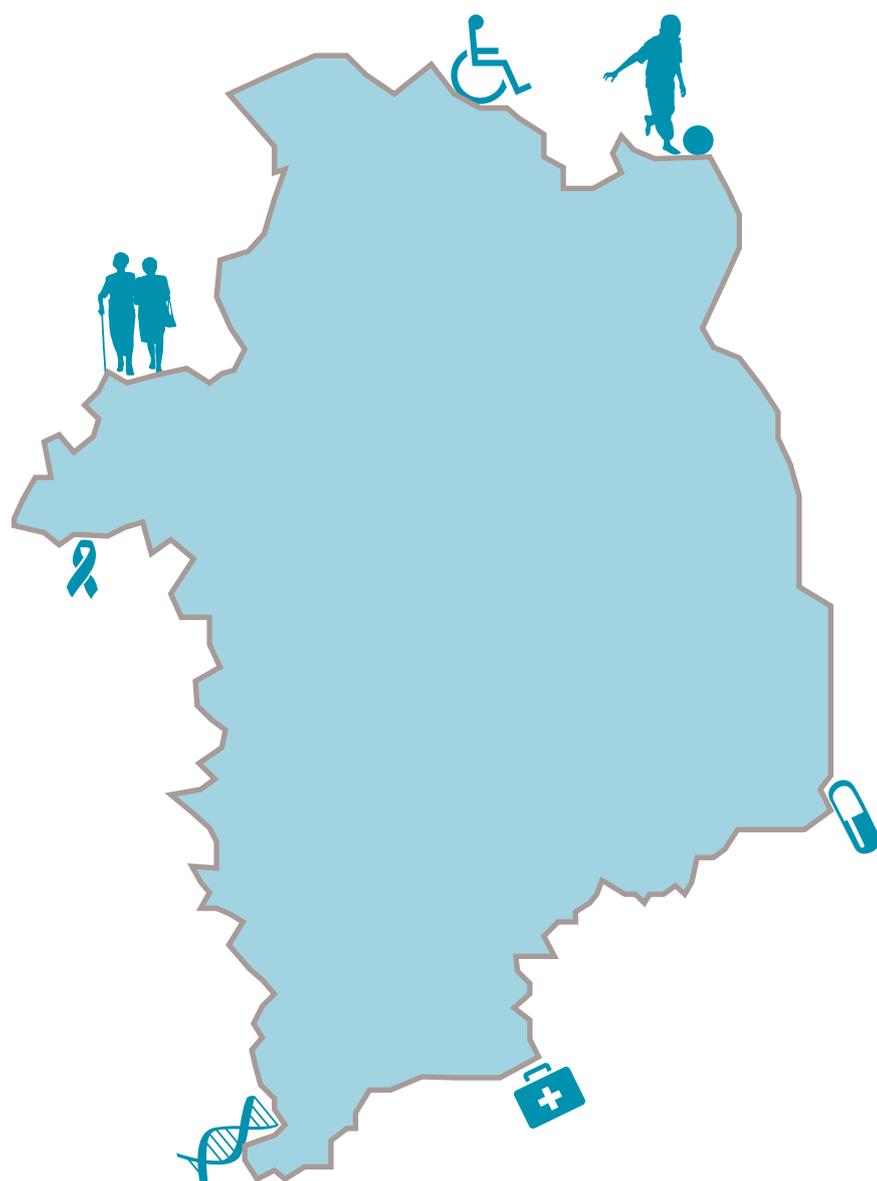


Programme territorial de santé du Cher

2013 - 2016



Adopté par la Conférence de territoire le 9 décembre 2013
Validé par le Directeur général de l'ARS du Centre le 6 décembre 2013

www.ars.centre.sante.fr

Le Programme Territorial de Santé du Cher

Préambule

L'une des ambitions de la Loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 est de privilégier la transversalité des politiques publiques dans une logique d'approche territoriale. L'exposé des motifs de la Loi HPST précise que l'action de l'ARS repose sur trois orientations fondamentales :

– **renforcer l'ancrage territorial des politiques de santé** : l'agence régionale de santé permettra, dans le cadre des orientations fixées au niveau national, de mieux adapter les politiques de santé aux besoins et aux spécificités de chaque territoire ;

– *simplifier notre système de santé et réunir, au niveau régional, les forces de l'État et de l'assurance maladie ;*

– *mettre en place de nouveaux outils pour améliorer l'efficacité de notre système de santé : les ARS vont renforcer la capacité d'action collective de notre système de santé :*

La territorialisation vise à répondre aux besoins locaux de santé. L'objectif principal de la territorialisation est le déploiement de la politique nationale et régionale de santé dans les différents territoires de la région, en tenant compte des particularités et des besoins qui peuvent les différencier. La territorialisation se veut donc le contraire d'une application uniforme et standardisée des orientations régionales.

Au travers de cet objectif, plusieurs enjeux liés à la territorialisation peuvent être mis en évidence :

- Lutter contre les inégalités sociales et territoriales
- Encourager et faciliter la coordination des acteurs
- Affiner la connaissance des besoins locaux
- Garantir la pertinence et l'efficacité des moyens
- Dynamiser les territoires

La Loi HPST prévoit la possibilité de décliner le Projet Régional de Santé (PRS) au moyen de programmes territoriaux de santé (PTS). Chaque programme territorial peut donner lieu à plusieurs contrats locaux de santé (CLS). Ces programmes territoriaux sont facultatifs.

Le territoire de la région Centre est vaste et étendu. Si les problèmes de santé rencontrés dans les territoires sont sensiblement les mêmes, ces problèmes s'y posent avec une acuité différente dans

ses différents points. Les atouts et les faiblesses des territoires, dont il faut tenir compte pour organiser l'offre sont également différents d'un territoire à l'autre.

C'est la raison pour laquelle, le principe de l'élaboration de programmes territoriaux apparaît intéressant au regard des objectifs suivants :

- **Programmer de manière transversale et territorialisée les actions à conduire pour atteindre la cible fixée dans les schémas et programmes thématiques.** Le PTS est un outil de programmation des actions à conduire sur un territoire donné sur l'ensemble des champs de compétences de l'ARS : promotion et prévention de santé dont santé environnementale, offre de soins ambulatoire et hospitalière et accompagnement médico-social.
- **Recenser l'ensemble des outils via lesquels l'ARS pourra intervenir** (création de filières par exemple, etc.) **auprès des acteurs de la région**, qu'il s'agisse de collectivités territoriales, d'offres de soins, d'associations, etc.
- **Mettre en cohérence les démarches locales de santé existantes avec le PRS :** Le PTS a également pour objectif de s'assurer de **l'adéquation des démarches locales de santé avec le reste du PRS** sur le territoire concerné et de les réorienter si besoin.
- **Associer les instances de démocratie sanitaire à la mise en œuvre de la stratégie régionale de santé :** Le PTS permet aux ARS d'intégrer dans les territoires concernés les **propositions des conférences de territoire** tout en les **resituant dans le cadre stratégique du projet régional de santé**. L'article L.1434-17 dispose que le rôle de la conférence de territoire vise à mettre en cohérence « *les projets territoriaux sanitaires* », au sens des démarches locales de santé avec le PRS et les programmes nationaux de santé publique. Cette compétence attribuée à la conférence de territoire vient **confirmer son rôle dans le cadre de l'élaboration des PTS. La conférence devient garante de l'articulation entre le processus descendant de déclinaison du PRS et le processus ascendant de prise en compte des démarches locales de santé.**
- **Rendre lisibles les critères de l'ARS permettant d'évaluer les opportunités de lancement des contrats locaux de santé.**
- **Communiquer et concerter avec les partenaires institutionnels susceptibles de s'engager dans un CLS avec l'ARS.**

Aussi, il apparaît nécessaire de faire de ce PTS **un outil de référence souple, adaptable et partagé entre les acteurs intervenant dans le domaine de la santé sur un territoire donné**. Il est donc privilégié de ne pas l'inscrire dans le cadre législatif du Projet régional de santé pour éviter le formalisme et les modalités de concertation induits. Il est en effet important que ce programme s'appuie prioritairement sur les conférences de territoire et qu'il puisse évoluer de façon réactive.

Il est proposé d'ancrer ce PTS sur le territoire de santé « juridique » ; il devient ainsi l'outil stratégique de référence de la mise en œuvre du PRS, partagé entre la conférence de territoire et l'ARS dont l'organisation administrative s'appuie sur une délégation installée dans chacun des six départements de la région et en charge de l'animation territoriale. Pour autant, il a vocation à identifier les territoires de projet infra-départementaux d'ores et déjà existants ou à dynamiser.

SOMMAIRE

Préambulep 1

1^{ère} partie : L'identité du territoirep 4

1.1 Analyse des donnéesp 5

1.2 Les forces et faiblesses du territoire : le point de vue de la conférence de territoire ...p 59

2^{ème} partie : La territorialisation des actions de santép 64

2.1 Le rôle de la conférence de territoirep 64

2.2 La structuration géographique du territoirep 64

2.3 L'articulation entre le présent PTS et le dispositif de développement des contrats locaux de santép 75

3^{ème} partie : Les priorités de mise en œuvre du PRS sur le territoire du

Cherp 78

3.1 Définition de la notion de parcoursp 78

3.2 Les outils de la coopérationp 79

3.3 Le plan d'action départementalp 79

Glossairep99

Annexesp102

1ère partie : l'identité du territoire

- **Présentation générale du département du Cher**

Situation géographique et démographique :

Le Cher est un département composé de trois arrondissements dont les chefs-lieux sont Bourges – également chef-lieu de département –, Vierzon et Saint-Amand-Montrond.

Le département, d'une superficie de 7 235 km² (15ème rang national), compte 290 communes réparties sur 35 cantons. L'arrondissement de Bourges est le plus important : il regroupe plus de la moitié de la population et s'étend sur 40 % du territoire.

Département rural, il compte 311 020 habitants, pour une densité presque trois fois inférieure à la moyenne nationale (43 habitants/km²). Le Cher a perdu environ 10 000 habitants en trente ans, la tendance pour le futur étant relativement stable. Le taux d'urbanisation y est de 58% (contre 76% au niveau national) et les dynamiques migratoires laissent apparaître une relative désaffection pour les centres urbains. Le taux d'étrangers est inférieur à la moyenne nationale. La population étrangère est concentrée dans les agglomérations (la moitié dans l'agglomération de Bourges, le tiers dans celle de Vierzon).

Avec 28 % de sa population ayant plus de 60 ans, le Cher se situe au-dessus de la moyenne nationale.

Situation économique :

En 2009, il y avait 137 755 actifs dans le département du Cher, soit un taux d'activité de 71%. Le Cher est marqué par un vieillissement, une féminisation et une faible qualification de sa population active. Le vieillissement de la population active peut potentiellement conduire à un déficit de main d'œuvre qui concernerait tous les bassins d'emplois. Si l'emploi féminin a augmenté, on constate néanmoins que la population active est faiblement qualifiée. Certaines zones se désindustrialisent de manière préoccupante, comme le bassin d'emploi de Vierzon. Enfin, l'emploi est concentré : plus de la moitié des entreprises du Cher sont implantées dans le bassin d'emploi de Bourges.

Le département a subi une détérioration de l'emploi depuis 2008.

L'agriculture, principalement céréalière et viticole, est en voie de restructuration. Le secteur industriel, historiquement tourné vers la défense, rencontre des difficultés. Le département a perdu beaucoup d'emplois industriels au cours des dix dernières années. Par ailleurs, malgré quelques réussites particulières, le Cher souffre du déclin des industries traditionnelles (confection et habillement, porcelaine). Enfin, le secteur tertiaire reste largement dominé par l'État, malgré la croissance du secteur commercial dans l'agglomération berruyère.

En ce qui concerne le champ de la santé, le département du Cher se situe en avant dernière position en termes de démographie médicale.

Situation Sociale et Logement :

En matière de logement, le Cher dispose d'un parc ancien important, notamment dans les communes rurales, 50% des 179 000 logements ayant été construits avant 1949. Ces logements sont en majorité individuels. Il existe un taux de vacance élevé dans le département, dû à l'insalubrité des logements et au vieillissement des propriétaires réticents à la mise en location. Le rythme de construction est différencié selon les secteurs, la ville de Bourges mettant en œuvre l'un des plus importants plans de rénovation urbaine de France.

Malgré la priorité donnée par les élus à la construction de logements neufs sur des terres agricoles, une politique volontariste est actuellement menée pour développer le logement social communal, en lien avec les Conseils généraux et régionaux.

La richesse est inégalement répartie sur le département, l'arrondissement de Bourges apparaissant comme le principal contributeur.

Le département du Cher dispose également de dispositifs d'hébergement d'urgence, destinés à accueillir les personnes sans domicile ou contraintes de le quitter en urgence (femmes victimes de violence notamment), en situation de précarité et connaissant de graves difficultés sociales.

L'hébergement d'urgence sur le département du Cher regroupe des établissements tels que les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS qui ont une capacité d'accueil de 125 places et lits), les centres d'accueil de demandeurs d'asile (CADA qui compte 132 places et lits), les résidences sociales (329 places et lits), les maisons de relais/pensions de famille (50 places et lits) et les lits halte soins santé (LHSS qui sont au nombre de 5).

L'hébergement dans ce type de structures est provisoire dans l'attente d'une solution de logement durable et adaptée.

1.1- Analyse des données

- **Le profil démographique aujourd'hui et demain**

L'évolution de la population

La population du département du Cher en 1975 était constituée de **316 350 habitants**.

Au 1^{er} janvier 2012, la population du Cher a diminué, elle comprend **311 022 habitants** (soit 12% de la population de la région Centre). Les projections de population au 1^{er} janvier 2020, permettent de l'estimer à **314 706 habitants**, soit une relative stabilité.

Les départements du Cher et de l'Indre seraient les seuls de la région à perdre de la population sur la période prise en compte ici (1975-2020).

Sur les 209 communes du département, seules 20 ont une population de plus de 2000 habitants, et 3 comptent plus de 10 000 habitants : il s'agit de Bourges, Vierzon et Saint-Amand-Montrond.

La structure par âge de la population

Au 1^{er} janvier 2012, la population du département du Cher est répartie comme suit :

- 22% de la population a moins de 20 ans ;
- 50% de la population a entre 20 et 59 ans ;
- 16,8% de la population a entre 60 et 75 ans ;
- 11,2% de la population a plus de 75 ans.

En 2020, la classe des 60-75 ans verra sa part augmenter jusqu'à plus de 20% (au détriment de la classe 20-59 ans, les autres classes restant stables).

Population au 1er janvier 2012

en nombre

	Ensemble	moins de 20 ans	de 20 à 59 ans	de 60 à 74 ans	75 ans et plus
Cher	311 022	68 441	155 443	52 212	34 927
bassin démographique					
Sancerre-Aubigny-sur-Nère	58 517	12 352	28 473	10 309	7 383
Bourges-Vierzon	186 815	42 354	96 162	29 414	18 885
Saint Amand-Montrond	65 690	13 734	30 809	12 489	8 658
région Centre	2 538 590	610 262	1 300 221	373 185	254 922

source : Insee, recensement de la population

en %

	moins de 20 ans	de 20 à 59 ans	de 60 à 74 ans	75 ans et plus
Cher	22,0	50,0	16,8	11,2
bassin démographique				
Sancerre-Aubigny-sur-Nère	21,1	48,7	17,6	12,6
Bourges-Vierzon	22,7	51,5	15,7	10,1
Saint Amand-Montrond	20,9	46,9	19,0	13,2
région Centre	24,0	51,2	14,7	10,0

source : Insee, recensement de la population

Projection de population au 1er janvier 2020

en nombre

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

Source : Insee, Omphale

en %

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

Source : Insee, Omphale

- **Les indicateurs socio-démographiques**

Les personnes âgées :

L'indice de vieillissement

L'indice de vieillissement (population > 60 ans / population < 20 ans) de la population dans le Cher est relativement élevé (1.27), il est supérieur à l'indice de vieillissement moyen de la région Centre qui est de 1,03.

Personnes âgées

	Indice de vieillissement *	Personne âgée de plus de 60 ans			Personne âgées potentiellement dépendantes (+ 60 ans)		
		2010	2020	Évolution 2010/2020	2010	2020	Évolution 2010/2020
Cher	1,27	88 569	103 000	16,3	8 729	9 617	10,2
Bassins démographiques							
-Bourges-Vierzon	1,14	49 328	58186	18,0	4 566	5 180	13,4
-Sancerre-Aubigny-sur-Nère	1,43	17 871	20395	14,1	1 861	1 962	5,4
-Saint- Amand-Montrond	1,54	21 370	24419	14,3	2 302	2 475	7,5
Centre	1,03	640 892	769 239	20,0	58 690	66 731	13,7

source : Insee, études personnes âgées potentiellement dépendantes

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

Les bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

Dans le Cher, 7,6% des personnes âgées de plus de 60 ans sont bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (en 2009). Ce chiffre est très proche de la moyenne régionale qui est de 7,5%

Les dépenses d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

En 2010, les dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie (hors frais de personnel) sont estimées à 98,9€ par habitant. Ce chiffre est supérieur à la dépense moyenne nationale qui est de 81,6€ par habitant.

Après l'Indre (117,1€/hab), le Cher est le département de la région Centre qui a la dépense d'APA la plus élevée.

L'aide sociale à l'hébergement (ASH)

En 2010, 16,2% de la population du Cher est bénéficiaire de l'aide sociale à l'hébergement (ASH). Ce chiffre est très proche du pourcentage moyen régional (16,6%).

Au niveau régional, le Cher est le département qui compte le plus de bénéficiaires de l'ASH.

Les personnes handicapées :

Les allocataires de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH)

Au 31/12/2010, la part des allocataires de l'AAH dans la population des 20 à 64 ans dans le Cher est de 2,9%. Ce chiffre est supérieur à la moyenne nationale qui est de 2,4%.

Après l'Indre (3,3%), le Cher est le département qui compte le plus d'allocataires de l'AAH.

Les bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH)

Dans le Cher, les bénéficiaires de la prestation de PCH (prestation de compensation du handicap) et l'ACTP (allocation compensatrice pour tierce personne) représentent 6‰ de la population. Ce pourcentage est supérieur au pourcentage national qui est de 3,8‰. Le Cher est le département qui compte le plus de bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP.

Les dépenses brutes de compensation du handicap

Les dépenses brutes de PCH et d'ACTP sont évaluées pour le département du Cher en 2010 à 33€ par habitant et 5778€ par bénéficiaire. Le Cher est le département qui a la dépense de compensation du handicap par habitant la plus élevée (33€/hab).

Personnes handicapées

	Part des allocataires AAH dans la population des 20 à 64 ans au 31/12/2010	Bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP ¹	dépenses brutes de PCH et d'ACTP	
	(%)	‰	€ par habitant	€ par bénéficiaire
Cher	2,9	6	33	5 778
Eure-et-Loir	1,9	3,3	15	4 626
Indre	3,3	4,2	25	6 314
Indre-et-Loire	2,4	3	21	7 198
Loir-et-Cher	2,2	3,4	25	7 767
Loiret	1,9	3,6	15	4 328
Métropole	2,4	3,8	25	7 101

Sources : Drees, enquêtes annuelles sur l'aide sociale; Insee, estimations de population au 01/01/2010, à la date de mise à jour du tableau pour l'AAH : CNAF et MSA; Insee, estimations de population au 01/01/2009

¹ PCH : prestation de compensation du handicap, ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne

Les personnes en situation précaire :

En 2010, la part des populations vivant sous le seuil de pauvreté atteint 12,4 % en région Centre contre 14,1 % en France. Le taux de pauvreté tend à augmenter depuis 2008 et le niveau de vie médian ralentit son évolution dans la région. Dans le Centre, comme au niveau national, la pauvreté affecte davantage les jeunes, les familles monoparentales, les personnes seules et les départements ruraux. En 2010, c'est dans les départements du Cher et de l'Indre que les taux de pauvreté sont les plus élevés avec respectivement 14,1% et 14,7%.

Les minima sociaux

Au premier trimestre 2013, le **taux de chômage** dans le département du Cher est de 11%. Ce pourcentage est supérieur au taux moyen régional qui est de 9,9%.

Les dépenses brutes de RSA

En 2010, le Cher compte 10 509 allocataires du RSA (revenu de solidarité active), soit 65 personnes pour 1000 personnes de 25 à 64 ans ; il s'agit du taux le plus élevé de la région Centre et il est également supérieur à la moyenne métropolitaine (54‰).

Imposition des foyers fiscaux

Les foyers fiscaux imposables représentent 51,6% de l'ensemble des foyers fiscaux du département en 2009. Il s'agit d'une proportion plus faible qu'en région Centre (55,1%) et en France métropolitaine (54,3%).

Le revenu net déclaré par foyer fiscal en 2009 est de 20 696€ (22 400€ en région Centre et 23 433€ en métropole).

Les jeunes peu ou pas diplômés

En 2009 dans le Cher, 17,7% de la population non scolarisée de 15 ans ou plus n'est titulaire d'aucun diplôme. La proportion de jeunes peu ou pas diplômés (c'est-à-dire sortis du système scolaire sans aucun diplôme ou avec uniquement le certificat d'études primaires) dans la population départementale est semblable aux moyennes régionale et nationale (11%).

Les bénéficiaires de la CMU-C

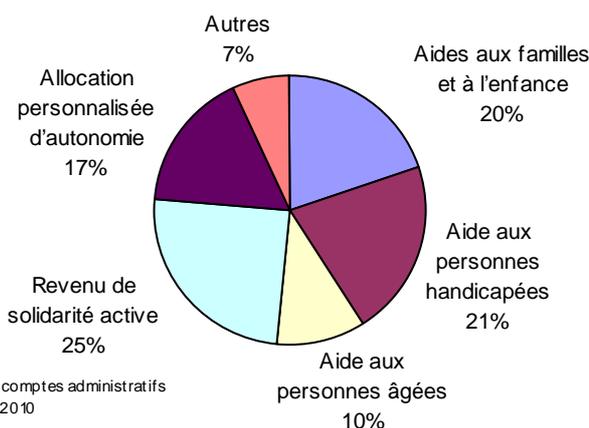
En 2010, le Cher comptait 6947 bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) de base et 21 328 bénéficiaires de la CMU complémentaire (soit 6,9% de la population couverte par la CMU-C). Le Cher est donc le département qui a le taux de couverture de la population par la CMU-C le plus élevé de la région Centre.

Dépenses d'aide sociale des conseils généraux en 2010

	en %						
	Aides aux familles et à l'enfance	Aide aux personnes handicapées	Aide aux personnes âgées	Revenu de solidarité active	Allocation personnalisée d'autonomie	Autres	Dépenses brutes obligatoires (en euros par habitant)
Cher	20,0	20,9	10,5	24,8	16,8	7,0	570
Eure-et-Loir	21,0	24,7	7,8	21,5	16,4	8,5	424
Indre	14,8	23,3	9,5	19,1	25,1	8,2	449
Indre-et-Loire	21,9	23,7	7,0	23,5	15,5	8,5	438
Loir-et-Cher	18,6	19,5	7,6	22,4	19,9	12,0	478
Loiret	22,4	24,6	4,7	24,2	19,2	4,9	421

Source : DGCL-DESL, comptes administratifs des départements.

Les aides sociales dans le Cher



source : DGCL-DESL, comptes administratifs des départements en 2010

L'analyse des données statistiques concernant les aides sociales dans le département du Cher permet de mettre en évidence le fait que ce sont les aides en faveur des personnes en situation précaire (RSA), les aides aux personnes handicapées et les aides aux familles et à l'enfance qui priment dans l'attribution des aides sociales.

- **Les indicateurs de santé**

L'espérance de vie

L'espérance de vie à la naissance en 2009 dans le Cher est plus faible qu'en région Centre ou en France métropolitaine : elle est de 76,6 ans pour les hommes (77,7 ans en région Centre ; 77,8 ans en métropole) et de 83,8 ans pour les femmes (84,2 en région Centre ; 84,3 en métropole).

En ce qui concerne l'espérance de vie à 60 ans dans le Cher (21,3 ans pour les hommes et 26,2 ans pour les femmes), il est également plus faible dans le Cher qu'en région Centre (22,3 ans pour les hommes et 26,7 ans pour les femmes).

Le taux de mortalité et le taux de mortalité prématurée

Le taux de mortalité (nombre de décès / population totale moyenne à l'année) dans le Cher en 2010 est de 11,4‰ ; il s'agit d'un taux supérieur à celui de la région (9,7‰) et de la France métropolitaine (8,6‰). Les maladies cardio-vasculaires sont la première cause de mortalité en région Centre.

Le taux de mortalité prématurée (individus de moins de 65 ans) dans le département pour les années 2007-2009 est lui aussi élevé, en particulier chez les hommes : 328,4‰ habitants chez les hommes (Centre : 280,5 ; France : 278,5) et de 130,2‰ habitants chez les femmes (Centre : 126,2 ; France : 126,1). Les principales causes de cette mortalité prématurée sont les tumeurs.

Taux standardisé de mortalité par maladies cardio-vasculaires

Avec un taux de mortalité par maladies cardio-vasculaires de 287,7 pour mille habitants sur la période 2000-2007, le département du Cher a un taux supérieur à celui de la région (255,9‰) et de la France hexagonale (264,0‰). Les cantons ruraux sont plus affectés que les villes-centres et leurs agglomérations.

Taux standardisé de mortalité par cancer

En région Centre et en particulier dans le département du Cher, la mortalité par cancer est significativement supérieure à la moyenne nationale : la mortalité par cancer pour 100 000 habitants entre 2000 et 2007 est de 277,2 dans le Cher, de 252,0 en région Centre, et de 249,4 au niveau national. Les cantons situés au sud-est du département du Cher sont les plus touchés.

Les cancers de la trachée, des bronches et du poumon représentent la première cause de mortalité par cancer en région Centre. Le cancer du sein est la première cause de décès par cancer chez la femme.

Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein et colorectal

Le département du Cher se situe parmi les trois premiers départements de la région Centre pour la participation aux dépistages organisés des cancers :

- Taux de participation 2011-2012 au dépistage du cancer du sein : 65,2% dans le Cher, 61,4% en région Centre et 52,7% au niveau national.
- Taux de participation 2011-2012 au dépistage du cancer colorectal : 41,8% dans le Cher, 38,7% en région Centre et 31,7% au niveau national.

Ces taux de participation satisfaisants cachent toutefois des disparités : les cantons ruraux, éloignés des agglomérations, ont souvent des taux de participation inférieurs à la moyenne régionale.

Taux standardisé de mortalité par maladies respiratoires

Les maladies de l'appareil respiratoire (pneumonie, grippe, insuffisance respiratoire, asthme et bronchite chronique) sont la 4^{ème} cause de décès.

Les taux de mortalité standardisés sur l'âge observés sur la période 2000-2007 dans le département du Cher (48,9 / 100 000 habitants) et en région Centre (50,2 / 100 000 habitants) sont significativement inférieurs à celui observé en moyenne en France hexagonale (56,9 / 100 000 habitants). On n'observe pas de répartition spécifique sur le territoire départemental.

Taux standardisé de mortalité par suicide

Les suicides représentent une cause de mortalité importante : le taux est de 21,6 / 100 000 habitants dans le Cher (semblable à la moyenne régionale ; France hexagonale : 17,6 / 100 000 habitants). D'une manière générale, ils sont plus observés dans les cantons ruraux.

Taux standardisé de mortalité par accidents de la route

Le département du Cher et la région Centre sont en surmortalité significative par rapport à la moyenne nationale pour les accidents de la circulation : 13,3 / 100 000 habitants dans le Cher, 12,8 en région Centre et 9,6 au niveau national.

Les décès par accidents de la route sont plus élevés dans les zones rurales que dans les villes-centres et les agglomérations.

Taux standardisé de mortalité par accidents de la vie courante

En France, les accidents de la vie courante (AcVC) touchent plus de 11 millions de personnes chaque année, dont 4,5 millions font l'objet d'un recours aux urgences et plusieurs centaines de milliers, d'hospitalisations. Ces accidents sont responsables de près de 19 000 décès chaque année, dont les trois quarts chez les plus de 65 ans (chutes). Ces accidents font l'objet d'une surveillance épidémiologique régulière par l'institut national de veille sanitaire (InVS).

Pour autant, peu d'études au niveau régional permettent d'apprécier leur incidence en dehors des données de mortalité liées aux chutes accidentelles dont on sait qu'elles représentent 0,9% des décès annuels observés en moyenne sur la période 2000-2007.

Nombre moyen annuel d'admission en ALD 2007-2009

Entre 2007 et 2009, l'incidence (nombre de nouveaux cas) des Affections Longue Durée était d'environ 6000 admissions par an pour le département du Cher.

Le taux comparatif d'admission en ALD toutes causes pour 100 000 habitants est de 1229,3 dans le Cher et de 1196,5 pour la région Centre.

Les maladies cardio-vasculaires représentent la première cause d'admission en ALD, suivies des cancers et des diabètes.

Nombre de personnes traitées pour diabète

Le taux standardisé de mortalité par diabète dans le département du Cher (21,5 / 100 000 habitants) est plus important que dans la région Centre (17,5 / 100 000 habitants) ou en France métropolitaine (16,4 / 100 000 habitants). Cette pathologie concerne majoritairement des hommes.

Taux d'IVG, dont IVG chez les mineures

Entre 2007 et 2010, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse a varié entre 755 et 800 par an pour le département du Cher. Environ 7% des IVG concernent des mineures (taux comparables à ceux de la région).

