauroux travaille à développer les conventions avec les infirmiers libéraux pour permettre cette couverture totale du département. Il est à noter que l'HAD intervient peu en EHPAD malgré un besoin identifié notamment pour les soins palliatifs.

Les liens avec les hôpitaux : les relations s'améliorent avec les EHPAD, grâce notamment aux travaux autour de la filière gériatrique. Un travail important est mené pour améliorer la transmission d'information et la coordination entre le sanitaire, le médico-social et le social.

Les soins palliatifs : il est noté une forte implication de l'équipe d'appui départementale de soins palliatifs (EADSP36) auprès des EHPAD. La disponibilité de l'EADSP est particulièrement appréciée.

L'équipe mobile gériatrique (EMG) « Etre Indre » : il est noté une forte implication de l'EMG « Etre Indre » à domicile et également auprès des EHPAD. Les acteurs sont très satisfaits de l'appui apporté par l'équipe. Le dispositif fonctionne pleinement, le nombre de demande dépassant la capacité de prise en charge de l'EMG « Etre Indre ».

La MAIA : Le service de gestion de cas de la MAIA a su monter en charge et montrer son utilité. La pilote est présente et investie dans les différentes instances et groupes de travail départementaux du secteur personnes âgées et est pilote sur plusieurs actions à construire. Il lui faut encore développer sa deuxième mission qui concerne notamment la mise en commun des outils et des pratiques.

La géronto-psychiatrie : un pôle de référence est situé à La Châtre ; cependant, la majorité des acteurs départementaux (EHPAD, acteurs du domicile) évoque des difficultés de coopération, notamment quant à la compréhension des circuits d'admission dans cette unité.

4.6.2.3 Synthèse

<p style="text-align: center;"><u>Forces</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Un équipement en EHPAD et USLD satisfaisant- La politique départementale en faveur du maintien à domicile- La qualité du soutien apporté par l'équipe d'appui départemental de soins palliatifs et l'équipe mobile gériatrique extra-hospitalière (EMG Eure Indre)- Une forte dynamique des acteurs dans les travaux autour de la filière gériatrique de l'Indre- Un investissement fort de la MAIA dans sa mission de tissage de lien entre les acteurs du sanitaire et les acteurs du médico-social et du social- La création de la Plateforme d'Accompagnement et de répit départemental en 2015 et le développement de son activité- La création d'une « Commission soins palliatifs gérontologiques » du Comité Départemental de Soins Palliatifs de l'Indre (CODESPA)	<p style="text-align: center;"><u>Faiblesses</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Une sous-utilisation des dispositifs de répit (AJ / HT)- Une offre sanitaire hétérogène selon les zones géographiques (hôpital de jour, consultations mémoire, ...)- L'absence d'Unité Cognitivo-Comportementale- L'absence d'UHR au nord du département- La faiblesse de la géronto-psychiatrie départementale- Une HAD qui n'a pas terminée sa montée en charge et qui intervient peu en EHPAD- Des difficultés dans la coordination et la transmission d'information entre les acteurs du sanitaire, du médico-social et du social- Des difficultés de repérage des personnes fragiles
<p style="text-align: center;"><u>Opportunités</u></p> <ul style="list-style-type: none">- La dynamique du schéma gérontologique 2017-2022 dont les travaux viennent de se terminer- Les travaux de la filière gériatrique- Le développement de la MAIA notamment sa contribution à l'intégration des services d'aide et de soins pour améliorer la qualité du service rendu aux personnes âgées par la facilitation du lien entre les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux- La complémentarité du dispositif MAIA et de l'EMG « Eure Indre » sur l'accompagnement des personnes âgées en situation complexe à domicile- La mise en place de la plateforme territoriale d'appui (PTA)- Le projet de Maison de l'Accompagnement,- Le rôle des associations de maintien à domicile, de l'aide aux aidants (Plateforme de répit, association France Alzheimer, France Parkinson, France AVC ...)	<p style="text-align: center;"><u>Menaces</u></p> <ul style="list-style-type: none">- L'insuffisance de la prise en charge médicale et paramédicale liée à la désertification médicale. Les difficultés d'accès aux soins en libéral et de recrutement pour les institutions sont également importantes en ce qui concerne les IDE, aides-soignants, orthophonistes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciens- Un vieillissement de la population qui engendre des difficultés de maintien à domicile des personnes grandement dépendantes et avec de faibles revenus qui pèsent sur les choix de prise en charge- Des tensions identifiées dans le sud du département dont le vieillissement est le plus élevé notamment sur la zone de La Châtre (par exemple, délais d'admission en EHPAD)- Une forte hétérogénéité dans le fonctionnement des SSIAD créant une disparité de l'offre au niveau départemental tant pour les usagers que pour les professionnels partenaires des SSIAD- Des places vacantes dans certains EHPAD

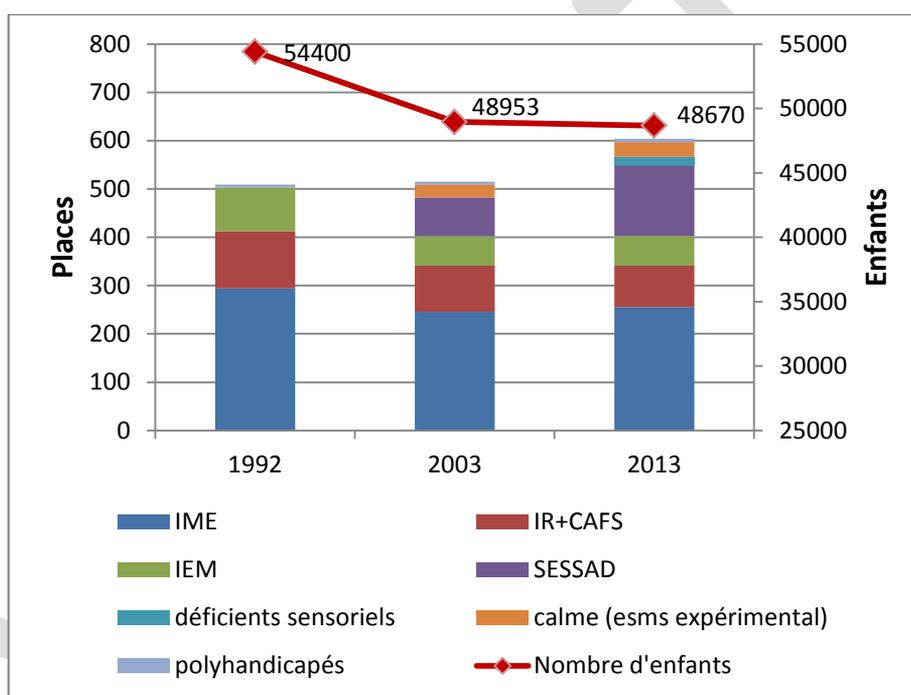
4.6.3. Le diagnostic territorial pour les enfants et adolescents handicapés

