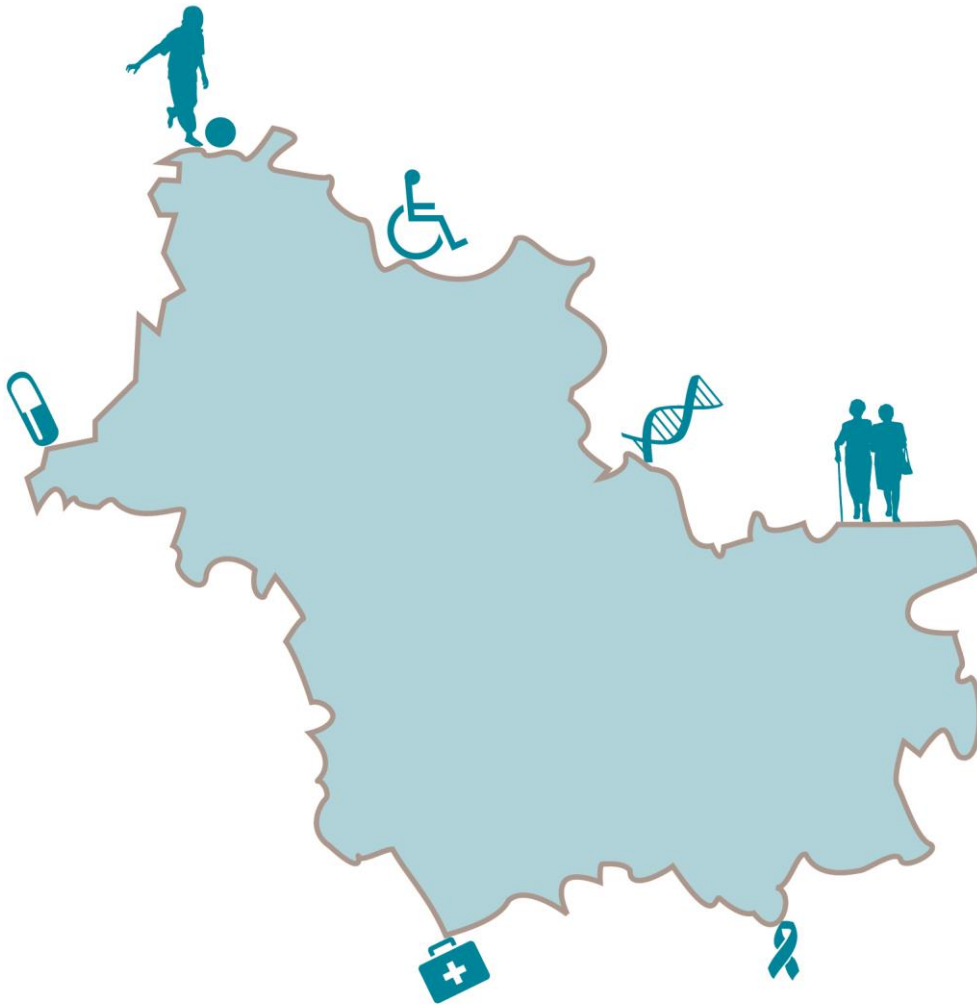


# ***Avant projet de diagnostic territorial partagé de Loir-et-Cher***



## Sommaire

1ère partie : La population .....	5
1.1- les caractéristiques sociodémographiques .....	5
1.2- l'état de santé .....	6
2 <sup>ème</sup> partie : Le territoire .....	15
2.1- la structuration géographique du territoire.....	15
2.2- les caractéristiques du territoire en santé-environnementale .....	15
3 <sup>ème</sup> partie : L'offre en santé.....	18
3.1- prévention, ambulatoire, hospitalier, médicosocial .....	18
• Prévention .....	18
• Ambulatoire .....	20
• Hospitalier .....	23
• Médico-social .....	27
Personnes âgées .....	27
Personnes en situation de handicap .....	28
Les enfants et adolescents.....	28
Les adultes .....	30
3.2- les dynamiques locales.....	31
4 <sup>ème</sup> partie : Les axes transversaux et les parcours de santé .....	33
4.1 - la prévention et la promotion de la santé .....	35
4.2- l'attractivité et la fidélisation des professionnels de santé (médicaux, paramédicaux, ville, établissements et services) .....	40
4.3- les parcours des personnes âgées (fragiles, dépendantes).....	44
4.4- les parcours des personnes en situation de handicap (tous âges, tous handicap).....	45
4.5- les parcours en santé mentale.....	48
4.6- les parcours de santé et les maladies chroniques (cancer, diabète, insuffisance rénale, risque neurovasculaire et respiratoire) .....	52
Annexes.....	56
Bibliographie.....	69

## Préambule

Le premier projet régional de santé (PRS1) arrivera à son terme fin 2017. Au 1er janvier 2018, le « PRS2 » prendra la relève, dans un cadre renové.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a renforcé le caractère stratégique du PRS en l'inscrivant dans une temporalité de 10 ans.

L'ARS devra traduire ses orientations dans un schéma unique de santé, afin de développer une approche plus intégrée et territorialisée du système de santé, au plus près des besoins de la population.

Le futur Projet Régional de Santé (PRS) tel que défini par le décret n° 2016-1023 du 26 juillet 2016 sera composé de trois documents :

- Le cadre d'orientation stratégique (COS) détermine les objectifs stratégiques de l'ARS et les résultats attendus à 10 ans, en lien avec la stratégie nationale de santé, pour améliorer l'état de santé de la population et lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé dans la région.
- Le schéma régional de santé (SRS) est établi sur la base d'une évaluation des besoins et de l'offre de santé. Il détermine des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels, déclinant les objectifs stratégiques du COS, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, promotion de la santé et accompagnement médico-social. Il a une durée de 5 ans.
- Le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) est une déclinaison spécifique du SRS en vue de faciliter l'accès et l'égalité au système de santé dans sa globalité et d'améliorer la cohérence dans le parcours des personnes les plus démunies.

L'élaboration du PRS 2<sup>ème</sup> génération passe par différentes étapes :

- la définition des territoires de démocratie sanitaire pour le 31/10/2016, le département ayant été retenu ;
- l'installation des conseils territoriaux de santé (CTS) pour le 01/01/2017, avec une installation du Conseil Territorial de Santé de Loir et Cher le 1er décembre 2016 ;
- l'élaboration des diagnostics territoriaux partagés (DTP) et du diagnostic régional (échéance visée : mars 2017) ;
- l'élaboration des trois documents composant le PRS2 (COS, SRS et PRAPS) pour une consultation obligatoire le 30/09/2017 et un PRS2 arrêté le 01/01/2018.

Le futur SRS sera structuré en axes transversaux et en parcours spécifiques, définis par la directrice générale de l'ARS Centre Val de Loire au regard de plans nationaux.

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

Le conseil territorial de santé contribue de manière ascendante à la construction du PRS, et en particulier au SRS avec la production d'un diagnostic territorial partagé. Ce dernier est défini par l'article 158 loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 : « Le diagnostic territorial partagé a pour objet d'identifier les besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la population concernée en s'appuyant sur des données d'observation. Il tient compte des caractéristiques géographiques et saisonnières du territoire concerné et des besoins des personnes exerçant une activité saisonnière. Il identifie les insuffisances en

termes d'offre, d'accessibilité, de coordination et de continuité des services sanitaires, sociaux et médico-sociaux, notamment en matière de soins palliatifs, en portant une attention particulière aux modes de prise en charge sans hébergement. Il s'appuie, lorsqu'ils existent, sur les travaux et propositions des contrats locaux de santé ou de toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des questions de santé. Il porte une attention particulière aux quartiers prioritaires de la politique de la ville et aux zones de revitalisation rurale. En santé mentale, le diagnostic territorial est établi conformément au II de l'article L. 3221-2. »

Il convient de prendre en compte plusieurs dimensions complémentaires pour aboutir à un diagnostic territorial partagé :

- le diagnostic technique, « basé sur un travail de recueil de données objectives et de leurs analyses (statistiques, approches cartographiques...) ;
- et le diagnostic partagé qui « permet une approche plus nuancée du territoire. Il suppose la confrontation de visions différentes pour évaluer les enjeux locaux ».

Le conseil territorial de santé de Loir et Cher a retenu une méthode collective et participative pour élaborer le diagnostic territorial partagé, avec des axes définis en bureau le 7 mars 2017, et approfondi lors d'un séminaire de travail le 28 mars 2017 qui a mobilisé 95 participants (*voir annexe 1 relative à la composition des groupes de travail*).

Les avancées et les freins identifiés lors de la mise en œuvre du programme territorial de santé (2013-2016) ont alimenté la réflexion. Pour rappel, le programme territorial de santé de Loir et Cher (2013/2016) comporte 51 fiches-actions, et s'articule autour de 11 objectifs :

1. Préalable : améliorer la lisibilité des filières et la coordination des acteurs
2. Relever le défi des professionnels de santé
3. Améliorer la prise en charge aux urgences
4. Consolider la filière gériatrique
5. Améliorer l'accès à la prévention et aux soins des publics vulnérables
6. Améliorer la continuité des parcours des personnes souffrant d'un handicap
7. Assurer la continuité du parcours en santé mentale
8. Structurer la filière addictions
9. Améliorer la prise en charge de la périnatalité et de la petite enfance
10. Promouvoir la prévention
11. Développer les coopérations

# 1ère partie : La population

## 1.1- les caractéristiques sociodémographiques

### Les flux

Le Loir et Cher compte 344 121 habitants (données INSEE 1<sup>er</sup> janvier 2014), répartis en 283 communes. Il connaît une augmentation de 5, 14 % de 1999 à 2013.

Plus de 50 % de la population vit dans les 3 zones urbaines de Blois, Vendôme, Romorantin-Lanthenay.

Depuis 2007, le Loir et Cher a gagné près de 5400 habitants soit une croissance de 0.33% par an ; il reste un département attractif.

L'apport migratoire est le principal moteur de cette croissance. Trois territoires bénéficient plus largement de l'apport de population nouvelle : la Beauce, la vallée du Cher et la périphérie de Blois, notamment au sud (dessalement urbain).

La densité de population est faible hormis pour Blois Agglomération (53 habitants au km<sup>2</sup>, contre 66 région, 113 pour la France).

### Le vieillissement

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 97 pour le Loir et Cher (région 84 ; France 75).

Les personnes âgées de 65 ans ou plus représentent 23, 2 % de la population du Loir-et-Cher fin 2016, contre 21, 1 % pour la région Centre (*voir annexe 2 relative à la pyramide des âges*). Selon les projections de l'Insee, elles pourraient atteindre 37 % en 2040.

Le nombre d'habitants âgés de 75 ans et plus pourrait quasiment doubler à l'horizon 2040 (d'après le scénario de projection de population haute). Le nombre de personnes de 85 ans et plus augmenterait d'un tiers entre 2012 et 2020.

Les personnes âgées de 60 ans ou plus représentent 29 % de la population du Loir-et-Cher en 2012. Selon les projections de l'Insee, elles pourraient atteindre 37 % en 2040. Le nombre d'habitants âgés de 75 ans et plus pourrait quasiment doubler à l'horizon 2040 (d'après le scénario de projection de population haute). Le nombre de personnes de 85 ans et plus augmenterait d'un tiers entre 2012 et 2020.

### La précarité

Le chômage se situe à 8,7 % dans le Loir et Cher au 3<sup>ème</sup> trimestre 2016, soit une baisse par rapport au niveau du 3<sup>ème</sup> trimestre 2015 : 9,1%. Le niveau est inférieur au niveau régional : 9,6 %, et au niveau national : 9,7%.

Il convient de signaler des écarts au niveau infra départemental, au détriment du sud du département : zone d'emploi de Blois : 8, 7 %, zone d'emploi de Romorantin 10, 3%, zone d'emploi de Vendôme 8 % ( source pôle emploi, DARES,INSEE).

Le taux de pauvreté (12,1 % en 2012) est inférieur au niveau régional (12, 3 %) et au niveau national (14,3 %).

Le taux d'allocataires du RSA à fin 2014 est de 6,6 %, contre 6, 6 % au niveau régional, et 7,4 % au niveau national.

Le taux de bénéficiaires de la CMU-C à fin 2013 est de 5,5 %, contre 5,8 pour le niveau régional, et 6,4 % pour le niveau national.

## **1.2- l'état de santé**

### **Les indicateurs de mortalité**

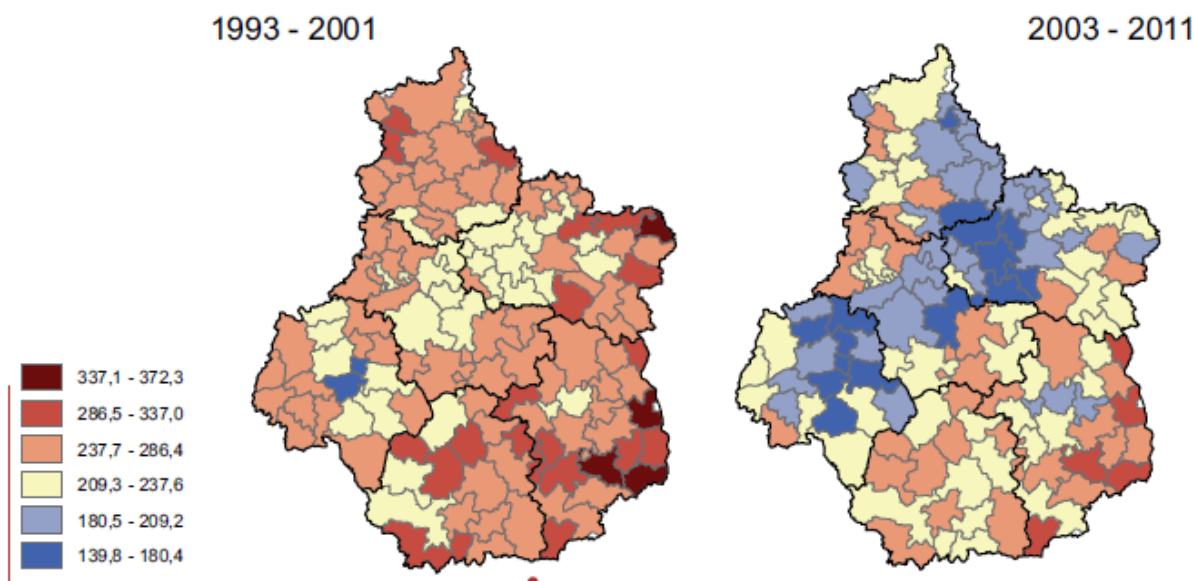
L'espérance de vie à la naissance en 2012 est de 78.7 ans pour les hommes et de 85.1 ans pour les femmes (78.5 ans pour les hommes en région et 85.1 ans pour les femmes).

Le taux de mortalité générale est inférieur à celui de la région : 823, contre 831,3.

Le taux de mortalité infantile (le nombre de décès de moins d'un an pour 1000 naissances) se situe à 3,3 selon une moyenne calculée pour la période 2011 à 2013 ; il est équivalent au niveau régional, et au niveau national.

Les décès sont qualifiés de prématurés lorsqu'ils surviennent avant l'âge de 65 ans. Pour le Loir et Cher, le taux standardisé de mortalité prématurée pour 100 000 habitants est de 218.5 sur la période 2003-2011, supérieur au niveau régional (209, 5), au niveau national (205).

Une réduction de la mortalité prématurée, par rapport à la période 1993-2001 est constatée avec un taux d'évolution de -11.7 %. Ce taux d'évolution pour le Loir et Cher est inférieur à celui de la Région (-15,7 %) et de la France métropolitaine (-18,2 %).



Taux standardisés de mortalité prématurée pour 100 000 habitants

Il convient de signaler une surmortalité prématurée avec des valeurs supérieures au niveau régional et national dans les domaines suivants, en majorité dans le Nord et Sud du département :

Domaine	Loir et Cher	Région	France
Cancer	87,2	85,6	81,8
causes extérieures traumatismes et empoisonnements	42,3	37,7	32,8
Consommation excessive d'alcool	34,9	34,3	31,5
Suicide	21,9	20,1	16,9
Accident circulation	12,1	9,9	7,3

Les taux de surmortalité prématurée pour 100 000 habitants sont classés par ordre décroissant. Ainsi dans le Loir et Cher, le taux standardisé de mortalité prématurée pour 100 000 habitants est plus élevée pour le cancer, puis pour causes extérieures traumatismes et empoisonnements, consommation excessive d'alcool, suicide et accident de la circulation.

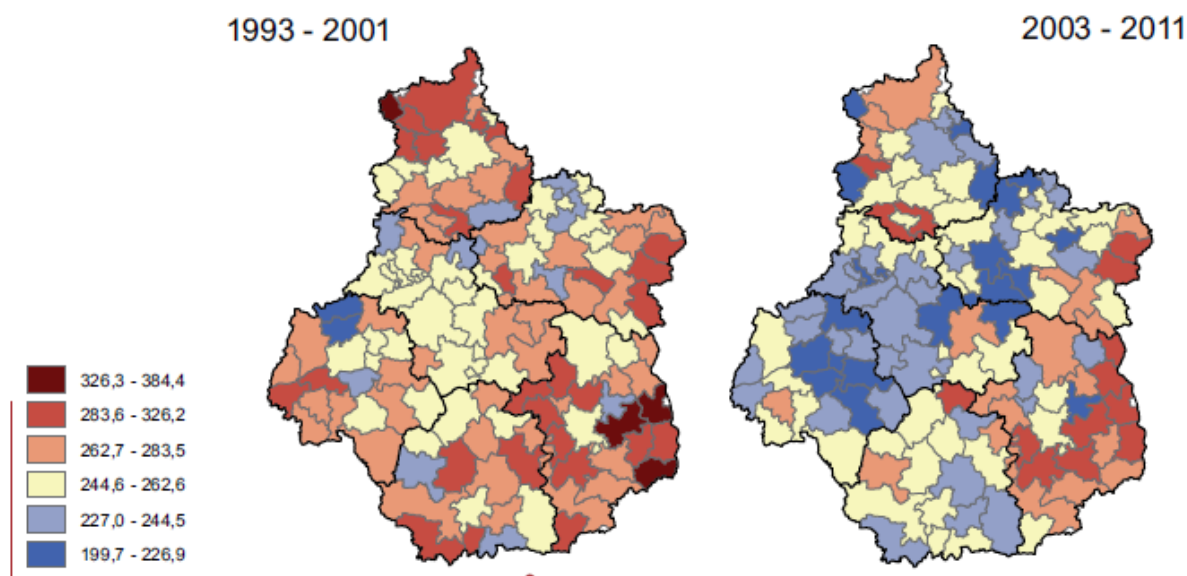
Il convient de signaler des taux de mortalité prématurée proches du niveau régional, et national pour :

- les maladies de l'appareil circulatoire : 26,1/100 000 (26,8 Région ; 26,9 France),
- les pathologies liées au tabac : 122,3/100 000 (127,6 Région; 132,2 France)

## Mortalité par cancer

Dans le Loir et Cher, le taux standardisé de mortalité par cancer pour 100 000 habitants est de 239.1 habitants sur la période 2003-2011 soit une baisse de 8 % par rapport à la période 1993-2001. Cette diminution est inférieure à celle constatée pour la Région (-8,9 %) et à celle de la France métropolitaine (-12,3 %).

La mortalité prématurée par cancer est plus marquée dans le nord et le sud du département (ORS, 2015).



Taux standardisés de mortalité prématurée par cancer pour 100 000 habitants

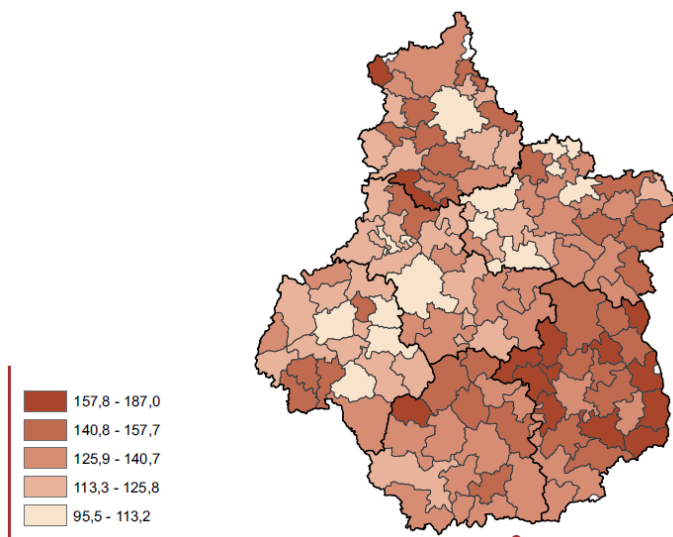
## Mortalité par pathologies liées au tabac

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 comorbidités de la mortalité par bronchopneumopathies chroniques obstructives.