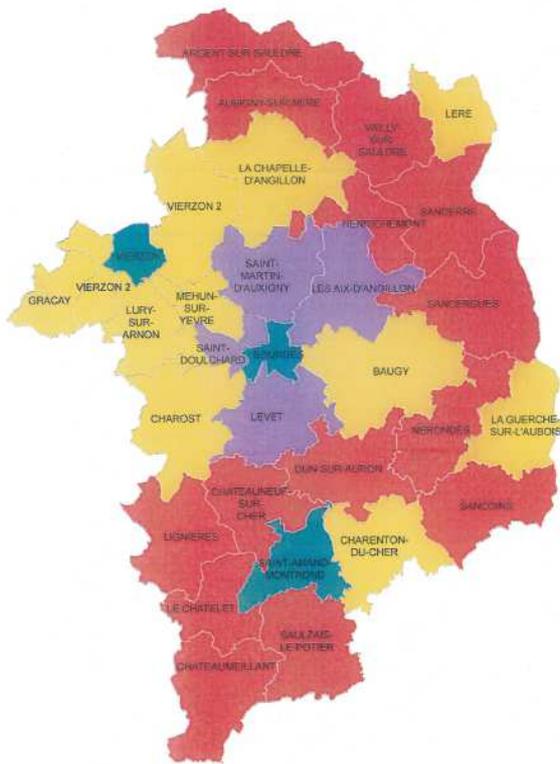
Données sur les dépendances (alcool, tabac)

La mortalité par consommation excessive d'alcool (pathologies prises en compte : tumeur de la lèvre, de la cavité buccale, du pharynx, du larynx, de l'œsophage, cirrhoses du foie et psychoses alcooliques) est très représentée dans le sud de la région, en particulier dans le département du Cher : la mortalité est de 44,1 / 100 000 habitants contre 37,3 en région Centre et 35,1 au niveau national).

Tout comme la précédente, la mortalité en lien avec le tabac (tumeurs de la trachée, des bronches et du poumon, bronchites chroniques, maladies pulmonaires obstructives et cardiopathies ischémiques) est principalement représentée au sud de la région. Elle est de 150,1 / 100 000 habitants contre 130,9 en région Centre et 134,1/100 000 au niveau national).

- **Les inégalités cantonales de santé**

Le rapport sur les inégalités cantonales de santé en région Centre, élaboré par l'Observatoire Régional de la Santé du Centre (ORS), constitue une base objective permettant d'analyser les relations entre les déterminants sociodémographiques et l'état de santé des populations recensées.



Une typologie en 5 classes a été retenue :

- **Classe A (en violet)** : Cantons socialement favorisés, en sous-mortalité générale et prématurée, avec une offre de soins satisfaisante ;
- **Classe B (en bleu-vert)** : Villes-centres, avec de forts contrastes sociaux, en surmortalité prématurée ; très bonne offre de soins ;
- **Classe C** : Cantons avec de fortes proportions de jeunes peu ou pas diplômés, beaucoup de séjours hospitaliers et d'ALD, en sous-mortalité générale, bien équipés en services hospitaliers (Cher non concerné) ;
- **Classe D (en jaune)** : Cantons avec une faible offre de soins, en surmortalité par morts violentes ;
- **Classe E (en rouge)** : Cantons ruraux, en surmortalité générale et prématurée, avec une très faible offre de soins.

Le département du Cher dispose des cantons de typologie A, B, D et E avec une majorité de cantons de typologie E.

Principales caractéristiques des zones :

- **Zones de typologie A** : représentent 4 cantons dans le Cher, zones socialement favorisées
- **Zones de typologie B (= lisibilité et coordination des dispositifs)** : 3 cantons dans le Cher
 - Localisation : villes-centres et agglomération
 - Situation sociale contrastée
 - Famille monoparentale
 - Personnes seules jeunes et âgées
 - Allocation parent isolé (API)/revenu minimum d'insertion (RMI)
 - Surmortalité prématurée alcool/tentatives de suicide
 - Forte offre de soins
 - Proximité urgences / maternité
- **Zones de typologie D (= accessibilité géographique)** : transport et « aller vers » : 11 cantons dans le Cher
 - Localisation : périphérie des grandes agglomérations
 - Ouvriers
 - APA+++
 - Surmortalité par morts violentes (accidents de la circulation)
 - Forte proportion des cancers du poumon en séjour hospitalier
 - Faible densité des professionnels de santé

Eloignement des services hospitaliers

- **Zones de typologie E** (= éloignement géographique de la ruralité) : 14 cantons dans le Cher
 - Localisation : cantons ruraux
 - Agriculteurs
 - Chômeurs de longue durée
 - AAH-RMI-foyers non imposables
 - Population de plus de 75 ans la plus élevée de la région
 - Surmortalité prématurée par : cancer/alcool/tabac/cardio-vasculaire/suicide/accidents
 - Très faible offre de soins / forte densité IDE.
 - Temps d'accès aux urgences élevé.

Répartition des cantons du Cher dans chaque classe de la typologie :

Classe A	Classe B	Classe D	Classe E
SAINT MARTIN d'AUXIGNY	BOURGES	LERE ; LA CHAPELLE d'ANGILLON ;	ARGENT SUR SAULDRE ; AUBIGNY SUR NERE ;
LES AIX D'ANGILLON	VIERZON	VIERZON 2 ; MEHUN SUR YEVRE ;	VAILLY SUR SAULDRE ; SANCERRE ; LE CHATELET ;
SAINT DOULCHARD	ST AMAND MONTROND	BAUGY ; LAGUERCHE SUR L'AUBOIS ;	HENRICHEMONT ; CHATEAUMEILLANT ; NERONDES ; SANCERGUES ; SAULZAIS LE
LEVET		CHAROST ; CHARENTON	POTIER ; SANCOINS ; LIGNIERES ; DUN ; CHATEAUNEUF SUR CHER ;

- **Les caractéristiques du territoire en santé-environnementale**

Domaine de l'eau :

L'eau potable

La population du Cher est alimentée en eau potable par le biais de 117 unités de distribution, qui prélèvent dans le milieu naturel l'eau de 87 captages, dont 84 en eaux souterraines.

✓ Qualité de l'eau

La surveillance des eaux destinées à la consommation humaine (EDCH) constitue l'une des principales missions de l'unité santé-environnement de la DT-ARS. Elle comprend l'exercice du contrôle sanitaire (analyses d'eau, visites techniques) sur les installations de production et distribution d'eau potable du département, ainsi que le pilotage et l'instruction des procédures de périmètres de protection des captages (PPC).

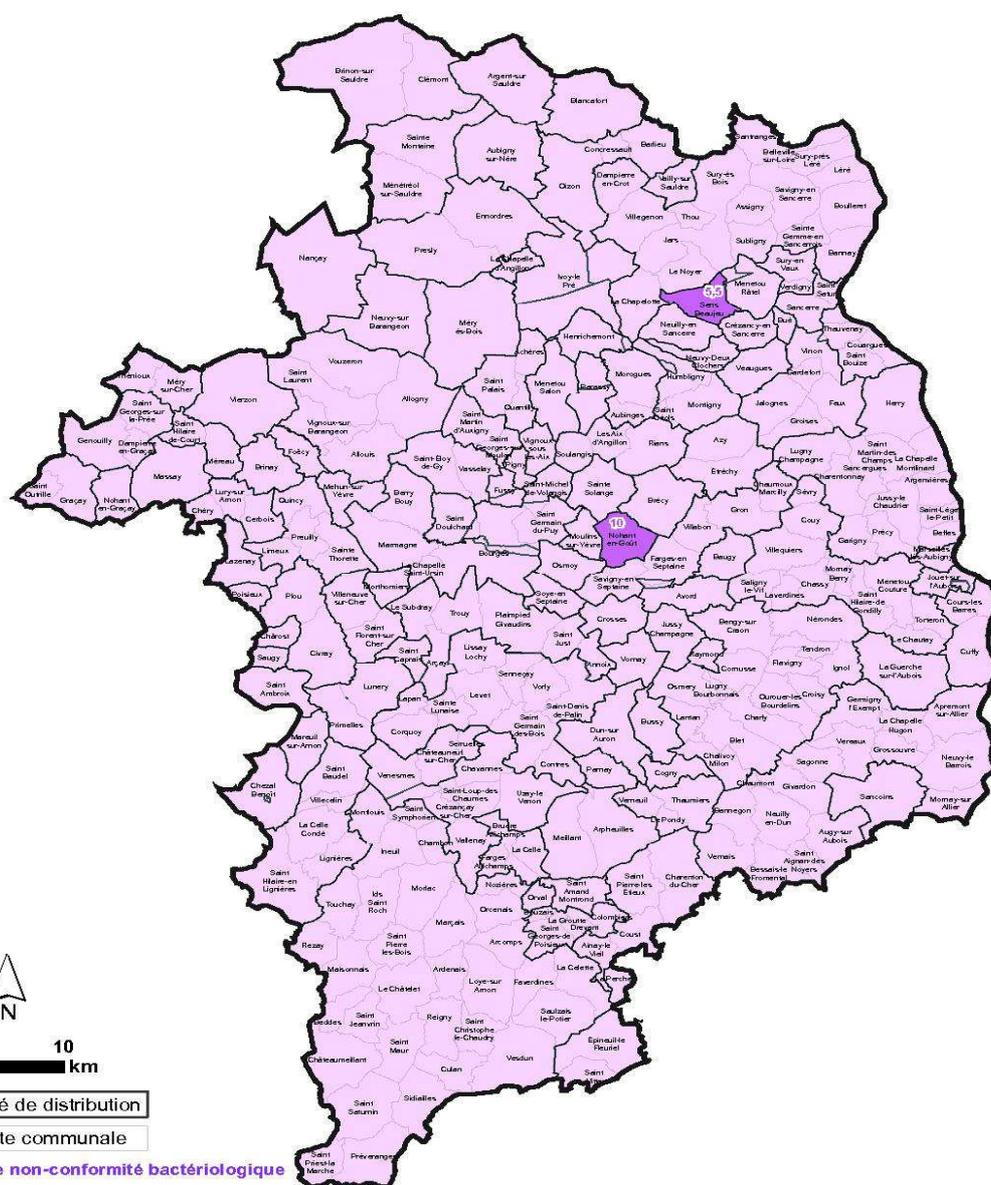
En ce qui concerne le contrôle sanitaire, 1510 prélèvements et analyses ont été réalisés en 2012 sur les 117 unités de distribution (UDI) du département.

D'une manière générale, il ressort que **l'eau destinée à la consommation humaine est relativement de bonne qualité dans le Cher**. En effet, les analyses réalisées en 2012 mettent en avant que le Cher est le département qui a le moins d'unités de distribution avec des taux de non-conformité bactériologique. Ce département compte donc 115 UDI avec un taux de non-conformité bactériologique inférieur à 5% et seulement 2 UDI avec un taux de non-conformité bactériologique allant de 5% à 30%.

Seule une installation a dû faire l'objet de prescriptions : une interdiction de consommation de l'eau pour les femmes enceintes et les nourrissons a été préconisée à Argent-sur-Sauldre en raison de la présence de nitrates.

Les résultats du contrôle sanitaire pour les paramètres nitrates, pesticides et bactériologie sont synthétisés annuellement dans une plaquette d'information régionale relative à la qualité de l'eau.

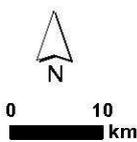
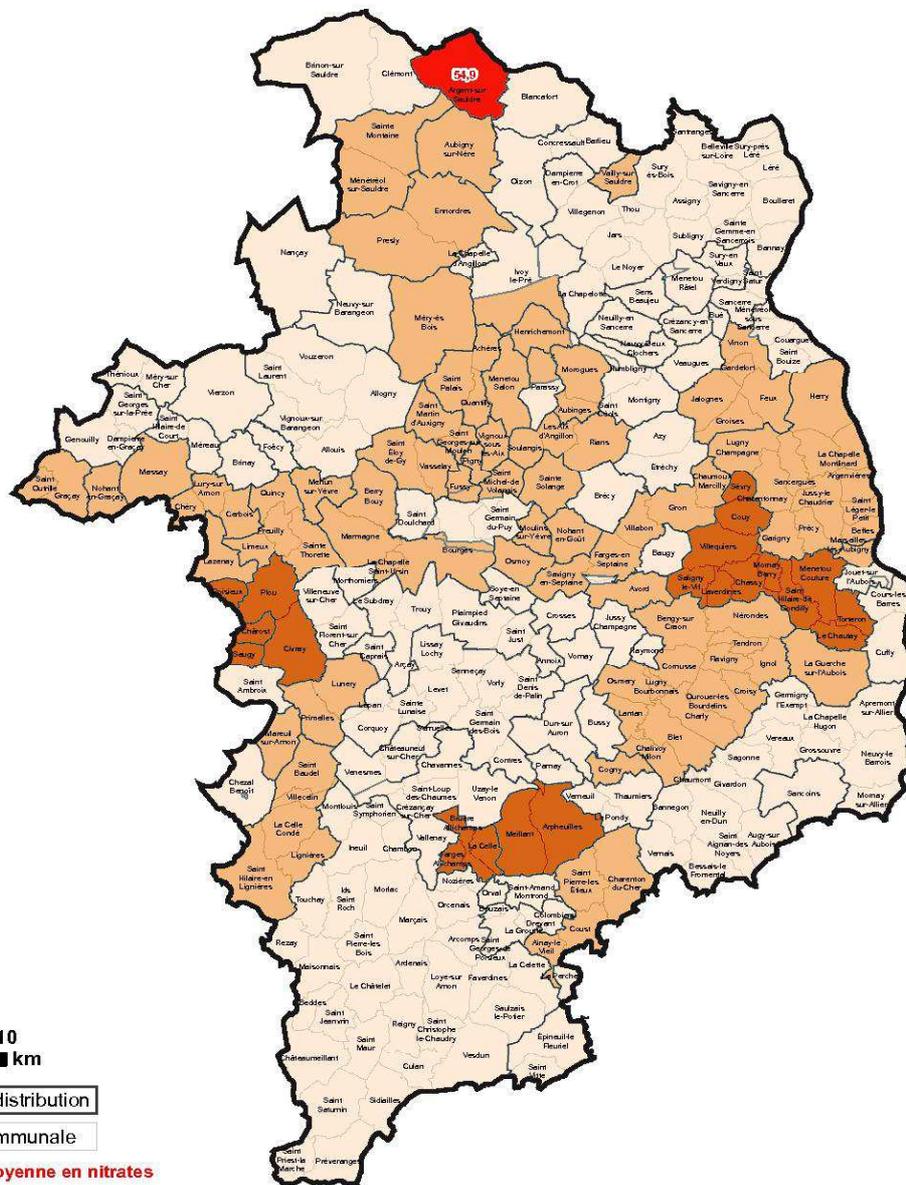
La qualité bactériologique des eaux distribuées dans le Cher en 2012



Réalisation : ARS du Centre - Avril 2013 Source : ARS du Centre - IGN / Geofia ©

En ce qui concerne les teneurs en nitrates des eaux distribuées dans le Cher en 2012, 7 UDI avaient un taux allant de 40mg/L à plus de 50mg/L ; une seule dépassait la limite de 50 mg/L.

Les teneurs en nitrates des eaux distribuées dans le Cher en 2012



Unité de distribution

Limite communale

Teneur moyenne en nitrates

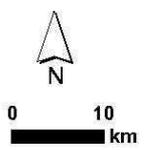
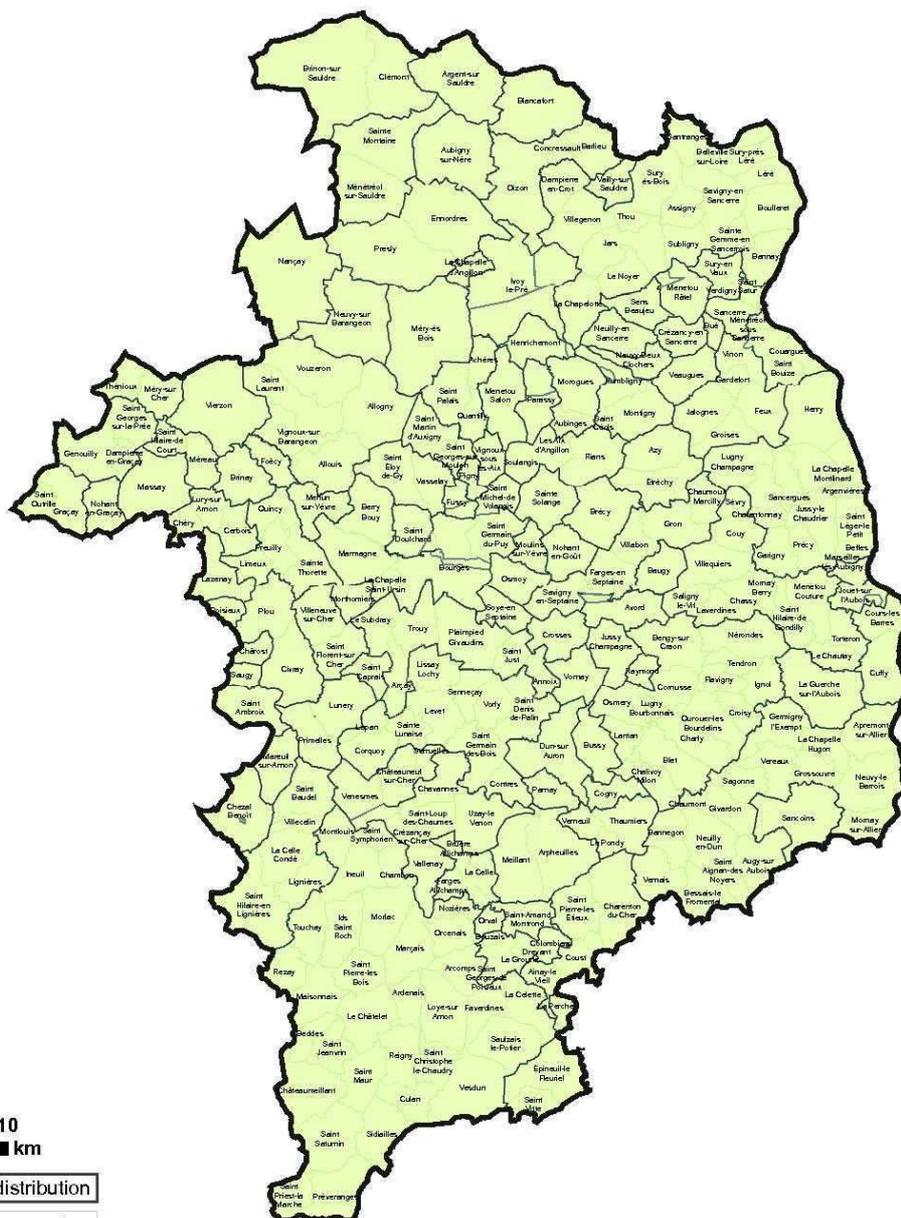
Teneur moyenne en nitrates	Nombre d'unités de distribution	Population concernée
≤ 25 mg/l	66	183125
De 25 à 40 mg/l Inklus	44	121058
De 40 à 50 mg/l Inklus	6	8207
> 50 mg/l	1	2285

Réalisation : ARS du Centre - Avril 2013

Source : ARS du Centre - IGN / Geotia ©

Enfin, en ce qui concerne les teneurs en pesticides dans les eaux distribuées dans le Cher en 2012, on constate que c'est le seul département de la région Centre à n'avoir aucune UDI avec un taux de pesticides non conforme.

Les teneurs en pesticides dans les eaux distribuées dans le Cher en 2012



Unité de distribution

Limite communale

Teneur maximale en pesticides (µg/l)

	Nombre d'unités de distribution	Population concernée
Conformité (teneur < à 0.1 µg/l)	117	314675
Non conformité	0	0

Réalisation : ARS du Centre - Avril 2013 Source : ARS du Centre - IGN / Geofla ©

D'une manière générale, au vu des résultats des différentes analyses réalisées concernant la qualité des eaux destinées à la consommation humaine, il semblerait que le département du Cher distribue une eau relativement de meilleure qualité que celle distribuée par les autres départements de la région Centre.

Toutefois, et même si 2012 a été marquée par un taux particulièrement réduit de mauvais résultats, plusieurs unités de distribution méritent une attention particulière.

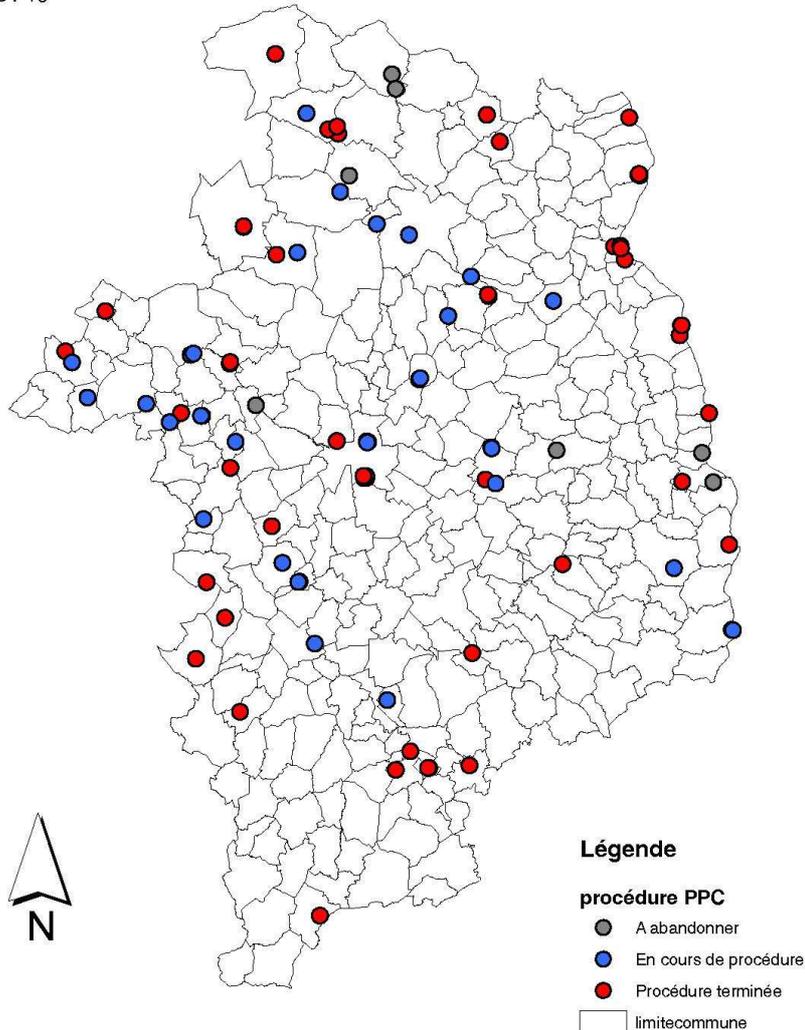
Deux unités, alimentant un peu plus de 9000 habitants, distribuent une eau régulièrement non conforme aux limites de qualité pour le paramètre Nitrates. Il s'agit du Mehun sur Yèvre et d'Argent sur Sauldre. La première bénéficie d'une dérogation et disposera dans les mois à venir d'une nouvelle ressource en eau. La seconde commence à étudier les solutions qui s'offrent à elle pour mettre fin à cette situation.

Deux autres unités de distribution, la commune de Marseille les Aubigny, et le syndicat d'alimentation en eau potable de Presly-Ennordres, alimentant environ 1200 habitants, distribuent une eau de qualité fluctuante à la limite de la conformité. Des solutions de remplacement de leur ressource en eau sont à l'étude.

✓ Protection de la ressource

Le département dispose actuellement de 80 captages en service (sur 87 captages existant). Au 1^{er} janvier 2013, seulement 40 des 80 captages alimentant le département disposent d'une protection réglementaire. 25 procédures de mise en place des périmètres de protection sont actuellement en cours. Parmi les captages en service, 7 seront à abandonner en raison de problèmes importants de qualité d'eau et/ou de leur caractère non protégeable, et le devenir de 8 captages entre abandon et protection doit être étudié en détails au regard des conclusions du schéma départemental de l'eau potable (Cf. carte suivante).

ARS DT 18



3 décembre 2013

✓ Sécurité de l'approvisionnement

Le schéma départemental d'alimentation en eau potable, révisé en 2011, rend compte notamment de la sécurité de l'approvisionnement en eau destinée à la consommation humaine de la population. Les conclusions de l'approche mise en œuvre font état d'une bonne sécurisation pour seulement la moitié de la population du département. La carte ci-dessous est extraite de ce schéma départemental, élaboré par le Conseil Général.

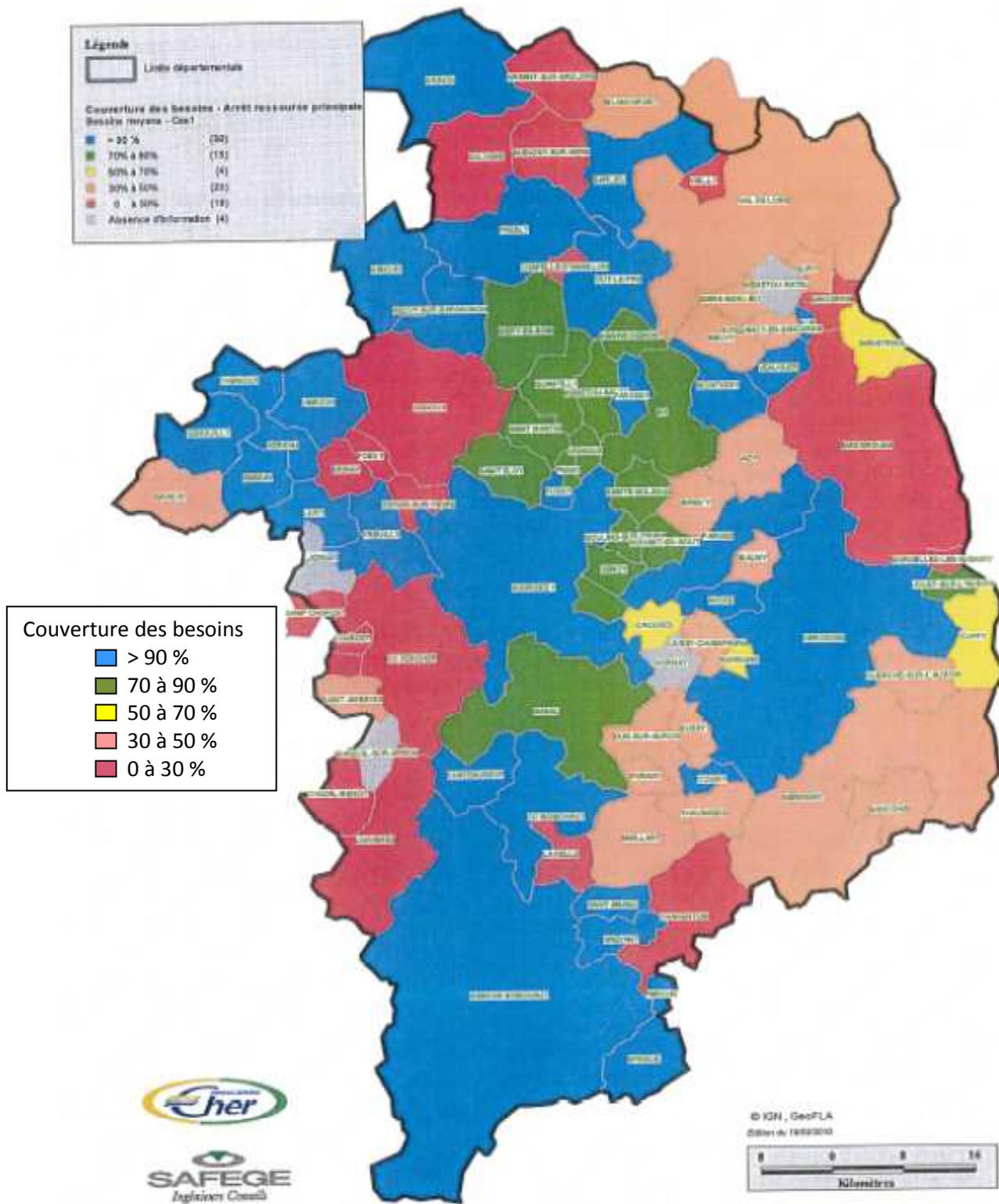


Figure 2-2 : Évaluation de la couverture des besoins en cas d'indisponibilité de la ressource principale des collectivités (arrêt non concomitant des ressources de Loire, cas 1)

Les eaux de loisirs

En ce qui concerne les eaux dites « de loisirs », le département du Cher est couvert par :

- 21 piscines aqua-ludiques (piscines utilisées pour la natation et les activités ludiques) publiques, 3 piscines à vocation médicale, ainsi que des piscines touristiques privées ;
- En 2012 et 2013, 3 baignades en milieu naturel étaient ouvertes au public :
 - o L'étang de Goule – commune de Bessais-le-Fromental
 - o L'étang de Robinson – commune de La Guerche-sur-L'aubois
 - o Le plan d'eau de la Pointe du Carroir – commune de Sidiailles.

Un contrôle sanitaire (prélèvements, analyses et visites techniques des installations) est également exercé par la DT-ARS au niveau des **eaux de loisirs**. En 2012, 46 piscines ont fait l'objet de 465 prélèvements et analyses, et 4 lieux de baignade en extérieur ont été contrôlés (20 prélèvements).

Les problèmes relevés dans les **piscines** portent essentiellement sur la chloration et les produits dérivés. Ils sont induits par des inadéquations entre la quantité de solution de désinfection ou neutralisation injectée dans l'eau et les besoins, ou encore par des insuffisances en matière de ventilation. Cela peut conduire à la formation de sous-produits néfastes pour la santé.

Les **baignades** ont fait l'objet de 5 à 7 prélèvements et analyses chacune.

Au regard des résultats d'analyses obtenus au cours de la saison, un classement en catégorie A, B, C ou D (selon une qualité décroissante) est effectué. Pour 2012, le classement est le suivant :

- L'étang de Goule : A (« excellente »)
- L'étang de Robinson : B (« bonne »)
- Le plan d'eau de la Pointe du Carroir : A (« excellente »).

Les principaux problèmes de qualité rencontrés au cours de la saison sont la transparence insuffisante de l'eau (transparence inférieure à 1 mètre) et la présence de cyanobactéries (microorganismes dont certaines espèces peuvent produire des toxines). En fonction des valeurs mesurées, des mesures de précaution (recommandations aux baigneurs) ou des interdictions de baignade sont préconisées.