4.6.3.1 Données populationnelles⁴

L'Indre présente actuellement l'indice de vieillissement le plus élevé de la région Centre (120 à comparer à la moyenne régionale : 84), avec une part des moins de 20 ans faible et qui va continuer à diminuer dans les années à venir. Les écoles primaires du département ont perdu 1000 élèves au cours des 4 dernières années.

Par comparaison aux données générales, le secteur médico-social constitue un « paradoxe » démographique : on voit sur le graphique ci-dessous que la population des 0-20 ans diminue en valeur absolue dans l'Indre au cours des 20 dernières années tandis que le secteur médico-social enfance s'est doté d'une centaine de places supplémentaires sans que la question des listes d'attente ne soit résolue, bien au contraire. Parallèlement, l'Education Nationale a pratiquement doublé le nombre d'élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire entre 2005 et 2015 (+375).

Comparaison évolution nombre de places en structure ESMS sur évolution du nombre d'enfants



Par ailleurs, l'Indre se distingue par un taux de bénéficiaires d'AEEH (1.5) légèrement supérieur aux moyennes régionale (1.3) et nationale (1.4) ce qui explique en partie les taux d'équipement élevés.

Catégorie de Population	18 Cher	28 Eure-et-Loir	36 Indre	37 Indre-et-Loire	41 Loir-et-Cher	45 Loiret	Région Centre - VdL
Taux de bénéficiaires d'AEEH (pour 100 hab. de 0 à 19 ans) 12/2014	1.2	1.5	1.5	1.1	1.5	1.0	1.3

En l'absence de données nationales sur la prévalence du handicap, il est difficile d'analyser les raisons du nombre important d'enfants nécessitant une prise en charge médico-sociale. Plusieurs hypothèses ont été évoquées :

⁴ Source CNSA

→ Carences en professionnels de santé (en libéral, en secteur hospitalier et dans l'Education Nationale) : cela peut expliquer la forte pression sur les SESSAD, les CAMSP et CMPP qui doivent compenser la difficulté d'accéder à des diagnostics et des rééducations en secteur libéral mais cela a peu d'impact sur les profils accueillis en établissements. Par contre, le manque de moyens en pédopsychiatrie a un impact sur le secteur médico-social : beaucoup de fins de prise en charge accélérées.

→ Réticences du côté de l'Education Nationale malgré les efforts conséquents des 10 dernières années :

Les préconisations du CNESCO (conseil national d'évaluation du système scolaire) « en faveur d'une école inclusive pour les élèves en situation de handicap » en date du 12 février 2016 mettent en évidence que, malgré des progrès, le système scolaire français axé sur l'acquisition des savoirs est source de nombreuses inégalités pour les enfants handicapés. Il préconise de mettre plus l'accent sur la fonction éducative de l'école qui doit préparer à la vie sociale en développant l'autonomie et les compétences personnelles.

Ces préconisations mettent aussi l'accent sur les points de rupture qu'on retrouve aussi dans notre département :

- Barrière des 6 ans : pour beaucoup d'enfants, la scolarisation en primaire n'est même pas tentée, ou seulement par défaut de place en IME.
- Barrière des 12 ans : le passage au collège reste difficile malgré les efforts très significatifs de création d'ULIS (pour les déficients moteurs aussi, le passage au collège reste problématique).
- Barrière des 16 ans et la question de la formation professionnelle.

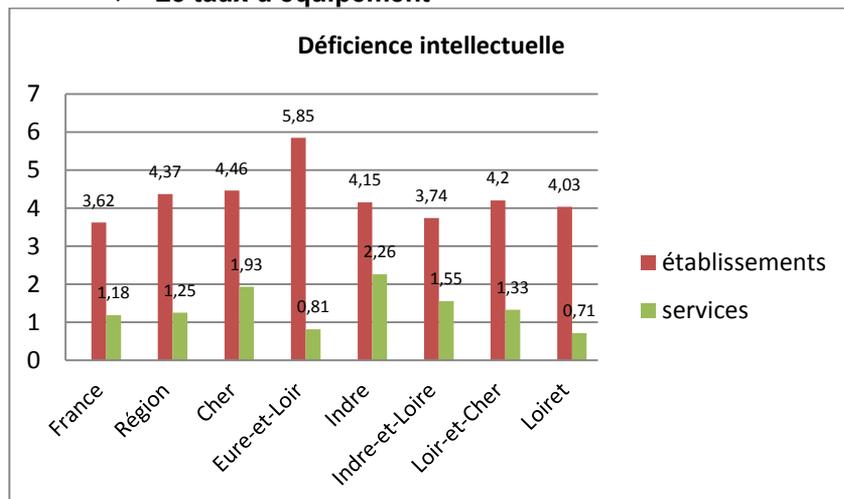
On peut également mettre cela en lien avec la faible proportion des CSP + dans la population indienne. En effet, l'étude de la direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP) du Ministère de l'Education Nationale de février 2015 met en évidence le fait que ces familles maintiennent plus longtemps leurs enfants dans le système scolaire ordinaire en mobilisant tous les moyens à leur portée.

→ Orientations prématurées vers les institutions : dans la mesure où, par définition, les IME accueillent des enfants présentant une déficience intellectuelle, il est difficile de fixer un seuil de basculement vers une orientation en établissement. On observe cependant dans l'Indre un nombre d'important d'orientations dès l'âge de 6 ans : la liste d'attente comprend 25 enfants âgés de 5,6 ou 7 ans sans compter ceux qui sont plus âgés et qui ont été orientés à cet âge-là mais n'ont pas encore pu être admis.