Le taux standardisé de mortalité par pathologies liées au tabac est de 122,3/100 000 (127,6 Région; 132,2 France) 129,9 / 100 000 habitants.

Ce taux est légèrement inférieur à celui pour la région Centre-Val de Loire.

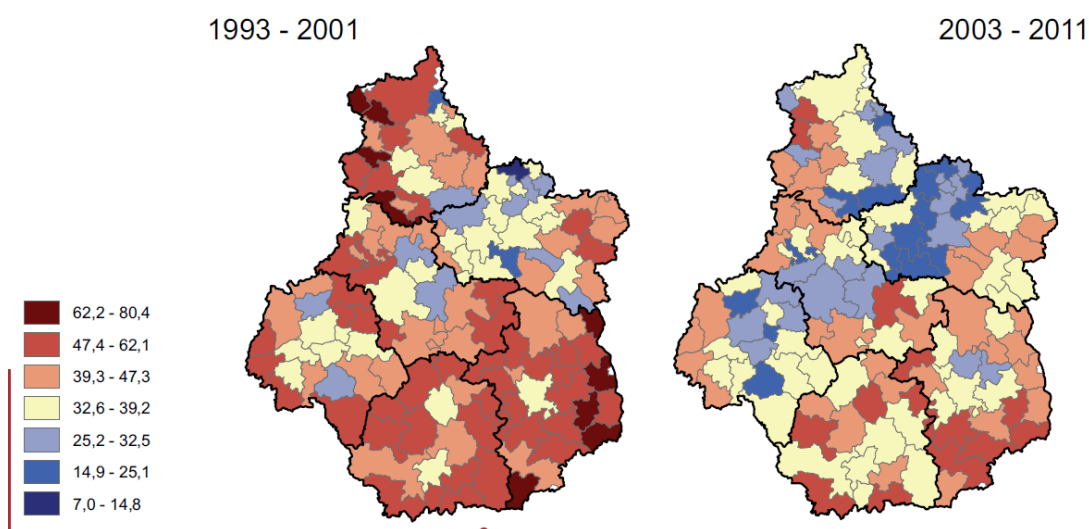




Taux standardisés de mortalité par pathologies liées au tabac pour 100 000 habitants

### Mortalité par pathologies liées à l'alcool

Concernant la mortalité par pathologies liées à l'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 pour 100 000 habitants dans le Loir et Cher est de 34.9, supérieur à celui de la région (34,3) ainsi que celui de la France métropolitaine (31,5)



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

## Les Affections de Longue Durée

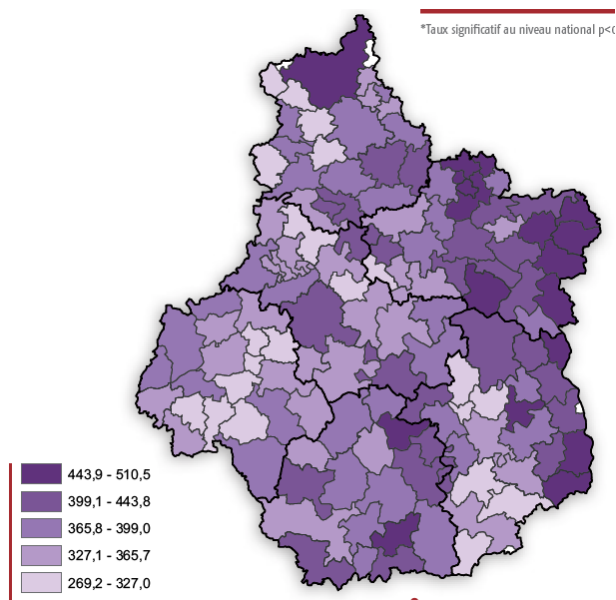
L'étude de l'ORS permet de dégager les principales ALD rencontrées dans le département, à savoir celles liées aux maladies cardio-vasculaires, au diabète, au cancer.

### ***Nouvelles admissions en ALD pour maladies cardio-vasculaires***

Le taux standardisé de nouvelles admissions en ALD pour maladies cardio-vasculaires pour 100 000 habitants (2010-2013) en Loir et Cher est de 539.8. Le département est inférieur à celui de la région (590) et de la France (604.4).

### ***Nouvelles admissions en ALD pour diabète de type 1 et 2***

Le pourcentage de nouvelles ALD liées au diabète est de 380 pour 100 000 habitants. Ce taux est quasi égal à celui de la région (380,3) et est supérieur à celui du niveau national (367,6). La figure suivante présente les taux standardisés par EPCI. Ainsi, le territoire le plus concerné par cette problématique est celui de l'agglomération blésoise, le Nord et Sud du département.



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

### ***Nouvelles admissions en ALD pour cancers***

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

## La santé des jeunes

Une enquête nationale ESCAPAD 2014 auprès des appelés à la Journée Défense et Citoyenneté a mis en évidence les problématiques de santé suivantes chez les jeunes :

- près de 9 adolescents de 17 ans sur dix ont déjà bu de l'alcool,
- près de 7 adolescents sur 10 ont déjà fumé une cigarette,
- un peu moins de 5 jeunes Français de 17 ans sur 10 ont fumé du cannabis au cours de leur vie.

Ces caractéristiques apparaissent transposables au département.

## La santé mentale

La part des suicides a baissé globalement dans le département, la zone la plus touchée reste le Nord.

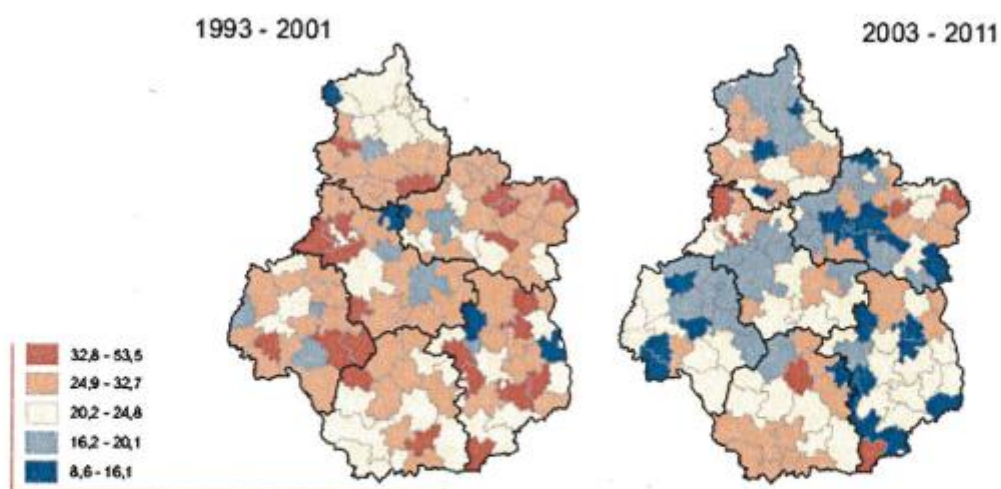
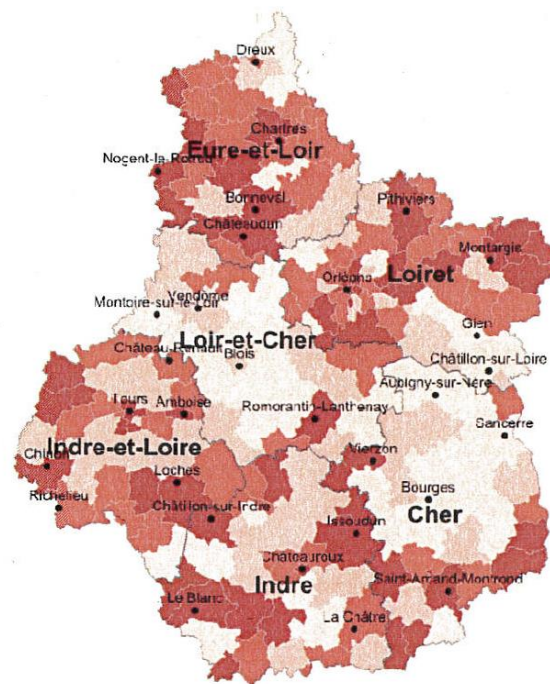


Figure 10 : Taux standardisés de mortalité par suicide (/ 100 000 hab), ORS 1993-2011

Ces cartes issues du rapport ORS Centre 2016 sur les inégalités sociales et territoriales de santé<sup>3</sup>, montrent bien la diminution globale du suicide qui reste néanmoins fréquent dans certaines zones : Sud et Nord de l'Indre, extrême Sud du Cher, Nord-est du Loiret, Nord du Loir-et-Cher et Sud de l'Eure-et-Loir. Ces zones sont plutôt excentrées et éloignées des grandes villes, d'où l'intérêt d'équipes mobiles de psychiatrie.



→ **Taux standardisés** = nombre d'hospitalisations pour TS des habitants du code postal rapporté à la population, ajusté sur l'âge et le sexe de la population française métropolitaine des 10 ans et plus (données INSEE 2012).  
La standardisation permet la comparaison entre codes postaux, indépendamment de leur structure d'âge et sexe.

Taux standardisés (/100 000 hab. >=10ans)  
 < 150  
 [ 150 : 190 [  
 [ 190 : 240 [  
 >= 240

Figure 3 : Taux standardisés par âge et sexe des TS pour 100 000 hab., 2008-2014 (population >=10ans INSEE 2012)

**Tentatives de suicide Loir-et-Cher**

*Nombre de patients hospitalisés*

<b>Loir-et-Cher (41)</b>		cas certains
2011		390
2012		361
2013		356
<i>Moyenne annuelle 2011-2013</i>		369

*Nombre de séjours hospitaliers pour tentatives de suicide*

<b>Loir-et-Cher (41)</b>		cas certains
2011		429
2012		386
2013		386
<i>Moyenne annuelle 2011-2013</i>		400

Note de lecture : En moyenne sur la période 2011-2013, on recense par an dans le Loir-et-Cher, 452 patients hospitalisés pour une tentative de suicide probable ou certaine (soit 502 séjours hospitaliers pour cette cause).

SOURCE : PMSI 2011-2013

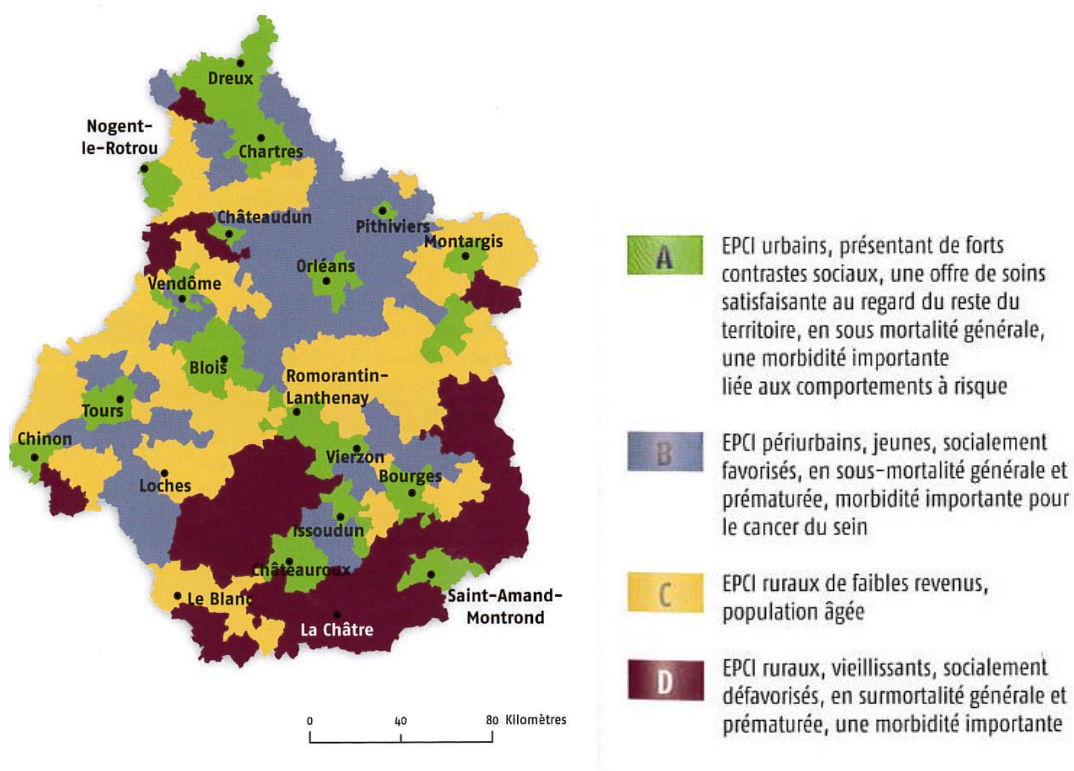
## Les maladies chroniques

Le département de Loir-et-Cher connaît une prévalence du diabète (6,5 %) toujours supérieure à la moyenne nationale et à celle de la région Centre. 18 000 patients atteints, dont 1 000 nouveaux pour l'année 2015.

Par ailleurs, il ressort une part importante de patients dialysés dans le département ( au 31/12/2015 319 patients dans le Loir et Cher, pour un total de 1834 patients pour la région Centre). En revanche, il est relevé une faible proportion d'autodialyse : 47 patients dans le Loir et Cher, contre 434 pour la région.

Ces particularités méritent une analyse des facteurs explicatifs : l'état de santé de la population, et/ou les pratiques des professionnels.

## Les inégalités sociales et territoriales de santé



L'étude menée par l'ORS en 2015 a mise en évidence les inégalités sociales et territoriales de santé de la région, et notamment celles du Loir et Cher.

Quatre classes ont été définies à l'échelle d'un EPCI, comme mentionnées sur la carte ci-dessus.

Le Loir et Cher fait partie des départements de la Région marqués par de nombreuses intercommunalités de classe C et A.

Les intercommunalités de classe C concernent des territoires ruraux de faibles revenus avec une population âgée.

Ces EPCI sont relativement éloignés des centres-urbains, ils construisent globalement une seconde couronne autour des zones périurbaines. Au regard des catégories socioprofessionnelles, la part des ouvriers est plus élevée qu'en moyenne en Région et à l'inverse celles des cadres et des professions intermédiaires y sont plus faibles. Ces territoires ne présentent pas de différences significatives en matière de prestations sociales, en revanche, la part de foyers non imposés est en plus forte proportion. Le vieillissement démographique de ces EPCI est un peu plus accentué qu'au niveau régional : une part élevée de population âgée de 75 ans et plus et un indice de grand vieillissement important. Concernant l'offre de soins, les densités de professionnels libéraux sont comparables à la moyenne régionale. S'agissant de l'état de santé de la population, les indicateurs étudiés ne font pas ressortir de spécificités dans ces territoires à l'exception d'une surmortalité par cancer du sein et un taux moindre de patients hospitalisés pour cancer de la prostate.

Tous ces EPCI de classe A correspondent à des centres-urbains dont la densité de population y est nettement supérieure à celle observée en moyenne dans la Région. Au regard des groupes socioprofessionnels, le nombre de cadres et d'employés est important, en revanche peu d'agriculteurs vivent en toute logique sur ces territoires. Malgré la présence de professionnels au niveau social relativement élevé, cette classe est également marquée par des facteurs de vulnérabilité : taux important de bénéficiaires de la CMU-C, fort taux de logements sociaux, part élevée de familles monoparentales, proportion importante de personnes vivant seules (adultes et personnes âgées), part conséquente de bénéficiaires d'allocations, proportion élevée de non diplômés parmi les 20-29 ans et taux de chômeurs et d'inactifs supérieurs aux taux régionaux. Concernant l'offre de soins, à l'exception de la densité d'infirmiers libéraux qui est similaire à la moyenne régionale, toutes les autres densités de professionnels de santé sont bien supérieures à celles observées en Région. S'agissant de l'état de santé, ces EPCI se distinguent par une sous-mortalité générale, notamment par accidents et traumatismes, par maladies cardiovasculaires et cardiopathies ischémiques et également en lien avec une consommation de tabac. En revanche, ils comptent davantage de patients hospitalisés, notamment pour une consommation excessive d'alcool et pour tentatives de suicide.

#### **Points forts**

- Un département qui reste attractif, malgré le vieillissement de la population,

#### **Points faibles**

- Une mortalité prématurée significative, des facteurs de santé défavorables, en particulier le suicide, les conduites à risque, les maladies chroniques,

#### **Préconisations, pistes d'actions**

- Promouvoir dès le plus jeune âge la prévention et la promotion de la santé,



## **2<sup>ème</sup> partie : Le territoire**

### **2.1- la structuration géographique du territoire**

Le Loir et Cher est un département à tendance rurale et semi-rurale, proche de 2 pôles régionaux équidistants (Tours et Orléans). Il s'organise au tour des 3 arrondissements : Vendôme, Blois, Romorantin-Lanthenay, retenus pour l'organisation de la majorité des filières, en lien avec la présence de 3 centres hospitaliers principaux.

Le système de santé doit prendre en compte l'évolution des bassins de proximité. A ce propos, au 1er janvier 2017, le Loir-et-Cher passe de 16 établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) à 12 (*voir annexe 3*), conformément aux dispositions de la loi NOTRE.

3 nouveaux EPCI voient le jour :

- la communauté d'agglomération Territoires Vendômois : Fusion des communautés de communes du Pays de Vendôme, du Vendômois Rural, Vallées Loir-et-Braye et Beauce et Gâtine.
- la communauté de communes Val-de-Cher-Controis : Fusion des communautés de communes de Val-de-Cher-Controis et Cher à la Loire.
- la communauté de Communes des Terres du Val de Loire : Fusion de la communauté de communes de la Beauce Oratorienne avec trois autres communautés de communes situées dans le Loiret (CC du Val des Mauves, CC du Canton de Beaugency, CC du Val d'Ardoux).

Le projet de schéma d'accessibilité des services au public en Loir et Cher met en évidence dans son diagnostic santé (décembre 2016 source observatoire de l'économie et des territoires) des zones fragiles dans le domaine de la santé : le Nord du département, la Beauce, la Sologne, le bassin de vie de Saint Aignan (*voir annexe 4*).

### **2.2- les caractéristiques du territoire en santé-environnementale**

#### L'eau

En Loir et Cher, la qualité des eaux potables est globalement bonne. L'eau utilisée pour la production d'eau potable est essentiellement d'origine souterraine. Plus de 2000 analyses d'eau sur les eaux distribuées ont été réalisées en 2016, l'eau «du robinet» est ainsi de bonne qualité. 98% des captages sont protégés par des périmètres de protection.

Au niveau des nitrates, l'eau distribuée est conforme aux normes. En 2015, 8 réseaux de distribution ont distribué une eau non conforme à la norme des pesticides fixée à 0,1 µg/L

#### L'habitat

Le parc privé potentiellement indigne dans le Loir et Cher représente selon les dernières estimations, 4,1% des logements, soit plus de 5000 logements et touche 10.000 personnes. Il est à noter que pour les  $\frac{3}{4}$  ces logements datent d'avant 1949, les problématiques d'habitat sur le département sont en partie expliquées par le vieillissement du parc. La plus grande difficulté de la lutte contre l'habitat indigne reste l'identification de ces logements, car cela nécessite une démarche de déclaration de la part du locataire, ou du propriétaire occupant. Les problèmes de mal-logement sont souvent liés à d'autres problèmes d'ordre social, économique ou de santé, et nécessitent donc une coopération entre les différents acteurs

afin de régler de manière durable ces problèmes. Le PDLHI (Pôle de Lutte contre l'Habitat Indigne) a été mis en place en 2015 à cet effet.

La plus grande concentration de logement indigne se trouve dans le sud du département (*voir annexe 5*), notamment autour de l'agglomération de Romorantin-Lanthenay, le Blésois et de Vendômois étant également touchés mais dans une moindre mesure.