Légionelle

La légionellose est une maladie à déclaration obligatoire. Chaque cas déclaré à l'ARS fait l'objet d'une enquête environnementale afin de trouver la source de contamination. Lors de cette enquête, le patient est sensibilisé au risque d'exposition à la légionelle.

Nombre de cas de légionellose déclarés :

- en 2010 : 6 DO (déclaration obligatoire) et 5 signalements (patient passé dans le Cher mais qui réside dans un autre département),
- en 2011 : 3 DO et 2 signalements,
- en 2012 : 9 DO et 7 signalements.

Tous les établissements de santé du département ont été inspectés par rapport au risque légionelle. Le **programme d'inspection** des établissements médico-sociaux est en cours.

Nombre de TAR (Tour AéroRéfrigérante) agricoles, industrielles et militaires : 15.

L'habitat et les espaces clos

Insalubrité

Le département du Cher se caractérise par un **habitat rural, dispersé**, et de nombreux logements anciens. Afin d'améliorer la qualité de l'habitat, qui peut influencer la santé et le bien-être de la

population, un **dispositif partenarial de lutte contre l'habitat indigne** a été créé dans le Cher en 2006. Une convention partenariale a été signée entre :

- l'État
- l'Agence Régionale de Santé du Centre
- l'Agence Nationale de l'Habitat
- la Caisse d'Allocations Familiales du Cher
- la Mutualité Sociale Agricole Beauce Cœur de Loire
- le Conseil Général du Cher
- l'agglomération de Bourges
- la ville de Bourges
- la ville de Vierzon
- la Société Anonyme Coopérative d'Intérêt Collectif pour l'Accession à la propriété (PROCIVIS BERRY)

Ces structures sont rassemblées au sein de l'Observatoire départemental du logement. L'Observatoire recense les signalements d'habitat potentiellement indigne et traite les situations individuelles.

Des actions d'information des élus ont été réalisées en 2008 (1 réunion dans chaque arrondissement) et une information des services du conseil général d'aide à domicile pour les personnes âgées en 2010. Cependant, il apparaît nécessaire de refaire régulièrement ces informations notamment à destination des élus (suite aux élections notamment), ces derniers ne connaissant parfois pas assez leurs pouvoirs de police en matière d'habitat (application du Règlement Sanitaire Départemental, procédure de péril). Il en est de même pour les services sociaux qui hésitent à faire des signalements de mal logement de peur de mettre encore plus en difficulté les locataires.

Quelques chiffres illustrant l'activité de l'Observatoire depuis 2006 :

- plus de 1000 logements signalés à l'observatoire
- plus de 80 logements qualifiés insalubres par la commission technique de l'observatoire

La **commune de Vierzon**, membre de l'observatoire, recense un nombre important de logements indignes sur son territoire. Une attention particulière est donc prêtée à cette thématique, notamment grâce à une fiche action du CLS de Vierzon. L'objectif de cette fiche est d'intervenir sur le logement comme facteur de prévention. La commune s'est engagée à :

- Repérer et visiter des logements suspectés d'être indécents ou insalubres et inciter les propriétaires à engager des travaux de remise en état
- Assister les propriétaires au montage des dossiers de demande de subvention
- Concernant les propriétaires bailleurs : signaler toute suspicion de situation d'habitat relevant du code de la santé publique et d'exposition au plomb à l'ARS pour instruction
- Concernant les occupants : signaler toute situation sociale difficile aux services sociaux de la ville pour déclencher les dispositifs d'aide en vigueur.

La problématique des **propriétaires-occupants** de logements insalubres est une réelle difficulté dans notre département. En effet, malgré les aides de l'Agence Nationale de l'Habitat, la partie des travaux restant à charge des propriétaires est souvent impossible à financer. Pour cette problématique, à traiter prioritairement dans les années qui viennent, la stratégie à mettre en œuvre n'a pas encore été définie entre les partenaires concernés.

Il y a 5 ans, l'**application informatique @riane-Habitat** du ministère de la Santé a été mise en place afin de suivre les procédures visant les logements indignes (insalubrité, saturnisme, procédure d'urgence, péril...).

Aujourd'hui, environ 74 000 logements sont référencés dans cet outil national. Du fait d'un déploiement en vagues successives sur 3 ans et d'organisations de la lutte contre l'habitat indigne pouvant varier d'une région à l'autre, les conditions et le taux d'utilisation de l'outil diffèrent selon les départements et les régions.

Dans le Cher, l'ARS a formé ses partenaires (DDT direction départementale des territoires, CAF caisse d'allocations familiales, SCHS service communal d'hygiène et de santé de Bourges) à l'utilisation d'@riane en 2011. Après une longue phase de paramétrages, l'application @riane est désormais opérationnelle et devrait permettre un suivi transversal des dossiers habitat dans le département.

Monoxyde de carbone

Chaque intoxication au monoxyde de carbone signalée à l'ARS (en dehors de Bourges, hors suicide, incendie et milieu professionnel) fait l'objet d'une enquête environnementale pour trouver la source de l'intoxication.

Nombre de signalements : 7 en 2011, 6 en 2012.

Plomb

Le saturnisme infantile est une maladie à déclaration obligatoire. Chaque cas déclaré à l'ARS fait l'objet d'une enquête environnementale afin de trouver la source de contamination.

Nombre de déclarations :

- En 2011 : 2 cas déclarés (enfants adoptés venant d'Haïti, exposition hors département) ;
- En 2012 : 0

Le **constat de risque d'exposition au plomb** (CREP) répond à un problème de santé publique et vise à protéger les enfants et les femmes enceintes, populations particulièrement exposées au risque d'intoxication par le plomb.

Le CREP présente un repérage des revêtements contenant du plomb et, le cas échéant, dresse un relevé des facteurs de dégradations du bâti.

La recherche de canalisations en plomb ne fait pas partie du champ d'application du CREP.

Une notice d'information est annexée à ce constat. Elle rappelle notamment les effets du plomb sur la santé et les précautions à prendre en présence de revêtements contenant du plomb.

Le CREP concerne les bâtiments à usage d'habitation, construits avant 1949.

Il doit être fourni en cas de vente et dans tout nouveau contrat de location.

Si le constat met en évidence la présence de revêtements dégradés contenant du plomb à des concentrations supérieures au seuil réglementaire (1 mg/cm²), le propriétaire doit informer les occupants et les personnes amenées à faire des travaux dans l'immeuble ou la partie d'immeuble concernée et procéder sans attendre aux travaux appropriés pour supprimer le risque d'exposition au plomb, tout en garantissant la sécurité des occupants.

Le constat est immédiatement transmis au préfet par le diagnostiqueur s'il fait apparaître la présence de facteurs de dégradation du bâti (par exemple, plancher ou plafond menaçant de s'effondrer ou effondré, moisissures ou tâches d'humidité).

En cas de présence de peinture au plomb et d'enfants mineurs, la procédure prévention du saturnisme prévue par le Code de la Santé Publique peut être lancée par le préfet.

Nombre de CREP reçus : 41 en 2011, 23 en 2012.

Le nombre de CREP reçus apparaît faible au regard du potentiel non seulement dans le département du Cher mais aussi au niveau régional voire national.

Bruit

Un **recensement des établissements diffusant de la musique amplifiée** a été réalisé auprès des 290 communes du département. Environ 70% des communes ont répondu au questionnaire.

Ce recensement permettra d'avoir une vue d'ensemble des sites pouvant avoir un impact sur les risques auditifs et d'orienter les contrôles.

L'ARS apporte un appui technique aux maires dans la gestion des plaintes de **bruit de voisinage**.

L'ARS dispose de **mallettes pédagogiques** permettant la sensibilisation d'un public jeune aux risques auditifs. Des sessions de formation des infirmiers scolaires sont organisées régulièrement par l'ARS-DT18 afin de présenter cet outil de prévention. Un partenariat avec les écoles primaires mettant en place les nouvelles activités périscolaires pourrait être étudié.

Le festival de musique du **Printemps de Bourges** a lieu chaque année pendant près d'une semaine. Un stand de prévention y est présent.

Le **pôle de compétence bruit**, réseau des acteurs actifs sur la prévention et répression du bruit dans le département, a pris fin lors de la mise en place de la RGPP (révision générale des politiques publiques). Un manque de coordination des actions a été constaté depuis l'arrêt de ce dispositif.

Amiante

Le programme d'**inspection** des établissements sanitaires et médico-sociaux est en cours, réalisé par un prestataire extérieur.

En 2011, sur les 14 établissements contrôlés, 4 étaient conformes.

En 2012, sur les 10 établissements contrôlés, 4 étaient conformes.

On constate que les évolutions successives de la réglementation amiante depuis 1998 n'ont pas été bien suivies par les établissements.

Nombre de déchetteries acceptant les déchets amiantés : 0 (source <http://www.sinoe.org>)

L'environnement extérieur :

Sites et sols pollués

Un **diagnostic des sols dans les lieux accueillant des enfants et des adolescents** a été entrepris, dans le cadre de la circulaire du 04/05/2010.

Un seul établissement dans le département correspond aux critères d'étude, il s'agit de l'école maternelle Maurice Caron à Vierzon, située sur le site d'une ancienne fabrique de porcelaine.

Ce diagnostic n'a pas entraîné de mesure de gestion.

DASRI

Une filière de collecte et d'élimination des DASRI (déchets d'activité de soins à risque infectieux) pour les **patients en auto-traitement** doit être mise en place fin 2013 par l'éco-organisme retenu au niveau national. Des points de collecte des DASRI mailleront le territoire tous les 15km.

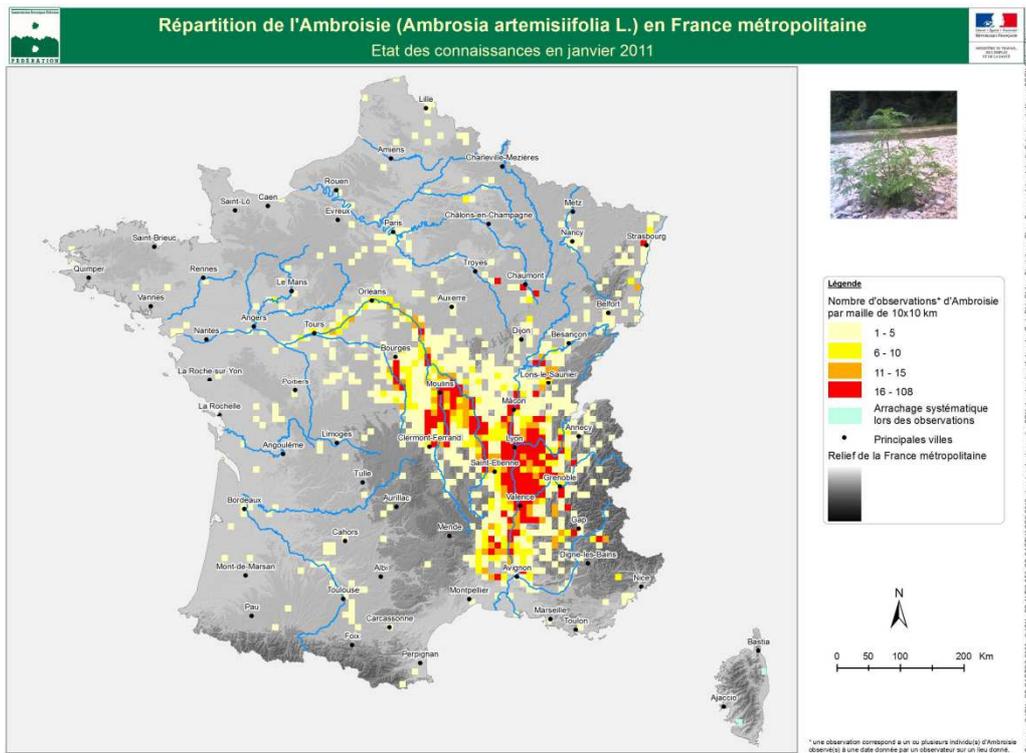
Air extérieur

L'**ambrosie** est une plante envahissante qui se développe en France depuis les années 50.

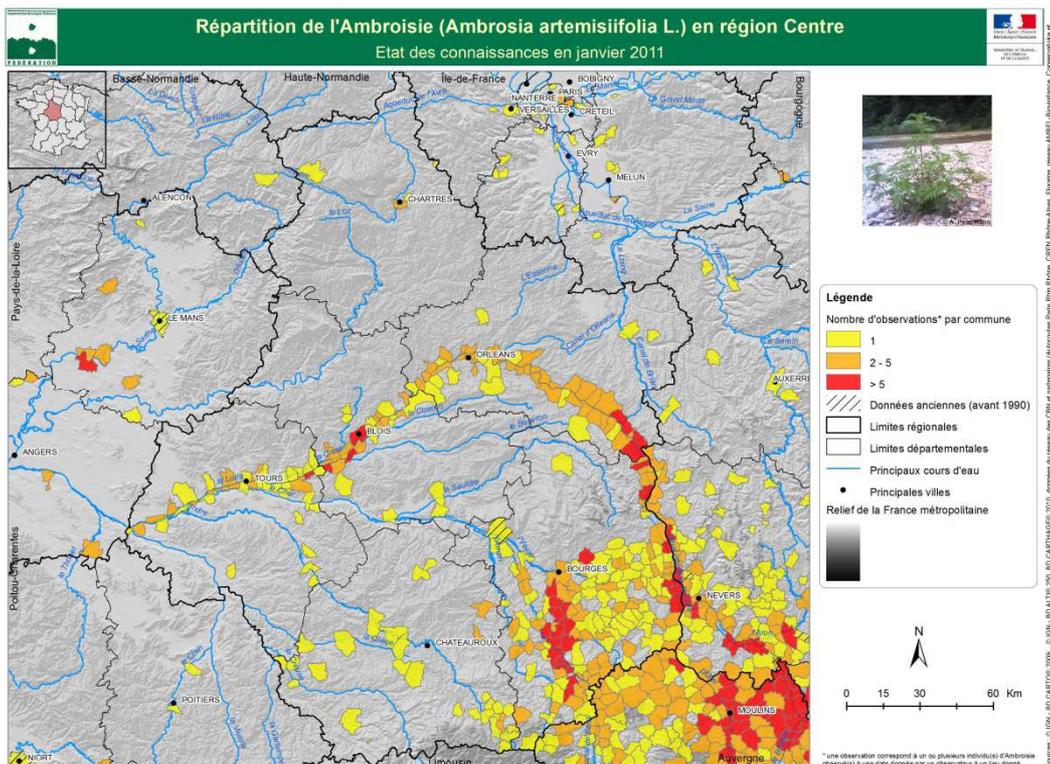
Son pollen, particulièrement allergisant, pose des problèmes de santé publique. Il est à l'origine, chez les sujets sensibles, de rhinites allergiques associant écoulement nasal, conjonctivite, symptômes respiratoires de gravité variable (trachéite, toux, asthme parfois sévère), ou également d'urticaire ou d'eczéma.

Le quart Sud-Est de la France est le plus touché avec notamment la vallée du Rhône. Cependant, d'autres secteurs comme la région Centre, le Poitou Charente, les Pays de la Loire et la Bourgogne commencent à être infestés.

La Fédération des Conservatoires Botaniques Nationaux (FCBN) de France métropolitaine a édité une cartographie nationale de la présence de l'ambroisie :



Le département du Cher apparaît fortement touché par cette plante notamment dans sa moitié Sud mais également le long de la Loire :



Pour lutter contre les allergies dues à l'ambroisie, il faut arriver à réduire les émissions de pollen, à faire baisser la population d'ambroisie et épuiser le stock de graines.

Pour cela, la méthode la plus efficace est la destruction des plants d'ambroisie avant leur période de floraison, en juin-juillet. Cela évite la production de pollens et limite la reproduction de cette plante envahissante.

Devant la présence significative de cette plante constatée dans le Cher, il est important d'encourager sa destruction afin de limiter les conséquences de son pollen sur la santé. Une vingtaine d'arrêtés municipaux ont été pris dans ce but suite à des campagnes d'information réalisées en 2006, 2008 et 2011.

Le CEN (Conservatoire d'espaces naturels) du Centre, avec le soutien de l'ARS, a animé 3 sessions de sensibilisation à la lutte contre l'ambroisie en septembre 2013 à Dun Sur Auron, Chavannes et Bruère-Allichamps, à l'attention des municipalités et des agriculteurs.

L'association Lig'air s'occupe de la **surveillance de la qualité de l'air** en région Centre. 4 stations de mesures sont en place dans le département : Bourges-Baffier, Bourges-Leblanc, Vierzon et Verneuil.

L'État et la Région Centre ont élaboré conjointement le Schéma Régional du Climat, de l'Air et de l'Energie (**SRCAE**) conformément à la Loi n°2010-788 du 12 juillet 2010 portant engagement national pour l'environnement, dite Loi Grenelle II.

Les zones dites sensibles sont constituées par des zones au sein desquelles les orientations du SRCAE relatives à la qualité de l'air doivent être renforcées en raison de l'existence simultanée de risques de dépassements des valeurs limites de qualité de l'air et de circonstances particulières locales liées :

- à la densité de la population
- aux milieux naturels
- aux caractéristiques topographiques
- le cas échéant aux enjeux de préservation du patrimoine, de développement du tourisme et de protection des milieux agricoles.

9 communes ont été identifiées comme **sensibles** dans le département : Allouis, Bourges, Foecy, Massay, Méreau, Saint-Doulchard, Saint-Hilaire-de-Court, Trouy, Vierzon, Vignoux-sur-Barangeon.

• L'offre sanitaire et sociale disponible

Domaine ambulatoire

Comme c'est le cas dans la région Centre, le problème d'une démographie médicale insuffisante se pose de façon cruciale dans le département du Cher.

Professionnels de santé libéraux

En exercice au 1.01.2012

	densité pour 100 000 habitants							
	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre	France
Médecins généralistes y.c remplaçants								
nombre	258	329	200	682	308	551	2 328	67 704
densité	83	77	86	116	94	84	92	105
dont praticiens de 55 ans et plus	131	163	110	250	169	294	1 117	30 354
Médecins généralistes hors remplaçants								
nombre	238	316	182	601	287	523	2 147	62 652
densité	77	74	78	102	88	80	85	97
dont praticiens de 55 ans et plus	127	159	106	236	163	280	1 071	29 387
Médecins spécialistes								
nombre	190	248	111	608	230	473	1 860	59 248
densité	61	58	48	103	70	72	73	94
dont praticiens de 55 ans et plus	115	133	71	278	142	242	981	30 161
Chirurgiens dentistes								
nombre	134	158	81	286	125	271	1 055	36 039
densité	43	37	35	48	38	41	41	57
Infirmiers								
nombre	305	260	311	519	321	456	2 172	87 236
densité	98	61	134	88	98	69	85	139
Masseurs kinésithérapeutes								
nombre	157	200	95	471	191	405	1 519	57 370
densité	51	47	41	80	58	62	60	91

Sources : DREES - RPPS traitements DREES

Les données statistiques de 2012 concernant la démographie médicale permettent de mettre en évidence le fait que dans le département du Cher, la densité des professionnels de santé, notamment des médecins, est inférieure à celle de la région qui se trouve déjà relativement faible.

Une étude sur la démographie médicale mise à jour en juillet 2013 (commission paritaire locale des médecins/CPAM du Cher) confirme également cette tendance. En effet, au mois de juillet 2013, seulement 213 médecins généralistes libéraux exercent dans le département du Cher. Le Cher occupe l'avant dernière place au classement national des 95 départements en ce qui concerne le nombre de médecins. Ces derniers se répartissent de façon inégale sur le territoire. La densité de la circonscription est parmi les plus faibles de France : 68,4 pour 100 000 habitants contre 94,0 au niveau national et 79,8 au niveau régional.

Depuis 1996, les effectifs des médecins généralistes libéraux sont en constante baisse, passant de 278 à 213 à ce jour, soit une perte totale de 65 praticiens. La dégradation des effectifs au niveau local s'est accélérée depuis fin 2008 et semble devoir se poursuivre.

Dans le département du Cher au 21 octobre 2013, on dénombre 224 médecins généralistes installés en libéral inscrits au fichier RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé).

On observe également une répartition inégale des médecins généralistes sur le territoire, en faveur des zones urbaines.

On constate ainsi une opposition entre les centres urbains de Bourges et Vierzon, bien pourvus en médecins généralistes et spécialistes, proches des plateaux techniques hospitaliers, et les zones rurales, où la désertification médicale devient alarmante.

Sur les 31 cantons du Cher, 17 ont une densité médicale inférieure de plus de 20% à la densité régionale.

En effet, la pyramide des âges des médecins généralistes du Cher présente un déficit en classes jeunes qui pose le problème du renouvellement des générations. En juillet 2013, l'âge moyen des médecins généralistes est de 55 ans. La part des généralistes âgés de plus de 55 ans est de 55,4%.

La situation de certains cantons semble ainsi particulièrement critique, cumulant une densité inférieure de plus de 20% à la densité régionale et une part importante de généralistes âgés de 55 ans et plus : La Chapelle d'Angillon, Sancergues, Saulzais-le-Potier, Le Châtelet et Nérondes.

En ce qui concerne les médecins spécialistes, bien que leurs effectifs aient légèrement augmenté dans la région Centre sur la période 2002-2012, les effectifs ont diminué significativement dans les départements du Cher et de l'Indre. La population des médecins spécialistes y apparaît vieillissante avec un âge médian de 53 ans et une pyramide des âges avec peu de jeunes spécialistes.

Dans le Cher, ils exercent dans les quatre principales villes du département (Bourges, Vierzon, Saint-Amand et Saint-Doulchard), à proximité des établissements de santé.

Leur densité est également plus faible que la moyenne nationale et ce dans de nombreux domaines. Certaines spécialités sont particulièrement peu représentées dans le Cher et risquent de poser d'importants problèmes de démographie médicale dans les années à venir.

Médecins spécialistes libéraux

Selon la spécialité exercée au 1.01.2012 (2)

Spécialités exercées	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre	France
Spécialités médicales	115	152	61	346	126	287	1 087	34 213
Dont :								
Anesthésie-réanimation	12	10	9	38	13	31	113	4 120
Cardiologie	18	28	7	49	16	37	155	4 620
Dermato-vénérologie	7	10	5	41	10	26	99	3 411
Gastro-entéro-hépatologie	9	9	6	20	8	16	68	2 118
Gynécologie médicale	10	15	5	23	15	25	93	3 151
Pédiatrie	8	10	2	38	10	23	91	2 985
Radiodiagnostic	23	33	10	60	23	57	206	5 968
Rhumatologie	8	8	4	20	7	13	60	1 844
Spécialités chirurgicales	52	76	33	173	67	130	531	17 208
Dont :								
Chirurgie générale	8	12	3	12	6	13	54	1 659
Gynécologie-obstétrique	6	13	6	22	6	22	75	2 345
Ophthalmologie	11	21	9	50	21	33	145	4 952
Oto-rhino-laryngologie	11	10	7	19	11	17	75	2 297
Chirurgie maxillo-faciale et Stomat	2	3	3	16	3	7	34	1 056
Psychiatrie	20	13	13	73	32	40	191	6 536
Biologie médicale	3	7	4	15	5	15	49	1 176
Médecine du travail, santé publique	0	0	0	1	0	1	2	115
Ensemble spécialités	190	248	111	608	230	473	1 860	59 248

Sources : DREES - ARS - ADELI - ASIP-RPPS traitements DREES

L'étude sur la démographie médicale dans le Cher de septembre 2013 (Commission Paritaire Locale des médecins /CPAM du Cher) permet de mettre en évidence les spécialités où le manque d'effectif va devenir problématique. En effet, elle compare les effectifs par spécialité en septembre 2013 et les projections d'effectifs à 5 ans (en supposant une fin d'activité à 65 ans sans remplacement). D'après cette étude, les spécialités qui devraient le plus souffrir d'un manque d'effectif sont les suivantes: les dermatologues (passant de 6 en 2013 à 4 en 2018), les ophtalmologues (passant de 11 à 5), les psychiatres (passant de 19 à 9) et les rhumatologues (passant de 8 à 3). (Cf. Annexe n°2)

De la même manière, le tableau suivant permet de mettre en évidence que les professions paramédicales ont une faible densité dans le département du Cher. Certains établissements sanitaires ou médico-sociaux éprouvent de grandes difficultés pour recruter ces professionnels. Face à cette désertification médicale, le mode d'exercice regroupé semble offrir des perspectives intéressantes.

**Professionnels de santé
Exerçant à titre libéral ou salarié au 1.01.2012**

	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret
Médecins généralistes	373	503	291	958	453	800
Médecins spécialistes	333	459	197	1 247	367	841
Ensemble des médecins	706	962	488	2205	820	1641
Chirurgiens dentistes	145	175	92	306	142	293
Sages femmes	61	117	47	182	85	177
Infirmiers	2 174	2 854	1 580	5 114	2 263	4 396
Masseurs kinésithérapeutes	193	265	121	593	263	519
Orthophonistes	55	87	38	269	72	164
Orthoptistes	7	7	4	36	7	22
Pédicures-podologues	44	78	36	104	61	110
Ergothérapeutes	28	35	23	57	30	58
Psychomotriciens	30	45	25	78	33	64
Audio-prothésistes	11	14	14	30	16	21
Opticiens-lunetiers	100	132	77	227	130	227
Manipulateurs ERM	86	134	77	357	106	251
Pharmaciens	290	460	241	748	338	724
dont titulaires d'officine	154	157	118	256	139	257
Nb d'officines pharmaceutiques (2)	121	128	94	213	116	219
Nb laboratoires privés d'analyses médicales	12	21	10	36	18	37

(1) Le champ de ces statistiques est constitué par l'ensemble des professionnels de santé ayant déclaré une activité. Il exclut les bénévoles et les personnes en recherche d'emploi. Dans Adeli lorsqu'un professionnel déclare plusieurs activités, c'est l'activité principale qui est retenue pour l'élaboration de ces statistiques. Dans le RPPS, c'est l'activité la plus récente qui intervient en premier lieu.

(2) y compris pharmacies mutualistes

Sources : D.R.E.E.S. - ARS - ADELI - FINISS - ASIP-RPPS, traitements DREES

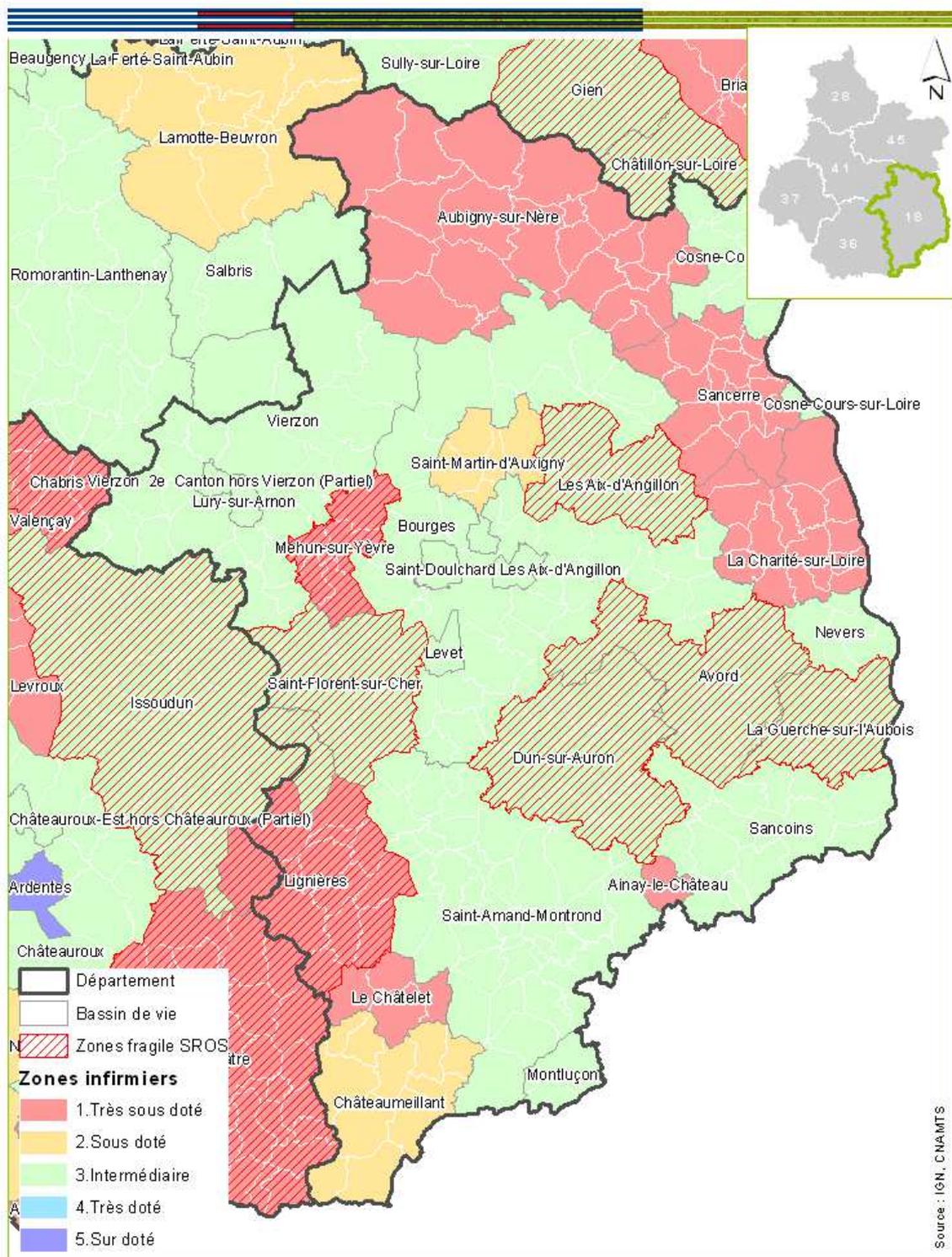
D'une manière générale on peut donc dire que le département du Cher se caractérise par une densité des généralistes libéraux et des médecins spécialistes globalement faible ainsi que par une opposition entre les centres urbains de Bourges et Vierzon, bien pourvus, et les zones rurales où la désertification médicale devient alarmante et accompagnée d'une moyenne d'âge des médecins élevée ainsi que d'une population vieillissante. Le département du Cher apparaît donc comme un territoire peu attractif pour les jeunes médecins et plusieurs facteurs semblent pérenniser cette situation :

- Le manque de dynamisme économique du territoire rend difficile l'accès à l'emploi dans le département aux conjoints des médecins.
- L'absence de liaisons ferrées rapides vers les grandes agglomérations, notamment Paris. L'existence d'une ligne TGV permettrait aux conjoints de médecins de trouver ou conserver un emploi hors département
- L'éloignement des pôles universitaires tels que Tours ou Orléans
- La grande ruralité du département
- Le vieillissement de la population

Par ailleurs, les cartes réalisées dans le cadre du zonage prévu au Schéma Régional de l'Organisation des Soins (SROS) ambulatoires permettent également d'illustrer les difficultés de démographie médicale rencontrées par le Cher.