→ La notion de « handicap d'origine sociale » a été évoquée récemment par des enseignants participant à un groupe de travail animé par le CREAL : les difficultés d'apprentissage de certains enfants seraient liées à un contexte familial défavorable et conduiraient à la pose d'un diagnostic de déficience intellectuelle alors que dans une famille insérée, l'enfant aurait connu un développement normal. Toutefois, l'Indre n'est pas un département particulièrement marqué socialement avec un moindre recours au RSA et un taux de chômage inférieur à la moyenne nationale à pondérer néanmoins par un fort taux de chômeurs de longue durée.

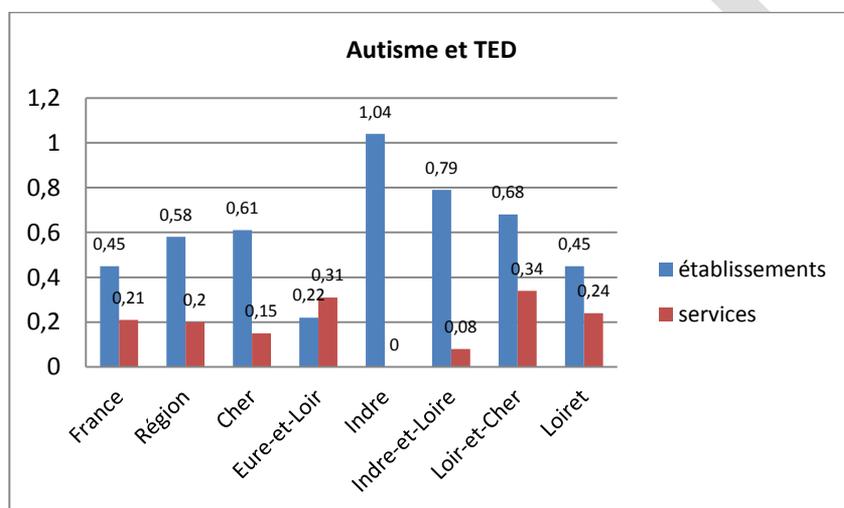
4.6.3.2 Données sur l'offre

❖ Le taux d'équipement¹



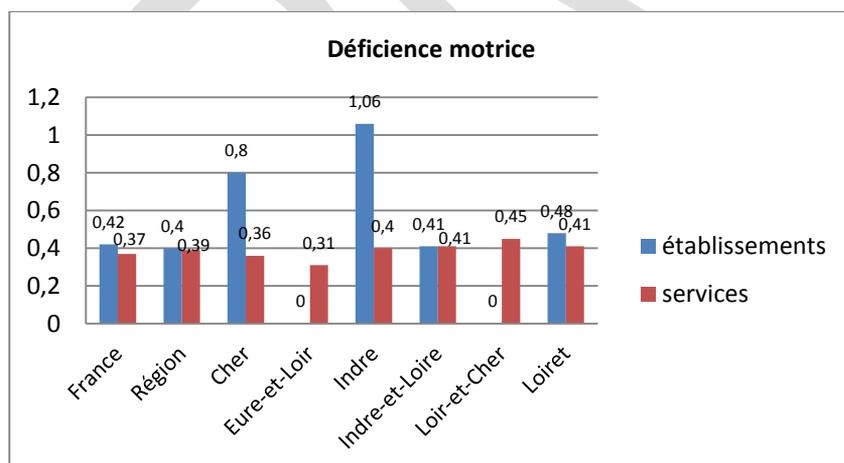
Malgré un taux d'équipement supérieur à la moyenne nationale, on constate un effet d'entonnoir sur la déficience intellectuelle avec une liste d'attente IME qui tourne autour de 80 enfants pour une capacité d'admission annuelle estimée à 25/30.

Le secteur de La Châtre ne dispose pas d'offre de proximité en dehors de l'antenne du SESSAD.

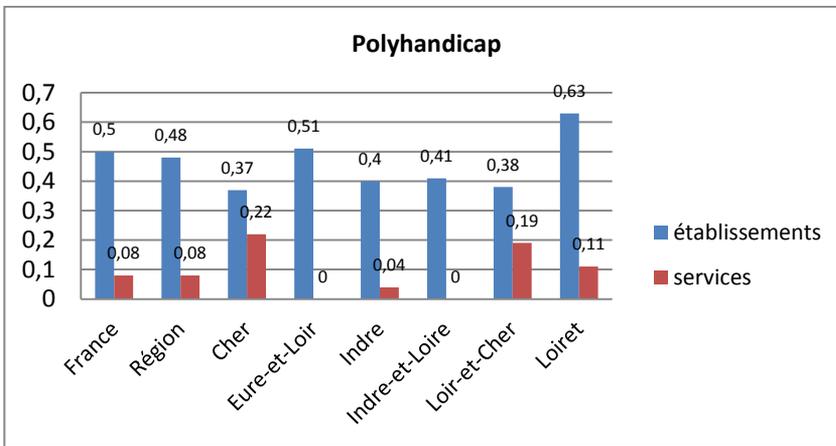


Le graphique est faussé par l'intégration du CALME, structure de répit au recrutement régional voire national qui compte 24 places. En réalité, le département ne dispose pour la prise en charge à l'année que d'une section autisme en IME de 25 places et d'une UEMA de 7 places.