La pollution de l'air intérieur : La pollution de l'air ne concerne pas uniquement l'air extérieur. Dans les espaces clos, les polluants générés par le mobilier et par les activités et le comportement des occupants peuvent s'y accumuler, en cas de mauvaise aération, et atteindre des niveaux dépassant ceux observés en air extérieur. Nous passons en moyenne 80% de notre temps dans des lieux clos. Les polluants sont des aldéhydes (dont le formaldéhyde), du benzène, du monoxyde de carbone, des composés organiques volatils, des hydrocarbures aromatiques polycycliques...

### La qualité de l'air

La pollution atmosphérique est un mélange complexe, reconnu cancérigène par l'OMS en octobre 2013. Sa composition varie fortement dans l'espace et le temps en fonction des émissions, des transports, de la transformation et de la dispersion des polluants.

En région Centre-Val de Loire, deux polluants sont à l'origine des pics de pollution nécessitant l'activation des procédures préfectorales de mesures d'urgence :

- les particules fines (PM10), en hiver, lorsque les conditions météorologiques sont défavorables à leur bonne dispersion, les principales sources de particules sont le chauffage au bois en début d'hiver et les épandages d'engrais en sortie d'hiver ;
- l'ozone, en été, lors de fort ensoleillement et de flux d'air orienté nord-est, l'ozone est un polluant secondaire formé par la transformation de polluants primaires (oxydes d'azote et composés organiques volatils), sous l'action du rayonnement solaire.

La qualité de l'air est bonne dans le Loir et Cher. Les seuls paramètres pouvant présenter des anomalies passagères sont l'ozone et les particules fines PM10.

L'ambrosie est une plante envahissante qui possède un fort pouvoir allergisant. Elle se développe et se multiplie très facilement sur différents types de terrains, notamment ceux sur lesquels interviennent des activités humaines (surfaces agricoles, bords de route, chantiers...).

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

Les mesures préventives sont efficaces lorsque l'ambrosie n'a pas encore colonisé le territoire. Ces mesures consistent notamment à détruire les pieds d'ambrosie avant la pollinisation de celle-ci, soit avant que le pollen puisse être dispersé par l'air.

Il est relevé en Loir et Cher de la présence d'ambrosie sur l'axe ligérien.



### Exposition du bruit chez les jeunes :

La musique amplifiée est consommée par la quasi-totalité des jeunes, et se fait souvent à fort volume. Or les risques qui sont liés à l'exposition prolongée à de forts niveaux sonores sont très peu connus chez les jeunes. Les pathologies liées à l'écoute de musiques amplifiées (acouphènes, hyperacousie, perte d'audition) peuvent être temporaires ou permanentes.

Concernant l'amélioration acoustique des cantines scolaires, salles de repos accueillant des enfants : en 2016, 95 diagnostics ont été réalisés pour 17 collectivités, six réhabilitations acoustiques ont été financées.

Selon la nouvelle enquête Ifop-JNA de 2017 sur l'impact des smartphones sur la santé auditive, 100% des adolescents âgés de 15 à 17 ans détiennent un téléphone portable. C'est d'ailleurs le principal support d'écoute de musique pour les jeunes. Ce changement de pratique dans l'écoute de musique n'est pas sans conséquence sur l'audition surtout chez les plus jeunes.

### La réduction de l'usage des pesticides

La France est le 1er consommateur de produits phytosanitaires en Europe. 10% des volumes sont consommés par les collectivités, les paysagistes, la SNCF et les particuliers. La toxicité de ces produits pour l'homme et son environnement a conduit les pouvoirs publics à réagir :

La loi relative à la transition énergétique pour la croissance verte :

- à compter du 1er janvier 2017 : interdiction de l'utilisation des produits phytosanitaires par l'Etat, les collectivités locales et les établissements publics sur les voiries, dans les espaces verts, forêts et promenades ouverts au public.
- à compter du 1er janvier 2019 : interdiction de l'utilisation de produits phytosanitaires par les particuliers. De plus, à partir du 1er janvier 2017, la vente des produits phytosanitaires en libre-service sera interdite aux jardiniers amateurs (conseil obligatoire).

Des opérations zéro pesticides sont menées dans le Loir et Cher.

Au niveau global, La communauté d'agglomération de Blois est le territoire qui cumule le plus de facteurs environnementaux et de nuisances : bruit, air (concentrations en PM10 et NO2), des UDI présentant des non conformités en pesticides et bactériologiques (*voir carte en annexe 6*).

#### **Points forts**

- Une eau de bonne qualité
- Des opérations de réduction de l'usage des pesticides par des collectivités

#### **Points faibles**

- Un parc privé de logement en mauvais état, avec des conséquences possibles sur l'état de santé et le bien-être des habitants, une prédominance de l'habitat indigne dans le sud,
- La présence d'ambrosie sur l'axe ligérien qui peut proliférer et générer des difficultés respiratoires

#### **Préconisations, pistes d'actions**

## 3<sup>ème</sup> partie : L'offre en santé

### 3.1- prévention, ambulatoire, hospitalier, médicosocial

- Prévention

L'offre en matière de la prévention promotion de la santé se caractérise par un tissu riche d'acteurs, et de projets et s'organise autour de plusieurs domaines.

*Le domaine de l'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de précarité*

Les principaux acteurs sont :

- les Permanences d'Accès aux Soins de Santé à Blois et Vendôme,
- les Lits Halte Soins Santé,
- l'équipe mobile psychiatrie précarité, l'équipe mobile santé précarité à Blois,
- le Centre d'examen de santé,
- l'association Osons Nous Soigner,
- l'Association Intercommunale pour l'Education et l'Insertion (AIEI) et Tsiganes 41 effectuent des actions en faveur des gens du voyage.

*Le domaine de l'accès aux soins et à la prévention des personnes à difficultés spécifiques*

Dans le domaine des addictions, plusieurs interventions sont à signaler :

- les Centres de soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) gérés par VRS et l'ANPAA,
- le rézo addictions 41,
- le Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD),
- les actions de l'éducation nationale menées en intra scolaires,
- les actions de sensibilisation des professionnels, et des jeunes par VRS et l'ANPAA,
- les associations de bénévoles,
- les consultations jeunes consommateurs en lien avec la maison des adolescents et les CSAPA.

Les associations ANPAA 41 et VRS interviennent auprès des publics vulnérables (jeunes et public en situation de précarité) dans le cadre de la prévention des conduites addictives avec ou sans substance, du développement des compétences psycho-sociales et de l'accès aux soins.

La Maison des Adolescents mène avec ses actions des préventions auprès des adolescents, des parents et des professionnels (le bien vivre ensemble, l'usage des écrans, le harcèlement, la sexualité, être parent d'ados,...).

Le rézo addictions 41, l'ANPAA 41 et VRS interviennent dans le cadre de la formation des professionnels (libéraux médicaux, sociaux et paramédicaux) à l'approche des conduites addictives. Par ailleurs, les ELSA des centres hospitaliers forment les équipes intrahospitalières.

### *Le domaine de la santé mentale*

Des actions de sensibilisation et d'accompagnement sont menées par l'Union Nationale des Amis et des Familles de Malades Psychiques (UNAFAM), par les Missions Locales de Blois, Vendôme et Romorantin, l'association TOTEM.

### *Le domaine de la périnatalité*

La protection maternelle et infantile (PMI) offre 18 lieux de consultations sur le département.

Les Centres de Planification Familiale sont répartis sur 4 sites du département.

Des actions de sensibilisation sont proposées par le Mouvement Français du Planning Familial, la Mutualité française.

### *Le domaine des maladies transmissibles*

Le département dispose de :

- un centre de vaccination et son équipe mobile de vaccination assure des actions de vaccination-prévention ;
- un Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CEGIDD) des infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles (IST) ;
- un Centre de Lutte Antituberculeux (CLAT).

### *Le domaine des maladies chroniques*

23 programmes d'éducation thérapeutique confiés à 10 gestionnaires se déploient dans le département dans les domaines suivants : diabète (11), maladies cardiovasculaires (4), maladies respiratoires (2), obésité (2), maladies du système digestif (1), maladies rhumatologiques (1), psychiatrie (1), insuffisance rénale (1).

Des interventions sont réalisés en proximité par :

- la CPAM,
- le réseau Santé Nutrition Diabète,
- l'association des diabétiques du Loir et Cher,
- le club cœur et santé,

### *Le domaine de la prévention/dépistage des cancers*

L'ADOC 41 est la structure qui organise les programmes nationaux de dépistage organisé des cancers du sein et colorectal en Loir et Cher. L'ADOC 41 organise depuis avril 2004 le dépistage du cancer du sein et depuis décembre 2007 le dépistage du cancer colorectal.

### *Le domaine de la nutrition et activité physique*

Il convient de signaler des actions menées par des associations sportives, ou l'association Siel Bleu, des actions menées à partir de la consultation diététique de la MDA.

### *L'offre en santé environnementale*

Des actions sont menées en faveur du zéro pesticide et de la qualité de l'air par Sologne Nature Environnement, et le Comité Départemental de la Protection de la Nature et de l'Environnement.

Des actions de prévention des risques auditifs ont été menées par l'association MARS, Pôle Nord, et la Mutualité Française.

Il convient de faire évoluer la promotion et la prévention de la santé vers le développement des compétences psychosociales, pour renforcer l'efficacité des actions, avec une priorité pour les publics jeunes.

### *L'offre en faveur de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées*

Des actions sont développées pour maintenir l'autonomie des personnes âgées. Dans le cadre de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement et de la dynamique en région (Inter-régimes : CARSAT, RSI, MSA, Agirc-Arcco et Mutualité Française Centre) et départementale (conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées), ces actions seront valorisées et intensifiées.

- Ambulatoire

En décembre 2016, le Loir et Cher présente une densité de médecins généralistes libéraux de 79,52 pour 100 000 habitants, supérieure au niveau régional (76,87 pour 100 000 habitants), inférieure au niveau national (94 pour 100 000 habitants) ; des disparités infra territoriales sont à signaler (*voir annexe 7*). Le département connaît depuis 2009 une forte baisse des ressources en médecins généralistes (de 319 à 264 médecins généralistes et de premier recours entre 2009 à 2016). Le Loir-et-Cher au 74e rang des départements français pour sa densité de médecins généralistes

La proportion de médecins généralistes de plus de 55 ans est la 2ème plus forte des départements une forte (56 % contre 52 % pour la région). Le nombre réel de médecins généralistes en exercice est plutôt de 200 sur l'ensemble du département, les autres ayant des modes d'exercices particuliers (homéopathie, échographie, etc...).

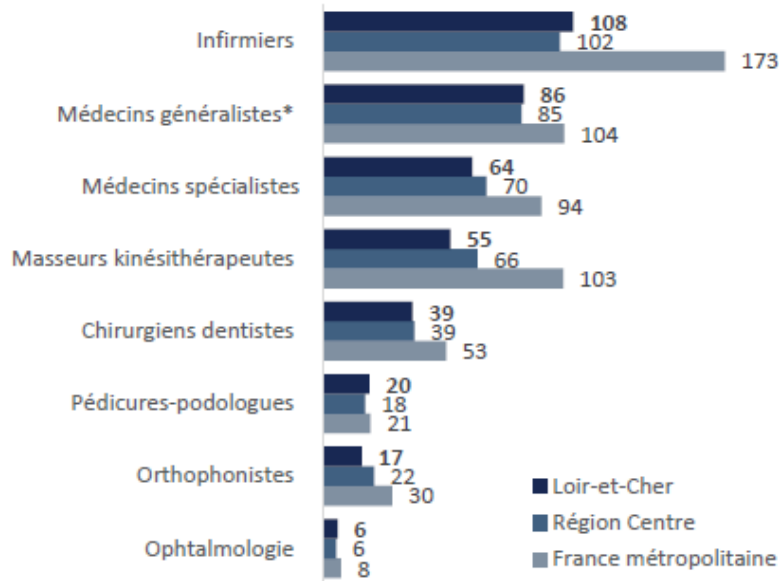
Le département compte 4 zones reconnues déficitaires pour les médecins généralistes : Mondoubleau, Saint Aignan sur Cher, Salbris, Lamotte-Beuvron.

Le département comprend 11 maisons de santé pluridisciplinaires en fonctionnement (*voir annexe 8*) : Mondoubleau, Oucques, Montrichard, Saint-Amand-Longpré, Contres, Châtres-sur-Cher, Saint Georges-sur-Cher, Cheverny, Mer, Onzain, le barillet à Vendôme. D'autres projets de maison de santé pluridisciplinaire sont en cours construction ou de montage : Noyer sur Cher, quartier Nord de Blois.

Il est relevé une présence inégale de maîtres de stage sur le département.

Les tensions des professionnels de santé concernent les médecins généralistes, les spécialistes, et les paramédicaux (notamment masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes), comme le montre le graphique ci-dessous.

## Densité des professionnels de santé libéraux ou mixtes par profession en exercice au 01/01/16 (en nombre de professionnels pour 100 000 habitants)

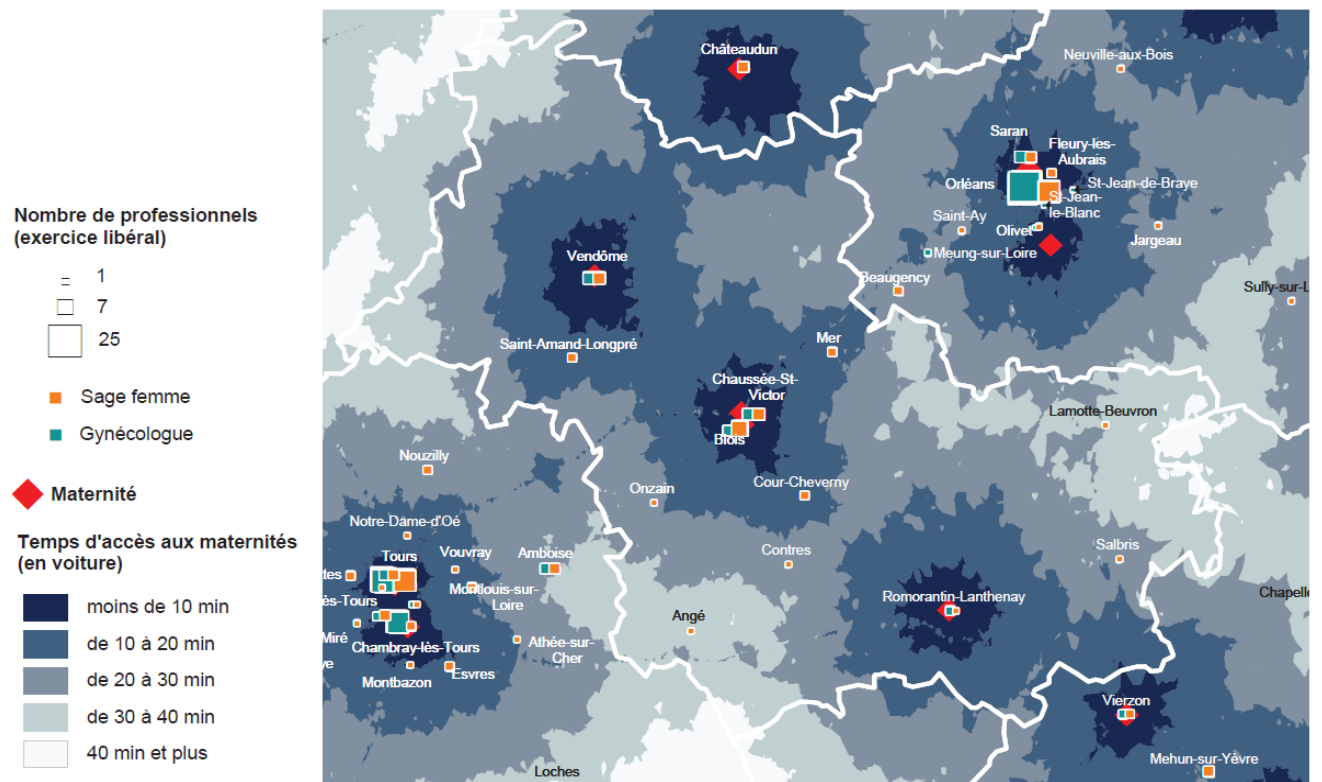


D'après sources : DREES - ADELI - ASIP-RPPS (traitements DREES) - INSEE

Graphique réalisé par l'observatoire de l'économie et des territoires de Loir et Cher

Au niveau de la périnatalité, il convient de signaler le maillage de sages-femmes, à côté des gynécologues et des maternités.

## Temps d'accès aux maternités et localisation de l'offre de santé périnatale



D'après sources : ARS, conseil de l'Ordre des Sages femmes (41) Ameli (hors 41) - 2016

Carte réalisée par l'observatoire de l'économie et des territoires

Au niveau de la santé mentale, un manque de psychiatres est relevé ( 33 psychiatres, dont 26 ont plus de 55 ans, et aucun spécialisé sur les enfants et les adolescents) ; l'articulation avec le maillage des psychologues ( 273) est à développer.

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

Territoire de santé	Nb de psychiatres	Dont Nb de psychiatres compétents enfants & ados	Densité de psychiatres pour 100 000 hab.	Part des + de 55 ans
18	19	2	5,45	65%
28	12	1	2,56	91%
36	14	0	4,34	70%
37	67	3	11,45	53%
41	33	0	9,96	79%
45	31	6	4,85	75%
<b>Région</b>	<b>176</b>	<b>12</b>	<b>6,69</b>	<b>67%</b>

Source : RPPS / INSEE- janvier 2017

Répartition des psychologues par département et type d'activité	CHER	EURE-ET-LOIR	INDRE	INDRE-ET-LOIRE	LOIR-ET-CHER	LOIRET	REGION CVL
<b>PSYCHOLOGUES NON PSYCHOTHERAPEUTES</b>							
SALARIES	200	204	130	394	199	387	1 514
LIBERAUX	26	63	17	143	53	69	371
Total des psychologues non psychothérapeutes	226	267	147	537	252	456	1 885
<b>PSYCHOLOGUES ET PSYCHOTHERAPEUTES</b>							
SALARIES	11	27	21	28	10	47	144
LIBERAUX	8	24	6	29	11	34	112
Total des psychologues et psychothérapeutes	19	51	27	57	21	81	256
<b>TOTAL DES PSYCHOLOGUES</b>	<b>245</b>	<b>318</b>	<b>174</b>	<b>594</b>	<b>273</b>	<b>537</b>	<b>2 141</b>
<b>DENSITE PSYCHOLOGUES pour 100.000 hab</b>	<b>78,6</b>	<b>73,4</b>	<b>76,3</b>	<b>99,0</b>	<b>82,2</b>	<b>80,7</b>	<b>83,3</b>

Source : extraction fichier ADELI du 31/01/2017 - activité principale

Enfin, au niveau global de l'offre de santé, des zones de grande fragilité ont été mis en évidence lors des travaux du schéma départemental d'amélioration de l'accessibilité des services au public (SDAASP) : au nord, en Sologne et en Vallée du Cher (voir carte en annexe).

- Hospitalier

Le Loir-et-Cher compte 22 structures sanitaires :

- 7 centres hospitaliers, établissements publics de santé, (Blois, Romorantin-Lanthenay, Vendôme, Saint-Aignan-sur-Cher, Montrichard, Selles-sur-Cher, Montoire-sur-le-Loir) ;
- 2 établissements de santé privés à but lucratif MCO (Polyclinique de Blois, Clinique du Saint-Coeur située à Vendôme) ;
- 2 établissements sanitaires d'intérêt collectif (l'Hospitalet à Montoire-sur-le-Loir et la MGEN La Menaudière située à Montrichard) ;
- 2 établissements de santé privés à but lucratif SSR (Théraé situé à la Chaussée-Saint-Victor, l'Institut Médical de Sologne situé à Lamotte-Beuvron) ;
- 3 établissements psychiatriques privés (Clinique La Borde à Cour-Cheverny, Clinique de la Chesnaie à Chailles, Clinique Médicale du Centre à Huisseau-sur-Cosson) ;
- 1 établissement d'Hospitalisation à Domicile géré par Le Noble Âge ;
- 3 sociétés privées d'équipements lourds (RMX 41 à la Chaussée Saint-Victor, SCM Imagerie Saint-Martin à Vendôme, CIBER à Blois) ;
- 1 Centre de radiothérapie située à la Chaussée-Saint-Victor ;
- 1 structure spécialisée dans la réalisation des dialyses, le CIRAD.