Zones fragiles SROS et zones infirmiers en Région Centre

Département: CHER

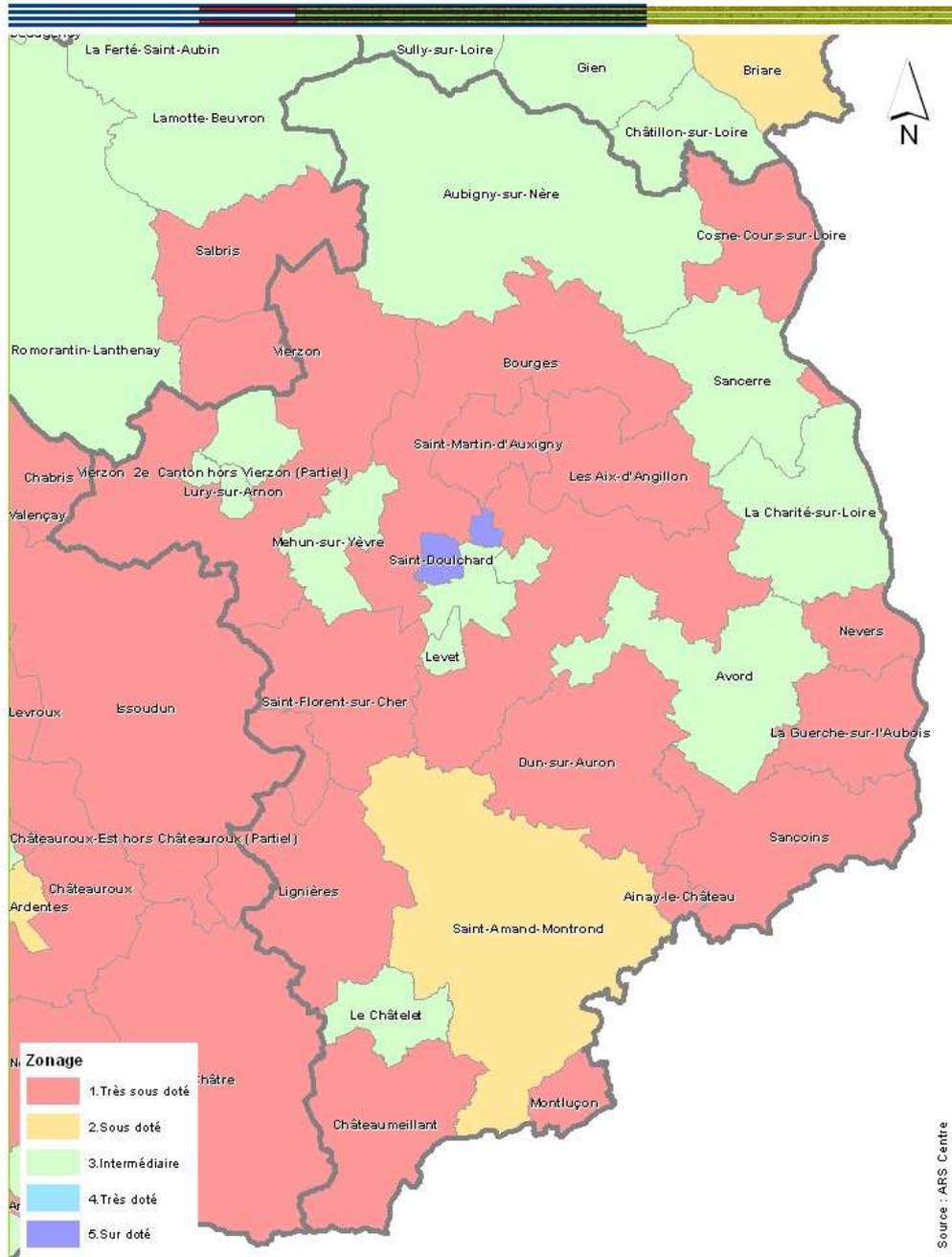


Cette carte juxtapose les 7 zones qualifiées de « fragiles » dans le département du Cher (aires géographiques où la densité médicale est encore plus faible qu'ailleurs, c'est-à-dire là où la densité médicale est inférieure de 30% à la moyenne nationale) avec les carences en matière d'infirmiers. On peut voir que les infirmiers sont très inégalement répartis sur le territoire.

Certains cantons du département cumulent des problématiques en termes de densité médicale mais également en termes de densité des professionnels paramédicaux tels que les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les sages-femmes ou les orthophonistes par exemple (voir cartes suivantes).

Le zonage des Masseurs Kinésithérapeutes

Zonage par bassins de vie / pseudos cantons dans le département : CHER



Zonage des Sages-Femmes

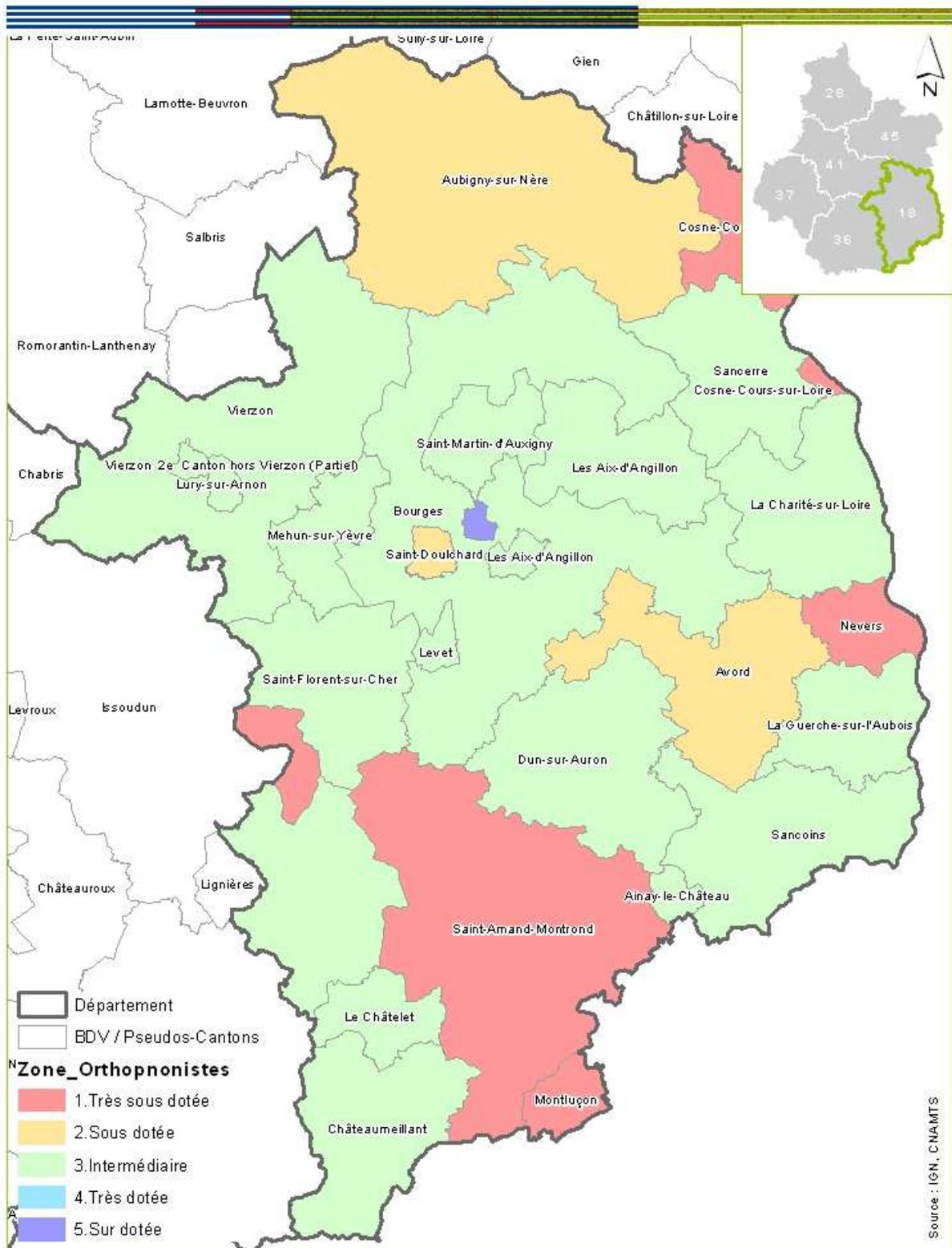
Zonage par zone d'emploi au 01/01/2009 en région Centre



Source : ARS Centre - Avril 2012

Zonage Orthophonistes (BV et pseudos cantons) en Région Centre

Département: CHER



En ce qui concerne l'accès aux soins d'urgence, c'est-à-dire l'accès, dans un département, en moins de 30 minutes au service d'urgence le plus proche, le Cher dispose de 3 services d'urgence adossés aux 3 principaux hôpitaux du département (Bourges, Vierzon et Saint-Amand-Montrond).

Temps d'accès au service d'urgence le plus proche

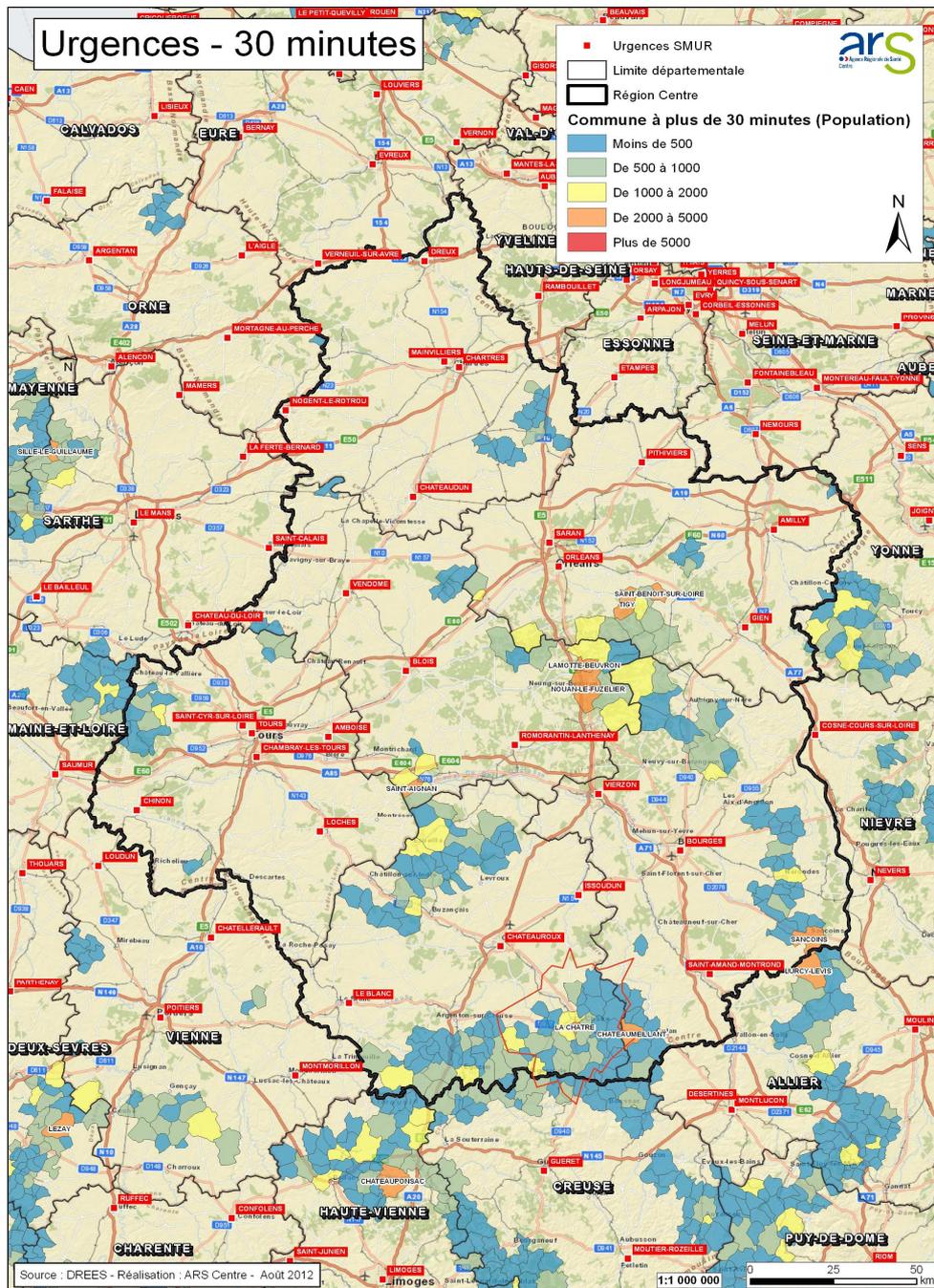
	communes à moins de 30 minutes	communes à plus de 30 minutes	Nb habitants à plus de 30 minutes	Population à plus de 30 minutes en (%)	Temps moyen d'accès
Cher	258	32	15 100	4,9	19,7
Eure-et-Loir	397	6	1 732	0,4	16,9
Indre	167	80	38 055	16,4	24,2
Indre-et-Loire	266	11	6 018	1,0	17,0
Loir-et-Cher	277	14	13 567	4,1	17,9
Loiret	322	12	6 748	1,0	17,2
Centre	1 687	155	81 220	3,2	18,5

source : DREES -enquête SAE2011 , Insee pour le distancier

Dans le Cher, sur 290 communes, 258 se trouvent à moins de 30 minutes d'un service d'urgences et 30 se situent à plus de 30 minutes. En termes de population, 4,9% de la population du Cher est à plus de 30 minutes d'un service d'urgence, ce pourcentage est supérieur à la moyenne régionale qui est de 3,2%.

Le temps moyen d'accès à un service d'urgences est de 19,7 minutes, ce qui place le département en avant dernière position, après l'Indre, au classement des départements du Centre ayant les temps moyens d'accès les plus courts.

La carte suivante permet d'illustrer les disparités d'accès aux services d'urgences dans la région Centre et notamment dans le Cher.



Concernant l'accès aux maternités, le département du Cher en compte 4 : 3 sont adossées aux principaux hôpitaux du département (Bourges, Vierzon, Saint-Amand-Montrond) et 1 se trouve à Saint-Doulchard.

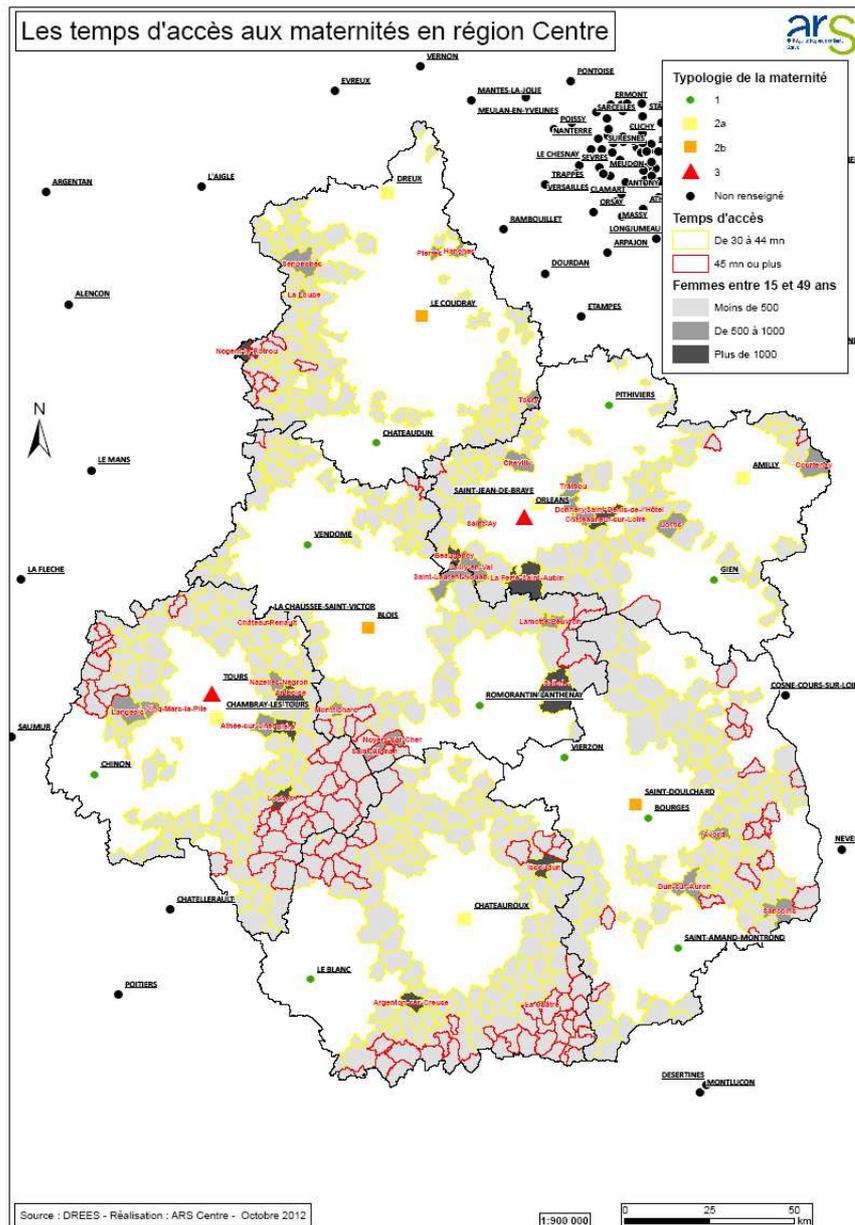
Temps d'accès à une maternité

	moins 10mn	10-19 mn	20-29 mn	30-44 mn	45 mn ou plus	Total	temps acces moyen (en minutes)
Cher	40,6	18,9	22,3	16,9	1,2	100,0	17,2
Eure-et-Loir	23,0	36,1	25,0	13,0	2,9	100,0	17,9
Indre	27,3	18,3	15,8	30,8	7,8	100,0	21,6
Indre-et-Loire	34,1	24,7	18,7	20,2	2,3	100,0	20,2
Loir-et-Cher	28,5	24,5	24,2	19,4	3,4	100,0	19,9
Loiret	28,7	32,8	23,2	15,1	0,2	100,0	16,7
Centre	30,3	27,6	21,8	18,0	2,3	100,0	18,5

source : PMSI-MCO 2010 et distancier odomatrix pour le calcul des distances communes à communes

nota : le temps accès moyen modifié est calcule en ayant supprimé les temps d'accès supérieur à 90 minutes et conservé les maternités des départements limitrophes les plus proches

Dans le Cher, environ 82% de la population met de 10 à 30 minutes pour accéder à une maternité. Le temps moyen d'accès à une maternité est de 17,2 minutes, ce chiffre est inférieur au temps moyen d'accès régional.



Dans le Cher, 4 maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) sont actuellement en service :

- La MSP d'Avord, qui a ouvert en février 2011 et qui fonctionne sans projet de santé formalisé.
- La MSP de Mehun sur Yèvre, ouverte en septembre 2013 et dont le projet avait été créé à l'initiative de médecins et porté par la Communauté de Communes.
- La MSP de Guerche sur l'Aubois, ouverte en septembre 2013.
- La MSP de Sancerre, ouverte également en septembre 2013.

Deux MSP supplémentaires sont également en construction :

- La MSP de Sancoins qui devrait ouvrir en fin d'année 2014.
- La MSP Bourges/ Val d'Auron qui devrait également ouvrir ses portes fin 2014.

A ce jour, le département du Cher compte **5 centres de santé** :

- Deux centres de santé dentaires à **Bourges**
- Un centre de santé dentaire à **Vierzon**
- Un centre de santé dentaire à **Saint Amand Montrond**
- Un centre de soins infirmiers à **Bourges**

Par ailleurs, deux projets de centres de santé sont en cours :

L'un à Vierzon dans le cadre du Contrat Local de Santé du Pays de Vierzon, et l'autre à Saint-Martin-d'Auxigny (projet porté par la Communauté de Communes « En terres vives »).

L'offre hospitalière

En ce qui concerne l'offre hospitalière, le département du Cher dispose de :

- ✓ **5 centres hospitaliers (dont 4 MCO et 1 spécialisé en santé mentale)**
 - **CH Jacques Cœur à Bourges** : établissement de référence du département avec une activité de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), un service d'urgences, un service de gériatrie et SSR et une activité de SSIAD.
Les capacités d'accueil par service de cet établissement sont les suivantes (au 31/12/2011):
 - MCO : 561 places et lits
 - Urgences : 19 places et lits
 - SSR : 126 places et lits
 - USLD/EHPAD : 189 places et lits
 - Accueil de jour gériatrique : 20 places
 - SSIAD : 26 places
 - **CH de Saint-Amand-Montrond** : établissement de proximité ayant une activité de médecine MCO, un service d'urgences et des activités d'USLD, d'EHPAD, de SSR et de SSIAD.
Les capacités d'accueil par service de cet établissement sont les suivantes (au 1/1/2012) :
 - MCO : 92 lits
 - SSR: 74 lits
 - USLD: 41 lits
 - EHPAD: 299 lits
 - SSIAD: 59 places
 - **CH de Vierzon**: établissement de proximité, il dispose d'une consultation mémoire labellisée depuis 2008. Il a une activité de médecine MCO, un service d'urgences, et des activités de SSR, d'USLD et d'EHPAD.
Les capacités d'accueil par service pour cet établissement sont les suivantes :
 - Médecine : 83 lits et 2 places
 - Chirurgie/gynéco-obstétrique : 65 lits et 19 places
 - Urgences : 4 lits
 - USLD/EHPAD : 239 lits
 - SSR : 84 lits et 17 places

- **CH de Sancerre** : c'est un ex hôpital local qui regroupe 4 activités : une activité d'USLD, une activité d'EHPAD, une activité de SSR et un SSIAD.
Les capacités d'accueil par service pour cet établissement sont les suivantes :
 - USLD : 30 lits
 - EHPAD : 104 lits
 - SSR : 30 lits
 - SSIAD:27 places

✓ **1 établissement intercommunal de santé mentale :**

- **CHS George Sand** : il est issu du regroupement de trois établissements de santé mentale du Cher (Bourges, Dun sur Auron et Chezal Benoit), il a été créé en 2003 et compte cinq pôles cliniques. Il a une activité de soins et d'hébergement en psychiatrie et une activité médico-sociale. Il est également le seul établissement du Cher à prendre en charge des patients en hospitalisation sans consentement.

Le CHS est organisé de la façon suivante :

- Un pôle Court séjour et Addictologie (Centre d'Accueil et d'Orientation Départemental- Addictologie- Hospitalisation de court séjour- Pharmacie de Bourges)
- Un pôle ambulatoire (cinq secteurs adultes)
- Un pôle soins psychiatriques de longue durée (Unités de soins de psychiatrie au Long Cours- Accueil Familial Thérapeutique- Maison d'Accueil Spécialisée- Pharmacie de Dun sur Auron)
- Un pôle personnes âgées (trois EHPAD- deux USLD- Pharmacie de Chezal-Benoit)
- Un pôle Médico-psychologique de l'Enfant et de l'Adolescent

Les capacités d'accueil (1084 lits et places au 31/12/2012) de cet établissement sont réparties de la manière suivante:

-*Psychiatrie générale* :

- 313 lits en hospitalisation à temps complet
- 262 lits en accueil familial thérapeutique
- 99 places en hôpital de jour
- 9 places en hospitalisation de nuit

-*Psychiatrie infanto-juvénile* :

- 68 places en hôpital de jour

-*Adolescents* :

- 8 lits en hospitalisation à temps complet
- 14 places en hôpital de jour

-*Maison d'accueil spécialisée (MAS)* :

- 48 lits en hospitalisation à temps complet pour personnes handicapées

-*Unités de soins de longue durée (USLD)* :

- 100 lits d'accueil à temps complet pour personnes âgées dépendantes

-*Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)* :

- 170 lits d'accueil à temps complet pour personnes âgées

✓ **3 cliniques privées:**

- **Clinique Guillaume de Varye** (Saint-Doulchard) : elle a une activité de médecine MCO et de SSR.

- **Clinique des Grainetières** (St-Amand-Montrond) : elle a une activité de médecine et de chirurgie. Il existe une concession de service public entre cette clinique et le CH de St Amand Montrond. Les deux établissements se situent dans le même bâtiment.
- **Clinique la Gaillardière** (Vierzon) : C'est une clinique spécialisée en psychiatrie.

✓ **Les services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) :**

- **SSR le Blaudy**, sur le site de la clinique Guillaume de Varye : SSR avec mention de prise en charge spécialisée des affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance (PAP) (75 lits en hébergement complet HC).
- Sur le site du CH de **Bourges** : SSR avec mention de prise en charge spécialisée des affections de la personne âgée polypathologique dépendante ou à risque de dépendance en HC (44 lits)
- Hôpital Taillegrain : SSR avec mention de prise en charge spécialisée des affections de la personne âgée polypathologique dépendante ou à risque de dépendance en HC (55 lits)
- Hôpital de jour SSR sur le site du château des Gâdeaux (8 places)
- SSR avec mention de prise en charge spécialisée des affections cardio-vasculaires (14 lits en HC et 5 places en HJ)
- CH de **St-Amand-Montrond** : SSR avec mention de prise en charge spécialisée des affections de l'appareil locomoteur en HC et en hospitalisation à temps partiel sur le site du centre de cure médicale de la Croix Duchet.
- SSR avec mention de prise en charge spécialisée des affections du système nerveux en HC et hospitalisation à temps partiel sur le site de cure médicale.
- SSR avec mention de prise en charge spécialisée des affections de la personne âgée polypathologique dépendante ou à risque de dépendance en HC et en hospitalisation à temps partiel sur le site de l'hôpital général de St-Amand-Montrond.
- CH **Sancerre** : SSR avec mention de prise en charge spécialisée des affections de la personne âgée polypathologique dépendante ou à risque de dépendance en HC (30 lits dont 5 pour les soins palliatifs)
- CH **Vierzon** : SSR avec mention de prise en charge spécialisée des affections de l'appareil locomoteur, des affections du système nerveux, des affections de la personne âgée dépendante ou à risque de dépendance et SSR non spécialisé (92 lits dont 8 lits réservés aux EVEPR (état végétatif/état pauci-relationnel)).

✓ **Les services d'Hospitalisation à domicile (HAD) :**

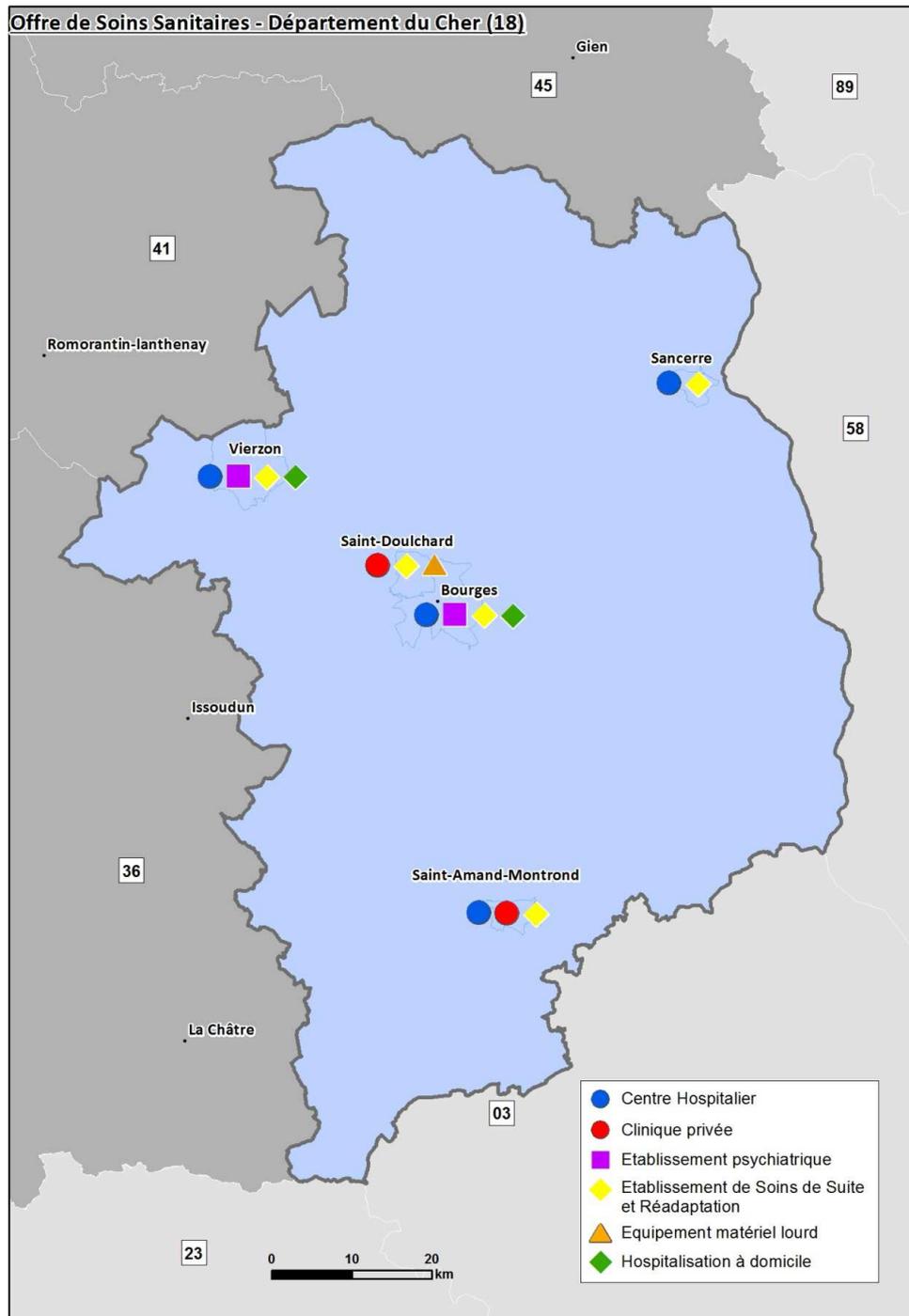
Le département du Cher en compte 2 :

- Un service HAD géré par le centre hospitalier Jacques Cœur de Bourges qui avait une capacité de prise en charge de 15 personnes en 2012, et une extension prévue à 22 personnes en 2013.
- Un service HAD géré par *HAD Berry*, établissement qui est autorisé à intervenir sur le territoire des arrondissements de Vierzon (Cher) et d'Issoudun (Indre), ainsi que sur les zones d'emploi d'Aubigny-sur-Nère et de Saint-Amand-Montrond(Cher).