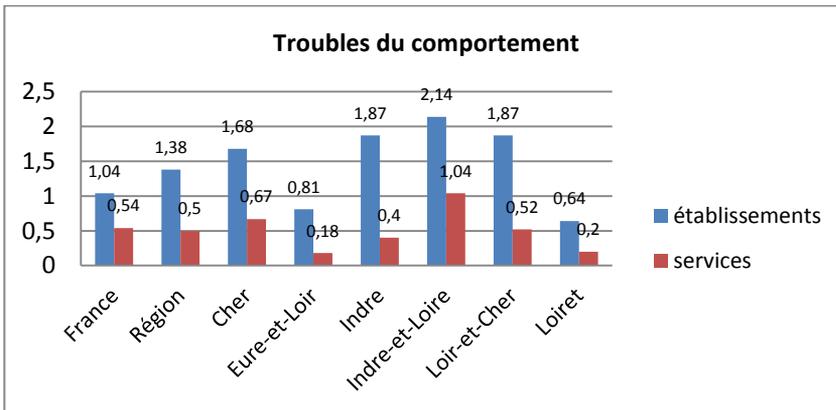
Aucun service spécialisé d'accompagnement à l'école et à domicile n'existe, ce qui est un point faible et contribue à la saturation de l'unité



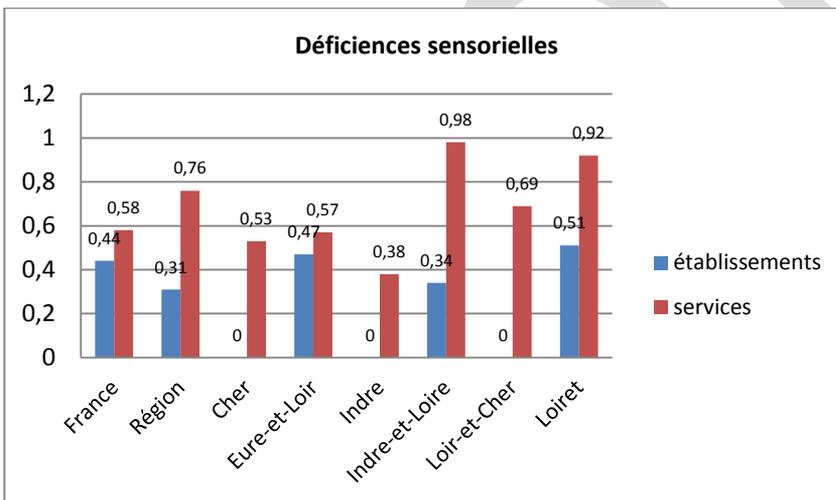
A la suite d'une étude réalisée par le CREAI en 2015, l'IEM de Valençay a été renforcé dans sa vocation régionale, ce qui explique le fort taux d'équipement. La demande aussi bien en établissement qu'en SESSAD peut être satisfaite dans des délais assez courts.



Les sections polyhandicap de l'IEM de Valençay et des Alizés à Châteauroux répondent globalement aux besoins. La section Alizés, moins sollicitée, fait l'objet d'une réflexion associative sur une réorientation de ses activités.



Récemment renforcé de 4 places redéployées du CAFS, l'unique ITEP répond à la demande départementale.



Sans établissement spécialisé, le département a pu créer à partir de 2011 un service polyvalent de 27 places qui répond aux besoins locaux.

Le département compte, par ailleurs, 2 CAMSP disposant d'antennes leur permettant de couvrir l'ensemble du département. Les capacités n'ayant pas toujours de signification pour ces structures, les taux d'équipement n'ont pas été calculés.

Il est constaté des temps d'attente importants d'accès aux CAMSP aussi bien qu'aux CMPP.

❖ La dépense publique⁵

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

Si les dépenses du département de l'Indre en matière d'AEEH se situent au niveau régional, **la part du département dans l'enveloppe médico-sociale régionale est très supérieure au poids de sa population**. Ce constat confirme que le département dispose d'équipements satisfaisants pour certains types de handicap et a même développé des structures à vocation régionale, mais est en contradiction avec les listes d'attente importantes dans le secteur de la déficience intellectuelle et, plus largement, des difficultés d'apprentissage.

❖ Les structures de l'Education Nationale

L'Indre dispose de 22 ULIS-école, 13 ULIS-collège et 1 ULIS-pro en lycée, soit un très bon équipement par rapport au reste de la région. Toutes les ULIS sont agréées pour l'accueil d'enfants et adolescents atteints de troubles importants des fonctions cognitives. Une Unité d'Enseignement en Maternelle pour Autistes (UEMA) a également été créée en septembre 2016 à Châteauroux.

A la rentrée dernière, 447 enfants étaient accompagnés par un AESH (Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap) et au total, 975 enfants bénéficiaient d'un projet personnalisé de scolarisation (389 en ULIS et 586 hors ULIS).

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

❖ L'offre de soins

Psychiatrie enfants Cf. diagnostic santé mentale

Pédiatrie : un seul service hospitalier situé à Châteauroux et 2 pédiatres libéraux (moyenne d'âge : 67 ans)

❖ Les partenariats

- a) **L'Education nationale** a accompagné les partenariats entre les établissements médico-sociaux et les écoles et collèges de proximité, de nature à favoriser l'inclusion scolaire des élèves handicapés, au travers

⁵ Source CNSA

de « classes externalisées ». Pour les élèves inclus en milieu ordinaire, l'Education nationale a également développé un équipement en ULIS-école qui répond aux besoins départementaux.

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

Ces ajustements concernent trois domaines :

- l'inclusion des jeunes handicapés en collège et en lycée ; il est constaté un effet d'entonnoir important après les ULIS-école et les ULIS-collège. Il existe pourtant une forte demande de la part des familles concernant la poursuite de la scolarisation en milieu ordinaire.
- la formation professionnelle des jeunes handicapés ; en dehors de l'ULIS pro, elle est aujourd'hui assurée par le CFAS et par l'annexe ALFA de l'IME de Valençay très sous-utilisée, dans le cadre de l'apprentissage. L'Education Nationale travaille à un projet d'ULIS pro impliquant l'ensemble des lycées professionnels, ce qui permettrait de développer cette offre.
- l'inclusion des enfants atteints d'une déficience cognitive : si l'inclusion est réelle en école maternelle, souvent grâce au soutien des auxiliaires de vie scolaire, elle reste plus limitée à partir de l'école élémentaire. L'Education Nationale répond encore difficilement à la demande des familles d'une inscription dans l'école de proximité et renvoie plutôt vers deux modes d'inclusion : les classes adaptées (de type ULIS voire SEGPA) et les unités d'enseignement des IME.