Le département affiche un panel d'activités de soins qui permet d'offrir à la population, la quasi-totalité des autorisations d'activité de soins existantes. L'offre de notre territoire s'articule ainsi autour de :

- 3 sites de médecine d'urgences (Service d'Accueil des Urgences et ligne Smur) qui assure un accès en moins de 30 minutes à une offre de soins urgents pour l'ensemble du territoire (héliSmur pris en compte) ;
- 1 SAMU ;
- 1 service de réanimation médico-chirurgicale ;
- 4 structures de chirurgie (deux publiques, 2 privées) ;
- 4 maternités, 3 maternités de niveau 1, une maternité de niveau 2 b ;
- 6 services de psychiatrie ;
- une offre en soins de suite et de réadaptation, avec 6 des 9 spécialités de soins de suite et de réadaptation existante ; le département ne dispose pas de SSR spécialisés pour les conduites addictives, les affections onco-hématologiques, les affections de brûlés
- une offre de traitement de l'insuffisance rénale chronique territorialisée (1 site par arrondissement) ;

- une filière cancérologie proposant un large panel des modalités de traitement existantes (radiothérapie, chimiothérapie, chirurgie du cancer) ;
- une offre en Equipement Matériel Lourd performante (Scanner, IRM, Gamma-Caméra).

Les établissements de santé rencontrent des difficultés de recrutement de professionnels de santé, en particulier les urgentistes, les anesthésistes, kinésithérapeutes, médecin de médecine physique et de réadaptation, orthophonistes.

## La psychiatrie

L'offre de prise en charge psychiatrique en Loir-et-Cher se partage entre une offre publique portée par les trois centres hospitaliers disposant d'autorisation d'activité de psychiatrie (Blois, Vendôme, Romorantin-Lanthenay) et une offre privée berceau de la psychothérapie institutionnelle (Clinique de La Borde, Clinique de Chailles, Clinique de Saumery).

Le Loir-et-Cher dispose de :

- 433 lits de psychiatrie générale
- 20 lits de pédopsychiatrie
- 153 places de psychiatrie générale
- 34 places de pédopsychiatrie

	Nbre de lits	Nbre de places
<b>Centre hospitalier Simone VEIL de Blois</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 79 lits psy adulte</li> <li>➤ 5 lits pédopsychiatrie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 25 places psy adulte</li> <li>➤ 4 places pédopsychiatrie</li> </ul>
<b>Centre hospitalier de Romorantin-Lanthenay</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 64 lits psy adulte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 35 places psy adulte</li> <li>➤ 20 places pédopsychiatrie</li> </ul>
<b>Centre hospitalier de Vendôme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 40 lits psy adulte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 20 places psy adulte</li> </ul>
<b>Clinique de La Borde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 107 lits psy adulte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 30 places psy adulte</li> </ul>
<b>Clinique de Saumery</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 42 lits psy adulte</li> <li>➤ 15 lits pédopsychiatrie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 13 places psy adultes</li> <li>➤ 10 places pédopsychiatrie</li> </ul>
<b>Clinique de Chailles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 101 lits psy adulte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 30 places psy adulte</li> </ul>

Source : Scan Santé, données établissements

### ▪ Activités de la psychiatrie : hospitalisation à temps complets ou partiel adulte/enfants

Indicateur	2011	2012	2013	2014	2015	Evo 2011-2015 (%)
<b>Nb total patients (hors ambulatoires exclusifs)</b>	2 179	2 123	1 905	1 636	2 037	-6,52
<b>Nb patients en soins sans consentement*</b>	259	228	243	245	256	-1,16

Source : Scan Santé, données agrégées Loir-et-Cher



Entre 2011 et 2015, on note une diminution de la file active du secteur psychiatrique en hospitalisation complète et hospitalisation à temps partiel, diminution de -6.52% du nombre de patients.

		2011	2012	2013	2014	2015
(% de patients non originaire du département de prise en charge)	<b>Cher</b>	Absence de données				
	<b>Eure-et-Loir</b>	5,70%	5,30%	5,70%	5,60%	6,00%
	<b>Indre</b>	9,80%	8,20%	6,80%	7,20%	5,70%
	<b>Indre-et-Loire</b>	22,80%	23,30%	23,90%	22,00%	21,70%
	<b>Loir-et-Cher</b>	19,10%	19,00%	20,90%	16,30%	19,70%
	<b>Loiret</b>	5,50%	6,50%	7,40%	7,90%	6,60%

Source : Scan Santé, données agrégées Eure-et-Loir, Indre, Indre-et-Loire, Loir-et-Cher, Loiret

Il convient de souligner que comparativement aux autres départements de la région Centre-Val de Loire, le Loir-et-Cher accueille au sein de ses services de psychiatrie une proportion de patients non originaires du département élevée.

#### ▪ Analyse des diagnostics principaux en psychiatrie adulte

L'analyse des diagnostics principaux des patients de psychiatrie adulte (voir tableau en annexe 9) met en évidence deux tendances :

- Une proportion de patients avec un diagnostic principal en F2 (Schizophrénie, troubles schizotypique et troubles délirants) nettement supérieure aux données régionales et nationales, respectivement +10.74 et + 11.72 points ;
- Une proportion de patients avec un diagnostic principal en F3 (Troubles de l'humeur) nettement inférieur aux données régionales et nationales respectivement – 8.10 et – 8.20 points.

#### ▪ Analyse des diagnostics principaux en pédopsychiatrie

L'analyse des diagnostics principaux des patients de pédopsychiatrie (voir tableau en annexe 9) met en évidence deux tendances :

- Une proportion de patients avec un diagnostic principal en F9 (Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence) nettement supérieure aux données régionales et nationales, respectivement +12.73 et + 10.19 points ;
- Une proportion de patients avec un diagnostic principal en F8 (Trouble du développement psychologique) nettement inférieur aux données régionales et nationales respectivement – 11.44 et – 11.77 points.

### Le virage ambulatoire

Le développement de l'ambulatoire s'est opéré en Loir-et-Cher avec les dispositifs suivants :

- la chirurgie ambulatoire (entre 2010 et 2015, le Loir-et-Cher a vu son taux de chirurgie ambulatoire croître de + 12 points pour atteindre 52.2% ; source PMSI) ;
- du dispositif PRADO permettant une sortie d'hospitalisation complète anticipée via l'organisation du post-hospitalier avec l'offre de soins ambulatoire (le PRADO

maternité est bien mobilisé, celui concernant l'orthopédie reste en retrait ; source CPAM) ;

- l'Hospitalisation à Domicile : entre 2011 et 2015, le Loir-et-Cher a connu une croissance de l'activité d'HAD, plus 59.59 % de nombre de journées réalisées (source Scan Santé). La circulaire du 4 décembre 2013 a fixé un objectif national de 30 à 35 patients en HAD pour 100 000 habitants. Le Loir-et-Cher, malgré une progression significative de son activité, se situe à un niveau en 2015 de 23.2 patients pour 100 000 habitants par jour. Toutefois, au regard de la situation régionale, il apparaît que le Loir-et-Cher affiche en 2015 le deuxième plus haut taux de recours à l'HAD pour 100 000 habitants par jour.

## Les services d'urgence

Les services des urgences du département sont confrontés à une forte croissance de leur activité :

	Nombre de passages			Nombre de passages gravité 1 (pouvant relever de l'ambulatoire)			Taux d'exhaustivité des données CCMU		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
<b>Département</b>	89093	98801	97709	Exploitation non possible car seul les CH de Blois et de Vendôme renseignent la CCMU de manière exhaustive.					
<b>CH de Blois</b>	49052	53700	51823	6764	8787	9498	77.06%	79.11%	99.30%
<b>CH de Vendôme</b>	17880	19204	19694	3461	3972	3831	97.99%	98.02%	96.32%
<b>CH de Romorantin-Lanthenay</b>	22161	25897	26191	La CCMU n'était pas renseignée à cette période.					

Entre 2013 et 2014 l'activité des services des urgences a cru de :

- + 9.67 % au niveau *départemental*, soit 8616 passages supplémentaires sur la période considérée. Par jour cela représente 23 passages supplémentaires pour le département.
- + 5.64 % pour le *CH de Blois*, soit 2771 passages supplémentaires sur la période considérée. Par jour cela représente 7 passages supplémentaires.
- + 10.14 % pour le *CH de Vendôme*, soit 1814 passages supplémentaires à l'année. Par jour cela représente 5 passages supplémentaires.
- + 18.18% pour le *CH de Romorantin-Lanthenay*, soit 4030 passages supplémentaires sur la période considérée. Par jour cela représente 11 passages supplémentaires.

Par ailleurs, il est relevé une croissance des passages aux urgences relevant d'une prise en charge par la médecine de ville, y compris pendant la période de permanence des soins ambulatoires

Entre 2013 et 2015, les centres hospitaliers de Blois et Vendôme ont enregistré une croissance respective de plus 40.41% et 10.69 % du nombre de passages de gravité 1. En 2015, entre Blois et Vendôme ce n'est pas moins de 36 passages aux urgences par jour qui aurait pu être évités grâce à une prise en charge par le médecin de garde.

- Médico-social

*Personnes âgées*

Le département compte 44 gestionnaires d'établissements pour personnes âgées.

A ce jour, le département est doté de :

- 7 établissements sanitaires portant chacun 1 à 4 sites d'EHPAD qui leur sont rattachés = 1857 places d'hébergement permanent
- 20 EHPAD publics autonomes = 1550 places d'hébergement permanent
- 17 EHPAD privés et associatifs = 1106 places d'hébergement permanent
- 2 Accueil de jour autonome = 26 places

Soit 4667 places au total (comprenant hébergement permanent, hébergement temporaire, accueil de jour). Depuis 2012, ce sont 163 places en EHPAD (hébergement permanent, hébergement temporaire, accueil de jour) qui ont été créées, dont un nouvel EHPAD sur BLOIS de 91 places.

Le taux équipement en places d'EHPAD est globalement satisfaisant, et supérieur aux valeurs régionales. Le taux de places médicalisées pour 1000 habitants de 75 ans et plus est en janvier 2016 de 141, contre 135,4 au niveau régional, et 127,6 au niveau national.

Cependant, plusieurs EHPAD ne disposent plus de médecins coordonnateurs, et rencontrent d'importantes difficultés de recrutement de personnel soignant.

Le Loir et Cher compte également 17 SSIAD = 811 places pour personnes âgées, une équipe spécialisée Alzheimer par arrondissement (30 places réparties sur les 3 arrondissements). Depuis 2012, ce sont 70 places qui ont été créées.

Les établissements et services pour personnes âgées rencontrent des difficultés de recrutement de personnel, notamment les aides-soignants.

La prise en charge des personnes âgées s'appuie également sur 3 centres hospitaliers, pôles de référence, dont 2 disposent d'une filière quasi-complète (Vendôme et Blois). La filière gériatrique sur le CH de Romorantin-Lanthenay reste à consolider.

Le dispositif MAIA est déployé sur l'ensemble du département. Il favorise la coordination des acteurs pour le repérage des situations de fragilité.

En 2015, les établissements de Loir-et-Cher ont enregistré 65 126 séjours en médecine chirurgie obstétrique (MCO), dont 18 153 séjours pour des patients de 75 ans et plus, soit 28% du volume considéré.

Ces 18 153 séjours représentent 123 637 journées réalisées soit l'équivalent d'un service hospitalier de 338 lits occupé à 100% sur une année complète. Sur l'année 2015, les personnes âgées de 75 ans et plus ont ainsi mobilisé 37% du capacitaire total du département en lits de MCO.

Il convient de souligner que l'activité MCO du Loir-et-Cher se caractérise par une prise en charge d'une patientèle âgée en proportion plus importante qu'au niveau national et régional (+ 6.20 points comparativement au niveau national, + 3 points en comparaison aux données régionales). En termes de file active, les 18 153 séjours consommés représentent 14 890 patients distincts.

Parmi les 18 153 séjours enregistrés en 2015 en MCO, 17 560 séjours ont pour mode d'entrée le domicile soit une proportion de 97 %.

Il convient de souligner l'importance des admissions suite à un passage aux urgences pour les patients de 75 ans et plus, 45.92% des séjours avec pour mode d'entrée le domicile.

13 établissements ont été équipés en télémédecine en 2013/2014 :

- centres hospitaliers de proximité : Montoire sur Loir, Montrichard, Selles sur Cher, Saint-Aignan ;
- EHPAD publics et privés : Marchenoir, Vallières, Chailles, Saint-Amand-Longpré, 1 EHPAD du centre hospitalier de Blois, Salbris, Contres, Villeherviers et Savigny sur Braye. L'usage n'est pas effectif, et nécessite une interface entre demandeurs et offreurs (en particulier les établissements de santé).

#### Personnes en situation de handicap

Le département de Loir et Cher est globalement bien doté en structures pour personnes en situation de handicap :

- pour le secteur enfants, le taux d'équipement en places installées pour 1000 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2016 pour les enfants et adolescents de moins de 20 ans (source FINESS) est de 3,5 pour les services (contre 3, 2 pour le niveau national, contre 3, 2 pour le niveau régional), de 7,4 pour les établissements (contre 6,6 pour le niveau national, contre 7,6 pour le niveau régional) ;
- pour le secteur adultes, le taux d'équipement en places installées pour 1000 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2016 (source FINESS) pour les adultes de 20 à 59 ans et pour les établissements et services est de 4, 21 (contre 2, 59 pour le niveau national, contre 2,78 pour le niveau régional).

#### Les enfants et adolescents

Le dispositif médico-social entre 2011 et 2016 a connu les évolutions suivantes :

	Nombre de places autorisées et installées au 31/12/2011	Nombre de places autorisées et installées au 31/12/2016	Evolution et commentaires
<b>Instituts Médico-Educatifs (IME)</b>	410	439	
- Dont unité polyhandicap		29	Correspondant aux 10 places à Mareuil, 15 places à Blois + 4 places à la Maison d'accueil Temporaire
- Dont unité TED		34	Réparties entre 24 places sur Naveil et 10 places à Crouy sur Cosson
- Dont Jardin d'enfants Spécialisé		18	Réparties entre Blois et Vendôme
- Dont Unité Enseignement Maternelle Autisme		7	Ouverte en 2015 sur Blois
<b>Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques (ITEP)</b>	157	146	-11 places (en raison de redéploiement de places pour l'ouverture du SARIA* qui fonctionne en continu)
<b>Services de Soins et d'Education Spécialisée à Domicile (SESSAD)</b>	252	251	Dont 1 place transformée en UEM autistes en 2015
<b>Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP)</b>	75	92	Augmentation de 17 places
<b>TOTAL</b>	<b>894 places</b>	<b>928 places</b>	

Tableau : Evolution du nombre de places pour enfants en situation de handicap sur le département (données FINESS)

Il convient de préciser que le CAMSP, au-delà d'une augmentation de sa capacité, a été reconnu équipe de diagnostic précoce relative à l'autisme afin de fluidifier les parcours des jeunes autistes sur le département et de mieux graduer la prise en charge offerte.

Au niveau de l'intégration en milieu ordinaire, Il est relevé une augmentation dans le 1er degré, une stabilité dans le 2nd degré. Le maintien en maternelle est envisagé sur décision de la MDPH uniquement.

Rentrée scolaire	2012	2013	2014	2015	2016
1er degré	642	658	692	692	757
2nd degré	516	531	557	523	534
<b>TOTAL</b>	1158	1189	1249	1215	1291

Effectifs des élèves en situation de handicap dans le 1er et le 2nd degré (données Education Nationale)

L'ensemble des enfants handicapés orientés vers un IME (167 orientations IME non mises en œuvre au 31 décembre 2016 selon les données MDPH) ou un SESSAD (304 orientations SESSAD non mises en œuvre au 31 décembre 2016 selon les données MDPH) ne peuvent pas bénéficier de cet accompagnement du fait d'un important écart entre l'offre et la demande. Cette situation se dégrade depuis plusieurs années malgré les projets développés dans le domaine de l'inclusion scolaire (par exemple unité d'enseignement maternelle pour enfants autistes).

Une cinquantaine de jeunes de plus de vingt ans restent accompagnés en IME au titre de l'amendement Creton (55 au 31 décembre 2016, soit plus d'un dixième des places d'IME), et sont dans l'attente d'une place dans un établissement pour adulte handicapé (ESAT, FO, FAM, MAS).

TABLEAU RECAPITULATIF DES JEUNES DE PLUS DE 20 ANS, ORIGINAIRES DU LOIR-ET-CHER,  
ACCUEILLIS DANS DES ETABLISSEMENTS POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS  
situation le 31 décembre 2016  
Pyramide des âges par années de naissance et type d'orientation

Colonne	1991	1992	1993	1994	1995	1996	Total
ESAT		2	2	4	8	16	32
FO			1	3	4	4	12
FAM						4	4
MAS	2	1			3	1	7
Total	2	3	3	7	15	25	55

Tableau: Pyramide des âges des jeunes sous amendement Creton au 31/12/2016 (données MDPH)

L'Éducation Nationale prend en charge par défaut en ULIS des jeunes relevant d'IME.

En attente d'orientation IME	R 2015	R2016	Variation
Notification IME en ULIS ECOLE	32	43	+34,4%
Notification IME en ULIS COLLEGE ou ULIS lycée	17	28	+64,7 %
Notification IME en classe d'enseignement général	25	34*	+28%
Total des élèves en attente d'orientation IME	74	105	+ 41,9%

Bilan des attentes d'affectations en IME (données Education Nationale)

\*la plupart des élèves sont maintenus en maternelle avec AESH: 29.

La liste d'attente en ULIS école est de 26 élèves sur le département. 43 élèves notifiés IME sont accueillis par défaut.

2 élèves sont en liste d'attente en ULIS collège. 21 jeunes notifiés IME accueillis par défaut.

Dans le cadre de la mise en œuvre des recommandations de la mission nationale « une réponse accompagnée pour tous », il est demandé aux acteurs de réfléchir à une adaptation de leur modes de prise en charge afin d'accueillir les jeunes.

Un appel à projet pour la constitution de pôles de compétence sur les situations complexes prévues par la nouvelle loi de santé est lancé fin 2016

### Les adultes

Le dispositif médico-social a connu les évolutions suivantes entre 2011 et 2016 :

	Nombre de places autorisées et installées au 31/12/2011	Nombre de places autorisées et installées au 31/12/2016	Evolution et commentaires
Maisons d'Accueil Spécialisé (MAS)	100	145	
Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM)	218	238	dont + 13 places FAM autisme (AJ+HP) et +5 places PHV Sur le Vendomois
Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH)	65	85	+ 20 places handicap psychique
Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) pour personnes handicapées	61	61	
Centre Rééducation-pré orientation professionnelle	130	130	
Établissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT)	593	598	
<b>TOTAL</b>	<b>1 167 places</b>	<b>1 252 places</b>	

Tableau : Evolution du nombre de places pour adultes en situation de handicap sur le département (données FINESS)

Des projets sont en cours de mise en œuvre :

- 3 places de MAS sur Montoire sur le Loir,
- 10 places de FAM PHV sur la période 2017/2018 (réparties 5 places sur Blois, 5 places sur Romorantin-Lanthenay)

L'ouverture de places pour personnes handicapées vieillissantes (FAM et FO), sur la période 2017/2018 permet en partie de répondre au vieillissement de la population en situation de handicap et aux besoins des jeunes sous amendement Creton avec la création de flux sur les dispositifs pour enfants handicapés.

Il convient de signaler l'intervention de trois Groupes d'Entraide Mutuelle à Blois et Vendôme dont deux pour handicapés psychiques et un pour personnes présentant les séquelles d'un traumatisme crânien. Un GEM pour handicapés psychiques serait souhaitable sur Romorantin-Lanthenay.

## **3.2- les dynamiques locales**

### **Coordinations**

L'antenne du Loir et Cher de la FRAPS (Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé) pilote 5 Coordinations départementales des acteurs en éducation pour la santé / promotion de la santé sont Elles portent sur les thèmes de la nutrition et l'activité physique, les addictions, la vie affective et sexuelle, la santé mentale et prévention du suicide ; la vaccination.