✓ **Equipement matériel lourd :**

Le département du Cher compte :

- GIE d'imagerie Georges Haret : autorisé pour 1 IRM sur le site de la clinique Guillaume de Varye.
- Vitalia expansion 3 : 1 TEP SCAN sur le site de la clinique Guillaume de Varye.
- SELARL Jean de Berry : 1 IRM et 2 scanners sur le site de la clinique Guillaume de Varye.
- Centre de radiothérapie St-Jean : radiothérapie et oncologie sur le site de la clinique Guillaume de Varye.



✓ **La permanence des soins en établissement de santé (PDES) :**

La permanence des soins en établissement de santé se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients nécessitant une prise en charge dans une structure de soins d'un établissement de santé la nuit, le samedi après midi, les dimanches et jours fériés. C'est une mission qui fait l'objet d'une reconnaissance de mission de service public et d'un financement FIR.

Elle a pour objectifs : d'améliorer l'accès aux soins, d'améliorer la qualité de la prise en charge, d'améliorer l'efficacité. Elle concerne le champ MCO médecine-chirurgie-obstétrique.

Le SROS 2012-2016 ainsi que le cahier des charges de la PDES en région Centre ont défini les activités concernées et les établissements susceptibles de participer à cette mission de service public.

Dans le Cher, **quatre établissements** participent à cette PDES : le CH de Bourges, le CH Vierzon, le CH de St Amand et la Clinique des Grainetières.

Le CH de Bourges est reconnu comme exerçant la mission de service public de PDES pour les activités suivantes :

Activités / spécialités	Type de lignes	Nombre de lignes
Gynécologie-Obstétrique	<i>Astreinte opérationnelle</i>	1
Pédiatrie	<i>Astreinte opérationnelle</i>	1
Anesthésie	<i>Garde</i>	1
Chirurgie orthopédique et traumatologique	<i>Astreinte opérationnelle</i>	1
Chirurgie viscérale et digestive	<i>Astreinte opérationnelle</i>	1
Gastroentérologie	<i>Astreinte opérationnelle</i>	1
Pneumologie	<i>Astreinte opérationnelle</i>	1
Ophthalmologie	<i>Astreinte opérationnelle</i>	1
ORL	<i>Astreinte opérationnelle</i>	1
Médecine polyvalente	<i>Astreinte opérationnelle</i>	1
Biologie médicale	<i>Astreinte de sécurité</i>	1
Imagerie	<i>Astreinte opérationnelle</i>	1
Réanimation	<i>Garde</i>	1
Cardiologie interventionnelle	<i>Astreinte</i>	1
Unité de soins intensifs en cardiologie	<i>Garde</i>	1
Unité neuro-vasculaire	<i>Astreinte</i>	1

Le CH de Saint Amand Montrond est reconnu comme exerçant la mission de service public de PDSSES pour les activités suivantes :

Activités / spécialités	Type de lignes	Nombre de lignes
Gynécologie-obstétrique	<i>Astreinte opérationnelle</i>	1
Pédiatrie	<i>Astreinte opérationnelle</i>	1
Anesthésie	<i>Astreinte opérationnelle</i>	1
Médecine polyvalente	<i>Astreinte opérationnelle</i>	1

Le CH de Vierzon est reconnu comme exerçant la mission de service public de PDSSES pour les activités suivantes :

Activités / spécialités	Type de lignes	Nombre de lignes
Médecine polyvalente	<i>Astreinte opérationnelle</i>	1
Gynécologie-obstétrique	<i>Astreinte opérationnelle</i>	1
Pédiatrie	<i>Astreinte opérationnelle</i>	1
Anesthésie réanimation	<i>Astreinte opérationnelle</i>	1
Imagerie	<i>Astreinte opérationnelle</i>	1
Biologie	<i>Astreinte de sécurité</i>	1

Le CH de Vierzon assure, à titre dérogatoire au volet PDSSES du SROS PRS, la mission de service public de permanence des soins pour les activités et/ou spécialités suivantes et selon les modalités ci-dessous :

Activités / spécialités	Type de lignes	Nombre de lignes
Chirurgie viscérale	<i>Astreinte opérationnelle</i>	1
Chirurgie orthopédique	<i>Astreinte opérationnelle</i>	1

La Clinique des Grainetières est reconnue comme exerçant la mission de service public de PDES, à titre dérogatoire, pour les activités suivantes :

Activités / spécialités	Type de lignes	Nombre de lignes
Chirurgie viscérale	Astreinte opérationnelle	1
Chirurgie orthopédique	Astreinte opérationnelle	1
Anesthésie réanimation	Astreinte opérationnelle	1

✓ **Les groupements d'intérêt public (GIP) / syndicats inter hospitaliers (SIH) :**

Le département du Cher dispose de 3 GIP/SIH assurant des fonctions annexes relatives aux établissements de santé :

➤ **Le GIP « blanchisserie inter-hospitalière » Bourges-Vierzon**

Objet

Le GIP « Blanchisserie inter-hospitalière » a pour objet d'assurer le traitement du linge et des vêtements professionnels utilisés par les établissements membres

Siège

Le siège du groupement est fixé au :

Centre hospitalier Jacques Cœur

145, avenue François Mitterrand

18020 BOURGES Cedex

Date de création

La convention constitutive du GIP a été conclue le 16 décembre 2005

Membres et adhérents

Le GIP est constitué entre les 2 membres fondateurs, le Centre Hospitalier Jacques Cœur de Bourges, représenté par Madame CORNILLAULT, directrice et le Centre hospitalier de Vierzon, représenté par Monsieur ARTOT, directeur et les membres adhérents.

En 2012, l'EHPAD Antoine Moreau de Bourges a rejoint le GIP ce qui porte à 8 le nombre d'établissements et collectivités confiant la prestation de blanchissage à la BIH (blanchisserie inter-hospitalière)

Adhérents

Centre Hospitalier de Bourges

Centre Hospitalier de Vierzon

Hôpital local de Sancerre

EHPAD Antoine Moreau

Clients

Centre Hospitalier de Gien

ADAPT de Trouy

Maison d'Arrêt de Bourges

Mairie de Bourges

➤ **Le GIP « environnement et santé du Cher »**

Objet

Le GIP « ENVIRONNEMENT ET SANTE DU CHER» a pour objet, la gestion, sans but lucratif, d'un service commun de traitement des déchets des activités de soins et principalement les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, publics et privés du département du CHER.

Date de création

La convention constitutive du GIP a été conclue le **4 novembre 1994**.

Siège

Le siège du groupement est celui de l'établissement du directeur du groupement.

Il est fixé au :

Centre Hospitalier Jacques Cœur
145, avenue François Mitterrand
18020 BOURGES Cedex

Membres et adhérents

Le GIP regroupe 27 membres et 126 adhérents (source rapport 2012 du CHB)

➤ **Le SIH « pôles logistiques » entre le CH George Sand et l'EHPAD de Bellevue**

Objet

Le SIH « POLES LOGISTIQUES» a vocation à exercer toute activité intéressant le fonctionnement et le développement de services logistiques communs, ainsi que toutes les fonctions de gestion d'un établissement public hospitalier autonome vis-à-vis de ses personnels et de son patrimoine propre.

La première activité qui est gérée par le Syndicat Inter hospitalier de pôles logistiques est la fonction de production et distribution des repas.

Date de création

Le SIH a été créé le 1^{er} janvier 2002 mais la mise en service n'a été effective que le 4 juin 2012.

Siège

Le siège du groupement est fixé au :

Centre Hospitalier de George Sand
77 rue Louis Mallet
18024 BOURGES CEDEX

Membres et adhérents

Le SIH est réalisé entre le Centre Hospitalier George Sand situé 77 rue Louis Mallet à Bourges
Les Résidences de Bellevue situé 1 rue du Président Malmont à Bourges

→ Le SIH devra être transformé en GCS d'ici fin 2015.

L'offre en faveur des personnes âgées

Les EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) :

Le département du Cher compte 40 EHPAD regroupant au total 4 053 places d'EHPAD se répartissant comme suit :

- 25 EHPAD publics regroupant 2 926 places,
- 15 EHPAD privés regroupant 1 127 places

EHPAD	HP		HT		AJ	Total
	PAD	Alzheimer	PAD	Alzheimer	Alzheimer	
Publics autonomes	1593	216	28	8	42	1887
Annexés à un CH	922	85	3	3	26	1039
Privés lucratifs	520	49	12	1		582
Privés non lucratifs	492	43	9	1		545
Total	3527	393	52	13	68	4053

Mesures du plan national Alzheimer mises en œuvre :

-4 PASA (Pôles d'activités et de soins adaptés en maison de retraite) représentant 14 places (Nohant en Gout, Chateaufort, Chezal-Benoit, Bellevue)

-1 UHR (Unité d'hébergement renforcé) de 14 places (Chezal Benoit)

-1 PFR (plateforme de répit) : Ehpad du CH de Bourges

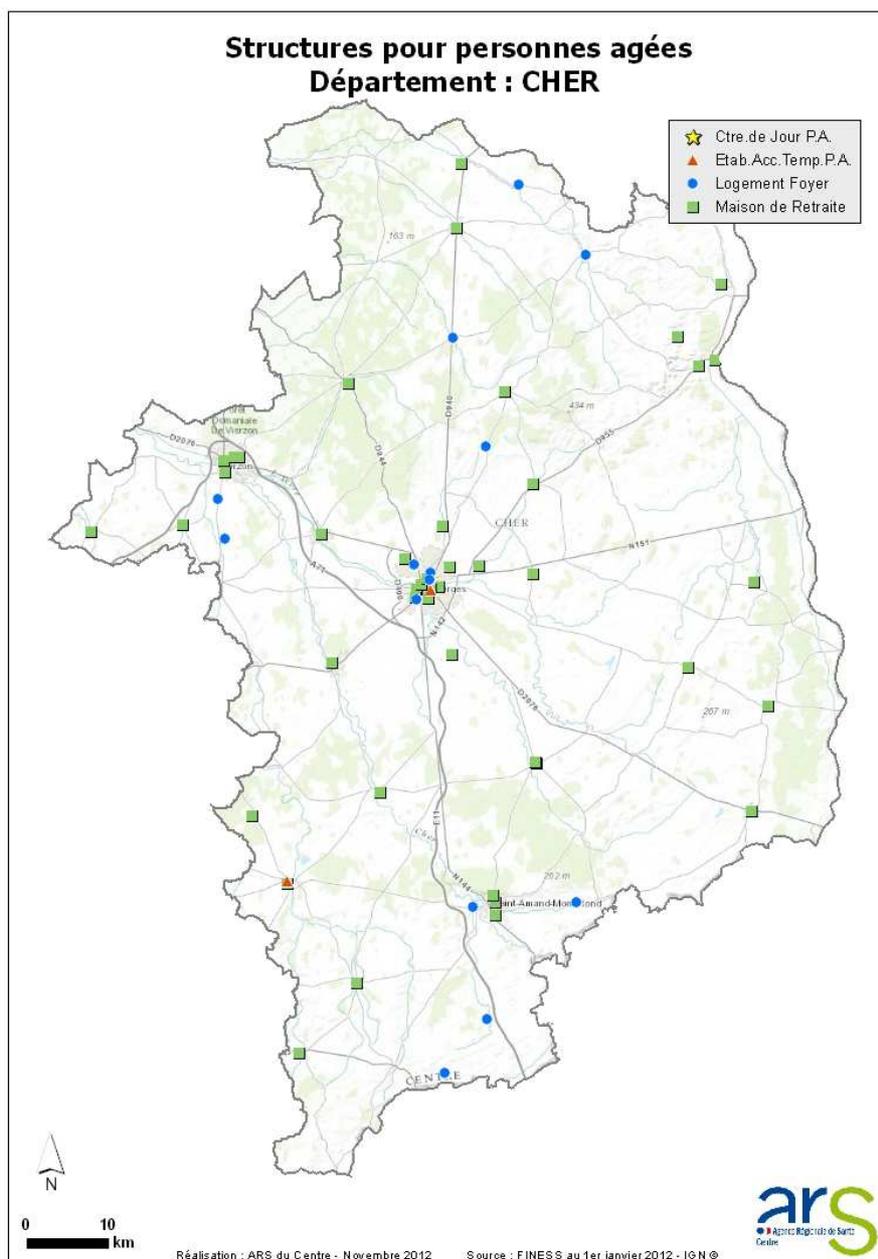
Les Logements-Foyers :

Le département compte :

- 8 logements-foyers (467 places)

-4 MARPA (Maison d'accueil rurale pour personnes âgées) (80 places)

- 1 foyer d'hébergement temporaire (15 places)

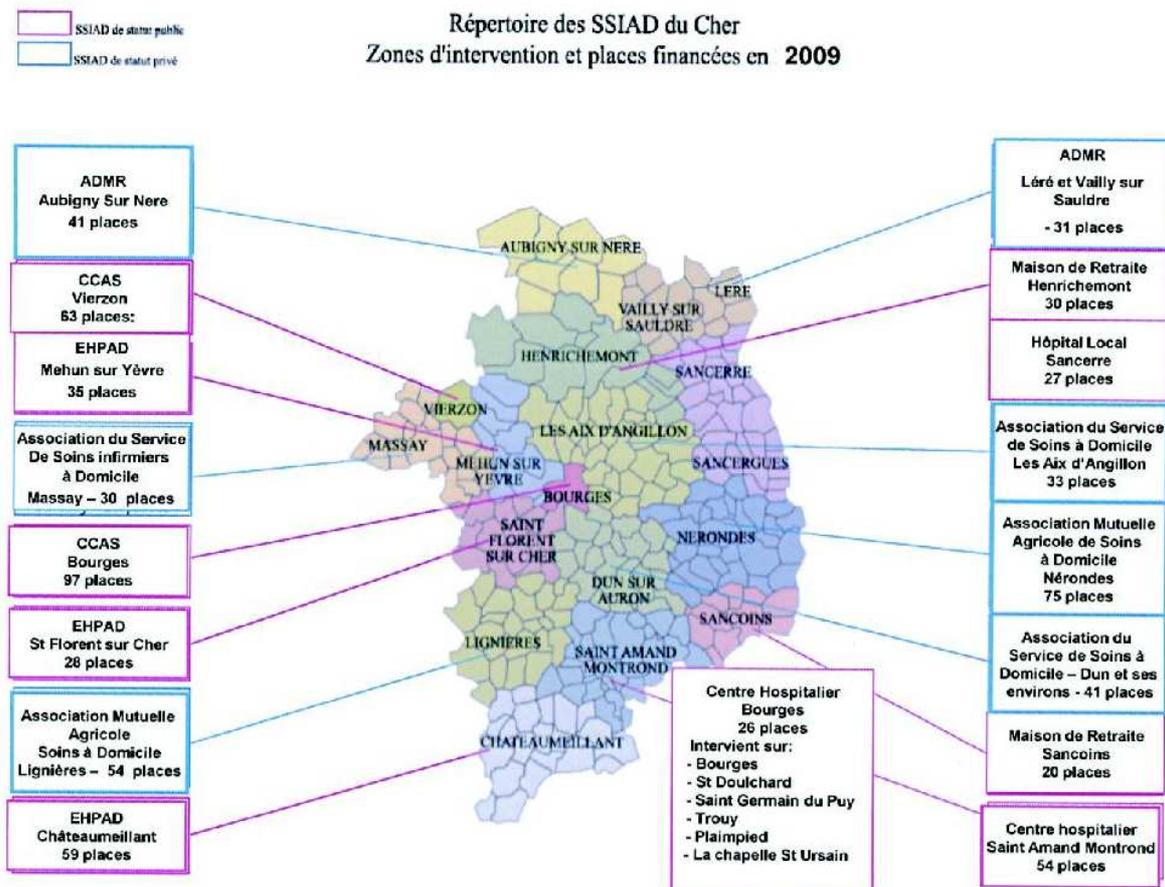


Services de Soins Infirmiers à Domicile (PA et PH):

Le département du Cher compte 17 S.S.I.A.D regroupant au total 804 places financées pour la prise en charge de personnes âgées ou handicapées se répartissant comme suit :

	Places PA	Places PH	Places « de soins, d'accompagnement et de réhabilitation »	Total
SSIAD publics	422	25	20	467
SSIAD privés	313	24		337
Total	735	49	20	804

Répertoire des SSIAD du Cher Zones d'intervention et places financées en 2009



Mesures du plan national Alzheimer mises en œuvre :

2 ESA (équipe spécialisée Alzheimer) ont été constituées pour la prise en charge des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

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

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

L'offre en faveur des personnes handicapées

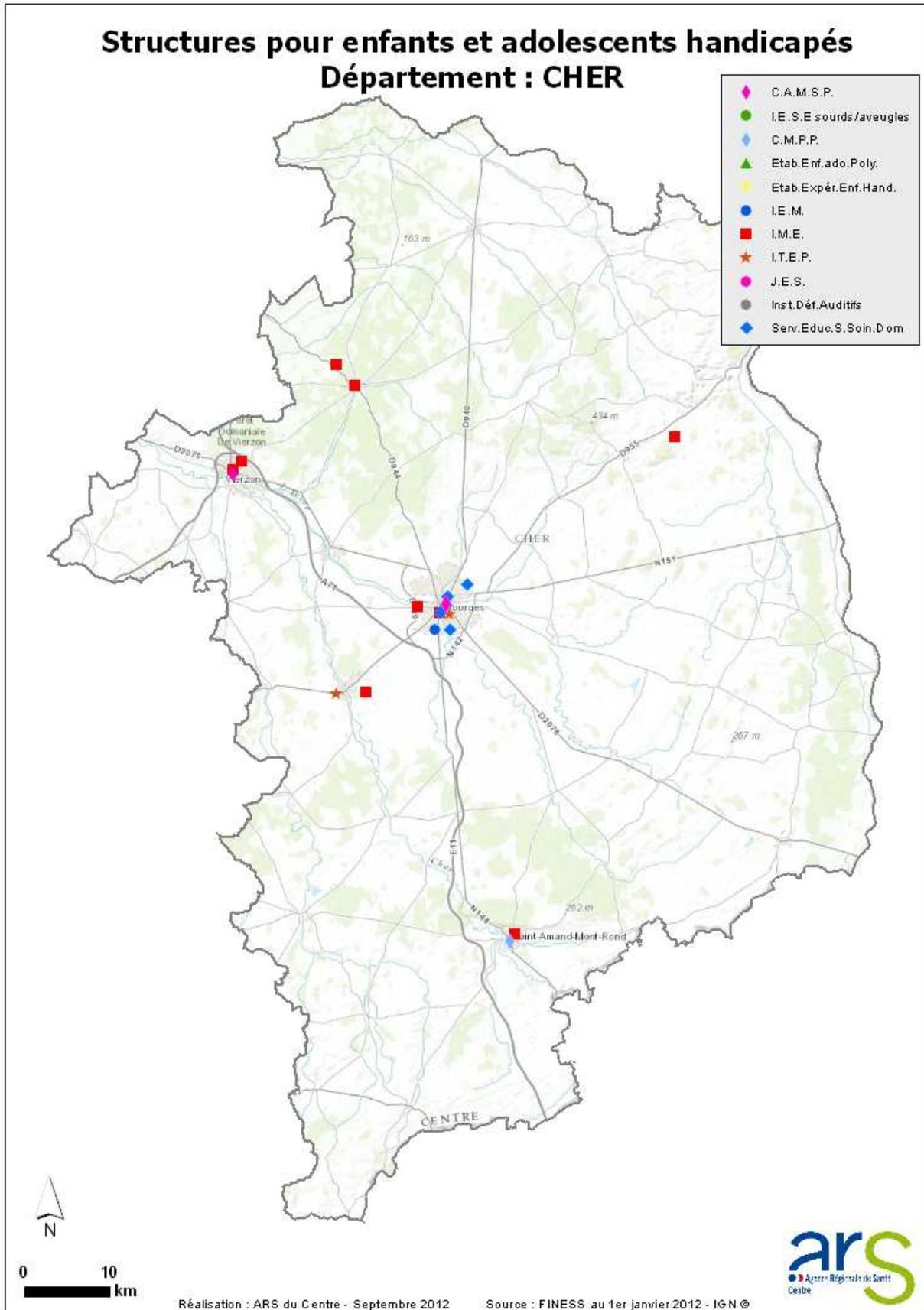
Etablissements et services accueillant des enfants handicapés :

Le département du Cher compte 19 établissements et services regroupant au total 995 places financées pour la prise en charge d'enfants handicapés se répartissant comme suit :

	Nombre d'établissements	Places Enfants
CAMSP	3	230
IME	7	395
ISEP	1	25
ITEP	1	93
SESSAD	4	171
IEM	1	54
SAFEP-SSEFIS	1	31
CMPP	1	
Total	19	999

Au 1/1/2012, le taux d'équipement en établissements pour enfants handicapés (hors SESSAD) dans le Cher était de 8,3 pour mille enfants handicapés, et le taux d'équipement global en SESSAD était de 2,9 pour mille. Ces données sont supérieures aux taux d'équipement régionaux et nationaux. Ce qui permet de dire que globalement, le département du Cher dispose d'un dispositif d'accueil des enfants handicapés plutôt satisfaisant.

Structures pour enfants et adolescents handicapés Département : CHER



Etablissements et services accueillant des adultes handicapés :

Le département du Cher compte 12 établissements et services regroupant au total 355 places financées pour la prise en charge d'adultes handicapés se répartissant comme suit :

	Nombre d'établissements	Places Adultes
FAM	6	161
MAS	4	91
SAMSAH	1	17
CRP	1	86
Total	12	355

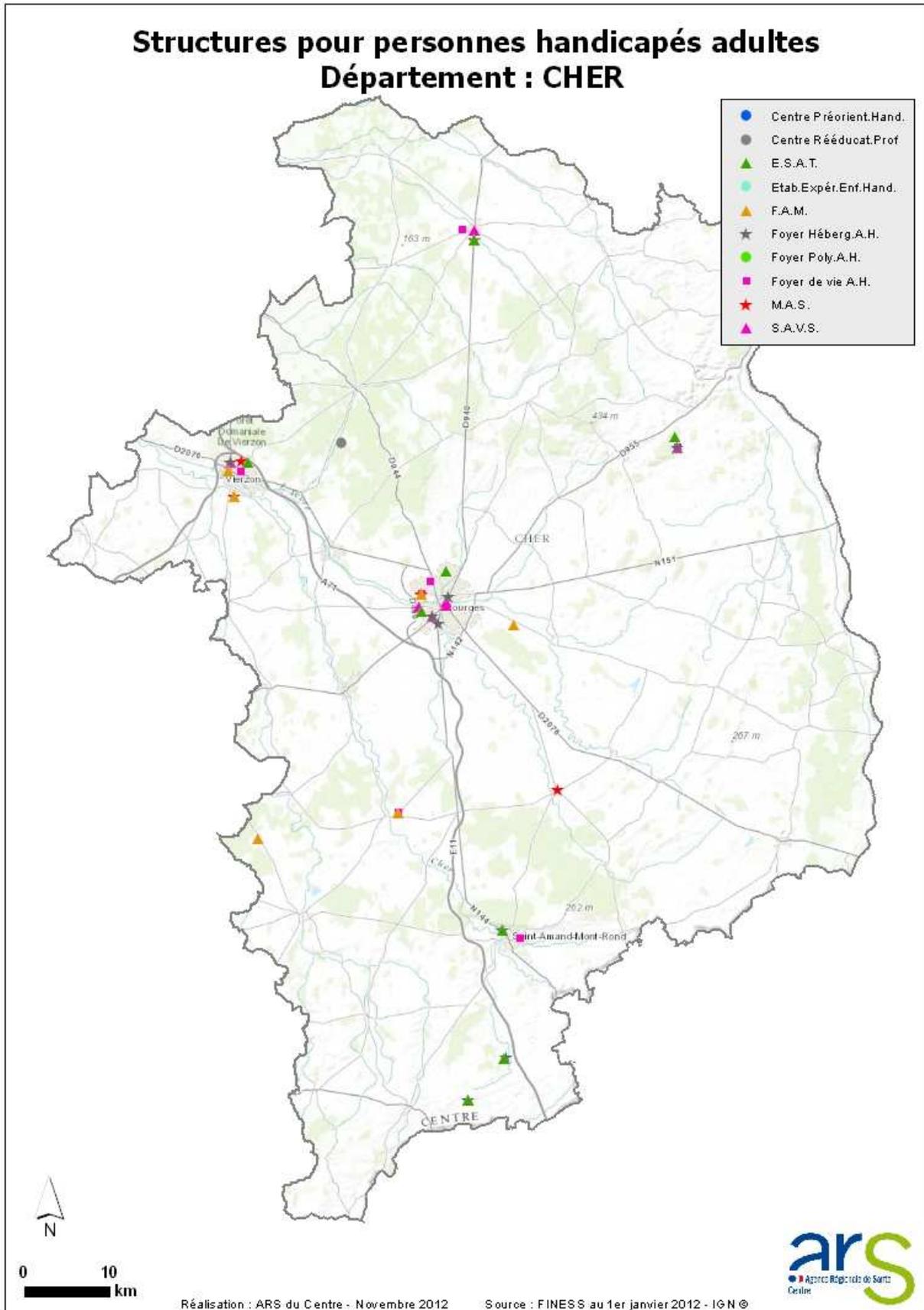
Etablissements et services d'aide par le travail :

Le département du Cher compte 7 établissements et services d'aide par le travail regroupant au total 600 places financées pour la prise en charge de travailleurs handicapés.

Au 1/1/2012, le taux d'équipement en structures pour adultes handicapés dans le Cher était de 5,2 pour mille adultes handicapés, et le taux d'équipement en ESAT était de 3,9 pour mille. Ces données sont supérieures aux taux d'équipement régionaux et nationaux. Cela permet de dire que globalement, le département du Cher dispose d'un dispositif d'accueil des adultes handicapés plutôt satisfaisant.

De façon générale, le Cher est parmi les départements les mieux équipés concernant l'offre en faveur des personnes handicapées sur la région Centre.

Structures pour personnes handicapés adultes Département : CHER



Réalisation : ARS du Centre - Novembre 2012

Source : FINESS au 1er janvier 2012 - IGN ©



L'offre dans le domaine de la prévention

Le domaine de la prévention et promotion de la santé recouvre un périmètre très large, faisant appel à de multiples acteurs, de nature juridique et institutionnelle très variée (établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux, opérateurs associatifs, collectivités, assurance maladie, etc...)

Les opérateurs en santé publique du département du Cher :

Les opérateurs en santé publique mentionnés ci-dessous sont ceux pour lesquels un financement a été accordé à l'issue de l'appel à projet régional 2012, établi sur la base d'un guide de financement.

THEMATIQUE	PROMOTEUR
Dépistage Organisé des Cancers	IRSA/ADOC 18
Prévention des cancers	Centre Hospitalier George Sand
Accès à la prévention et aux soins	CCAS de Bourges
Addictions	Ligue de l'enseignement FOL18 Addicto Centre CODES 18 Alcool Assistance 18 Comité de coordination de lutte contre l'alcoolisme Alcool Ecoute Joie et Santé Vie Libre ANPAA 18- CSAPA spécialisé Alcool CAET- CSAPA spécialisé Toxicomane
Maladies transmissibles	Réseau VIH du Cher ACEP /Cher Tsiganes
Nutrition	Association Plume CCAS de Vierzon EPICEA Banque Alimentaire du Cher Epicierie Solidaire Bourges Nord CODES 18
Périnatalité	MFPF 18
Santé Environnement	Nature 18
Santé mentale	UNAFAM 18

Les structures dans le domaine de l'accès aux soins et à la prévention :

Autorité ayant compétence	Structure	Porteur	Localisation	Missions
A R S	PASS Permanence d'accès aux Soins de Santé	CH BOURGES CH VIERZON	BOURGES VIERZON	Les PASS sont des cellules de prise en charge médico-sociale qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.
	CSAPA Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie	CSAPA Alcool ANPAA CSAPA Toxicomanie-CAET	Bourges, antenne Vierzon Bourges	Il concerne toute personne ayant une consommation à risque, un usage nocif ou présentant une dépendance aux substances psychoactives, ainsi que leur entourage ; toute personne souffrant d'addiction sans substance. Les centres assurent le sevrage et son accompagnement, la prescription et le suivi des traitements médicamenteux (dont les traitements de substitution).
	LHSS Lits Halte Soins Santé – 4 lits	CHRS St François	Bourges	Prise en charge médico-sociale aux personnes sans domicile dont l'état de santé, sans nécessiter une hospitalisation , n'est pas compatible avec vie à la rue. Ce dispositif assure une prise en charge sanitaire et sociale des personnes dont l'absence de domicile empêche une prise en charge satisfaisante de leurs problèmes de santé, et évite une rupture dans la continuité des soins.
	CIDDIST Centre d'information, de dépistage et de Diagnostic des Infections	CH de Bourges	Bourges	La mission du CIDDIST est d'informer sur les maladies sexuellement transmissibles et les moyens de prévention existant, de conseiller et de dépister.