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

- b) S'agissant du partenariat avec **les établissements de santé**, il est constaté régulièrement la mise en place de parcours partagés entre le secteur médico-social et le secteur pédopsychiatrique. Le SPIJ s'est organisé de manière à optimiser sa file active ce qui lui permet de suivre environ un millier de jeunes et d'avoir des délais de prise en charge raisonnables. Les difficultés observées tiennent davantage aujourd'hui à l'insuffisance de ressources médicales et paramédicales aussi bien dans le secteur sanitaire que médico-social. L'absence de places permanentes d'hospitalisation à temps complet pose problème, notamment pour l'accompagnement des situations complexes (jeunes présentant des pathologies psychiatriques importantes) qui reste un défi à l'échelle départementale au regard à la fois de sa technicité et de son intensité (prises en charge au long cours 24 heures sur 24).
- c) Enfin, il est observé un engagement actif de **la Maison Départementale des Personnes Handicapées** avec l'ensemble des acteurs du territoire et notamment une implication dans le suivi des admissions et la résolution des situations complexes. Elle apporte un soutien régulier aux familles confrontées au handicap soit en matière de formation/information soit dans la construction du parcours de vie de l'enfant.

4.6.3.3 Synthèse

<p style="text-align: center;"><u>Forces</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Un taux d'équipement supérieur au taux régional avec un équipement plutôt bien réparti sur le territoire à l'exception du secteur de La Châtre qui ne dispose pas d'IME.- Des ESMS « engagés » (accueil régulier en surcapacité, ouverture à d'autres types de handicap que leur agrément initial, inscription dans des réseaux...)- Des coopérations importantes au niveau local (ESMS – Education Nationale – MDPH – pédopsychiatrie)- Une absence d'établissements pour déficients sensoriels, mais une prise en charge assurée par le dispositif Arc en Ciel (SAFEP-SSEFIS, SAFEP-SAAAIS),- La présence de 2 centres d'accueil familial spécialisé (IME et ITEP),- Un taux d'équipement en SESSAD supérieur au taux régional,- Un équipement en ITEP et en IEM répondant aux besoins locaux.- Un nombre de jeunes relevant de l'amendement Creton faible.	<p style="text-align: center;"><u>Faiblesses</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Des listes d'attente relativement importantes pour les IME pour déficients intellectuels et pour les SESSAD pour déficients intellectuels, mais qui seraient à analyser- Les délais d'attente en CMPP-CAMSP- L'absence de coordination autour de la prise en charge des « troubles dys »- Le déploiement de la politique d'inclusion scolaire qui s'appuie principalement sur le réseau des ULIS- La formation professionnelle des jeunes handicapés dont la palette doit être élargie- L'absence de plan départemental d'aide à la parentalité (formation / information des parents, organisation du répit, ...).- Un manque d'accompagnement de la petite enfance, en dehors des CAMSP : un accompagnement plus précoce est à envisager afin d'éviter une prise en charge trop tardive en établissement ou en service,- L'absence d'accompagnement de type SESSAD autisme qui permettrait d'éviter une institutionnalisation de certains enfants ayant un autisme moins sévère.
<p style="text-align: center;"><u>Opportunités</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Des associations gestionnaires motivées et dans une dynamique évolutive.- La volonté de l'Education Nationale de consacrer des moyens importants à la scolarisation des enfants handicapés et d'accompagner le développement des UEE- Le plan « Une réponse accompagnée pour tous »- La généralisation des CPOM- L'initiative de certaines associations de transformer les différents services en dispositif pour introduire une souplesse de prise en charge- La création d'un pôle de compétences et de prestations externalisées	<p style="text-align: center;"><u>Menaces</u></p> <ul style="list-style-type: none">- La faible densité médicale et paramédicale départementale- Les temps et coûts de transport importants provoqués par la multiplicité des modalités d'accueil et renforcés par la ruralité du département.- La faiblesse des marges de manœuvres départementale compte tenu des nombreux redéploiements opérés- La difficulté à obtenir des moyens supplémentaires sur les moyens nouveaux attribués à la région du fait de taux d'équipement élevés.

4.6.4. Le diagnostic territorial pour les adultes handicapés

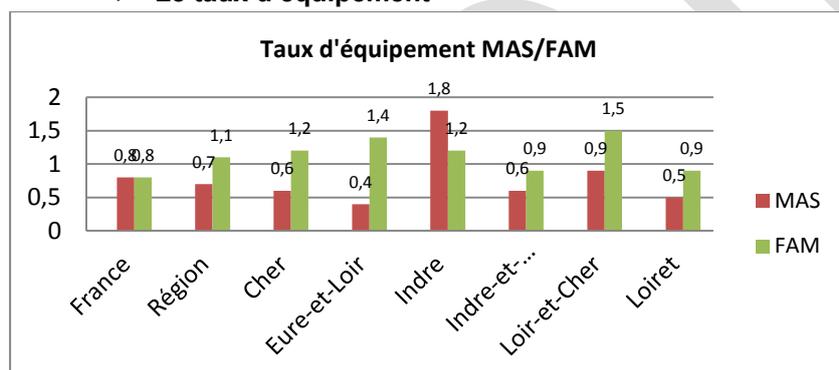
4.6.4.1 Données populationnelles⁶

Catégorie de Population	18 Cher	28 Eure-et-Loir	36 Indre	37 Indre-et-Loire	41 Loir-et-Cher	45 Loiret	Région Centre
Nombre d'allocataires de l'AAH pour 100 hab. de 20 à 59 ans - 2014	4.3	2.4	4.8	3.1	3.2	2.4	3.1
Nb d'allocataires de PCH ou ACTP pour 100 hab. de 20 à 59 ans - 2014	1.0	0.4	0.8	0.5	0.7	0.4	0.6

L'Indre se distingue par un taux de bénéficiaires des prestations AAH nettement supérieur aux moyennes régionale et nationale.