Des coordinations infra départementales se sont développées : la coordination prévention suicide sur Vendôme, la coordination santé précarité sur Romorantin-Lanthenay.

Des réseaux de santé à vocation départementale ont un rôle de coordination des soins et d'appui aux professionnels de santé ; le rézo addictions 41, le réseau santé nutrition diabète, réseau onco 41.

La maison des adolescents joue un rôle de soutien aux adolescents, jeunes adultes, aux familles et aux professionnels et intervient su Blois et Vendôme.

### **Coopérations**

#### *Le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT)*

Le 1er juillet dernier, l'ARS Centre-Val de Loire a approuvé la convention constitutive du GHT de Loir-et-Cher ainsi que les orientations stratégiques du Projet Médical et de Soins Partagé (PMSP). Le GHT de Loir-et-Cher est ainsi constitué des 7 centres hospitaliers du département, en l'occurrence : CH de Blois, CH de Romorantin-Lanthenay, CH de Vendôme, CH de Montoire sur le Loir, CH de Saint-Aignan sur Cher, CH de Selles-sur-Cher, CH de Montrichard.

Le projet médical et de soins partagé s'articule pour le Loir-et-Cher autour de 8 thèmes médicaux et de soins :

- L'amélioration de la prise en charge des cancers ;
- Le renforcement des prises en charges des risques neuro-vasculaires et respiratoires ;
- Le développement des soins palliatifs ;
- la coordination et l'amélioration des prises en charge en santé mentale ;
- La promotion des liens intergénérationnels et des solidarités ;
- L'optimisation des recours aux plateaux medicotechniques ;
- L'amélioration des prises en charges des situations aigües ;
- Le développement des spécialités d'organes médicales et chirurgicales.

#### *Les Contrats Locaux de Santé (CLS)*

Le Loir et Cher compte trois contrats locaux de santé, qui couvre les **2/3** du département :

- le CLS de 2<sup>nd</sup>e génération 2017 à 2019 de la ville de Blois, avec 4 axes : Favoriser le maintien des personnes en souffrance psychique ou souffrant de maladie mentale dans la cité ; Attirer et maintenir des professionnels de santé ; Promouvoir une politique volontariste en matière de nutrition ; Favoriser le vivre ensemble et lutter contre les stéréotypes.

- le CLS du Pays Vendômois 2012 à 2016 prolongé en 2017, avec 5 axes : Connaître, se connaître par une meilleure information commune ; Promouvoir l'attractivité du Pays Vendômois pour les professionnels de santé ; Favoriser et développer des actions dans le domaine de la prévention ; Faciliter l'accès au 1er recours/ s'assurer de l'accès pour tous aux soins primaires ; Conforter et adapter le suivi de la prise en charge.
- Le CLS de la communauté de communes du Romorantinais et Monestois 2014 à 2016 prolongé en 2017, avec 3 axes : Lutter contre la désertification médicale et assurer la continuité des soins ; Conforter la position du CHRL comme pôle ressource en termes d'offre de soins ; Rendre lisible les actions de prévention envers la population et coordonner les acteurs.

La loi de santé ouvre la possibilité de renforcer la coordination de dispositifs et la coopération entre les acteurs du territoire :

- les équipes de soins primaires (article L1411-11-1 CSP) ;
- les communautés professionnelles territoriales de santé (article L1434-12 CSP) ;
- les fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes (article. D. 6327-1. CSP) ;
- Communauté psychiatrique de territoire (art. L3221-2-VI).

#### **Points forts :**

- Un département considéré globalement comme bien équipé au niveau de l'offre en prévention, ambulatoire, sanitaire, médico-sociale, avec des disparités infra-départementales, au détriment du Nord, et de l'Est,

#### **Points faibles :**

- Un maillage territoriale insuffisant de la maison des adolescents, des consultations dans les CSAPA et CAARUD, pour les dispositifs d'aller vers : équipe mobile psychiatrie précarité, Osons Nous Soigner, Equipe mobile santé précarité notamment
- Des délais de rendez-vous longs pour les IRM, les spécialistes
- Des dispositifs sanitaires manquants sur territoire (unité neurovasculaire, coronarographie, unité de soins palliatifs, unité d'hospitalisation pour adolescents, gérontopsychiatrie, SSR spécialisé en addictologie ou onco-hématologie)
- Des services d'urgence embolisés par le premier recours, des sites fragiles (des postes vacants, un recours important à l'intérim),
- Une démographie médicale et paramédicale fragile,
- Des difficultés de prise en charge des jeunes en souffrance psychique,
- Des blocages pour l'accueil d'enfants en IME, saturés par des jeunes en aménagement Creton, et des débouchés difficiles dans le secteur adulte
- Une filière gériatrique incomplète sur le sud du département,
- Un retard dans le déploiement de la télémédecine,

#### **Préconisations, pistes d'actions :**

- La mise en place d'une équipe mobile gériatrique,
- Le déploiement des antennes de la MDA
- Un maillage à renforcer pour les consultations de proximité en addictologie, et les dispositifs d'aller vers,
- L'aboutissement de structures territoriales : UNV, unité de soins palliatifs



## 4<sup>ème</sup> partie : Les axes transversaux et les parcours de santé

A l'occasion de la concertation du conseil territorial de santé sur le cadre d'orientation stratégique, le bureau a dégagé des 6 thèmes où des intérêts à agir sont identifiés : la prévention et promotion de la santé, l'attractivité et la fidélisation des professionnels de santé, les personnes des personnes âgées, les parcours des personnes en situation de handicap, les parcours en santé mentale, les parcours de santé et les maladies chroniques.

Pour mener le diagnostic territorial partagé, le conseil territorial de santé s'est approprié la notion de parcours de santé confortée par la loi de santé.

Un parcours se définit comme la prise en charge globale du patient et de l'usager dans un territoire donné, avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix, nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, de l'ambulatoire, du sanitaire, du médico-social et du social et intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement.

Le parcours vise ainsi à « la bonne prise en charge (prévention, soin, accompagnement), au bon moment, au bon endroit, par le bon professionnel, en disposant du bon produit de santé, du bon matériel, et avec le bon réseau de soutien ».

Le diagnostic territorial partagé a été mené en cohérence avec les 3 orientations stratégiques pressenties :

- réduire de moitié la mortalité prématurée,
- favoriser l'autonomie, la qualité de vie, le maintien à domicile,
- réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Le diagnostic territorial partagé a été élaboré en exploitant l'outil SWOT, avant de dégager des actions prioritaires.

Pour rappel, le terme SWOT est un acronyme issu de l'anglais : strengths (forces), weaknesses (faiblesses), opportunities (opportunités), threats (menaces)

Les objectifs sont d'identifier les opportunités et menaces d'origine externe, ainsi que les forces et faiblesses d'origine interne du territoire en matière de système de santé.

Chaque thème devra croiser les dimensions suivantes : prévention, hospitalier, ambulatoire, médico-social, usagers, afin de favoriser une vision transversale

Les questions à explorer pour renseigner la grille SWOT, puis les préconisations et pistes d'actions peuvent être les suivantes :

- adéquation de l'offre aux besoins de la population
  - . répartition territoriale
  - . qualité des prestations (accessibilité, continuité, globalité de la prise en charge)
  - . prise en compte de publics spécifiques
- coordination des acteurs
- professionnalisation des acteurs
- des points de rupture sont-ils identifiés dans le parcours ?
- quel est le niveau de territoire d'action le plus pertinent ?

Pour renseigner cette grille, la méthode du métaplan (post-it) a été utilisée.

Le métaplan est une technique d'animation de réunion qui permet de lancer un échange, en rassemblant rapidement et facilement toutes les idées d'un groupe.

*Objectifs du métaplan :*

- *Donner à chacun l'occasion de donner ses idées de façon rapide et ludique*
- *Permettre au groupe de visualiser la richesse et la complémentarité de ses opinions, ou d'envisager tous les aspects d'une question*

*Méthode du métaplan :*

- *Inscrire la question au tableau, et distribuer post'it et feutres*
- *Inviter les participants à répondre avec une seule idée par post'it par une phrase courte exprimant une idée clé (qui soit explicite sans nécessiter de commentaire)*
- *Afficher les post'it et les classer par catégories de réponse*
- *Faire plusieurs itérations si nécessaire, pour progresser dans la visualisation*

*Classement des idées :*

- *mettre dans la matrice SWOT, dans les cases forces, faiblesses, opportunités, menaces,*
- *au sein d'une même case, regrouper par thèmes le cas échéant, par exemple adéquation de l'offre aux besoins de la population, coordination des acteurs, professionnalisation des acteurs,*

*Conseils pour un métaplan réussi :*

- *Écrivez tout ce que vous pensez*
- *Une seule idée par post'it (faites des phrases courtes, pas des mots isolés)*
- *Une écriture lisible (7 mots sur 3 lignes)*
- *Temps de commentaire limité à 30 secondes par post'it*
- *Parlez fort et clairement, chacun à son tour*
- *Recherchez des solutions, pas des coupables*
- *Faites des propositions constructives*
- *Écoutez les opinions des autres*

## 4.1 - la prévention et la promotion de la santé

FORCES	FAIBLESSES
<p>CLS constitue une force en matière de connaissance du territoire (coordination des acteurs facilitée ; richesse du tissu)</p> <p>Petit département par rapport au nombre de la population et au nombre de soignants (exemple de la pédiatrie où les acteurs se connaissant tous – facilitation des échanges et de la coordination)</p> <p>Partenariat existe entre les différentes structures (ADOC, ONCO, Réseaux...)</p> <p>Bon réseau de professionnels, volontaires pour promouvoir la PPS</p> <p>Accompagnement des médecins libéraux par la CPAM pour développer la PPS</p> <p>CPAM et associations vont au-devant de la population, apprécié des usagers (Mondoubleau par exemple) ; travail en partenariat</p> <p>Réseau associatif présent qui œuvre dans le champ de la prévention</p> <p>Spécificité permet d'aller au plus près des publics : jeunes ; femmes enceintes, précaires ; aller au plus près des besoins</p> <p>Développement de formations en PPS et en développement des compétences psychosociales : formations des sages-femmes à l'entretien prénatal précoce, repérage des crises suicidaires, radicalisation...), sensibilisation aux addictions et aux technique d'intervention en prévention</p> <p>Activités innovantes : mises en place d'actions sur le bien vieillir (Siel Bleu, maison Bleu, vivre autonome 41)</p> <p>Mise en œuvre des actions ETP</p> <p>Repas équilibrés en maternelles, collèges, lycées ; offre de repas équilibré</p> <p>Consultation diététique gratuite pour les 11-21 ans à la MDA</p> <p>Dépistage opérationnel des enfants : visuels</p>	<p>Manque de coordination</p> <p>Que 3 CLS (CLS Installés d'abord là où il y avait de la ressource)</p> <p>Département étendu et rural</p> <p>Manque De Lisibilité Dans Les CLS Toutefois Qui Persiste : Coordination Perfectible</p> <p>Manque de soignants</p> <p>Méconnaissance des actions portées par Les Autres, manque de lisibilité des acteurs</p> <p>Manque de temps pour les médecins libéraux et manque de médecins traitant</p> <p>Insuffisance de la médecine du travail chez fonctionnaires d'Etat et privée, à mettre en lien avec le manque de médecins en général sur le territoire</p> <p>Inégalités des repas équilibrés Dans Les Cantines ; PNNS pas toujours appliqué</p> <p>Difficulté des parents à entendre parfois les problématiques de santé de leurs enfants et les conseils en prévention (ex : problème de surpoids) pour des raisons sociétales, culturels, économiques...</p> <p>Partenariat long à mettre en place dans le cadre des PRE – articulations difficiles</p> <p>Coût d'extension des actions PRE</p> <p>Les actions dans les établissements scolaires (1<sup>er</sup> ou 2<sup>nd</sup> degré) sont souvent portées par un seul professionnel (infirmière, CPE ou personnel de direction) et non par l'ensemble du corps pédagogique. Ceci rend la pérennité des projets instable du fait du possible turn-over au sein des établissements et de la sensibilité de chacun pour développer la prévention.</p>

<p>auditifs IMC par le CD</p> <p>PRE dans les quartiers prioritaires politique de la ville</p> <p>Actions par des préventeurs externes dans collèges et lycées (tabac, écran, harcèlement...) conduites à risques, travail sur les compétences psycho-sociales...)</p> <p>Consultations de proximité dans les lycées professionnels, agricoles, CFA, permanences sur le territoire</p> <p>Dépistage des cancers efficient : 3<sup>ème</sup> département pour le colon et dans les 10 meilleurs pour le sein</p> <p>Accès à la contraception en libérale et hospitalier à partir de 15 ans</p> <p>CPEF intervient à la MDA</p> <p>Dépistage hors les murs par le MFPP en collaboration avec CEGIDD à venir</p> <p>CEGIDD mis en place avec des compétences d'aller vers à mettre en œuvre</p> <p>Actions nombreuses PPS au sein de l'éducation nationale</p> <p>FRAPS peut accompagner à la méthodologie de projet (contexte, besoins, projet, évaluation...)</p> <p>Une infirmière dans chaque collège et lycée</p>	<p>Travail de promotion pas différencié de celui de la prévention : connaissance du concept de promotion à développer - Pouvoir appréhender ce concept - Notion à introduire et expliquer dans le PRS2</p> <p>Certains établissements de soins, cantines scolaires ... : goût des repas à améliorer (repas toutefois équilibrés) ;</p> <p>Contraception des mineures pas assez promue en zone rurale – partenariat faible avec les médecins</p> <p>Difficulté de l'anonymat en pharmacie</p> <p>Violence envers les enfants : manque de formation envers les professionnels de santé</p> <p>Adolescents/MDA : un seul porteur ; partenariat affaibli (CD, ville)</p> <p>Politique vaccinale faible (hépatite B et pneumocoque) ; dépistage du VIH, IST</p> <p>Désertification médicale certes mais manque de prévention dans les MSP</p> <p>Peu d'évaluation des actions menées par l'éducation nationale (technique, à quel moment, sur quel thème)</p> <p>Manque de connaissance des besoins de la population (associations, institutions pensent connaître leurs besoins) ; manque de diagnostic populationnel la population</p> <p>Actions réalisées sur un territoire reposant sur des cartographies et pas le besoin de la population</p> <p>Manque de personnels qualifiés pour faire de la prévention en zone rurale –problème de moyens financiers</p> <p>Travail à développer sur parcours de santé</p>
---	---

	<p>Manque de liberté de choix pour le public ; accompagnement faible en amont pour favoriser cette liberté de choix</p> <p>Coordination sur les facteurs environnementaux ; faiblesse de la prise en compte des déterminants environnementaux</p> <p>Passage du thématique au populationnel</p> <p>Cas complexe : la prise en charge globale est affaiblie</p> <p>Difficulté d'accès aux soins pour certaines situations telles que les personnes qui souffrent de comorbidités importantes (ex : psychiatrie et addiction)</p> <p>Hôpital hors les murs et articulation des actions de prévention dans les hôpitaux</p> <p>Informations préoccupantes viennent des médecins de l'hôpital et peu des médecins libéraux</p> <p>Faiblesse de l'aller vers</p> <p>Absence de CLSM contrat local de santé mentale</p> <p>Pas d'argent mais on a en tête des actions qui fonctionnent bien : absence de recensement des actions probantes, évaluées pour les développer</p> <p>Absence d'étymologie commune concernant la précarité et la vulnérabilité.</p> <p>Une prévention à renforcer à la maison d'arrêt, notamment de réduction des risques et des dommages</p>
<i>OPPORTUNITES</i>	<i>MENACES</i>
<p>Appui des réseaux de coordination nationaux et régionaux, notamment MDA, réseau parentalité Observatoire départemental</p> <p>Evolution de la prévention : universelle et ciblée</p> <p>MDA : travail sur le territoire avec tous les acteurs</p> <p>Le conventionnement sur 4 ans donne une visibilité d'action et de projet à moyen terme pour le champ de la prévention et de la promotion de la santé</p>	<p>Problème d'accès aux messages de prévention lié parfois aux inégalités sociales et aux différences culturelles.</p> <p>L'accès aux soins dépend parfois de la capacité à accepter la problématique (déli, représentation sociétale de la problématique, difficultés liées à l'intime...)</p> <p>Freins sociaux et économiques pour la prise en</p>

<p>Evolution de la conception de la santé qui englobe l'ensemble des déterminants et qui ne s'arrête pas au curatif</p> <p>Répertoires d'acteurs et d'actions (ROR, et ORRA, REZO addictions...)</p> <p>Parole de l'usager</p> <p>Maintien d'une infirmière dans chaque collège et lycées par l'éducation nationale</p> <p>Réseau Prévention Aide Suivi (Réseau PAS), suivi MGEN et Education nationale pour les salariés de l'Education Nationale.</p> <p>Loi de santé de janvier 2016 place la prévention comme priorité de santé</p> <p>Evolution des nouvelles technologies va entraîner l'évolution des moyens d'intervention en prévention et en promotion de la santé</p>	<p>charge des personnes en situation de précarité financière et/ou vulnérables (mineurs, personnes âgées)</p> <p>Freins sociaux : nutrition équilibrée</p> <p>Le conventionnement sur 4 ans ne permet pas la projection des programmes de prévention sur du long terme et met les acteurs de terrain dans une certaine forme de concurrence. Bien que la prévention soit définie comme une priorité de la loi de santé de 2016, les financements restent non pérennes, contrairement au soin.</p> <p>Manque d'engagement de nos politiques nationaux sur les financements tend à faire considérer la prévention comme du superflu</p> <p>Problème de la couverture départementale « zone rurale » pour MDA notamment « services aux jeunes » : sud du département)</p> <p>Difficultés de transport pour les personnes vulnérables (femmes enceintes, mineurs, personnes âgées), mais également pour les personnes en situation de précarité sociale et/ou économique (femmes victimes de violence)</p> <p>Population a du mal à accepter des informations par des non médecins</p> <p>Culture française centrée sur le médical : la population a du mal à accepter des informations par des non médecins</p> <p>Ecran, cyber harcèlement, fracture numérique tendent à faire évoluer les comportements à risque et le mal-être.</p> <p>Le rôle de coordination octroyé aux MDA par la loi de santé se heurte aux difficultés de moyens sur notre département. Elle est actuellement en incapacité couvrir l'ensemble du département.</p> <p>Risque de baisse de subvention alors que demande croissante d'interventions sur tout le département</p> <p>Manque de médecin traitant pour assurer dépistage cancer colon, sein</p> <p>Structure départementale organisant les</p>
--	--

	<p>dépistages organisés va disparaître en janvier 2019 ? : maintien du médecin local pour contact patient ? (suivi des dossiers, expertise médicale seront régionalisés)</p> <p>Parole de l'utilisateur pas assez présente (place, écoute)</p> <p>La dynamique de coordination des acteurs et les moyens mis en œuvre dans ces différentes instances peuvent conduire au risque de faire que de la coordination au détriment des acteurs de terrain</p> <p>Moyens supplémentaires pour la coordination</p> <p>Diversification des objets d'addiction Quelles marges auront les acteurs pour pouvoir innover face aux évolutions des objets d'addiction ?</p> <p>Comment les acteurs privés (associatifs ou libéraux) pourront s'inscrire dans le cadre de la mise en œuvre des GHT ?</p>
--	--

### **Préconisations, pistes d'actions**

- Définir les outils de communication, listant les acteurs en PPS à destination des professionnels et des usagers, les points de relais, les modalités de diffusion
  
- Cible prioritaire = les jeunes :
  - promouvoir les compétences psychosociales en lien avec l'Education Nationale
  - promouvoir les services à destination des jeunes : sites internet officiels, consultations avancées, CPEF, centre de dépistage....
  - question de l'accompagnement des parents à prendre en compte
  
  - promouvoir les avancées de la loi pour les 15-18 ans sur les modalités d'attribution de la contraception auprès des médecins, des pharmaciens...
  - définir/partager des outils de communication d'aujourd'hui pour « toucher » les jeunes