A R S	sexuellement transmissibles			
	CDAG Centre de dépistage anonyme et gratuit	CH Bourges CH Vierzon	Bourges Vierzon	La mission du CDAG est d'informer sur les maladies sexuellement transmissibles et les moyens de prévention existant, de conseiller et de dépister.
	Centres de vaccination	IRSA	Saint Doulchard	L'accueil et l'information. La réalisation d'actions de prévention. La vaccination. Le développement en réseau.
	CLAT Centre de lutte antituberculeux	CH Bourges	Bourges	Dépistage et prise en charge précoce de la tuberculose par des enquêtes autour de cas.
Autorité ayant compétence	Structure	Porteur	Localisation	Missions
C O N S E I L G E N E R A L D U C H E R	PMI	Conseil Général	Bourges Mehun sur Yèvre Vierzon Saint Florent Saint Amand	Pour promouvoir la santé de la mère et de l'enfant et exercer une action de prévention précoce, le Conseil général propose gratuitement à l'enfant et à sa famille l'aide du service de Protection maternelle et infantile.
	CPEF LE CENTRE DE PLANIFICATION et d'EDUCATION FAMILIALE	Conseil Général	Bourges	Le centre de planification est ouvert à tous, quel que soit l'âge, la situation familiale ou sociale, et ce, gratuitement. Des sujets tels que sexualité, régulation des naissances, vie de couple, difficultés parentales, interruption volontaire de grossesse (I.V.G.), infections sexuellement transmissibles (I.S.T.) pourront être abordés. Toutes les consultations concernant les mineurs sont anonymes.

C O N S E I L G E N E R A L D U C H E R				
	Maison des Solidarités	Conseil Général	Baugy Aix-D'angillon Nérondes Sancergues Sancoins La Guerche	<p>Les maisons des solidarités représentent une innovation dans le domaine de l'action médico sociale de proximité et pour le développement et l'animation du territoire. Une Maison des solidarités c'est avant tout une porte d'entrée du service public départemental qui est ouverte à tous. Une Maison des solidarités est :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un lieu ressources pour les aides aux familles, • Un lieu pour construire des projets, • Un lieu pour impliquer les habitants dans la définition des politiques publiques, • Un lieu pour faciliter la mise en œuvre de la citoyenneté.
CPAM	Prévention Santé Gens du Voyage	Animatrice CPAM	Saint Florent	Organisation de déjeuners santé dans les aires d'accueil pour sensibiliser sur différentes thématiques santé (soin dentaire, vaccination,...)
	Centre d'examen de santé	IRSA	Saint Doulchard	Faciliter l'accès aux droits de l'assurance maladie et faciliter l'accès à la prévention et aux soins.
DDCSPP	Comité de Prévention des Addictions	DDCSPP 18	Pays Cher Nord Bourges-Vierzon Intercommunalité des terres vives Baugy-Bengy La Guerche	L'objectif est d'ancrer dans les différents territoires, les actions de prévention en animant un comité techniques de prévention. Ces groupes réunissent : des élus, Education Nationale, animateur jeunesse, service de l'état, ...

			St Amand	
Autorité ayant compétence	Structure	Porteur	Localisation	Missions
SPIP Service Pénitentiaire d'insertion et de probation du Cher	Action éducation à la santé auprès des détenus	SPIP et opérateurs de santé publique ...	Maison d'arrêt Bourges	La constitution d'un COPIL, présidé par un personnel de l'UCSA, composé de personnels de l'établissement pénitentiaire, du SPIP permet la mise en place d'actions concertées à partir d'une réflexion commune sur les besoins
Centre hospitalier George Sand	Equipe mobile Psychiatrie adolescent	Centre hospitalier George Sand	Département du Cher	L'équipe mobile en psychiatrie : un dispositif pour contourner la précarité sociale, l'indisponibilité mentale, l'impossibilité physique.
Fédération des Œuvres Laïques du Cher	Equipe de Prévention Itinérante	Fédération des Œuvres Laïques du Cher	Département du Cher	Cette action consiste à aller à la rencontre des jeunes qui se réunissent dans des parcs, des jardins, aux abords de stades ou d'une gare routière et qui ne sont pas forcément sensibilisés aux risques d'addiction. La spécificité de l'EPI est de couvrir l'ensemble du département et d'intervenir en milieu rural ou en milieu urbain. Les jeunes abordent aussi les questions relatives à la sexualité, leur rapport avec les institutions, leurs éventuelles prises de risques.
ACEP	Accès aux soins et à la prévention : Gens du Voyage	Cher-Tzigan	Département du Cher: aires d'accueil publiques et privées	<ul style="list-style-type: none"> - Permettre l'accès à la prévention, aux soins. - Promouvoir l'hygiène et l'équilibre alimentaire - Promotion de la vaccination dans le cadre de la Semaine Européenne de la Vaccination.

La dynamique partenariale dans le Cher :

Le travail partenarial et le décloisonnement entre secteurs et professions apparaissent indispensables dans la prise en charge du public en grande précarité sociale et économique en marge de l'offre de services de santé. Une dynamique est déjà en place dans le Cher.

→ A travers les réseaux de santé :

Pour rappel, le rôle et les objectifs des réseaux de santé sont précisés dans le code de la santé publique : « les réseaux ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité de la prise en charge sanitaire, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires » (Art L.6321-1 du code de la santé publique).

Ils assurent une prise en charge globale des patients et un décloisonnement des professionnels (éducation à la santé, prévention, diagnostic et soins), une qualité, une sécurité et une continuité des soins : formations pluridisciplinaires, démarches de protocolisation, utilisation de référentiels, mise en place d'évaluations régulières des pratiques...

Aussi, les réseaux de proximité (à dimension territoriale ou infra-territoriale) ont pour objectif de s'impliquer dans l'organisation et la coordination des soins, entre la ville et l'hôpital, en soutien à la médecine de 1er recours, et cela dans une perspective d'amélioration des pratiques.

→ Couverture en réseaux de santé dans le Cher :

Réseau CARMEL (Cher Association Réseau d'Aide aux Malades diabétiques et d'Education Locale) :

Créé en 2003, son objectif est d'améliorer la prise en charge globale des personnes diabétiques grâce au développement de l'éducation thérapeutique ambulatoire, la promotion de la coordination des soins, la formation et l'autoévaluation des professionnels. Des cycles de réunions d'éducation thérapeutique à destination d'un groupe de femmes migrantes souffrant de diabète et/ou d'obésité ont été mis en place.

Réseau VIH :

Le RESEAU VIH du Cher créée en 1998 conduit les actions de prévention sur la thématique VIH-IST-Hépatites en partenariat avec les autres structures de prévention du département. Il existe un partenariat étroit avec le CDAG –CIDDIST et les équipes hospitalières des hôpitaux du Cher.

Réseau ENVISAGER (ENsemble Vierzonnais de Soins et d'Aide GERontologique)

Le réseau concerné est un réseau de santé « Personnes Agées », également appelé réseau gérontologique. Il permet aux personnes de plus de 75 ans de bénéficier d'une prise en charge correspondant au mieux à leurs besoins de santé et médico-sociaux. Il favorise également la coordination autour de la personne âgée de tous les acteurs médicaux, paramédicaux, sociaux et médico-sociaux. Les actions mises en place par le réseau doivent ainsi permettre :

1. Le décloisonnement et la coordination des professionnels pour une prise en charge (sanitaire et médico-sociale) pluridisciplinaire, globale, continue et d'égale qualité.
2. L'organisation du retour et du maintien à domicile des personnes âgées.
3. L'appui aux professionnels pour l'orientation de leurs patients/usagers dans le système de soins.
4. Le repérage de la population en difficulté en recoupant les informations mises à disposition par les différents partenaires.
5. L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Maison des adolescents du Cher (MDA) :

La mise en place du projet de MDA du Cher a été réfléchi de manière collégiale, avec une approche inter-institutionnelle, l'objectif étant d'être en cohérence avec le cahier des charges national et les différentes politiques institutionnelles des partenaires s'engageant dans cette démarche. Les locaux sont situés à Bourges, avec un déploiement départemental, grâce à l'appui de différents dispositifs mobiles.

→ A travers les coordinations et groupes de travail départementaux :

La prévention, l'éducation pour la santé et la promotion de la santé doivent s'inscrire dans une dynamique d'animation territoriale de proximité, pour renforcer l'efficacité des actions grâce à une connaissance plus fine des populations et des acteurs concernés, d'une part, et par une mise en œuvre des projets au plus près des publics cibles, d'autre part.

- ✓ Comité thématique « **l'accès aux soins et l'accompagnement des migrants vieillissants et de leurs aidants** » : Il s'agit de créer un échange dynamique sur les difficultés rencontrées par les migrants dans leur parcours d'intégration, de partager les pratiques et de définir des axes de travail prioritaires, en lien avec le Programme régional d'intégration des populations immigrées.
- ✓ Commission technique de l'**Observatoire du logement indigne** : Les objectifs s'inscrivent dans le cadre de la politique d'amélioration du parc de logements, tant en faveur des personnes et des familles que des bailleurs ou des propriétaires occupants et visent la résorption de l'habitat indigne ou non-décent.
- ✓ Comité de pilotage départemental « **Enfance et surpoids** » : existe depuis 2012, comprenant des acteurs des différents champs : prévention, sanitaire, médico-social et social, associatif, représentants d'usagers et institutionnels. Les objectifs du comité départemental sont l'amélioration de la coordination dans le département. En effet, le Cher totalise actuellement un nombre important d'actions isolées, notamment dans le domaine de la prévention primaire.
- ✓ Comité de pilotage départemental pour « **La promotion de la vaccination** », en lien avec la semaine européenne de la vaccination. L'objectif étant de réaliser des actions de promotion de la vaccination couvrant l'ensemble du département du Cher.
- ✓ Commission consultative **des gens du voyage** : L'objectif de cette commission est la mise en place d'actions santé/social, afin d'amener la population des gens du voyage vers l'utilisation du droit commun.
- ✓ Coordination **addictologie** : Regroupe des acteurs institutionnels, associatifs, professionnels de santé agissant dans le domaine de la prévention des addictions ; ce réseau s'est formalisé et identifié à travers la création d'un site internet : reseau-addiction-cher.fr
- ✓ Conseil départemental **de prévention de la délinquance** (CDPD), présidé par le Préfet du Cher, avec la mise en place de différentes commissions, aide aux femmes victimes de violences,....

1.2- Les forces et faiblesses du territoire : le point de vue de la conférence de territoire

- Méthode de travail

Le travail d'élaboration du programme territorial de santé a été lancé par la délégation territoriale du Cher de l'ARS en étroite collaboration avec les membres du bureau lors de la conférence de territoire du 16 mai 2013. Suite à cette conférence de territoire, **3 groupes de travail (GT) ont été constitués** afin de travailler sur des thèmes centraux pour le département du Cher.

Initialement les 3 groupes de travail établis étaient les suivants : Education à la santé/ prévention / santé-environnementale ; Handicap ; Offre de soins.

Cependant, il est rapidement apparu nécessaire de traiter également de la notion de dépendance au sein des groupes de travail, il y a eu des réunions de travail sur ce thème et il a donc été décidé de rattacher ce thème au groupe de travail traitant du handicap.

Les groupes de travail retenus sont donc les suivant :

1) Education à la santé / prévention / santé-environnementale

Coordonnateur : Michel VERDIER

Composition : Denis ARTOT (CH Vierzon), Marie COTE GRUMEL (CODES 18), Virginie LEGER (CAET), Pascal MORANDI (Vie Libre), Serge RIEUPEYROU (UFC Que Choisir), Michel VERDIER (CCAS Bourges), Nathalie VERNE (ANPAA 18).

Maëlle DAMPFHOFFER, Naïma MOUSALLI, Virginie POUTHIER, Frédérique VIDALIE (ARS)

2) Handicap et dépendance

Coordonnateur : Jacques GODFROY

Composition : François BIAUD, Monsieur BONNIN, Philippe DEBROYE, DESMAISON Agnès, DESGRANGES Nicole, Alain DUBOST, Catherine GENTILHOMME, Jacques GODFROY, Pascal GOUDY, Isabelle PLATON, Marie-Paule PROT-LEGER, Philippe SAUNE, Marie-Odettes TURE.

Elisabeth MERLIN, Gaëlle WARIN, Agnès RAVEL (ARS)

3) Offre de soins

Coordonnateur : Dominique ENGALENC

Composition : Joël ADRIEN, Jean-Christian BASSET, Pierre BUCHET, Maryse CLASQUIN, Dominique ENGALENC, Philippe FOURNIE, Christian GUGGIARI, Olivier MICHEL, Elisabeth ROCHETTE, Nathalie VERNE.

Marie VINENT, Carla DA COSTA FERREIRA, Anne DESCOUTS, (ARS)

Méthode générale :

En ce qui concerne la méthode de travail, il y a eu des réunions des différents GT sur des plages horaires de quelques heures en soirée.

Afin d'être efficaces, ces réunions étaient préparées en amont et les participants devaient y avoir travaillé et arriver avec des idées. Des échanges ont également eu lieu par messagerie électronique.

L'animateur de chaque GT prenait en charge la rédaction de la synthèse des informations et des données produites en GT.

La DT-ARS a assuré le secrétariat de ces groupes de travail et a élaboré les comptes-rendus.

Ont également eu lieu des réunions du bureau de la Conférence de Territoire afin de partager et d'échanger entre les GT.

La DT-ARS a utilisé les données produites lors de ces diverses réunions pour l'élaboration du PTS du Cher.

Le principal objectif des GT était le suivant: Faire remonter les besoins du terrain, de la population du territoire

→ « Choses urgentes non couvertes »

Calendrier :

- 1^{ère} série de réunions des GT (24 juin à 18h) consacrée au diagnostic territorial.
- Regroupement du groupe de travail « offre de soins » (23 juillet)
- 2^{ème} série de réunions des GT (16 septembre - 18h) consacrée aux actions à mettre en œuvre sur le territoire.
→ Il a été proposé lors de l'une de ces réunions de compléter une trame Forces et opportunités / Faiblesses et menaces pour le territoire pour les différentes thématiques (ou sous-thématiques) et d'en faire émerger des propositions d'évolution.
- Séance plénière (14 octobre à 17h) : Restitution commune des travaux effectués par les 3 groupes de travail.
- Groupe de travail sur le thème de la dépendance et des personnes âgées (23 octobre)
- Bureau de la conférence de territoire (28 octobre à 18h) : présentation du plan et des grands axes du PTS
- Bureau de la conférence de territoire (2 décembre à 18h) : présentation du PTS
- Séance plénière (9 décembre à 14h30) : restitution du PTS

• Le diagnostic de la conférence de territoire

Dans le cadre de la conférence de territoire, les membres des différents groupes de travail ont mis en évidence un certain nombre de forces et de faiblesses du territoire afin de cibler les priorités départementales et de mettre en place des actions adaptées.

D'une manière générale, les membres de la conférence de territoire s'accordent pour dire que les points faibles caractéristiques du département du Cher sont les suivants :

- Le Cher est un département qui doit faire face à des problèmes de démographie médicale importants
- C'est un département connaissant un vieillissement important de sa population
- C'est un département rural qui de plus se trouve à distance des CHU de référence

Ces 3 caractéristiques principales du département du Cher sont donc à prendre en compte et vont avoir une influence sur l'élaboration et la mise en place d'un programme d'actions territorialisé.

De manière plus spécifique, le travail effectué par les différents groupes de travail présents à la conférence de territoire a permis de réaliser un diagnostic territorial selon trois grands pôles (éducation à la santé/prévention/santé environnementale ; handicap et dépendance ; offre de soins).

Pôle 1 : Education à la santé/prévention/santé environnementale

✓ **Les forces :**

- Existence de réseaux locaux solides, avec une bonne coopération entre les partenaires (ex : réseau addictions, Printemps de Bourges, Semaine Européenne de la Vaccination).
- Une mobilisation des différents acteurs assez importante
- L'élaboration de trois diagnostics territoriaux (Bourges, Pays de Vierzon, Pays Berry Saint Amandois) dans le cadre de la création des CLS a apporté une analyse croisée des besoins et des demandes de la population, des professionnels avec l'offre déjà existante sur ces territoires.
- Une qualité de l'eau destinée à l'alimentation humaine relativement préservée, par comparaison aux autres départements de la Région

✓ **Les faiblesses :**

- En prévention et éducation à la santé : une transversalité insuffisante dans les actions : « *Je sais ce que je fais mais je ne sais pas ce que font les autres* ».
 - Les acteurs présents de la prévention et de l'éducation à la santé disent se sentir isolés et ne pas être suffisamment informés des actions des autres partenaires, au détriment notamment de la coordination et de la complémentarité des interventions.
- Prévention et éducation à la santé : Absence d'acteurs sur certaines parties du territoire.
 - Certains territoires ne sont couverts ni en offre de soins ni en prévention.
- Prévention et éducation à la santé : certaines populations sont éloignées de la prévention et des soins (en particulier personnes précaires en milieu rural).
- Pas de dispositif d'hébergement adapté pour prendre en charge les personnes atteintes de pathologie spécifique, tel que des appartements de coordination thérapeutique.
- Santé Environnement : la santé n'est pas suffisamment représentée dans les instances environnementales : « *il faut remettre de la santé dans l'environnement* »
 - Les participants, en tant que spécialistes des questions de santé, se sentent exclus des politiques et des réflexions institutionnelles autour de l'environnement : pollution de l'air, de l'eau, bruit, etc.
- Santé Environnement : Cloisonnement entre Santé Environnement et Santé au travail
 - A l'échelle du territoire, il est assez difficile de mettre en place des actions en prévention ou promotion de la santé dans le monde du travail. L'environnement professionnel n'est pas accessible pour la prévention de certaines pathologies. Cette situation nuit à une approche globale en prévention/promotion de la santé.
 - Sur des problématiques communes (pesticides, bruit, monoxyde de carbone, chlorites dans les piscines, amiante, ...), l'ARS, chargée de la protection de la santé du public, et les institutions qui se préoccupent de la santé des salariés ne travaillent pas suffisamment ensemble. La circulation de données, des réunions de travail communes, voire des interventions communes, seraient bénéfiques à la prise en compte globale de la santé des personnes et de l'environnement.

Pôle 2 : Handicap et dépendance

✓ Les forces :

- Les taux d'équipement en établissements et services destinés à l'accueil des personnes handicapées (enfants et adultes) sont relativement élevés. Ils sont supérieurs aux taux moyens d'équipements régionaux et nationaux.
- En ce qui concerne les personnes handicapées adultes : il y a une prise en charge par les SSIAD sur des places identifiées.
- En ce qui concerne les enfants handicapés : il y a un bon maillage du territoire par les SESSAD.

✓ Les faiblesses :

- Personnes handicapées adultes : dans les toutes prochaines années, il y aura des départs en retraite massifs de travailleurs handicapés en ESAT.
 - Se pose alors la question de la prise en charge de ces personnes handicapées vieillissantes.
- En ce qui concerne les enfants handicapés : le nombre de places pour accueillir cette population devient limité.
 - Il y a des listes d'attente importantes pour le placement en institution des enfants handicapés.
- Enfants handicapés : les contraintes productives qui pèsent sur les ESAT aujourd'hui font que les enfants atteints de déficience sévère accueillis en IME ne peuvent pas entrer en ESAT car ils ne peuvent pas répondre aux besoins productifs que l'on attend d'eux.
- Enfants handicapés : Il serait intéressant de réfléchir à la création d'un ESAT pour les jeunes entre 16 et 25 ans afin de favoriser l'insertion professionnelle de cette population.

Pôle 3 : L'offre de soins

✓ Les forces :

- Il existe des équipes mobiles de gériatrie intra hospitalière : l'une intervient au sein du CH de Vierzon et l'autre intervient au CH de Bourges.
- Bilan positif pour certaines consultations mémoire.
- Bon partenariat de la filière gériatrique sur Sancerre
- Une prise en charge gériatrique structurée s'appuyant sur les filières gériatriques mises en œuvre à partir des centres hospitaliers de Bourges et de Vierzon (courts séjours, équipes mobiles, consultations mémoire), en articulation avec les dispositifs opérationnels à St Amand et Sancerre (courts séjours)
- Une couverture suffisante en places d'EHPAD.

- Bon maillage du territoire par les SSIAD.
- une offre de soins en psychiatrie structurée, encore peu impactée par les effets négatifs de la démographie médicale.
- Travail en cours en ARS sur la fluidification du parcours du patient :
 - Mise en place de la filière gériatrique
 - Ouverture très prochainement de la MMG (maison médicale de garde) de Bourges
- ✓ **Les faiblesses :**
 - Délais longs de RDV chez les médecins spécialistes.
 - Manque de médecins généralistes et spécialistes ainsi que de professionnels paramédicaux (kiné, orthophonistes, ergothérapeutes...).
 - Il y a une insuffisance de l'offre de soins sur le département et le maillage n'est pas complet sur l'ensemble du territoire, certains secteurs ne sont pas couverts (c'est le cas de Lignéres par exemple).
 - Cela a pour conséquence d'engendrer des inégalités d'accès aux soins.
 - Problèmes de postes à pourvoir dans certains établissements médico-sociaux (concerne le recrutement d'agents mais également de directeurs)
 - Manque de communication entre les professionnels hospitaliers et les professionnels libéraux.
 - La durée moyenne de séjour en SSR est importante.
 - Difficulté d'entrée en EHPAD en raison de la « sélection » faite par les chefs d'établissement.
 - Problème d'engorgement des urgences.
 - Pour les médecins, peur d'aller dans les coins reculés et d'être seuls sur les urgences.
 - Filière gériatrique = L'hôpital de Bourges fait de la gériatrie alors qu'il devrait être dans la pathologie aigüe.
 - Médecins sont obligés de faire passer les personnes par les urgences alors qu'il y a des lits réservés. Il n'y a pas suffisamment d'entrées directes dans les services.
 - Pas de protocole de soins ou de surveillance au domicile des personnes aidées.
 - Les professionnels de l'hôpital de Bourges ont fait remonter des difficultés concernant la sortie de SSR des personnes âgées en l'attente des décisions de mise sous protection juridique.
 - Il serait intéressant de travailler, en lien avec les acteurs concernés, sur la fluidification du processus de mise sous protection juridique afin de permettre l'identification des points de blocage sur la procédure de mise sous protection juridique et l'évaluation des leviers à mettre en œuvre.
 - Des difficultés ont également été recensées concernant l'organisation de la sortie d'hôpital de la personne âgée, que ce soit vers un retour à domicile ou vers un EHPAD.
 - Il serait intéressant de s'associer aux instances sociales et de coordination pour travailler à l'amélioration de la sortie d'hôpital des personnes âgées.

2^{ème} partie : La territorialisation des actions de santé

Organiser la territorialisation suppose de définir préalablement le niveau géographique pertinent :

Le territoire de santé est une notion administrative et opposable dans le cadre de la planification de l'offre de soins (article L 1434-9 du CSP) et de l'installation des conférences de territoires. En région Centre, le département a été retenu comme territoire de santé par le directeur général de l'ARS le 23 juillet 2010 à la suite d'une consultation recueillant l'unanimité des parties prenantes à la discussion.

Le territoire de proximité (ou territoire d'action ou de projet) renvoie à un espace de proximité et de coopération, issu de volontés locales. Les contours de ce territoire sont donc variables et mouvants en fonction des acteurs qui le porte et des évolutions du projet dans le temps. Les contours du territoire d'action varient également en fonction du sujet traité (offre de premier recours, prévention et promotion de la santé, accompagnement médico-social, etc.) et souvent du degré de spécialité de l'offre concernée.

Considérant le caractère mouvant d'un territoire de projet et la nécessité de tenir compte des volontés et des dynamismes locaux pour garantir la réussite et la pérennité d'un projet, l'ARS du Centre n'a pas souhaité dans le PRS définir a priori et risquer de figer dans le temps les contours des territoires de proximité. **Aussi le présent programme territorial de santé est construit au niveau du territoire de santé, siège de la conférence de territoire.**

Néanmoins, il importe – en infra-territoires de santé - de réfléchir aux territoires de projet les plus pertinents au regard de l'existant.

2.1- Le rôle de la conférence de territoire

L'article L. 1434-17 du Code de la santé publique dispose que « la Conférence de territoire contribue à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique ».

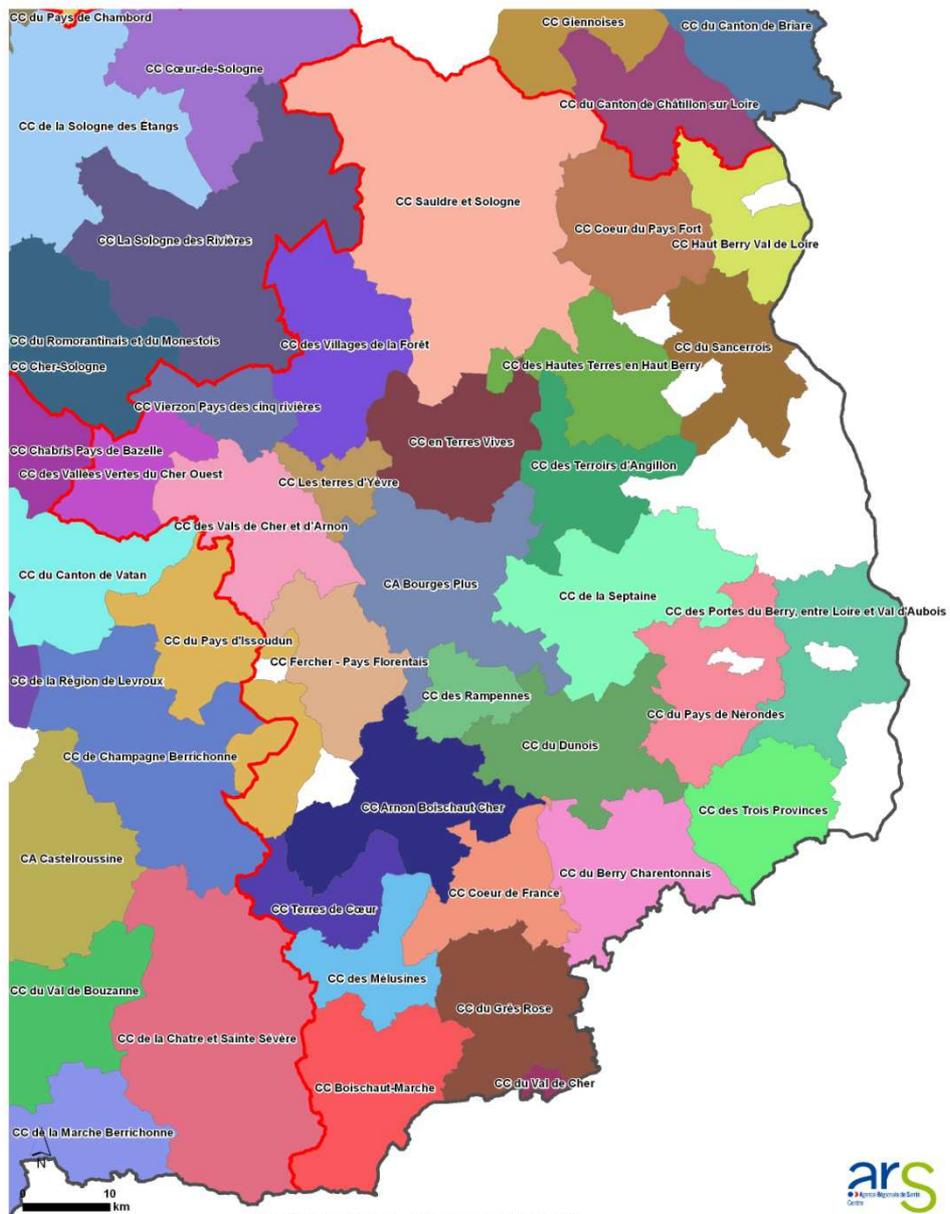
Le PTS permet d'intégrer les propositions des conférences de territoire tout en les resituant dans le cadre stratégique du projet régional de santé. La conférence de territoire devient ainsi garante de l'articulation entre le processus descendant de déclinaison du PRS et le processus ascendant de prise en compte des démarches locales de santé.