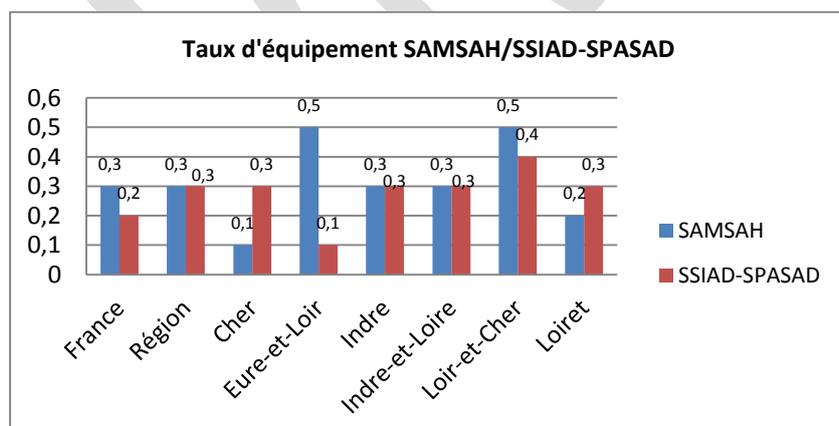
4.6.4.2 Données sur l'offre

❖ Le taux d'équipement⁵



Taux le plus élevé de la région avec la présence de 6 MAS dont 4 spécialisées (polyhandicap et déficience motrice, autisme, TED, troubles psychiatriques).

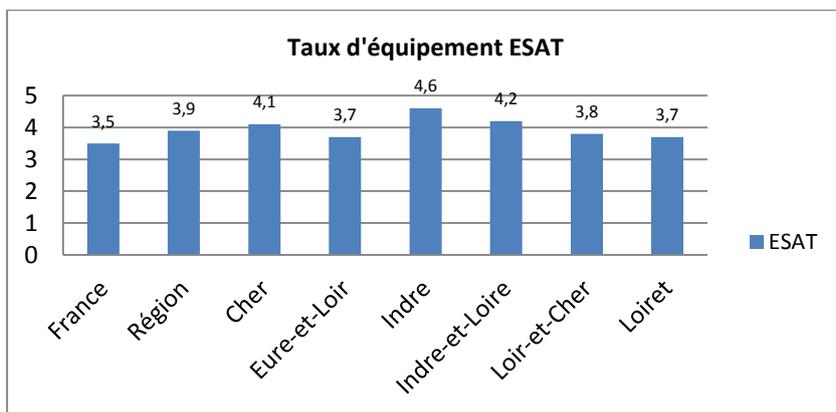
Malgré tout, listes d'attente MAS relativement importantes. Présence en nombre significatif de résidents qui ne sont pas originaires du département.



Présence de 2 SAMSAH, l'un destiné aux handicaps lourds dont les maladies évolutives et l'autre destiné aux troubles psychiques.

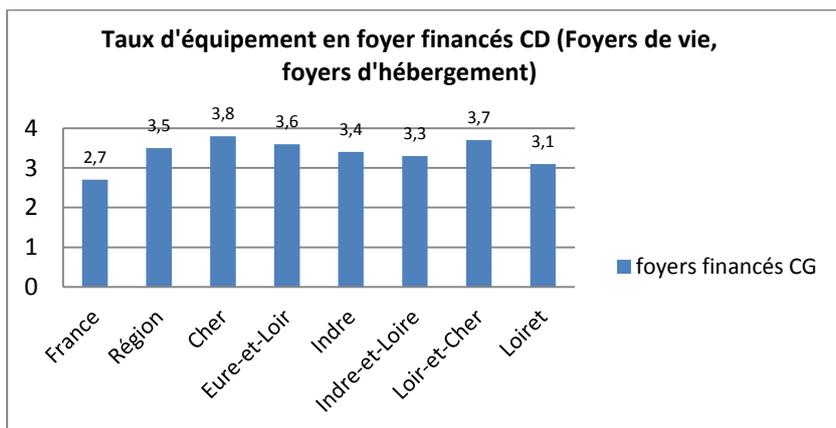
Équipement en SSIAD dans la moyenne; toutefois, intervention régulière des SSIAD « personnes âgées » auprès de personnes handicapées.

⁶ Source CNSA



Taux d'équipement le plus élevé de la région. Il existe des listes d'attente importantes, mais à relativiser car certaines personnes avec une orientation ESAT ne souhaitent pas intégrer un ESAT et les établissements signalent des difficultés de recrutement.

Pour les ESAT, les principaux enjeux sont : l'accompagnement du vieillissement des travailleurs handicapés, l'élargissement et l'adaptation des ateliers à tous les handicaps et l'atténuation de l'effet filière, la continuité du travail d'insertion en milieu ordinaire des travailleurs qui en sont capables.



Taux d'équipement en foyers dans la moyenne régionale mais avec des listes d'attente importantes en FAO et une part significative des amendements Creton avec orientation FAO.

Depuis 2009, l'offre en faveur des adultes handicapés s'est largement développée et diversifiée afin de répondre à des besoins spécifiques, notamment le vieillissement des personnes handicapées et troubles psychiatriques :

- 55 places de MAS ont été créées dont 6 places redéployées de l'IEM de Valençay,
- Création de 22 places de FAM,
- Création de 30 places de SAMSAH dont 20 pour les troubles psychiques,
- Création de 10 places de SSIAD.

Dans le secteur adulte, l'Indre a une histoire de terre d'accueil, dans le sens où, jusque récemment, les établissements accueillent de nombreux résidents originaires de la région parisienne, surtout pour les MAS des Courtillets et la MAS des Oiseaux. Le FAM ATCF Algira, quant à lui, a toujours cette vocation régionale, car il accueille des traumatisés crâniens qui nécessitent un travail de réinsertion sociale et professionnelle.

Les listes d'attente ne permettant pas toujours d'avoir une vision précise des personnes réellement désireuses d'une admission en établissement, il manque aujourd'hui un outil fiable d'analyse des besoins permettant aux autorités (ARS – Conseil Départemental) de se positionner quant à l'expression des besoins.

Enfin, le secteur est encore fortement contraint par les cadres juridiques d'autorisation, ce qui n'est pas sans provoquer parfois **des ruptures de parcours de vie**. La notion de dispositifs et de plates-formes de services, est encore peu utilisée et mériterait d'être explorée afin de replacer les personnes handicapées au cœur des politiques publiques départementales. La primauté encore accordée à l'institution, par ailleurs très monotypique (hébergement permanent) et, parallèlement, l'insuffisance des dispositifs d'appui permettant un véritable maintien à domicile (malgré la création

de SAMSAH) sont de véritables freins à l'exercice d'une vie pleinement citoyenne dans une société inclusive.