- Améliorer la politique de « l'aller vers »
  - o Fréquence des transports à améliorer pour tous les publics fragiles – gratuité des transports à étudier
  - o Etre présent sur les réseaux sociaux fréquentés par les jeunes (*confer expérience de la Manche (confer expérience de la Manche « Les promeneurs du Net »)*)
  - o Augmenter les lieux de consultations pour les jeunes
- Améliorer la promotion de la vaccination
- Renforcer la promotion du respect en intra familial, dans les établissements scolaires = prévenir les discriminations, les violences conjugales, le sexisme, le harcèlement
- Promouvoir le PNNS (alimentation équilibrée, circuits courts, agriculture biologique...) et lutter contre la sédentarité : élargir l'offre en matière de consultations gratuites de diététiciennes sur le département
- Développer des actions en faveur d'un meilleur environnement (habitat, air intérieur)
- Renforcer la formation des professionnels (médecins, paramédicaux, sociaux...) en PPS
- Prévenir les conduites à risque (prise de risque IST, substances psychoactives, ...)
- Mieux orienter les actions de prévention en faveur des personnes en situation de précarité (plus d'accompagnement, plus d'aller-vers / préalablement poser les définitions partagées)

#### ***4.2- l'attractivité et la fidélisation des professionnels de santé (médicaux, paramédicaux, ville, établissements et services)***

<i>FORCES</i>	<i>FAIBLESSES</i>
<p>- <b>Notre territoire pour y vivre</b> : Qualité et coût de la vie dans notre département ; accessibilité (TGV), proximité agglo et Val de Loire, localisation dans la région (proximité Tours / Orléans), aspects culturels</p> <p>- <b>Territoire avec une offre de soins diversifiée</b> en terme d'établissements, de réseaux structurés, avec plateaux techniques de taille humaine pouvant faciliter les liens entre professionnels, les réseaux existant,</p>	<p>- « <b>Ruralité</b> » du territoire : pas de grandes villes, pas de grandes facs, pas de mer, ni de montagne, peu d'offres d'emploi pour les conjoints et différences territoriales entre les bassins du département en terme de services publics (baisse d'attractivité pour les jeunes couples)</p> <p>- <b>Offre de soins</b> : Concurrence possible entre les pôles Orléans / Tours, taille des plateaux techniques, taille insuffisante des maisons de santé, manque de leaders d'opinion et de porteurs de projet, perte de</p>



<p>les associations...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Possibilités de personnaliser son exercice au regard de la diversité des modes d'exercice existant</b> : Païs (Plateforme Alternative d'Innovation en Santé); exercices professionnels sur plusieurs sites ou exercice partagé hospitalier/libéral ; exercices regroupés, recrutement collectifs partagés, Maisons de Santé Pluriprofessionnels, travail en réseau</li> <li>- <b>Possibilité d' Enseignement sur le territoire et compétences des professionnels</b> : existence d'IFSI – IFSA, proximité de la faculté de médecine, accueil d'étudiants en stage dont étudiants en médecine, diversité des lieux de stage avec terrains de stage originaux (ex réseau d'addictologie), professionnels investis dans l'enseignement</li> <li>- <b>Mobilisations des acteurs par rapport à l'offre de soins avec prise de conscience collective</b> : nombreux dispositifs de l'ARS 41 mis à disposition , mobilisation des élus et collectivités territoriales en faveur des professionnels de santé, connaissance des acteurs entre eux</li> <li>- <b>Investissements des professionnels du territoire en activité et retraités</b> : URPS, Conseils départementaux, syndicats, dans l'enseignement à la Faculté...</li> </ul>	<p>l'attractivité de l'exercice libéral</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Démographie des professionnels de santé</b> : existence de « déserts médicaux », pyramide des âges pour les médecins, manque des spécialistes, de kinésithérapeutes, d'orthophonistes ... sur-activité pour certains professionnels, difficultés d'assurer certains suivis pour les patients</li> <li>- <b>Caractéristiques de la population prise en charge</b> : difficultés en lien avec la ruralité, le vieillissement, peu de mobilité des patients, exigence croissante en terme de qualité ou de possibilité de soins</li> <li>- <b>Offre de soins à domicile</b> : manque de formation de certains acteurs du soins (aides à domicile), organisation du travail à domicile, difficulté de coordination, sorties à domicile non anticipées et non coordonnées, communication non adaptée des informations pour continuité des soins</li> <li>- <b>Etudes médicales</b> : maquettes des études « figée », peu innovantes, faiblesse d'organisation de la faculté de médecine de Tours pour les parcours post internat permettant installation sur territoire, nombre d'étudiants formés annuellement par rapport aux besoins, difficultés de trouver des solutions d'hébergements, nombre de lieux de stages proposés et diversité, manque de maîtres de stage</li> <li>- <b>Conditions d'installation</b> : méconnaissance des souhaits des jeunes professionnels, liberté du choix d'installation, absence d'actions communes et concertées pour les nouveaux professionnels, manque d'informations sur les possibilités d'installation, étanchéité des systèmes, lourdeurs administratives</li> <li>- <b>Conditions d'exercice</b> : informatisation contraignante, lourdeurs administratives, souhait d'un travail de groupe et non isolé, permanence des soins non opérationnelle</li> </ul>
<b>OPPORTUNITES</b>	<b>MENACES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Le Territoire</b> : Qualité de vie, territoire non saturé avec facilité d'installation, enseignement supérieur, diversité des entreprises, accueil des collectivités,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Fuites des professionnels en lien avec les conditions d'exercice</b> : exercice imposé sur plusieurs sites, exercice solitaire par désertification, cloisonnement dans les</li> </ul>

connaissance des acteurs du territoire entre eux, patientèle rurale plus facile à soigner

**- La Formation des professionnels :**

Proximité de la Fac de Tours et saturation des terrains de stage au CHRU, accueil de professionnels en formation, révision du numérus clausus par région, réforme des études médicales, mise en œuvre de formations pluri-professionnels

**- L'Implication des professionnels dans l'accueil et la formation des étudiants :**

tissu des maîtres de stage universitaires, opportunité de faire connaître les différentes activités dont domicile, investissement des professionnels

**- Les Modes d'exercices proposés :**

structures pluridisciplinaires, exercices mixtes, exercices regroupés, exercices temporaires (ex med collaborateur), télémédecine, travail sur le parcours de santé, continuité d'activités pour les médecins retraités

**- L'Europe de la santé :** connaissance de ce qui se passe à l'étranger, filières de recrutement de professionnels étrangers (médecins, kinésithérapeutes, dentistes ...)

modes d'exercice, augmentation de la part sociale dans exercice médical

**- Inadéquation entre ressources et besoins de santé grandissant :**

\* *en lien avec population prise en charge :* vieillissement de la population induisant des maladies chroniques et un recours au soin plus compliqué, population plus fragiles et augmentation de la précarité (non recours aux soins)

\* *en lien avec offres de soins :* disparition d'offres de soins, désertification de certaines zones, manque de professionnels, non remplacement des départs en retraite des professionnels, recrutement par défaut de médecins étrangers avec d'autres pratiques professionnelles

**- Conditions d'installation non adaptées aux besoins :** une liberté d'installation qui rend difficile la régulation de la répartition des professionnels de santé, superposition des dispositifs d'aide (inflammation), initiatives pour attractivité des médecins dispersées, lourdeurs administratives

**- Parcours de santé non optimisés ou non adaptés :** coordination des soins non réalisée, maintien au domicile précaire faute de professionnels, fermeture des services de proximité par manque de moyens

**- Le Groupement Hospitalier de Territoire :** crainte pour le privé, risque d'hospitalo-centrisme

**- Concurrence entre acteurs du soins :** entre territoires, entre GHT, entre hôpitaux, entre lieux de stage proposés

**- Tendances sociétales :** Ubérisation de la société, souhait de ne rien changer par crainte de pertes des acquis

### **Préconisations, pistes d'actions**

- Favoriser les liens interprofessionnels : favoriser le travail ensemble, les suivis collaboratifs, développer le travail en réseau, développer les maisons de santé
- Optimiser l'accueil des étudiants : enrichir les possibilités de stages en ouvrant des nouveaux lieux de stage spécialisés (reconnaissance des expertises des professionnels, des équipes), augmenter le nombre de maisons de santé universitaires, faire preuve d'innovation dans les terrains de stage proposés (place des réseaux,...), personnaliser les stages par rapport aux projets professionnels des étudiants, faciliter l'hébergement
- Recueillir de façon organisée les attentes des nouveaux professionnels pour adapter les informations sur les dispositifs et les propositions
- Mettre en place une plateforme commune avec un portail d'information unique
- Développer l'expérience PAIS sur d'autres communes ou zones du territoire : permettre de répondre aux besoins d'une population avec plus d'efficacité surtout en ruralité, permettre une activité diversifiée pour les professionnels et une qualité de vie
- Faciliter l'installation de maisons de santé, au niveau administratif, permettant un travail en groupe, une conservation d'une qualité de vie (horaires, astreintes ...) et les repositionner comme élément pivot dans les soins de proximité et les parcours de santé
- Proposer les activités mixtes : développer les temps partiels
- Fidéliser sans « engagement » pour tenir compte d'une mobilité plus importante dans les parcours de vie des jeunes
- Proposer une convention sélective : favoriser les installations, l'offre de soin de proximité
- Réguler l'offre de soins : encadrer l'installation des médecins, définir des plateaux techniques performants, réaliser des cartographies pour adapter offres aux besoins
- Permettre le développement de la délégation de tâches : définir des protocoles, positionner les maisons de santé
- Faire évoluer les actes en lien avec les nouvelles missions demandées aux professionnels
- Remettre en place le médecin référent : option possible pour le médecin généraliste, conventionner avec CPAM, mutuelles pour tiers payant intégral et délégation de gestion administrative

### 4.3- les parcours des personnes âgées (fragiles, dépendantes)

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 filières gériatriques à consolider</li> <li>- Organisations structurées</li> <li>- guichet unique vivre autonome 41</li> <li>- Équipement de télémédecine disponible</li> <li>- Identification de lits dédiés PA dans les centres hospitaliers : développer les hospitalisations programmées</li> <li>- Maillage territorial des EHPAD sur l'ensemble du territoire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accès premier niveau soin (zones blanches, désertification médicale, difficulté à trouver un médecin traitant, transport, kiné, auxiliaires médicaux)</li> <li>- Partage des informations pour les professionnels</li> <li>- Accès aux informations pour les usagers</li> <li>- développement de la télémédecine, quel professionnel ?</li> <li>- Offre de répit à développer avec sa coordination (HTU, AJ, HT, accueil de nuit, accompagnement des aidants)</li> <li>- repérage des situations de fragilités à domicile</li> <li>- pas de CLIC de niveau 3</li> <li>- Coordination des professionnels (SAAD, SSIAD, HAD)</li> <li>- Sortie d'hospitalisation</li> <li>- Allers-retours aux urgences, articulation pompiers-CH</li> <li>- aucune unité de géronto-psy (hors démences), lien avec la psychiatrie</li> <li>- Insuffisance de dispositif adapté pour les Personnes Handicapés Vieillissantes</li> <li>- Offre de SSIAD PA PH à développer</li> </ul>
OPPORTUNITES	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utiliser la télémédecine par les professionnels de santé</li> <li>- GHT</li> <li>- Maintien à domicile : développement des offres diversifiées</li> <li>- Formations des aidants, des professionnels</li> <li>- Concept de fragilité défini</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fuite des spécialistes</li> <li>- Inégalité financière / départements limitrophes</li> <li>- Glissement de taches en cascade entre services médicaux / services médico-sociaux</li> </ul>

### Préconisations, pistes d'actions :

- Mettre en place une équipe mobile gérontologique à domicile en appui sur les CH de référence
- Plan de communication à développer sur les ressources :  
Faire connaître et développer les systèmes d'informations : DMP, Via trajectoire, ROR, MSS, Vivre Autonome 41  
Former les acteurs locaux relais à communiquer sur les dispositifs de prise en charge (Mairies, associations..)  
Communication adaptée aux usagers dans les cabinets des acteurs de santé
- Evaluation gérontologique aux urgences
- Hébergement temporaire d'urgence : à développer + cahier des charges à définir
- Développer la coordination
- Unités géronto-psy adossées et / ou soutenues par les unités psychiatriques, cette préconisation est à articuler avec celle formulée dans le parcours santé mentale relativement à la prise en charge des personnes âgées
- Former les professionnels intervenant à domicile au repérage des situations de fragilité
- Identifier un guichet unique vers qui orienter les situations de fragilités pour les évaluer et les prendre en charge : CLIC niveau 3.
- Dispositif de formations à développer
- Travailler sur les sorties d'hospitalisation ( DLU / lettre à J zéro).
- Développer les solutions alternatives l'hébergement permanent (EHPAD hors les murs).

### **4.4- les parcours des personnes en situation de handicap (tous âges, tous handicap)**

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"><li>- Taux d'équipement supérieur au niveau national</li><li>- Un réseau médico-social développé</li><li>- Une volonté d'aller vers</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Un taux d'équipement à relativiser au regard d'établissements à vocation interdépartementale</li><li>- Des listes d'attente également importantes</li><li>- Des enfants avec des orientations en IME non réalisées et pris en charge par défaut dans l'éducation nationale,</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Des formations existantes sur le département</li> <li>- Déplafonnement du tarif de référence sur la PCH volet aide humaine par le CD</li> <li>- Une évolution favorable de la prise en compte des besoins et attentes des personnes handicapées (mise en place effective de la loi de 2005)</li> <li>- Des dispositifs de coordination ayant pour missions d'élaborer un diagnostic et de coordonner le parcours autour de thématiques spécifiques (troubles Dys ou Autisme).</li> </ul>	<p>voire à domicile</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des jeunes adultes maintenus en aménagement Creton, faute de débouchés vers le secteur adulte</li> <li>- Un déficit de coordination entre les différents secteurs (MS, ambulatoire et Sanitaire)</li> <li>- un problème de valorisation des dispositifs existants et de leur connaissance par les acteurs</li> <li>- manque de préparation des retours à domicile (après une hospitalisation)</li> <li>- un manque de formation autour des besoins des PH qui évoluent</li> <li>- une prise en charge insuffisante pour répondre aux besoins des élèves et plus généralement des enfants dys</li> <li>- des dispositifs de coordination à consolider dans leur fonctionnement et financièrement</li> <li>- Une absence d'IEM sur le département obligeant les enfants à faire des trajets très longs ou à se séparer très tôt de leur famille</li> <li>- un maintien à domicile difficile à mettre en œuvre financièrement, notamment pour les bénéficiaires de l'AAH, en terme de surcout PCH aide humaine...</li> <li>- une démographie médicale et paramédicale en difficulté sur le département</li> </ul>
<b>OPPORTUNITES</b>	<b>MENACES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un contexte législatif favorable (rapport Piveteau, une réponse accompagnée pour tous, la stratégie quinquennale)</li> <li>- Contractualisation et réforme de la tarification SERAFIN-PH</li> </ul> <p>Une évolution du public qui questionne les institutions sur la nécessité de leur adaptation (ESMS et société) (phénomène de glissement)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une problématique de manque de place importante</li> <li>- Un problème d'adéquation de l'offre face aux besoins (qualitatif, une évolution de la charge en soins et en fonction des âges et des pathologies)</li> <li>- Les départements qui ont des IEM refusent les enfants du 41 au motif qu'ils privilégient les enfants de leur département.</li> </ul>

-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problème de localisation géographique des ESMS et d'accessibilité globale (inclusion en milieu ordinaire, accessibilité aux professionnels, notamment dentiste, ophtalmologue, examens divers...)</li> <li>- Une raréfaction des ressources nationales et départementales (financement)</li> </ul>
---	---

### Préconisations, pistes d'actions

- Avoir des données fiables (quantitatif) afin d'objectiver les besoins des usagers du territoire
- Développer la communication sur les dispositifs existants vis-à-vis des professionnels et des aidants
- Développer la coordination des dispositifs existants (avoir une meilleure visibilité de l'existant et s'assurer de la présence du bon acteur au bon endroit et au bon moment)
- Diversifier l'offre de prise en charge vers le domicile (accueil de jour, accueil temporaire, plateforme pluri-compétente pour accompagner à domicile)
- Développer des alternatives à la prise en charge des jeunes en places en établissements
- Sur le modèle de la méthode MAIA, une équipe départementale (coordination) pour orienter et faire appel au bon interlocuteur sur la question de l'articulation ville/hôpital (Entrée et sortie d'hospitalisation)
- Aide aux aidants : développer l'offre d'accueil de jour, d'accueil temporaire pour soulager les aidants (plateforme de répit PA à élargir)
- Mutualiser la formation des professionnels (ESMS et du domicile) et des aidants et l'information des aidants
- Développer la télémédecine comme outils d'aide à la prise en charge,
- Développer les actions de prévention (hygiène buccodentaire, prévention des addictions)
- Comment réfléchir au maintien à domicile par rapport aux ressources financières nécessaire à sa mise en œuvre ? (enjeu national) Mettre à disposition les ressources financières suffisantes au maintien à domicile dans de bonnes conditions. Tenir compte également du « rapport qualité-prix » entre le maintien à domicile et l'accueil en établissement.

## 4.5- les parcours en santé mentale

La journée de travail a débuté sur la notion de « Santé mentale ». Ce concept est en effet à définir pour ainsi déterminer son champ de recherche et d'application. Partant de la définition de l'organisation mondiale de la santé, elle « englobe la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles ». La psychiatrie (enfant, adolescent et adulte) s'intègre donc dans ce cadre.

A l'intérieur de ce champ de santé mentale, nous y trouvons des axes préventifs, des axes thérapeutiques et des axes d'accompagnements. Ces axes s'appuient sur des dispositifs variés et différenciés, qui sont sous-entendus par une organisation sanitaire publique, privée et/ou une organisation médico-sociale. La notion de parcours en santé mentale nécessite l'articulation distinctive de ces dispositifs sans entraves organisationnelles, administratives ou idéologiques.