Sa composition en différents collèges (représentants des usagers, des collectivités territoriales et des différents « offreurs de santé ») en fait un lieu privilégié de débat et de propositions pour la mise en place de parcours de prise en charge articulés « prévention/soins ambulatoires/soins hospitaliers/médico-social/social »

2.2- La structuration géographique du territoire

- **Les territoires relevant du code officiel géographique**

**Les Etablissements Publics de Coopération Intercommunale
(EPCI au 1er janvier 2012)
Département : CHER**



Les Zones d'emploi 2010

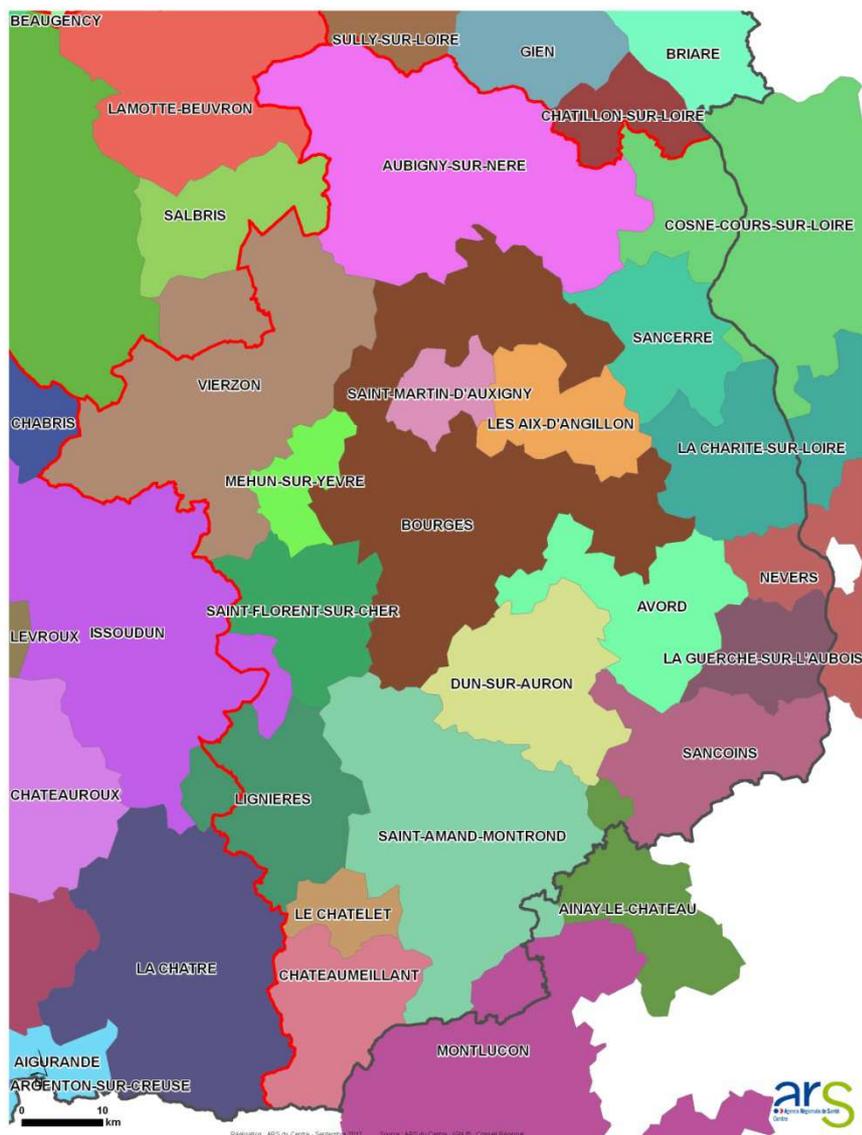


- **Les outils complémentaires de l'INSEE**

Les bassins de vie : « Le découpage de la France en « Bassins de vie » est un « outil » proposé pour faciliter la compréhension de la structuration du territoire de la France métropolitaine et mieux qualifier l'espace à dominante rurale. »

Le nouveau découpage centré sur les équipements et non plus sur les flux domicile-travail (le bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants), situe à 21 le nombre de bassins de vie dans le département du Cher.

Les Bassins de Vie Département : CHER



- [Le schéma départemental de coopération intercommunale](#)

Le département du Cher compte actuellement 23 communautés de communes, dont 1 communauté d'agglomération.

Le département du Cher dispose d'un Schéma départemental de coopération intercommunale (SCOT) appelé SCOT de l'agglomération Berruyère.

Lors de sa création en 2006, le périmètre de ce SCOT regroupait 40 communes. En 2012, suite à des extensions de périmètre, 58 communes le composent. Ces communes sont réunies en 5 communautés de communes et 1 communauté d'agglomération.

Le SCOT de l'agglomération Berruyère



- **Les territoires de référence utilisés par les partenaires de l'ARS**

La structuration géographique des services du conseil général

La structuration géographique des services du Conseil Général repose sur 4 Maisons des Solidarités possédant chacune plusieurs antennes relais :

- Maison des Solidarité Nord à Aubigny sur Nère
- Maison des Solidarité Sud à Saint-Amand-Montrond
- Maison des Solidarités Est à Baugy
- Maison des Solidarités Ouest à Saint-Florent sur Cher

Ce sont des lieux de proximité pouvant accueillir toute personne souhaitant être informée, accompagnée dans ses démarches par des professionnels de l'action sociale.

Ces maisons des solidarités incarnent avant tout les services de proximité du Conseil Général. Dans le cadre des actions de « Cher 2015 », elles devraient passer de 4 à 6 (+ maison des solidarités Nord-Ouest à Vierzon, maison des solidarités de Bourges).

Les grands bassins de vie du Conseil régional

Les grands bassins de vie du Conseil régional sont présentés par la carte suivante. Cependant, un travail de restructuration des bassins de vie est actuellement engagé par le Conseil régional afin d'en réduire le nombre.



Les territoires pertinents dans le domaine de l'Eau : les périmètres des SAGE, Schémas d'Aménagements et de Gestion des Eaux

Défini à l'article L.212-3 du code de l'Environnement, et élaboré par la commission locale de l'eau (élus, administrations, associations de protection de la nature, d'usagers, etc.) le schéma d'aménagement et de gestion des eaux institué pour un sous-bassin, pour un groupement de sous-bassins correspondant à une unité hydrographique cohérente ou pour un système aquifère fixe les objectifs généraux et les dispositions permettant de satisfaire aux principes d'une gestion équilibrée et durable de la ressource en eau que sont :

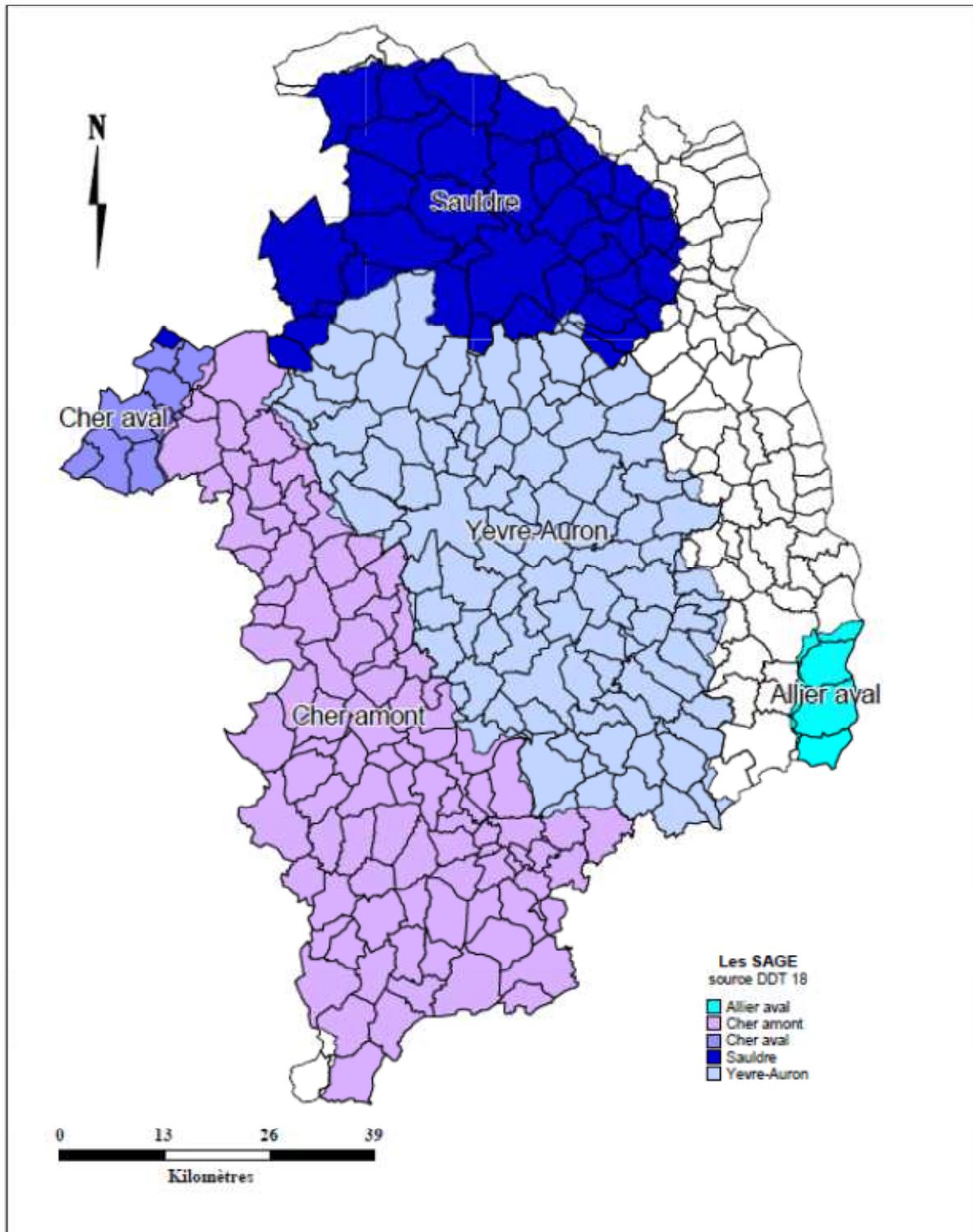
- 1° La prévention des inondations et la préservation des écosystèmes aquatiques, des sites et des zones humides (...)
- 2° La protection des eaux et la lutte contre toute pollution (...)
- 3° La restauration de la qualité de ces eaux et leur régénération ;
- 4° Le développement, la mobilisation, la création et la protection de la ressource en eau ;
- 5° La valorisation de l'eau comme ressource économique (...)
- 6° La promotion d'une utilisation efficace, économe et durable de la ressource en eau ;
- 7° Le rétablissement de la continuité écologique au sein des bassins hydrographiques,
- 8° La préservation des milieux aquatiques et la protection du patrimoine piscicole.

"La gestion équilibrée doit permettre en priorité de satisfaire les exigences de la santé, de la salubrité publique, de la sécurité civile et de l'alimentation en eau potable de la population."(Extrait du code de l'environnement)

Le département du Cher est concerné par le périmètre de cinq SAGE : Cher amont, Cher aval, Allier aval, Sauldre, Yèvre Auron. Les périmètres des SAGE sont présentés en page suivante.

Quel que soit le stade d'avancement de l'élaboration de chacun de ces SAGE, l'alimentation en eau potable est toujours un enjeu primordial à prendre en compte et les objectifs de satisfaction des besoins, d'optimisation et de préservation/reconquête de la qualité de la ressource sont toujours présents. Une fois adopté, le règlement du SAGE s'impose à tous les acteurs publics.

Les Schémas d'aménagement et de gestion des eaux dans le Cher



- **Les territoires de projet déjà formalisés dans le domaine de la santé**

Les territoires de référence pour l'offre hospitalière : Le volet hospitalier du SROS s'inscrit dans la continuité du précédent schéma sanitaire avec des établissements ou pôles de référence correspondant aux principales villes de la région, approche qui a été confortée par le choix de l'ARS de retenir le département comme territoire de santé. Les territoires infra départementaux correspondent aux zones d'attractivité des établissements de santé installés dans les villes de sous-préfectures.

Les territoires de référence

Au niveau sanitaire, le département du Cher compte 3 principaux hôpitaux correspondant aux principales villes du département qui sont : Bourges, Vierzon et Saint-Amand-Montrond.

Les communautés hospitalières de territoire

Une communauté hospitalière de territoire est actuellement en cours de formalisation. Les trois principaux hôpitaux du département (Bourges, Vierzon, Saint-Amand-Montrond) sont en première ligne de ce projet mais le centre hospitalier George Sand à Bourges et l'hôpital de Sancerre pourront y être associés (Cf. p 84).

Le zonage départemental

Dans le département du Cher, le **zonage SROS** (découpage du département en zones fragiles) fait apparaître 7 zones fragiles situées à l'ouest, au centre est et au nord du département.

Les villes concernées par ce zonage sont les suivantes :

A l'ouest : - Mehun sur Yèvre
 -Saint Florent sur Cher
 - Lignières

Au centre : - Dun-sur-Auron
 - Avord
 - La Guerche-sur-l'Aubois

Au nord : - Les Aix-d'Angillon

Ces 7 zones fragiles du Cher représentent 56907 habitants, soit 18,3% de la population.

Le découpage en **zones « professionnelles »** (zonage infirmier, zonage des masseurs kinésithérapeutes, zonage des orthophonistes...) permettant la mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé met en évidence les problèmes de démographie médicale rencontrés par le territoire. De plus, il souligne également la plus grande fragilité des villes de l'ouest du Cher.

- Il faut noter qu'un zonage permettant de définir les zones prioritaires d'implantation des praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG) et les contrats d'engagement de service public (CESP), dispositifs favorisant l'installation de jeunes et futurs médecins généralistes, sera arrêté en décembre 2013. Les statistiques de démographie médicale annexées à ce zonage seront actualisées trimestriellement afin de relater au mieux les évolutions

Les CLS

Les Contrats Locaux de Santé sont des outils de contractualisation transverse avec pour objectif de répondre aux enjeux de santé globaux sur un territoire donné. Ils permettent l'articulation des différentes composantes du nouveau système de santé régional :

- Promotion et prévention de la santé dont les problématiques de santé-environnement
- Soins ambulatoires et hospitaliers
- Accompagnement médico-social
(Cf. p 75-76)

Autres zonages thématiques

Le Cher comporte **17 SSIAD** pour un total de 804 places.

Il dispose également de **2 structures HAD** :

-HAD Berry

- HAD CH Jacques Cœur de Bourges

• Eléments de prospectives

Les éléments de prospective à prendre en compte pour aboutir à la mise en place d'un programme territorial de santé adapté au territoire concerné sont les suivants :

- Continuer le travail initié lors des conférences de territoire afin de poursuivre les démarches de diagnostic territorial dans le but de faire émerger des préoccupations et des actions à mettre en place par un travail de collaboration entre les différents acteurs du secteur sanitaire et social.
- Viser l'atteinte des objectifs du PRS en les adaptant au mieux au territoire concerné.
- Intégrer le principe de « démocratie sanitaire » dans la démarche de projet, c'est-à-dire associer l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation.
- Favoriser la dynamique des acteurs locaux dans le domaine sanitaire et social sur des territoires de projet.
Pour ce faire il faut :
 - Prendre appui sur les initiatives et dynamiques locales en matière de perspectives de santé
 - Stimuler les initiatives locales sur les territoires où les projets sont inexistant
- La poursuite des démarches de diagnostic territorial, notamment au niveau infra départemental afin de mettre en place des actions adaptées au mieux au territoire concerné.
- Développer et évaluer les plans territoriaux de santé tels que les CLS qui ont pour but de mettre en cohérence la politique régionale de santé en permettant une meilleure articulation du Projet régional de santé et des démarches locales de santé existantes.

- Poursuivre la démarche de structuration des « parcours » de santé, c'est-à-dire suivre les trajectoires globales des patients dans les différents domaines que sont la prévention, le sanitaire et le médico-social.
- Intégrer au PTS les objectifs de la CHT :

Une communauté hospitalière de territoire (CHT) est un outil de coopération proposé par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) » du 21 juillet 2009 pour permettre à plusieurs établissements publics de santé de coopérer sur la base d'un projet médical commun :

« Des établissements publics de santé peuvent conclure une convention de CHT afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités, grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre établissements. »

Les CHT sont constituées sur la base du volontariat et/ou sur une incitation de l'ARS. Les établissements conservent leur personnalité juridique et une indépendance fonctionnelle. Seuls les établissements publics (sanitaires et médico-sociaux) et les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) sont associés. Enfin, un établissement ne peut appartenir qu'à une seule CHT.

Une communauté hospitalière repose sur un projet médical commun aux établissements de la communauté. Ce projet médical doit par ailleurs pouvoir s'intégrer dans une dynamique de santé publique pour tout le territoire. Une CHT peut également s'articuler avec le secteur médico-social au travers par exemple de l'organisation de filière de soins, contribuant à l'approche globale de la santé. La CHT doit présenter ainsi une plus value en termes de :

Qualité des soins :

- facilitation du parcours de soins des patients
- amélioration de l'accès aux soins et de la permanence des soins (PDS) sur un territoire

Pérennité et optimisation de l'offre médicale :

- renforcement des équipes hospitalières (élargissement de spécialités...)
- renforcer l'attractivité médicale de certains territoires

Coûts de prise en charge :

- optimisation des ressources immobilières et humaines
- mutualisation des fonctions support
- optimisation des plateaux techniques

Les grands principes pour la mise en place d'une CHT :

- Il n'y a pas de forme type de communauté hospitalière. Plusieurs formes de CHT sont possibles en termes notamment de projets structurants et de taille.
- Le cœur d'une communauté reste le projet médical commun.
- Le bon déroulement d'un projet de CHT dépend étroitement d'une volonté commune des acteurs intéressés.
- Une CHT n'est pas un espace de coopération figé ou exclusif. La démarche est ainsi ouverte à tout autre acteur de santé souhaitant s'y rattacher ultérieurement ou coopérer avec les acteurs de la CHT.

Dans le département du Cher, une CHT est actuellement en cours d'élaboration, sous l'égide de l'ARS, elle regroupera les principaux centres hospitaliers du département (Bourges, Vierzon, Saint-Amand) mais également le centre hospitalier George Sand de Bourges et l'hôpital de Sancerre. Le projet médical de cette CHT traite de plusieurs sujets transversaux tels que la fluidification du parcours de la personne âgée et des urgences, les outils dédiés aux partages d'informations, relever le défi de la démographie des professionnels de santé... Les objectifs seront abordés plus en détail dans la troisième partie (Cf. p 84).

2.3- L'articulation entre le présent PTS et le dispositif de développement des contrats locaux de santé

Le Contrat Local de Santé (CLS) est une mesure innovante de la loi du 21 juillet 2009 dite « loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires » : l'article L.1434-17 du Code de la Santé Publique dispose notamment que « la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclu par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social ».

Il est l'instrument de la consolidation du partenariat local sur les questions de santé dans ses différentes composantes : prévention, soin et médico-social. Il incarne la dimension intersectorielle de la politique de santé dans le but de mieux répondre aux enjeux d'accès aux soins, aux services, et à la prévention des personnes, notamment des personnes vulnérables, et aux enjeux d'amélioration des contextes environnementaux et sociaux qui déterminent, à plus ou moins long terme, l'état de santé des populations au niveau local.

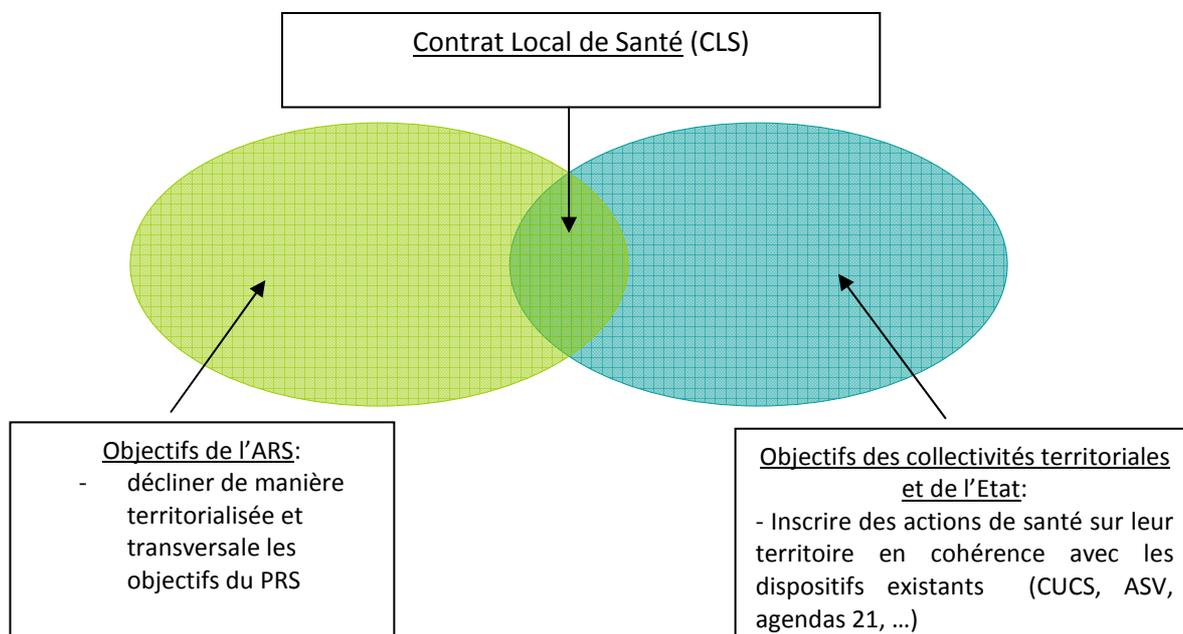
Le Contrat local de santé a vocation à soutenir l'élaboration et la mise en œuvre de projets locaux de santé, notamment portés par les élus locaux, en veillant à leur articulation et leur cohérence avec les priorités et objectifs du projet régional de santé. Ces projets, qui reposent sur des diagnostics locaux de santé publique, contribuent à l'instauration d'un débat local sur les problématiques de santé du territoire entre institutions, professionnels, associations, population...

L'ARS du Centre a impulsé, dès sa mise en place, l'outil CLS impulsé au titre de sa politique de réduction des inégalités de santé entre territoires notamment au moment d'un cahier des charges spécifique afin de :

- Dynamiser les territoires où les porteurs de projets sont peu nombreux, malgré l'existence de mauvais indicateurs de santé.
- Mettre en œuvre la politique régionale au plus près du terrain et développer une logique ascendante prenant en compte les besoins des habitants
- Sensibiliser et mobiliser tous les acteurs locaux aux priorités de santé publique.
- Décloisonner et mettre en synergie les différentes politiques publiques.

Le projet territorial de santé est un outil de déclinaison du projet régional de santé au niveau du territoire de santé – le département en région Centre -. Il est un document transversal permettant d'atteindre les objectifs des schémas et programmes, les CLS constituant l'un des moyens d'intervention mis en place avec les collectivités territoriales à un niveau géographique plus fin.

L'articulation entre PTS et CLS peut être représentée ainsi qu'il suit :



Dans le Cher, **2 CLS ont été conclus** et un troisième **en cours** : le CLS du Pays Berry Saint-Amandois qui en est à la phase du diagnostic par l'ORS. La signature du CLS serait prévue pour le courant de l'année 2014.

Le Contrat Local de Santé de Bourges 2011/2014 : signature en Décembre 2011

Les signataires : DG ARS, Préfet, Maire, CG, CPAM, CHB, CHS, Direction Départementale des Services de l'Education Nationale.

Il s'agit du premier CLS signé par l'ARS pour la région Centre. Il fait partie des premières générations de Contrats Locaux de Santé qui se sont appuyées principalement sur les villes où il existait déjà des dynamiques territoriales fortes, essentiellement autour d'Ateliers Santé Ville.

A Bourges, le diagnostic a permis de retenir 4 axes stratégiques pour le CLS :

- Accès aux droits et aux soins
- Prévention, dépistage et promotion de la santé
- Santé mentale et bien être
- Autonomie et prise en charge globale des personnes âgées

- ✓ Deux de ces axes sont transversaux et répondent à de nombreuses problématiques actuelles et à venir des politiques de santé ayant trait à l'accessibilité de l'offre de services de santé et au développement d'une approche préventive de la santé.
- ✓ Les deux autres sont des thématiques, correspondent formellement aux axes du PRS de l'ARS et permettent de mettre l'accent sur des problématiques complexes que sont la santé mentale et la prise en charge globale des personnes âgées.

Ainsi, les axes retenus et leurs déclinaisons en sous-axes permettent à la fois de tenir compte des enjeux généraux des secteurs sanitaire et médico-social, des priorités définies au niveau régional et des spécificités territoriales.

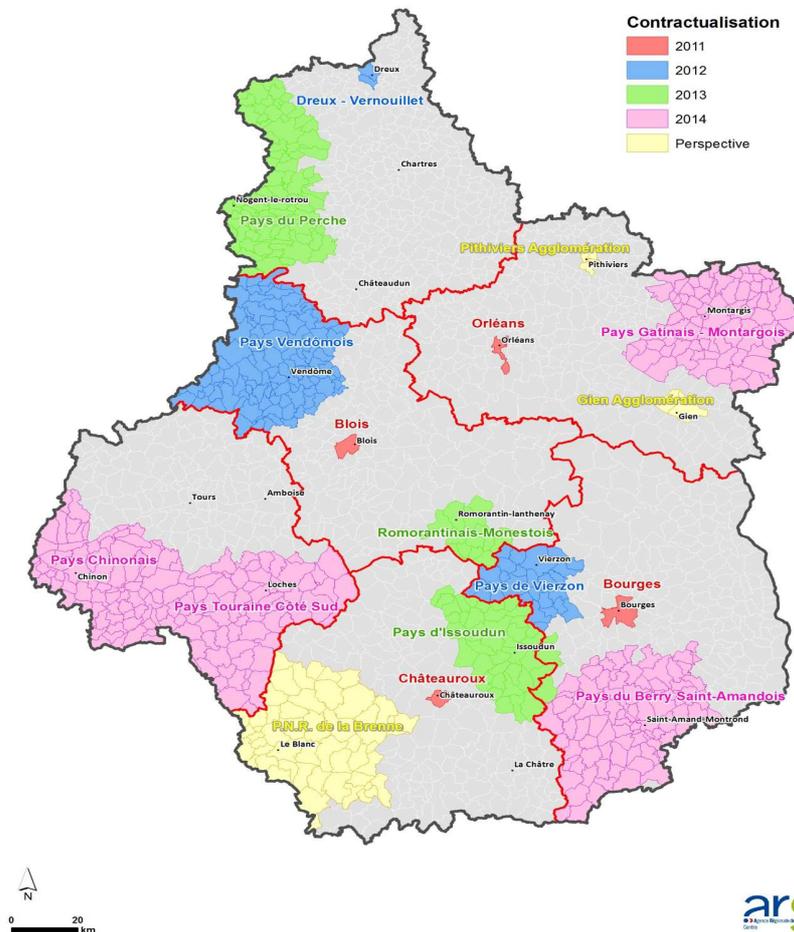
Le Contrat Local de Santé de Vierzon 2012/2015: signature en septembre 2012

Les signataires : DG ARS, Préfet, Pays, Maire, CG, CR, CPAM, CHV, Direction Départementale des Services de l'Éducation Nationale.

En 2009, le Syndicat Mixte du Pays de Vierzon, en accord avec sa stratégie de développement local, a souhaité élaborer un « projet territorial de santé » à l'échelle du Pays. Le Contrat Local de Santé décliné par la suite est l'émanation naturelle du Projet Territorial de Santé du Pays de Vierzon désormais appelé Contrat Local de Santé. En 2011, la ville s'est positionnée pour être le nouveau porteur et en assurer l'animation territoriale du CLS.

Les grands axes stratégiques du CLS sont: accès aux dépistages et aux soins, santé précarité, santé mentale, addictions, nutrition, santé sexuelle et reproductive, personnes âgées, santé environnementale.

Les contrats locaux de santé (C.L.S.)



3^{ème} partie : les priorités de mise en œuvre du PRS sur le territoire du Cher

Le présent PTS n'a pas pour objectifs de décliner de façon systématique les actions relevant du Projet Régional de Santé (PRS) ; outil conçu comme évolutif et opérationnel, sa première rédaction pourra par ailleurs être complétée ultérieurement en intégrant le cas échéant, au fur et à mesure les fruits des travaux menés par la conférence de territoire.

En effet ; certaines des priorités du PRS ont déjà trouvé leur déclinaison au travers de dispositifs réglementaires (régime des autorisations, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, ...); d'autres peuvent être déclinées sur le territoire régional sans nécessiter une nouvelle réflexion territorialisée compte tenu de la précision des schémas...

Par contre, le PTS a un rôle majeur de déclinaison transversale des priorités du PSRS qui se sont trouvées réparties par type d'offre dans les schémas. Pour cette raison, il est proposé de décliner les priorités territoriales en fondant la réflexion sur la notion de parcours de santé.

3.1 – Définition de la notion de parcours

Un parcours se définit comme la trajectoire globale des patients et usagers dans un territoire de santé donné, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix.

Penser une prise en charge des personnes en terme de parcours sur le long terme s'inscrit dans la logique de plusieurs grandes lois de la dernière décennie qui placent l'utilisateur au centre de la prise en charge et notamment la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

La notion de parcours répond aussi à la nécessaire évolution de notre système de santé afin notamment de faire face à la progression des maladies chroniques qui sont responsables de la majorité des dépenses et de leur évolution et nécessitent une prise en charge transversale avec de multiples intervenants.

L'optimisation des parcours des patients et des usagers s'impose ainsi progressivement comme un axe transversal structurant des systèmes de santé, permettant à la fois de mieux soigner et de mieux dépenser.

Le périmètre des parcours s'articule autour de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social. Les parcours reposent sur l'intervention d'acteurs du système de soins, de services et d'établissements médico-sociaux et sociaux, de collectivités locales, d'autres services de l'Etat et d'organismes de protection sociale. Les parcours ont vocation à s'inscrire à la fois dans le temps (organiser une prise en charge coordonnée et organisée tout au long de la maladie du patient) et dans l'espace (organiser cette prise en charge sur un territoire, dans la proximité de son domicile).

3.2- Les outils de la coopération

Penser la prise en charge des personnes en termes de parcours nécessite une organisation structurée sur le territoire et axée autour de trois éléments principaux :

- Les ressources humaines
- La formation
- Les systèmes d'information

En effet, suivre le « parcours de santé » des individus nécessite un important travail de coopération des différents acteurs du secteur sanitaire et social. Pour cela, l'ensemble de ces acteurs devra être mobilisé autour de cette notion de parcours et mettre en place des moyens tels que le partage des informations, une communication en réseau efficace et permettant des économies de temps et de moyens humains.

Le recours à la notion de parcours implique également la mise en place de formations adaptées. L'évolution des modalités d'exercice des différents professionnels du champ de la santé devra être accompagnée par la mise en place de formations et de qualifications adaptées à une prise en charge en termes de parcours. Pour ce faire, il sera nécessaire d'impliquer les centres de formation dans ce procédé d'évolution des méthodes d'exercice professionnel.