❖ La dépense publique⁷

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

L'Indre est le département le mieux doté de la région en ce qui concerne l'enveloppe médico-sociale CNSA (euro par habitant).

❖ L'offre de soins Psychiatrie adulte Cf. diagnostic santé mentale

❖ Les partenariats

a) Secteur sanitaire :

Les partenariats avec le secteur psychiatrique sont plus formalisés que dans le domaine de l'enfance handicapée avec souvent des conventions, mais sans forcément de mise en œuvre effective ou satisfaisante. Les ESMS sont davantage dispersés géographiquement et souvent éloignés des centres urbains et, bien souvent, ils ne disposent pas ou peu de temps médical qui soit un relais avec les services hospitaliers. Un groupe de travail du GHT se penche actuellement sur la question d'une meilleure prise en charge des personnes handicapées. 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 consultations en CMP et par des séjours de rupture. Cette question de la difficulté des coopérations avec les établissements psychiatriques est relayée régulièrement par les ESMS, qu'ils soient sous champ de compétence CD (foyers de vie) ou ARS (MAS-FAM). Il n'y a pas toujours de suivis continus par les services psychiatriques lorsque la personne est sortie d'hospitalisation et les sorties ne sont pas toujours préparées. De plus, la capacité de la psychiatrie à intervenir en ambulatoire est également interrogée par les acteurs du domicile.

Plus globalement, 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. Des relations difficiles avec le service des urgences sont régulièrement mises en avant.

b) Personnes handicapées vieillissantes :

S'agissant de l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes, le choix a été fait, en concertation avec le Conseil général, de ne pas créer de structures spécifiques. L'agrément des MAS et des FAM ne comporte de limite d'âge maximum, ce qui permet de prendre en charge les résidents jusqu'à

⁷ Source CNSA

la fin de leur vie. Il est envisagé de transformer des places de FH en places de foyers de vie pour les anciens travailleurs handicapés. Cependant, des difficultés apparaissent pour accompagner les personnes handicapées qui développent des pathologies liées à l'âge de type démences ou Alzheimer. Se pose alors la question de savoir s'il faut les diriger ou maintenir en MAS où le personnel pourrait être formé aux pathologies liées à l'âge ou s'il faut les diriger vers un EHPAD en créant une unité pour PHV. Dans le 1er cas, cela déboucherait sur une hausse importante de résidents. Dans le 2nd cas, cela poserait la problématique de l'âge minimal de 60 ans pour entrer en EHPAD car les PHV touchées par les pathologies liées à l'âge ont souvent entre 40 et 50 ans.

Pour l'accompagnement à domicile, le Conseil départemental souhaite renforcer l'accueil familial et le dispositif de maisons d'accueil familial. Un accompagnement médical ponctuel, de type SSIAD, nécessiterait d'être renforcé afin de faire face à la dépendance plus importante des personnes handicapées vieillissantes.

Il convient de mentionner les travaux de la commission « handicap et fin de vie » du Comité Départemental de Soins Palliatifs de l'Indre (CODESPA), visant à maintenir les personnes handicapées en fin de vie dans leur lieu de vie habituel.

PROJET

4.6.4.3 Synthèse

<p style="text-align: center;"><u>Forces</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Une offre importante et complète, bien répartie géographiquement,- Un taux d'équipement le plus élevé de la région Centre pour les MAS et les ESAT,- Des alternatives à la prise en charge en établissement avec le développement de l'accueil familial (environ 125 places agréées)- Le taux d'équipement des autres ESMS pour adultes se situe dans la moyenne régionale.- En termes d'accompagnement des personnes présentant des troubles psychiques, l'offre s'est nettement améliorée ces dernières années avec la création d'une MAS de 21 places et d'un SAMSAH de 20 places. Il semblerait, cependant, que ce dernier dispositif soit davantage appelé à être connu du public afin de répondre aux besoins réels du département- Des efforts d'adaptation aux évolutions du public : médicalisation de places, développement de l'accueil temporaire et des stages...- Un effort de rénovation des établissements pour assurer confort, sécurité et accessibilité.- Une MDPH qui a pu faire face à la montée des demandes et qui maintient ses délais de traitement en dessous de 4 mois.	<p style="text-align: center;"><u>Faiblesses</u></p> <ul style="list-style-type: none">- La méconnaissance des besoins précis en l'absence de données épidémiologiques- La difficulté à proposer des réponses extra-institutionnelles (offre peu diversifiée en matière de modes d'accompagnement)- L'insuffisante structuration de l'offre dans le domaine de l'autisme avec une offre uniquement ciblée sur l'autisme sévère pris en charge en MAS- Les établissements pour adultes dans l'Indre se caractérisent, pour la majorité d'entre eux, par une faible capacité (inférieure à 25 places) et par une situation en zone rurale, alors que la majorité de la population indrienne est localisée dans la communauté d'agglomération castelroussine.- l'offre de soins est peu adaptée aux personnes en situation de handicap. Les professionnels de santé et les établissements médicaux ne sont pas tous adaptés pour recevoir et prendre en charge des personnes handicapées. Une sensibilisation et une formation des professionnels de santé à l'accueil et à la prise en charge de ce type de public est à envisager.
<p style="text-align: center;"><u>Opportunités</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Le plan « Une réponse accompagnée pour tous »- La généralisation des CPOM- La création d'un pôle de compétences et de prestations externalisées- Le groupe de travail du GHT sur le sujet personnes handicapées- Les démarches d'accompagnement dans l'emploi développées par les ESAT (reconnaissance des savoir-faire, ESAT HLM)- Les mesures issues du rapport Jacob	<p style="text-align: center;"><u>Menaces</u></p> <ul style="list-style-type: none">- La faible densité médicale et paramédicale départementale qui pèse sur les recrutements et sur le partenariat- La politique régionale de convergence des équipements (défavorable à l'Indre compte tenu de ses taux d'équipement et de l'€ par habitant)- L'accueil en MAS et FAM n'est pas limité par l'âge, ce qui permet d'accueillir les personnes jusqu'à leur fin de vie. Cependant, des problèmes apparaissent dans les établissements pour accompagner les personnes développant des pathologies liées à l'âge qui prédominent sur le handicap.- Existe-t-il une volonté commune (autorités publiques, collectivités, associations, ...) de proposer des solutions alternatives à l'institution ?