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Multiplicité des acteurs et dispositifs autour des parcours en santé mentale.</li> <li>- Volonté de travail ensemble</li> <li>- Nombreuses compétences</li> <li>- Partenariats</li> <li>- Maillage historique du territoire</li> <li>- Action de la CORALHI (commission pour l'orientation vers le logement et l'hébergement d'insertion) organisant la coordination des acteurs pour favoriser l'accès et le maintien dans le logement des personnes en souffrance psychique</li> <li>- Action du CLS de Blois organisant la coordination des acteurs pour favoriser l'accès et le maintien dans le logement des personnes en souffrance psychique</li> <li>- Complémentarité des établissements de santé publics et privés – diversité de l'offre – coopération entre établissements, travail de proximité en lien avec les autres acteurs de la prise en charge dans chaque territoire</li> <li>- Sectorisation psy (mais avec une vigilance sur les rigidités)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaissance des acteurs et des dispositifs</li> <li>- Difficultés de coordination entre les acteurs</li> <li>- Démographie médicale</li> <li>- Ruptures en lien avec l'âge (adolescents/adulte, vieillissement)</li> <li>- Formation des professionnels, des aidants</li> <li>- Place des usagers et des aidants</li> <li>- Gestion de l'urgence – manque d'anticipation</li> <li>- Inégalité territoriales</li> <li>- Manque d'adaptation de certains locaux (établissements de santé, logement)</li> <li>- Stigmatisation des patients auprès du grand public et professionnels de santé (soins somatiques) et sociaux</li> <li>- Populations particulières : autisme, demandeurs d'asile, sans domicile, précaires, femmes en errance, psychotiques vieillissants, problématiques addictives, délinquants</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacité à aller vers</li> <li>- Capacité à accompagner</li> <li>- Compétences en formation</li> <li>- Possibilités de diagnostic précoce</li> <li>- Gratuité des soins</li> <li>- Efficacité des traitements médicamenteux actuels, qui renforce la qualité des prises en charge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque d'hospitalisation pour les adolescents</li> <li>- Des délais longs pour les rendez-vous en pédopsychiatrie</li> </ul> <p>Que le soin psychique à l'enfant soit sous tendu par le service public ou les dispositifs associatifs (CMPP), cette réalité des listes d'attentes est beaucoup trop longue au regard du temps psychique de l'enfant. Les souffrances, les différentes formes symptomatiques de l'enfant, nous invitent à réduire ces temps d'attentes trop longs afin de recueillir, accueillir, soigner et accompagner les parcours des enfants pour que l'attente n'enkyste pas des potentialités psychiques et développementales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque de structures ouvertes parents-enfants « 3 à 11 ans »</li> <li>- Manque de moyens en personnel et en formation dans des structures existantes pour être adaptées à la prise en charge</li> <li>- Situations de patate chaude, avec renvois de responsabilité dans la prise en charge d'une institution à l'autre</li> <li>- Difficulté pour certaines structures de travailler les projets de sortie des patients</li> <li>- Outil d'évaluation des besoins des personnes ayant des troubles psychiques insuffisamment adaptés – manque de partage</li> </ul>
<b>OPPORTUNITES</b>	<b>MENACES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contexte national de mise en œuvre de plans de santé mentale</li> <li>- Cadre territorial d'échange et de concertation (conseil territorial de santé)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque de moyens</li> <li>- Manque de souplesse des modalités de financement</li> <li>- Inadaptation des financements et de temps de travail pour valoriser la</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Travail départemental autour de la coordination des parcours des adolescents</li> <li>- La notion de secteur a été nommée et valorisée. Le secteur non pas comme simple découpage géographique d'un territoire mais au sens d'un ensemble de dispositifs de soins différenciés et articulés pour un secteur géodémographique donné. C'est au sein de cet échange qu'apparaît « la communauté psychiatrique de territoire », éléments de la loi de modernisation du système de santé, qui « fédère les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale qui la composent pour offrir aux patients des parcours de prévention, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale coordonnés et sans rupture ». (Extrait du décret n° 2016-1445 du 26 octobre 2016 relatif aux communautés psychiatriques de territoire). Peut-être, ici, un outil de la loi de janvier 2016 pouvant être un opérateur de liens et d'articulations entre l'ensemble des personnes concernées par le soin psychique ?</li> </ul>	<p>coordination</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Difficultés à faire émerger des propositions nouvelles et adaptées en raison de blocages institutionnels et de personnes – Les modalités de financement à la place.</li> </ul>
---	---

### **Préconisations, pistes d'actions**

- Développer la connaissance mutuelle, le partage de ressources (formation) et améliorer la coordination entre les acteurs de psychiatrie (public et privé), du somatique et de la santé mentale, des libéraux, des secteurs sociaux et médico sociaux (Conforter la notion de secteur en terme de territoire pertinent, examiner la pertinence de la création d'une communauté psychiatrique de territoire) sur le département à la suite d'un diagnostic territorial partagé en santé mentale (art L3221-2 II-VI du code de santé publique)
- Construire les projets avec la personne et avec son accord et définir un coordonnateur de parcours.
- Structurer un dispositif départemental de gérontopsychiatrie /psychogériatrie s'adressant à toute la population (à domicile, en EHPAD, dans les établissements psychiatriques) (formation des personnels des structures d'accueil, adaptation et

renforcement des moyens, identification de lits en gérontopsy et en psycho-gériatrie adossés aux structures existantes, mises en commun des compétences des équipes de gériatrie et de psychiatrie, développement des partenariats...

- Travailler le parcours en santé mentale de l'adolescent et notamment l'hospitalisation des mineurs en identifiant un lieu adapté (unité dédiée d'hospitalisation) et en développant la coordination à travers la Maison des Adolescents (nécessité d'antennes, augmentation des moyens)
- Développer l'articulation entre les acteurs autour du projet de la personne dans les cas complexes (à identifier) , impliquant un partage d'information et de responsabilité en prenant en compte la coordination dans les fiches de postes des personnels, les objectifs de service, en formalisant les temps de synthèse pour éviter les doublons , en instaurant le partenariat par conventions, en nommant un référent coordinateur de parcours, en mettant en cohérence les dispositifs de gestion autour de ces situations - veiller à ne pas mettre en place « une usine à gaz »
- Développer les groupes d'entraide mutuelle (installer un GEM sur l'arrondissement de Romorantin) – Les faire « aller vers ».
- Développer les formations croisées, proposer des formations « qui vont vers ».
- Développer la délégation envers les infirmiers en psychiatrie
- Construire une articulation avec les psychologues libéraux
- Conforter la prévention du suicide avec une organisation entre la ville et l'hôpital
- Développer des prises en charges partagées pour les situations complexes
- Conforter le trépied sanitaire, médico-social, éducation nationale pour favoriser des formes partenariales concrètes et pragmatiques à travailler et à expérimenter. Les premiers signes de mal être et de souffrance des enfants et adolescents se déploient, là où ils vivent, là où ils sont, là où ils sont attendus.
- Mettre en place une structure d'accueil ouverte parents-enfant « 3-11 ans », qui trouverait ainsi place entre le dispositif « maison verte » et le dispositif de la « maison des adolescents ». Ce dispositif d'accueil et d'écoute viendrait répondre à certaines demandes de consultations et permettrait une orientation « éclairée » au sein des dispositifs de soin de la petite enfance.

#### **4.6- les parcours de santé et les maladies chroniques (cancer, diabète, insuffisance rénale, risque neurovasculaire et respiratoire)**

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- La motivation des acteurs, leurs compétences et la collaboration notamment au niveau rural (avec un focus sur les paramédicaux).</li> <li>- Une présence territoriale existante :               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ des compétences des professionnels sur le territoire</li> <li>▪ des dispositifs de coordination de qualité existants</li> <li>▪ une offre de structures dispositifs curatifs</li> </ul> </li> <li>- Des associations d'usagers présents et actifs</li> <li>- Présence d'ETP sur le territoire.</li> <li>- La compétence et le maillage des professionnels paramédicaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une présence existante mais fragile, inégalement répartie, variable en fonction des maladies, personnelle dépendante.</li> <li>- Le lien des professionnels de santé avec les associations de patients est chronophage.</li> <li>- L'ETP : un outil efficace mais qui cumule des difficultés :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• la répartition de la mission d'ETP entre les acteurs avec la question de la proximité (quelle partition entre les ES et les professionnels libéraux).</li> <li>• La question du financement de l'ETP et notamment la valorisation des activités éducatives ou d'un programme.</li> </ul> </li> <li>- Manque de connaissance sur l'offre de prise en charge des patients.</li> <li>- Isolement des patients :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• problème de transport pour l'accès à l'offre</li> </ul> </li> <li>- Complexité pour l'utilisateur de comprendre l'organisation administrative et le problème de communication avec les professionnels du système de santé. (clarté, volume d'information, choix éclairé du patient).</li> <li>- Inégalité d'accès à l'offre de prise en charge :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• géographique</li> <li>• financière</li> </ul> </li> <li>- Ruptures de parcours :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• sortie de structures sanitaires</li> <li>• refus de prise en charge HAD-</li> </ul> </li> </ul>

	<p>SSIAD (critère d'inclusion, et relais)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• délais d'accès aux spécialistes</li> <li>• la coordination entre les actions de prévention et les actions curatives (exemple bilan de santé pas assez exploité pouvant ainsi éviter une dégradation de la situation des patients).</li> <li>• prise en charge aux urgences résultant du manque de prise en charge en amont.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de politique de prévention structurée sur les maladies chroniques (question de la répartition des missions de chacun et des priorités).</li> <li>- Prévention insuffisante des comportements à risques</li> <li>- Problème de la pérennité de l'offre.</li> <li>- Sous-utilisation des compétences de professionnels de santé dans le cadre de protocoles (tant statutaire que dans le cadre de protocole de prises en charge).</li> </ul>
<b>OPPORTUNITES</b>	<b>MENACES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le développement de la coordination entre les associations de patients.</li> <li>- Le développement de l'activité physique <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ (prescription médicale)</li> <li>▪ l'existence d'infrastructure sportive pouvant prendre en charge les problématiques de maladies chroniques.</li> </ul> </li> <li>- Le développement des systèmes d'information : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ DMP</li> <li>▪ messagerie sécurisé</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le cadre administratif et financier freine le développement de l'ETP au sens large.</li> <li>- Le cadre réglementaire SSIAD trop rigide, à vérifier pour l'HAD.</li> <li>- La question de la valorisation des actes de coordination (question des décrets de compétences)</li> <li>- La problématique de la complexité du dispositif de protocolisation.</li> <li>- La complémentarité insuffisante entre la prise en charge social et les soins dans le cadre des patients jeunes (car quand âgées il y a l'APA). Exemple : le logement</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valorisation des outils de coordinations déjà existants.</li> <li>- La politique de promotion de la délégation de tâches.</li> <li>- Développement des dispositifs de premiers recours dans le cadre de la loi de santé de modernisation</li> </ul>	<p>insalubre faute d'aide pour assurer l'entretien).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evolution sociétale, habitude de vie avec une augmentation des facteurs de risques sur les maladies chroniques.</li> <li>- Le rôle du pivot du médecin traitant dans un contexte de démographie médicale dégradée, alors que la prise en charge des maladies chroniques se fait en priorité en ambulatoire.</li> </ul>
--	--

## **Préconisations, pistes d'actions**

### **Pistes d'actions**

- Améliorer la lisibilité de l'offre de prise en charge sur le département tant pour les professionnels de santé que pour les usagers. NB : attention à la mise à jour régulière de cette donnée.
  - Mettre en place un outil d'aide à la construction du parcours patient pour les professionnels de santé. (moteur de recherche permettant de trouver les professionnels à même de prendre en charge les patients, personnes ressources).
- Conforter la coordination des acteurs sur les maladies chroniques au niveau du premier recours (prise en charge de proximité, médecin, IDE, pharmaciens, etc...).
  - Potentiellement développement du métier de coordinateur sur le parcours maladies chroniques dans le cadre des CPTS et équipe de soins primaires. (Qui paye le coordonnateur).
  - Renforcement des protocoles de délégations de tâches.
  - Renforcer la coordination assurée par les réseaux dans un objectif de polyvalence pour les cas complexes.
- Mobiliser le plan Sport-Santé-Bien-Être dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques.
- Consolider l'éducation Thérapeutique du Patient (ETP) :
  - l'offre
  - la coordination entre les ETP

- Clarifier le contenu et le pilotage de la politique de prévention pour les maladies chroniques sur le territoire, en structurant :
  - le rôle et missions de chaque acteurs (ville et établissement de santé),
  - la priorisation des objectifs.
- Développer l'alliance avec le patient et la complémentarité avec les associations de patients.
- Développer les SI comme facilitateur de la communication entre professionnels de santé :
  - DMP notamment.

**Préconisations :**

- Assouplir le cadre réglementaire pour assurer la complémentarité de prise en charge.
- Reconnaissance et financement des activités éducatives dans le cadre de l'ETP pour les professionnels libéraux
- Garantir l'adéquation de la prise en charge en HAD et SSIAD.
- Faire évoluer le cadre réglementaire des transports sanitaires pour permettre le financement de transports adaptés pour personnes avec des problèmes moteurs au-delà du taxi sans être une ambulance.

## Annexes

Annexe 1 : composition des groupes de travail du séminaire du 28 mars 2017

### **THEME 1 : LA PREVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTE**

**ANIMATEURS** : Madame Laëtitia ZAMPOLIN, Madame Elisabeth LEVET

<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>fonction</b>
AUDOYER	Bernard	MDA
BOUFFLERT	Ann	CLS
CHARLIER	Fabienne	EN
CRISTOL	Evelyne	CD
DUHAMEL	Valérie	CPAM
ETIENNE	Florence	animatrice CLS Romorantin
LABASSE	Nathalie	planning familial
LEVET	Elisabeth	Association des Diabétiques de Loir-et- Cher
TEILLET	Sylvain	ADOC 41
VIEIRA	Gildas	FRAPS
VIGOUROUX	Bernard	Représentant Mutualité française
ZAMPOLIN	Laëtitia	ANPAA 41
FUCHE	Christelle	ARS
CHAUVREAU	Christophe	ARS



**THEME 2 : LES PARCOURS DE SANTE ET LES MALADIES CHRONIQUES  
(CANCER, DIABETE, INSUFFISANCE RENALE, RISQUES NEUROVASCULAIRE ET  
RESPIRATOIRE)**

**ANIMATEURS : Dr Jean-François LOUBRIEU, Madame Louise MONIER**

<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>fonction</b>
BLANC	Carole	Directrice CPAM 41
BOILEAU	Gérard	Président CME CSSR La Menaudière
DENIS	Isabelle	Assistante coordination
DIZY	Monique	Cadre supérieure de santé CH ROMORANTIN
DORE REDOUIN	Marie-Christine	Directrice APF
FAUVET	Sylviane	Administrateur UDAF 41
GUEGAN	Françoise	URPS Pharmaciens
LOUBRIEU	Jean-François	Président du CDOM 41
MONIER	Louise	RSND 41
MORIN	Isabelle	URPS Infirmiers
VENTEJOU	Emmanuel	Directeur de l'IMDS
BEAUDIER	Nicodème	ARS
BENSRHAYAR	Nadia	ARS

**THEME 3 : L'ATTRACTIVITE ET LA FIDELISATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE( médicaux, paramédicaux, ville, établissements et services)**

**Animateurs : Dr Frédérique GAUQUELIN, Madame Françoise BAILLY**

<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>fonction</b>
BAILLY	Françoise	Vice-Présidente Agglopolys
BEST	Pierre	Directeur CH ROMORANTIN
BIRAUD	Frédéric	CD
BOBAULT	Valérie	Ville de Blois
CALLIER	Jean	Clinique Saint Cœur
CARL	Nathalie	observatoire de l'économie et des territoires
FRIOCOURT	Patrick	Gériatre
GAUQUELIN	Frédérique	Présidente CME du CH de Blois
PINON	Romain	Rezo Addictions 41
SAUMET	Yvan	PDG Polyclinique Blois
THENAISSY	Michel	rézo addictions
ULLIAC	François	ORTHOPHONISTE (Contres)
VOISIN	Anne	Infirmière Coordinatrice
CACHET (absente voire contribution écrite)	Claudette	CPAM
QUATREHOMME	Agnès	ARS

## **THEME 4 : LES PARCOURS DES PERSONNES AGEES (FRAGILES ET DEPENDANTES)**

**ANIMATEURS** : Monsieur Daniel LOMBARDI, Dr Stéphane BRUN

<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>fonction</b>
BERNAUD	Anne	Etablissement SSR La Menaudière
BRUN	Stéphane	médecin gériatre CH Vendôme
CIZEAU	Lucette	Fédération Familles Rurales 41
DEBENNE	José	responsable SSIAD ADMR 41
GIBOTTEAU	Monique	CD
GODEAU	Marie-Hélène	ASSAD Rives de la Loire et du Cher
GUINAMARD	Thomas	Directeur Maison du Bon Secours
HOCQUET	Franck	Ehpad de Salbris
LOMBARDI	Daniel	Maire d'Yvoy-le-Marron
LHERITIER	Catherine	élue et PQ conseil de surveillance
MONCUIT	Axelle	CD
MONNOT	Monique	Administrateur UDAF 41
PASQUES	Stéphanie	CD
PATRIGEON	Ludivine	Cadre supérieure de santé CH ROMORANTIN
PERIOT	Marie-Dominique	Directrice CH SELLES- SUR-CHER, directrice- adjointe CH ROMORANTIN
POINTET	Christine	Ehpad de Contres
CONS	Hélène	ARS
ALTER	Maxime	ARS

## **THEME 5 : LES PARCOURS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP**

**ANIMATEURS : Monsieur Jean-Claude BORDEAU, Monsieur Loïc TYTGAT**

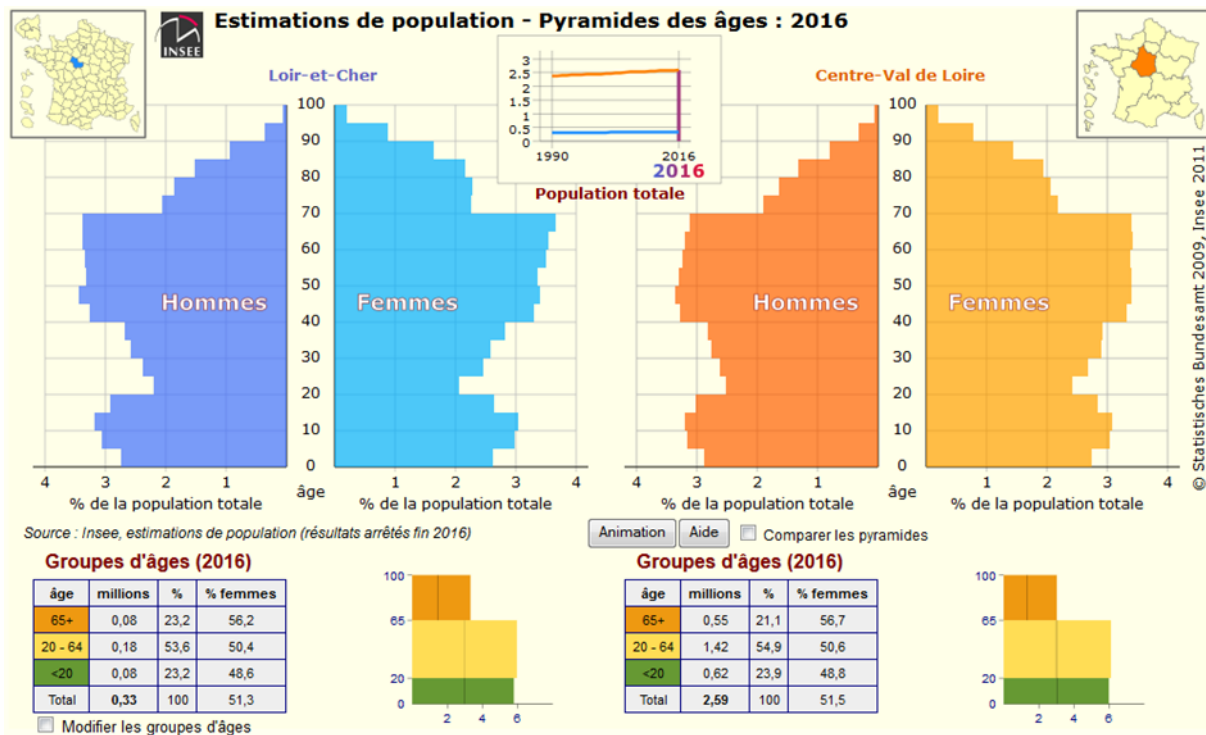
<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>fonction</b>
ABLIN	Aurore	FRAPS
BEAUVOIR	Marie-Paule	UFC que choisir
BORDEAU	Jean-Claude	Administrateur au CDPNE
CHENEAU	Mireille	association Tandem
FILLETTE	Jacky	Président de l'APAHAV
HEROLD	Thierry	Inspecteur EN
METAIREAU	Christelle	CH Vendôme Réfèrent handicap
PETINAY	Laurence	URPS Médecins
PITON	Marie-Andrée	CMS Brunetière
ROUAULT	Emmanuel	CD
SOURIAU	Thierry	MDPH
TYTGAT	Loïc	Association pour personnes handicapées du Perche
VERNET	Patricia	CD
VESPIER	Catherine	Cadre supérieure de santé CH ROMORANTIN
WITTNER	Thierry	DG APAJH 41
ZUCCHETTI	Christophe	Association des Paralysés de France
RABILLER	Angèle	ARS
LEQUEMENT	Aurélié	ARS