4.6.5. Le diagnostic territorial partagé pour les publics à besoins spécifiques et la filière addictologique du département

4.6.5.1 L'offre sur le territoire

- **3 places Lits Halte Soins Santé**, portés par l'Association Solidarité Accueil, autorisés en janvier 2009 ;
- le **Réseau Santé Précarité Rejetant l'Exclusion (RESPIRE)**, porté par le Centre Hospitalier de Châteauroux - **Une Equipe Mobile de Soins Spécialisés en Psychiatrie (EMSSP)** : elles ont pour mission principale d'aller au-devant des personnes en situation de précarité et d'exclusion et d'assurer une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires, sociales, oeuvrant dans la lutte contre la précarité et l'exclusion afin de faciliter l'élaboration de prises en charges coordonnées ;
- **3 PASS** (permanence d'Accès aux soins de santé) : une au Centre Hospitalier de Châteauroux, créée en novembre 1999, une au CH du Blanc et une autre au CH de La Châtre créées en 2015 ;
- **10 places d'Appartements de Coordination thérapeutique**, portés par Solidarité Accueil, 8 depuis août 2013 et 10 depuis juillet 2015 ;
- **Pas de Lits d'accueil médicalisé (LAM).**

- **La prévention** : l'ANPAA 36, en tant qu'acteur professionnel ;
- **Une prise en charge ambulatoire** : Professionnels du premiers recours (médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers ...) – Réseau de périnatalité de l'Indre ;
- **Une prise en charge hospitalière** :
 - **Activité de sevrage simple** au sein des CH de Châteauroux – la Châtre – le Blanc et Issoudun, Clinique du Haut Cluzeau
 - **Une Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA)** au Centre Hospitalier de Châteauroux,
 - **Des consultations d'addictologie** au CH de Châteauroux (même équipe que l'ELSA) et au CH d'Issoudun (praticien du CH de George Sand de Bourges),
 - **Une unité d'addictologie de niveau 2** au sein du pôle de psychiatrie adulte du Centre hospitalier de Châteauroux,
 - **Service de Soins de et de Réadaptation (SSR) en addictologie** au CH du Blanc ;
- **Une prise en charge médicosociale** :
 - Un **Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)** généraliste), porté par l'ANPAA 36, avec 6 antennes
 - **Une Consultation Jeunes Consommateurs (CJC)** portée par le CSAPA),
 - Un **Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)** porté par l'ANPAA 36, ouvert en janvier 2007 ;
- **Deux mouvements d'entre-aide** (Vie Libre et Alcool Assistance) ;
- **Des acteurs régionaux** : 19 places d'hébergement en CSAPA dans le Loiret – Programme d'échanges de seringues (PES) à distance – le dispositif des 3 Binômes sur la région et le poste de Praticien hospitalier au CHRU de Tours dans le cadre de la prise en charge des Joueurs pathologiques et excessifs, les 4 autres SSRA.

4.6.5.2 : Objectifs identifiés

Les objectifs identifiés sur le département sont les suivants :

- Développer le « aller vers »,
- Eviter les ruptures lors de sorties d'hospitalisation et accompagner le retour à domicile,
- Centrer la démarche de soins sur les besoins et attentes des personnes,

- Développer une prise en charge efficace et de qualité par une prise en charge globale (notamment la prise en compte des troubles cognitifs chez les patients qui présentent une addiction à l'alcool),
- Améliorer l'accueil et la prise en charge des personnes en souffrance psychique très précarisées.

4.6.5.3 synthèse

<p style="text-align: center;"><u>Forces</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Une filière addictologique dans l'Indre cohérente, avec une prise en charge de niveau II au CH de Châteauroux 	<p style="text-align: center;"><u>Faiblesses</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Des équipes fragiles qui ne peuvent répondre à l'ensemble des besoins : LHSS – ELSA – CAARUD notamment - Des dispositifs inexistant sur le territoire et où le besoin est observé par les partenaires : LAM – « Un chez soi d'abord » - 'a difficulté de prise en compte des troubles cognitifs lors des sevrages par l'absence de neuropsychologue
<p style="text-align: center;"><u>Opportunités</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - La circulaire « Ondam spécifique » - Le travail partenarial des acteurs inscrits dans le PDALHPD 	<p style="text-align: center;"><u>Menaces</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - La faible densité médicale et paramédicale départementale qui pèse sur les recrutements et sur le partenariat

Pistes d'actions :

Publics à besoins spécifiques :

- Extension des LHSS
- Création de 18 places de L.A.M
- Création du dispositif "Un chez soi d'abord"

Filière addiction :

- Développer la prévention dès le plus jeune âge et former les professionnels,
- Nécessité d'une prise en charge neuropsychologique des patients addicts à l'alcool au sein de l'unité d'addictologie du Pôle de Psychiatrie du Centre Hospitalier de Châteauroux,
- Renforcer les équipes des CSAPA et CAARUD afin de faciliter le « aller vers »,
- Mise en place d'une « équipe mobile addiction » (public : en grande précarité sociale – ayant des besoins spécifiques – avec des conduites addictives associées à une comorbidité psychiatrique, avec de graves problèmes de santé ...)

Conclusion

4 axes développés en terme de pistes d'action

- Prévention promotion de santé
- Personnes âgées
- Démographie médicale et paramédicale
- Santé mentale

PROJET

Références bibliographiques

Décret n° 2016-1023 du 26 juillet 2016 relatif au projet régional de santé

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032938566&categorieLien=id>

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

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

PROJET

Annexes

1	GLOSSAIRE
2	ANALYSE
3	PISTES D'ACTION
4	AXES DEVELOPPES

PROJET