## **THEME 6 : LES PARCOURS EN SANTE MENTALE**

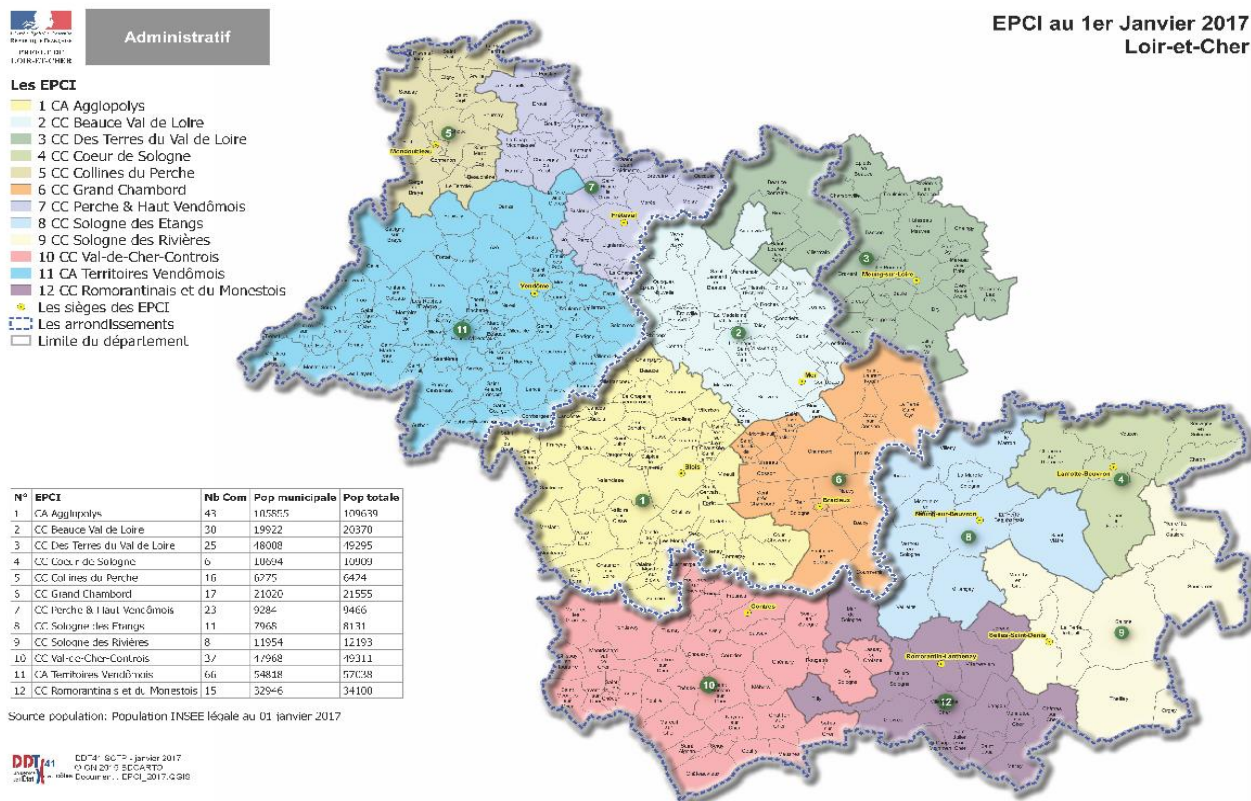
**ANIMATEURS : Dr Kamel NOURREDINE et Gwenaële HAENTJENS**

<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>fonction</b>
BOUSQUET	Lorène	CDSAE
BREBION	Yann	CMPP psychopédagogue
COUTURIER	Pierre	Clinique de la Borde
FESNEAU	Jean-Claude	Président délégué régional UNAFAM Centre
FOUCARD	Catherine	Directrice des soins CH ROMORANTIN
GUELLIER	Jean-Yves	Association des Maires
HANDJTENS	Gwenaële	CD
LIMPENS	Delphine	Clinique de la Borde
MARTIN	Julie	DDCSPP
MAZAUD MOKADDEL	Evelyne	Bénévole UNAFAM
NOURREDINE	Kamel	Psychiatre CH VENDOME
PULLIERO	Flore	Clinique de la Borde
RECAMIER	Denis	Directeur VRS
SAULNIER	Chloé	SAMSAH Mutualité
VASLIN	Catherine	EMPP CH Blois
VERDONK	Magali	Clinique La Chesnaie
VILAIN	Françoise	EMPP CH Blois
HUTTEAU	Brigitte	EN
MARTIN	Julie	DDCSPP
TURPIN	Nathalie	ARS

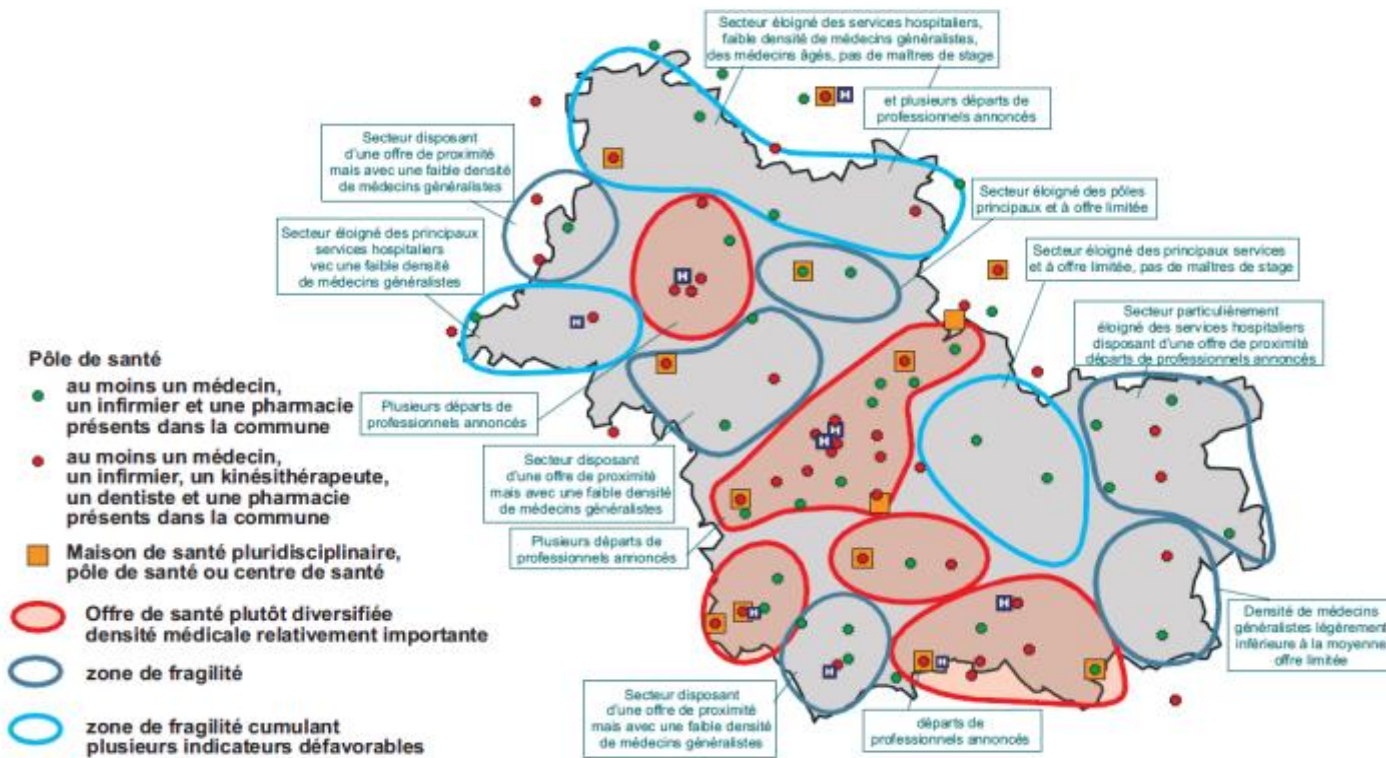
## Annexe 2 : pyramides des âges



## Annexe 3 : carte de l'intercommunalité au 1<sup>er</sup> janvier 2017- source DDT



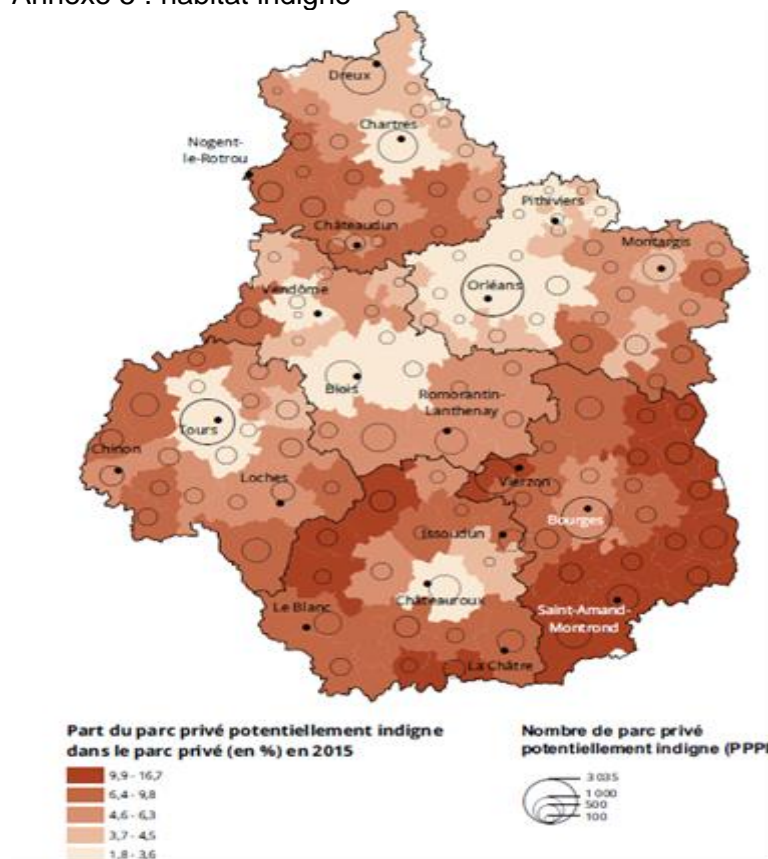
Annexe 4 : carte de synthèse du diagnostic santé pour le schéma départemental d'amélioration de l'accessibilité des services au public



Carte réalisée par l'observatoire de l'économie et des territoires

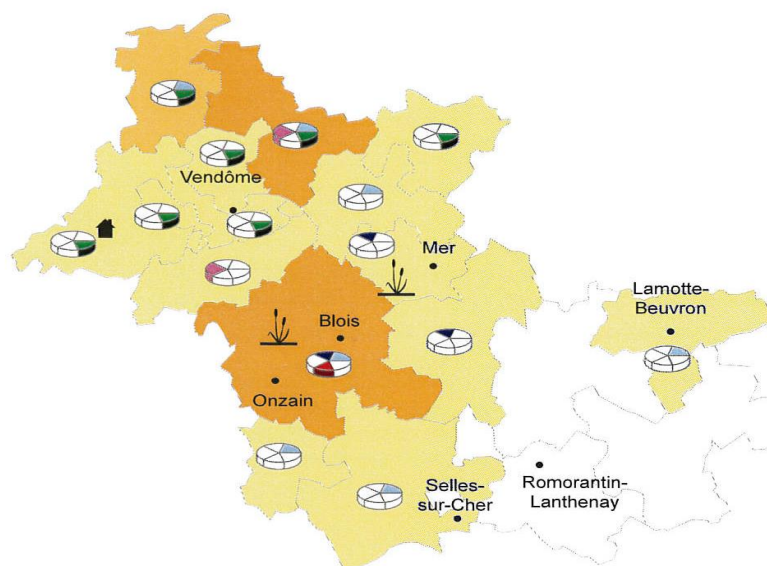


## Annexe 5 : habitat indigne

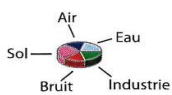
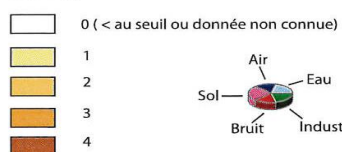


## Annexe 6 : facteurs environnementaux

Cumul de facteurs environnementaux et de nuisances dans le Loir-et-Cher



Cumul facteurs environnementaux et de nuisances (air, eau, bruit, sol, industrie)



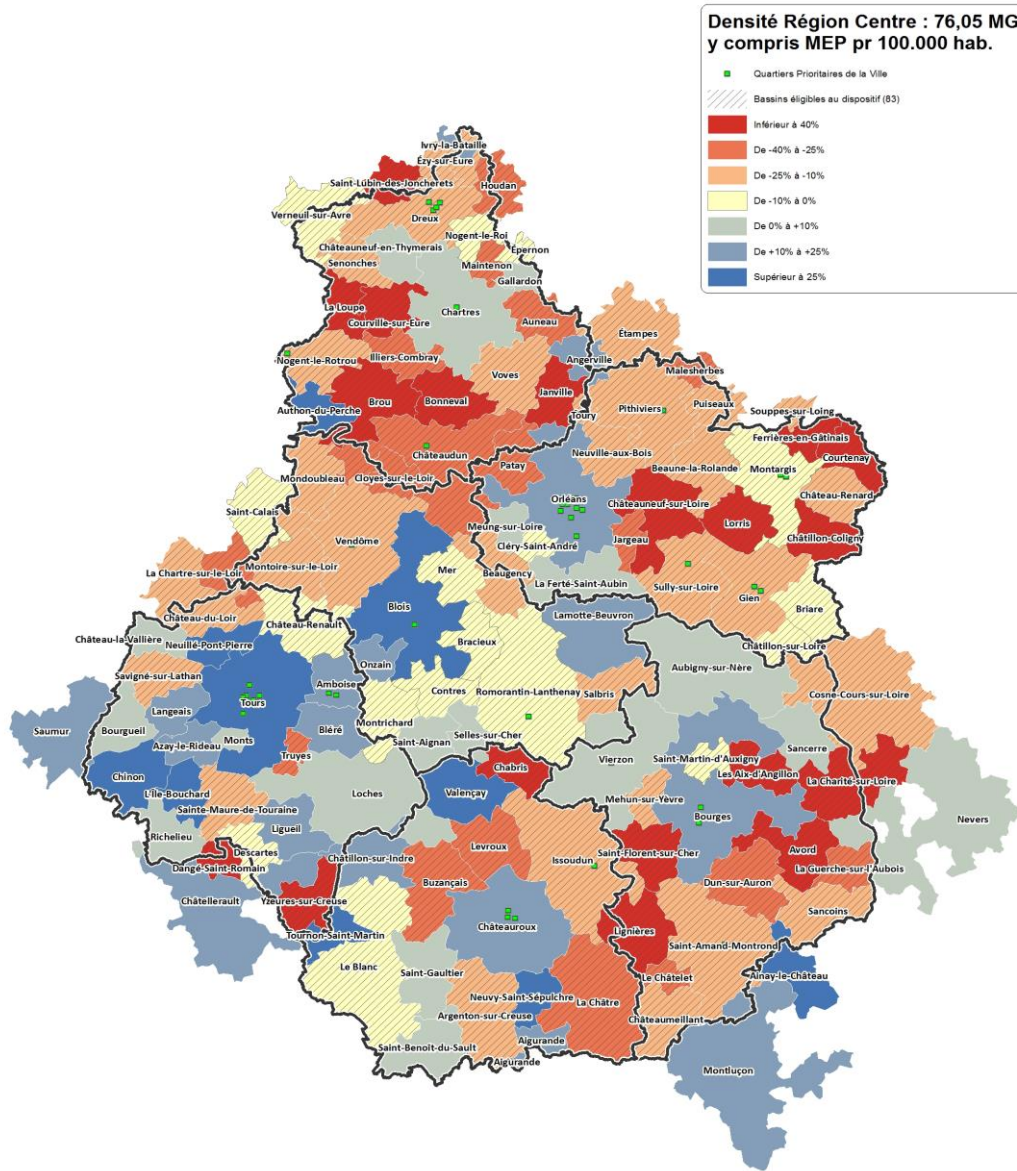
Autres facteurs environnementaux

↓ Ambroisie

🏠 Part de PPPI élevée



### Bassins de Vie selon la densité médicale mise à jour au 03/03/2017



0 25 km

Réalisation : ARS Centre-Val de Loire - mars 2017 Source : RPPS - Population légale INSEE 2013 - IGN



Annexe 8 : Structures d'exercice regroupé en santé, cabinets médicaux pluridisciplinaires et projets



carte réalisée par l'observatoire de l'économie et des territoires

## Annexe 9 : Typologie des séjours en psychiatrie

### ▪ Analyse des diagnostics principaux en psychiatrie adulte

Code CIM-10	DIAGNOSTICS PRINCIPAUX	Nbre de patients 2015 France	Nbre de patients 2015 Région Centre-Val de Loire	Nbre de patient 2015 Loir-et-Cher	(%) France	(%) Région Centre-Val de Loire	(%) Loir-et-Cher	Comparaison Dep-France	Comparaison Dep Région
F0	Troubles mentaux organiques y compris les troubles symptomatiques	10782	298	27	2,51	1,84	1,37	-1,14	-0,47
F1	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-active	47806	1800	179	11,12	11,11	9,08	-2,04	-2,03
F2	Schizophrénie, troubles schizotypique et troubles délirants	92649	3650	656	21,54	22,52	33,27	<u>11,72</u>	<u>10,74</u>
F3	Troubles de l'humeur	131014	4920	439	30,46	30,36	22,26	<u>-8,20</u>	<u>-8,10</u>
F4	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	52494	2134	279	12,21	13,17	14,15	1,94	0,98
F5	Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	5237	109	8	1,22	0,67	0,41	-0,81	-0,27
F6	Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	28764	1009	177	6,69	6,23	8,98	2,29	2,75
F7	Retard mental	7558	376	70	1,76	2,32	3,55	1,79	1,23
F8	Trouble du développement psychologique	4581	198	40	1,07	1,22	2,03	0,96	0,81
F9	Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	6863	50	8	1,60	0,31	0,41	-1,19	0,10
R4	Symptômes et signes relatifs à la connaissance, la perception, l'humeur et le comportement	4421	382	2	1,03	2,36	0,10	-0,93	-2,26
Autres codes		19317	1040	21	4,49	6,42	1,06	-3,43	-5,35
Absence de codes		18580	240	66	4,32	1,48	3,35	-0,97	1,87
Total		430066	16206	1972	100,00	100,00	100,00	0,00	0,00
Tx d'exhaustivité de renseignement du DP (%)		95,68	98,52	96,65					

Source : Scan santé données agrégées, établissements autorisés en psychiatrie (privés/publics) année 2015, France, Région Centre-Val de Loire, Loir-et-Cher

### ▪ Analyse des diagnostics principaux en pédopsychiatrie

Code CIM-10	DIAGNOSTICS PRINCIPAUX	Nbre de patients 2015 France	Nbre de patients 2015 Région Centre-Val de Loire	Nbre de patient 2015 Loir-et-Cher	(%) France	(%) Région Centre-Val de Loire	(%) Loir-et-Cher	Comparaison Dep-France	Comparaison Dep Région
F0	Troubles mentaux organiques y compris les troubles symptomatiques	100	3	0	0,20	0,16	0,00	-0,20	-0,16
F1	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-active	425	18	1	0,85	0,96	0,43	-0,41	-0,53
F2	Schizophrénie, troubles schizotypique et troubles délirants	1703	46	7	3,39	2,46	3,04	-0,35	0,58
F3	Troubles de l'humeur	3233	106	19	6,44	5,67	8,26	1,82	2,59
F4	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	5237	235	36	10,44	12,58	15,65	5,21	3,07
F5	Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	1258	37	6	2,51	1,98	2,61	0,10	0,63
F6	Troubles de la personnalité et du comortement chez l'adulte	1966	60	16	3,92	3,21	6,96	3,04	3,74
F7	Retard mental	1130	71	8	2,25	3,80	3,48	1,23	-0,32
F8	Trouble du développement psychologique	15500	571	44	30,90	30,57	19,13	<u>-11,77</u>	<u>-11,44</u>
F9	Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	12339	412	80	24,60	22,06	34,78	<u>10,19</u>	<u>12,73</u>
R4	Symptomes et signes relatifs à la connaissance, la perception, l'humeur et le comportement	580	30	1	1,16	1,61	0,43	-0,72	-1,17
Autres codes		3521	252	1	7,02	13,49	0,43	-6,58	-13,06
Absence de codes		3174	27	11	6,33	1,45	4,78	-1,54	3,34
Total		50166	1868	230	100,00	100,00	100,00		
Tx d'exhaustivité de renseignement du DP (%)		93,67	98,55	95,22					

Source : Scan santé données agrégées, établissements autorisés en pédopsychiatrie (privés/publics) année 2015, France, Région Centre-Val de Loire, Loir-et-Cher

## **Bibliographie**

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

Diagnostic régional santé environnement – Observatoire Régional de Santé – 2016

Les inégalités sociales et territoriales de santé en Centre Val de Loire – Observatoire Régional de Santé édition 2015

Guide méthodologique pour construire un diagnostic territorial partagé  
À l'attention des agences régionales de santé et des conseils départementaux Avril 2016 –  
CNSA et ANCREAI

Accessibilité des services au public en Loir-et-Cher, Diagnostic, décembre 2016, les études de l'observatoire de l'économie et des territoires