Enfin, le recours aux systèmes d'information partagés semble être un outil primordial pour favoriser la coopération des acteurs du champ de la santé et donc pour permettre une prise en charge des patients en termes de parcours. Parmi ce que regroupe le terme « système d'information », nous faisons référence par exemple au niveau de couverture du territoire en haut et très haut débit afin de permettre les échanges et donc le travail de collaboration, au développement des procédés de « e-santé » tels que la télémédecine ou le dossier médical personnel (DMP) qui ont pour but de faciliter le travail en réseau des professionnels de santé et de simplifier les transmissions d'information.

3.3- Le plan d'action départemental

Le PTS est **un outil de programmation des actions** à conduire sur un territoire donné sur l'ensemble des champs de compétences de l'ARS : promotion et prévention de santé, santé environnementale, offre de soins ambulatoire et hospitalière, ainsi que l'accompagnement médico-social. Il vise à favoriser la transversalité entre ces différents domaines et la territorialisation des actions au sein du département. Il est centré sur des actions d'adaptation de l'offre, de coordination, de coopération.

Il semble important de noter que les acteurs de la conférence de territoire ont favorisé l'élaboration de fiches actions spécifiques plutôt que de feuilles de route par thématique. En effet, le PTS étant un outil de mise en œuvre des objectifs régionaux du PRS au niveau départemental, il a été nécessaire d'identifier des priorités départementales. Ce travail a été réalisé par les membres de la conférence de territoire afin de mettre en place des actions spécifiques au département du Cher.

Malgré tout, la réalisation de ces fiches actions prend appui sur les feuilles de routes existantes.

En ce qui concerne les feuilles de routes, certaines thématiques ont déjà été traitées (offre de premier recours ; filière gériatrique ; PRAPS), d'autres le seront prochainement (santé mentale ; handicap ; urgences) et les autres seront traitées ultérieurement (conduites addictives ; périnatalité).

Dans le cadre de la mise en place du PTS et de son opérationnalité sur le terrain, il nous est paru fondamental de respecter dans nos actions la notion de **transversalité**.

En effet, le parcours de soins privilégie une prise en charge globale de l'individu. Cette stratégie transversale guide les actions du PTS dans tous les secteurs de planification des offres (prévention, soins hospitaliers et ambulatoires, médico-social).

Dans l'élaboration des objectifs du PTS, la **réduction des inégalités de santé (PRAPS)** a été abordée à travers une **approche intersectorielle** fondée sur le développement des coordinations entre les différents acteurs afin d'optimiser et de renforcer l'efficacité des moyens mis en œuvre.

Ainsi, la finalité du PRAPS qui est **d'assurer un accès aux soins et à la prévention** des personnes en situation de vulnérabilité en prenant en compte leurs difficultés spécifiques, notamment sociales, sera traitée de manière décloisonnée sur l'ensemble des champs de compétence de la délégation territoriale.

Le PTS du Cher compte donc 16 objectifs principaux et 38 fiches actions présentant un niveau de détails différent. Ces dernières seront revues et finalisées progressivement (Cf. annexe 3).

Objectif 1 : Mieux observer pour anticiper/ Miser sur l'évolution des métiers et des compétences

Travailler sur un état des lieux des emplois et des compétences territorialisés dans le domaine de la santé et médico-social et identifier le manque de professionnels médicaux et paramédicaux

Actions :

- Première étape : Identification des caractéristiques du secteur sanitaire, médico-social et social sur le département du Cher
- Deuxième étape : Identification des problématiques et des enjeux du secteur sur le département du Cher
- Troisième étape : Construction d'un outil d'aide à la décision sur le département du Cher
- Quatrième étape : Capitalisation et retour sur l'expérimentation.

Objectif 2 : Relever le défi de la démographie des professionnels de santé / Agir sur l'attractivité des territoires

2.1 Déployer les outils relatifs à l'installation des professionnels de santé

➤ Contrat de praticien territorial

Actions :

- Prospecter auprès des médecins cibles, du Conseil de l'ordre, les maîtres de stages dans le département.
- Négocier les contrats avec les médecins volontaires.
- Assurer le suivi des contrats après leurs signatures.

➤ Contrat d'engagement de service public

Actions : Communication sur le dispositif et promotion.

- Favoriser la maîtrise de stage : - par des médecins spécialistes
 - en milieu rural
 - dans le milieu médico-social

Actions : Prospection auprès des médecins spécialistes, diffusion des outils

2.2 : Favoriser les modes d'exercices regroupés et les faire rayonner / Accompagnement des professionnels (notamment sur les actions de prévention et de santé publique)

Actions :

- Adopter et réaliser une feuille de route 1^{er} recours pour le Cher avec des projets priorités selon les territoires et avancées.
- Participer et organiser des réunions de concertation avec les professionnels de santé sur le projet ; accompagnement sur le projet médical auprès des médecins, rapport sur le projet afin que le DG puisse donner son avis, instruction du dossier FIR pour les moyens de fonctionnement, suivi de la MSP (visite annuelle sur le terrain notamment), accompagnement pour toute difficulté qui pourrait se poser concernant son fonctionnement.
- Favoriser les liens entre les MSP et les cabinets paramédicaux (par exemple pour un meilleur rayonnement de la MSP).
- Développer les possibilités de consultations en cabinet secondaire pour les médecins de MSP.
- Aider à la préservation des structures de soins spécialisés de proximité existantes et favoriser leur pérennité.

2.3 : Déployer des points de consultations sur le territoire, notamment pour la médecine spécialiste = consultations avancées / Accès aux soins

Objectifs : meilleure couverture du territoire, meilleur rayonnement des MSP, accès aux soins.

Actions :

- Communiquer auprès des professionnels spécialistes pour qu'ils sachent qu'ils peuvent réaliser des consultations avancées dans les MSP notamment, afin de permettre une meilleure couverture du territoire (lien à faire avec la CHT concernant l'intégration des praticiens hospitaliers spécialistes dans les MSP)
- Communiquer auprès des médecins généralistes pour travailler davantage au sein des cabinets secondaires.
- Prospector auprès des établissements (EHPAD, et Etablissements de santé) pour voir s'ils pourraient mettre un local à disposition quelques heures par semaine pour des consultations avancées, pas uniquement à destination des résidents, mais de l'ensemble des usagers du secteur.
- Intégrer cette obligation dans les projets de santé des MSP.
- Intégrer au sein des CTP ou CPOM des établissements.
- Faire le lien entre les professionnels (médecins spécialistes volontaires) et les structures d'accueil.
- Communiquer sur le dispositif afin que les usagers soient informés.

2.4 : Favoriser la mise en place de Médecins Correspondants du SAMU

L'intérêt de ce dispositif est de disposer de médecins qui peuvent intervenir en proximité pour des urgences vitales. Cela permet également au médecin de disposer d'un environnement de formation et d'expertise avec le SAMU pour traiter les urgences (en lien avec le réseau, le centre 15) et d'avoir du matériel à disposition. Ce mode de travail peut être attractif pour des jeunes médecins.

Actions : Faire un état des lieux des besoins sur le territoire, et faire la promotion de ce dispositif.

2.5 : Permettre un accès aux soins des usagers dans les zones de désertification médicale

- Favoriser la présence médicale sur les territoires fragiles à travers l'utilisation d'un véhicule itinérant (Mon CHER Bus médical)

L'objectif est de favoriser l'accès aux soins pour les usagers qui sont en zone de désertification médicale et rendre le département plus attractif.

Actions :

- Consultations de médecins généralistes au sein d'un bus aménagé lors des foires et marchés.
- Actions de santé de publique (prévention, vaccinations.....)

Objectif 3 : Développer les nouveaux systèmes d'information

3.1 : Développement de la mise en réseau des professionnels médicaux et paramédicaux d'un « infra territoire » de santé, (notamment par le développement du réseau « Les Silènes » (en lien avec l'Indre) et transposition sur d'autres territoires)

Objectifs : Meilleure transmission et fluidité des échanges entre les professionnels de santé (établissements, médecins, paramédicaux, pharmacies, dentistes, podologues...).

- Messagerie sécurisée
- Mutualisation d'actions
- Coordination d'actions
- Actions de prévention et santé publique.

Actions :

- Favoriser le développement de cet outil, notamment d'une messagerie sécurisée entre les professionnels, participation aux réunions sur le réseau.
- Communiquer sur ce dispositif afin de développer ce principe de messagerie sécurisée.

3.2 : Développer les outils dédiés au partage d'informations

- Participation au développement du DMP (dossier médical personnel)

Objectifs : Meilleure transmission et fluidité des échanges entre les professionnels de santé (établissements, médecins, paramédicaux, pharmacie...)

Actions :

- Appui logistique et organisationnel au cabinet de consultant
- Participation aux sessions de formation
- Communication sur ce travail auprès des professionnels du secteur.

Objectif 4 : Fluidification de la filière gériatrique

Contexte : La fluidification de la filière gériatrique permettrait de débouteiller les urgences. Les points de ruptures du parcours se situent en amont (prise en charge préalable de la personne âgée avant son admission aux urgences), et en aval (sortie d'Hôpital ou de SSR).

4.1 : Contribuer à éviter les hospitalisations aux urgences des personnes âgées en EHPAD

- Travailler avec les EHPAD pour éviter les transferts inutiles aux urgences

Actions :

- Réaliser un diagnostic des transferts aux urgences au sein des EHPAD

- Déployer l'AFGSU (attestation de formation aux gestes et soins d'urgence) au sein du département pour les professionnels (aides soignantes, IDE comme pour les ambulanciers, pharmaciens, dentistes...) = cela sensibilisera les professionnels des EHPAD à la gestion de l'urgence, au contact avec le centre 15 pour éviter certaines hospitalisations.
- Favoriser des expériences nouvelles concernant la délégation de tâche envers certains professionnels des EHPAD (AS notamment) = réalisation de tâches sur les résidents sous l'égide du centre 15 (mettre sous oxygène, glycémie capillaire...) suite à formations – expérience de l'EHPAD de Mehun sur Yèvre, afin de décharger l'IDE de certaines actions et lui permettre de prendre en charge plus de résidents.
- S'assurer de l'identification de la « personne de confiance », et de l'intégration des directives anticipées au sein des DLU et projets de soins.
- Répondre aux questionnements réglementaires ou juridiques qui pourraient se poser sur la mise en œuvre de cette expérience.

➤ Accompagner le développement de la télémédecine et du DLU (dossier de liaison d'urgence) dans les EHPAD

Objectifs : Favoriser la transmission d'informations et la consultation des données médicales personnelles par les professionnels de santé et développer les consultations spécialisées sans faire déplacer les personnes âgées.

Actions :

- Déterminer le maillage territorial de l'équipement en télémédecine
- Participer à l'équipement des établissements en matériel adapté
- Participer à la formation du personnel
- Réaliser un suivi de l'utilisation du DLU

4.2 : Améliorer l'information des professionnels et des usagers sur les dispositifs existants et développer et encourager les organisations permettant le dépistage précoce des facteurs de fragilité

➤ Numéro d'appel unique au sein d'un service gériatrique

Objectifs : Conseils aux médecins traitants par un médecin gériatre de l'Hôpital par le biais d'un numéro de téléphone unique.

Actions :

- Travailler au développement de la mise en place d'un numéro d'appel unique au sein d'un service de gériatrie.
- Concertation avec l'hôpital sur la mise en œuvre
- Communication auprès des professionnels de santé

Freins liés aux manques de professionnels gériatres dans certains Hôpitaux, surtout sur Bourges = objectif à atteindre.

➤ Faire le lien entre les professionnels du secteur : gériatres

Objectifs : Il est constaté que lorsque les professionnels se connaissent, comme à Sancerre, le travail concernant les patients se passe mieux (échanges entre SSR, EHPAD, Médecins traitants...). L'idée est de réunir à nouveau les gériatres et de les faire travailler sur un sujet commun (télémédecine ?)

Actions : Organiser des réunions trimestrielles sur certains sujets (télémédecine par exemple), pour réunir les gériatres. Lien avec la CHT pour l'organisation d'une coordination sur la prévention concernant la personne âgée.

4.3 : S'associer aux instances sociales et de coordination pour l'organisation de la sortie d'Hôpital de la personne âgée.

Objectifs : Mieux organiser le retour à domicile ou l'intégration en EHPAD de la personne âgée, pour éviter qu'elle reste à l'Hôpital.

Actions :

Pour sortie de SSR vers retour à domicile :

- Faire le lien entre l'Hôpital et le Conseil général pour une meilleure communication en amont entre la structure hospitalière et les services du Conseil général concernant le financement APA
- Participer aux instances de coordination avec les intervenants sociaux afin d'intégrer les actions concernant l'anticipation de la sortie d'Hôpital, la coordination des acteurs pour le retour à domicile.
- Evaluer.

Pour sortie SSR vers EHPAD :

- Evaluer les dysfonctionnements relevés à l'entrée en EHPAD, mesures du temps d'entrée en EHPAD, sensibilisation des établissements.

Objectif 5 : Améliorer le parcours de soins du patient

5.1 : Anticiper les examens médicaux pour les hospitalisations programmées afin de fluidifier le parcours

Objectifs : Anticiper les examens médicaux internes à l'Hôpital dès la programmation de l'hospitalisation / Anticiper les RDV d'imageries externes dès l'hospitalisation, afin de ne pas perdre de temps après la sortie du patient.

Actions :

- Diagnostiquer les dysfonctionnements, travailler avec les Hôpitaux pour l'organisation des rendez vous en amont.
Le lien pourra être fait avec la CHT, mais uniquement sur le parcours de la personne âgée.
Pour le reste des parcours, cette action est un objectif à plus long terme.

5.2 : Améliorer la coordination ville/Hôpital

- Déployer l'utilisation d'outils de communication (type DECT=téléphone bip) entre les praticiens hospitaliers et les médecins de ville et communiquer dessus pour les admissions directes, et conseils (développement réseau)

Actions :

- Prospecter auprès des professionnels (praticiens hospitaliers, directeurs d'Hôpitaux) pour connaître leurs possibilités et mutualiser les expériences.
- Travailler sur un support de communication (Hôpital numérique ?)

Faiblesses/Freins : Manque de professionnels hospitaliers susceptibles de remplir cette fonction qui se surajouterait à leur activité habituelle, notamment sur les personnes âgées. Cette action ne pourra pas être intégrée tout de suite à la CHT du fait de la frilosité des professionnels médicaux. Il s'agit donc d'un objectif à plus long terme compte tenu des difficultés de démographie médicale.

- Anticiper la sortie d'Hôpital = appel de l'interne hospitalier à mi-séjour d'hospitalisation au médecin traitant pour le prévenir de la sortie

Actions : Prospector auprès des professionnels (praticiens hospitaliers, directeurs d'Hôpitaux) pour connaître leurs possibilités.

Cette action pourra s'inscrire dans le temps, et être intégrée à terme à la CHT, sur la partie gériatrique.

Objectif 6 : Mobiliser les professionnels de santé autour de projets locaux de santé

Contexte: La Communauté hospitalière de territoire (CHT) qui traite, par définition, de sujets transversaux, est rattachée à cet objectif général. Toutefois certains sujets spécifiques de la CHT sont intégrés parallèlement dans d'autres objectifs du PTS (fluidification du parcours de la personne âgée et des urgences, outils dédiés aux partages d'informations, relever le défi de la démographie des professionnels de santé – consultations avancées).

Contribuer à faciliter l'exercice au quotidien et rompre l'isolement des professionnels

- Création d'une Communauté hospitalière de territoire entre les 5 Hôpitaux

Sujets mis à l'ordre du jour de la CHT mais susceptibles d'être évolutifs :

- Fluidification du parcours de la personne âgée (filière gériatrique) = notamment meilleure coordination du parcours du patient en SSR, fluidification des sorties de SSR (travail avec conseil général, EHPAD). Travail sur la prévention des pathologies de la personne âgée.
- Télémédecine : Travail avec Hôpitaux de Saint Amand et Vierzon plus particulièrement qui sont plus en retard sur le déploiement des outils. Travail sur la mise en œuvre des outils déjà mis en place pour les autres hôpitaux ;
- Amélioration de l'accès à la réanimation ;
- Mutualisation d'activités (activités d'éthique, gestion des risques, activités supports)
- Coordination des soins supports (antibiotiques, prise en charge de la douleur...)
- Formations continues.

Actions : l'ARS impulse certains sujets (filière gériatrique, fluidification urgences, télémédecine) et accompagne les Hôpitaux dans l'élaboration et la mise en œuvre de la Communauté Hospitalière de territoire.

2 réunions ont déjà eu lieu, à la date du 15 novembre 2013, afin d'aborder un certains nombres de sujets, qui seront recadrés ultérieurement pour un travail plus approfondi sur certains sujets plus spécifiques.

Objectif 7 : Améliorer les réponses aux besoins et aux souhaits des personnes en situation de handicap

7.1 : Dépister et accompagner précocement le handicap

Objectifs : Le dépistage précoce des troubles pouvant engendrer des incapacités ou des handicaps doit être favorisé pour mettre en place des solutions d'accompagnement et de compensation dans

des délais satisfaisants. Les difficultés d'accès au dépistage ont pour conséquence des retards en termes d'annonce du handicap, des prises en charge retardées et des familles en difficultés.

Actions :

- Développer les réseaux de dépistage : l'ADAPT veut développer un centre ressources TSA avec le CHU de Tours.
- Adapter l'offre de prise en charge des SSESAD par redéploiement en faveur des enfants autistes (sur le nord du département)
- Adapter l'offre de prise en charge afin de favoriser le dépistage et l'accompagnement des enfants non-voyants et sourds.
- Eviter les retards de dossier pour favoriser le dépistage précoce

7.2 : Contribuer à la fluidité des parcours de vie des personnes handicapées dans une dimension de proximité

Objectifs : Eviter les ruptures de prise en charge, réduire le nombre d'orientations ou de maintiens par défaut de solutions appropriées et lever les obstacles à la scolarisation, à l'insertion professionnelle et sociale des personnes en situation de handicap.

- Favoriser la scolarisation, l'insertion professionnelle et sociale des personnes handicapées

Actions :

- Travailler sur les sorties d'IME.
- Préparer les enfants au travail polyvalent en ESAT
- Trouver une réponse de prise en charge entre l'établissement et le SSESAD
- Evolution des agréments pour une prise en charge plus adaptée
- Renforcement de la formation des professionnels afin de s'adapter à l'évolution des pathologies et des modes de prise en charge spécifique (pathologies de type PSY de plus en plus importantes)
- Travailler sur la réduction des listes d'attente

Objectif 8 : Améliorer la continuité du parcours des personnes souffrant d'un handicap

Améliorer la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes

Objectifs: Il s'agit de faire évoluer l'offre médico-sociale existante, soit par développement ou par adaptation, afin de mieux faire face au vieillissement des personnes handicapées.

Actions :

- Identifier les besoins afin de déterminer l'offre adéquate
- Adapter l'offre d'hébergement aux besoins et aux spécificités des personnes
- Intégrer dans les EHPAD une unité dédiée pour les travailleurs handicapés retraités avec un projet spécifique
- Développer l'accueil des travailleurs handicapés vieillissant dans les familles d'accueil (accueil familial social)
- Pour les personnes lourdement handicapées, possibilité en cas de refus des familles et d'entrée en institution, de proposer des soins d'accompagnement à domicile (partenariat possible avec les maisons de santé)

Objectif 9: Renforcer les stratégies de dépistage du cancer

Lutter contre les inégalités d'accès et de recours aux dépistages du cancer du sein en milieu rural.

Contexte territorial : Dans la région Centre, les cancers étaient la deuxième cause de décès après les maladies cardiovasculaires pour la période 2000-2007. L'analyse de la mortalité par territoire démontre des disparités importantes, le taux comparatif de mortalité le plus élevé se situant dans le Cher. Le programme de dépistage organisé du cancer du sein repose sur un taux de participation le plus large possible. Pour certaines communes rurales du Cher, notamment le sud du département, le taux de participation au dépistage n'atteint même pas les 50%.

Objectifs : Développer et soutenir le dépistage du cancer du sein en milieu rural (Sud et Est du Cher) afin de faire progresser le taux de participation.

Actions :

- Mettre en place des actions visant à réduire les inégalités d'accès et de recours au dépistage en facilitant le déplacement au centre de radiologie pour l'examen de mammographie, pour les personnes plus isolées.
- Rechercher une meilleure efficacité des dépistages organisés en optimisant le fonctionnement des structures de gestion : ADOC 18.
- Augmenter l'implication des médecins traitants dans les dispositifs de programmes nationaux de dépistage organisé des cancers.
- Impliquer les professionnels de santé des MSP dans le dépistage du cancer.

Objectif 10 : Promouvoir les vaccinations

Développer des actions d'information visant à promouvoir les vaccinations et le rattrapage vaccinal, selon les recommandations du calendrier vaccinal.

Contexte Territorial : Il existe depuis 2009 un comité de pilotage pour la promotion de la vaccination qui regroupe des partenaires institutionnels, associatifs,...tels que le Centre de vaccination, CODES, CPAM... L'observation qui est faite par ces acteurs est le manque d'actions de prévention autour de la vaccination auprès des gens du voyage dans notre département. Lors de la gestion des crises épidémiques (rougeole, hépatite) qui ont eu lieu en 2009-2010, il a été démontré la nécessité d'avoir des actions de prévention pérennes pour ces populations.

Objectifs : Augmenter le taux de couverture vaccinale des enfants en bas âges dans les aires d'accueil des gens du voyage.

Actions :

- Organiser des séances d'éducation et de prévention sur les maladies infectieuses et les vaccinations dans les aires d'accueil du département.
- Proposer dans le cadre de la Semaine européenne de la vaccination (S.E.V.) des rappels ou rattrapages de vaccins.
- Faire la promotion de la vaccination en mobilisant de façon plus pérenne le comité de pilotage pour la promotion de la vaccination : le faire vivre toute l'année et non uniquement en préparation de la SEV.

Objectif 11 : Agir sur les comportements des conduites addictives

Renforcer les actions de réduction des risques (RDR)

Contexte territorial : Le département possède deux CSAPA (centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie) qui, dans le cadre de leurs missions obligatoires, mènent des actions de réduction des risques (RDR). Le Cher était l'un des derniers départements de la région Centre à ne

pas posséder de structure CAARUD (Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues). Suite à l'appel à projets organisé par l'ARS en 2013, une création de CAARUD aura lieu en 2014. La RDR en milieu festif, notamment durant le Printemps de Bourges, était assurée par des structures hors département. L'état des lieux montre que les territoires ruraux du département ne sont pas couverts en actions de RDR.

Objectifs : Développer les actions RDR au plus près de la population, notamment en milieu rural.

Actions :

- Encourager les actions de mobilité « hors les murs » pour aller vers les usagers
- Sensibiliser les élus dans les communes rurales sur le concept de prévention des risques et réduction des dommages chez les consommateurs (alcool, drogue,...).
- Valoriser l'activité prévention par le biais de création d'outils, de manifestations dans les territoires ruraux.

Objectif 12 : Soutenir le développement de l'éducation thérapeutique du patient

Promouvoir et développer une éducation thérapeutique du patient de qualité (ETP)

Contexte territorial : Au 1^{er} octobre 2013, 133 programmes d'ETP sont autorisés en région Centre. Dans le Cher 8 programmes sont autorisés, nous sommes le département le plus faiblement doté. Les programmes concernent uniquement l'accompagnement des personnes atteintes de pathologies chroniques (diabète,...) et des personnes dépendantes (stomie,...), aucun programme pour les maladies respiratoires.

Objectifs : Développer une offre de l'ETP « équitable », bien répartie sur le plan de la population, géographiquement, socialement et des pathologies de prises en charge.

Actions :

- Mettre en place des coordinations territoriales thématiques (diabète, ...)
- Soutenir les actions des associations de patients, notamment dans l'accompagnement des patients atteints de pathologie respiratoire.
- Accompagner les associations, établissements, réseaux dans les démarches de demande d'agrément, afin de développer le nombre d'autorisation pour le Cher.
- Mise en place dans le département d'une journée d'information et sensibilisation à l'ETP

Objectif 13 : Garantir un environnement favorable à la santé

13.1 : Lutter contre la prolifération de l'ambrosie dont le pollen a des conséquences sur la santé

Objectif : Devant la présence significative de l'ambrosie constatée dans le Cher depuis quelques années, il est important d'encourager sa destruction afin de limiter les conséquences de son pollen sur la santé.

Actions :

- Accompagner la mise en place de la réglementation nationale attendue pour 2014-2015
- Mener des actions de sensibilisation

13.2 : Proposer un dispositif de coordination des acteurs de prévention et de contrôle sur la thématique du bruit

Objectif/Action : Suite à l'arrêt du pôle départemental de compétence bruit qui rassemblait les acteurs actifs sur la prévention et la répression du bruit, l'ARS souhaite proposer aux différents partenaires potentiels de remettre en place un réseau d'interlocuteurs mobilisables sur les problématiques liées au bruit (prévention, dépistage, gestion coordonnée des plaintes, ...). Le regroupement des compétences existantes au sein d'un lieu de concertation permet de mieux répondre aux besoins des usagers. Cette action permettrait de travailler en transversalité et de décloisonner santé-environnement et santé au travail (cf. objectif 15).

Objectif 14 : Rapprocher Santé et Environnement

Contexte territorial : La conférence de territoire a fait le constat d'une association insuffisante des acteurs de la santé aux actions d'amélioration de l'environnement. De fait, c'est souvent l'Agence Régionale de Santé seule qui représente les enjeux de la santé dans les différentes instances en charge de l'environnement.

De même, sans doute les acteurs de la protection de l'environnement sont-ils peu au fait des actions menées pour l'amélioration de la santé de la population, et pourraient-ils apporter un éclairage particulier sur ces questions.

Sur ce sujet en friche, les premières actions à engager sont des actions d'inventaire et de réflexion.

- Sensibiliser les acteurs et instances de la santé environnementale à la santé publique.
Echéance : fin 2014. Pilote : ARS
- Identifier les acteurs du monde de la santé susceptibles d'intervenir dans le champ Santé-Environnement.
Echéance : fin 2015. Pilote : Conférence de Territoire
- Etudier la possibilité d'intégrer des acteurs de la santé dans les instances départementales ou infra départementales œuvrant à l'amélioration de l'environnement (CODERST, SAGE, groupe de travail sur l'habitat, Agenda 21 des collectivités...).
Echéance : mi 2015. Pilote : ARS

Objectif 15 : Décloisonner Santé Environnement et Santé au travail

Contexte territorial : Les membres de la Conférence de territoire ont regretté l'absence de communication et la faible coopération, notamment au niveau de l'administration entre les acteurs de la santé au travail et ceux de la santé environnementale.

- Créer au niveau départemental un lieu de rencontre et d'échanges entre les administrations œuvrant à la santé environnementale et celles œuvrant à la santé au travail (ARS, DREAL, DIRECCTE, CARSAT, MSA...)
Echéance : mi 2014. Pilote : ARS
- Mettre en place des procédures systématiques d'échange de données sur les dossiers à double enjeu (santé du public/santé des salariés) (intoxication CO, légionelle, piscines et baignades, nuisances sonores, services d'alimentation en eau potable, etc.).
Echéance : fin 2014 Pilote : ARS

Objectif 16 : Sécuriser l'alimentation en eau potable des populations

Contexte territorial : Bien que l'eau destinée à l'alimentation humaine dans le département du Cher soit globalement de bonne qualité, des problèmes subsistent et doivent être traités :

- trop de captages ne bénéficient pas encore d'une protection de leur ressource, et certaines protections existantes sont insuffisamment mises en œuvre
- certaines unités de distribution ne disposent pas d'une solution alternative d'alimentation en eau potable en cas de rupture,
- certaines zones du département sont alimentées par une eau dépassant occasionnellement ou régulièrement, les limites de qualité

16.1 : Protéger la ressource en eau destinée à la consommation humaine

- Renforcer l'incitation des collectivités pour la mise en place des périmètres de protection réglementaires autour des captages d'eau destinée à l'alimentation en eau potable.

Echéance : pluriannuel. Pilote: Collectivités

- Renforcer le contrôle de l'application des protections des captages existantes.

Echéance : pluriannuel Pilote : ARS

16.2 : Sécuriser la desserte en eau destinée à la consommation humaine sur tout le territoire

- Rechercher et mettre en œuvre les solutions de desserte en cas d'arrêt de la ressource principale.

Pilote : Chaque collectivité

16.3 : Améliorer la qualité de l'eau destinée à la consommation humaine

Contexte territorial : Deux collectivités dans le département distribuent une eau dont la teneur en nitrates dépasse la teneur limite de 50 mg/l en nitrates, même si l'une d'entre elles (Mehun sur Yèvre) a vu cette teneur diminuer en 2012. Deux autres distribuent une eau de qualité fluctuante à la limite de la conformité. La mise en conformité de l'eau distribuée à la population de ces secteurs constitue la priorité départementale en matière d'amélioration de la qualité de l'eau utilisée pour la consommation humaine.

- Mettre en place ou faire aboutir les plans d'action pour la distribution d'une eau conforme aux normes sanitaires à Argent sur Sauldre, Mehun sur Yèvre, Marseilles Les Aubigny et Presly-Ennordres.

Tableau de synthèse des fiches actions :

Objectif 1. Mieux observer pour anticiper/ Miser sur l'évolution des métiers et des compétences				
Objectifs	Actions	Pilote	Partenaires	Calendrier
1.1 Travailler sur un état des lieux des emplois et des compétences territorialisés dans le domaine de la santé et du médico-social et identifier le manque de professionnels médicaux et paramédicaux	1.1.a : Identifier et anticiper le manque de professionnels médicaux et paramédicaux dans le Cher	ORFE en lien avec l'ARS	Associés : CG, CCAS, Pôle Emploi, DIRECCTE, Responsables des structures sanitaires et médico-sociales, CDOM...	2014
Objectif 2. Relever le défi de la démographie des professionnels de santé/ Agir sur l'attractivité des territoires				
Objectifs	Actions	Pilote	Partenaires	Calendrier
2.1 Déployer les outils relatifs à l'installation des professionnels de santé	2.1.a : Promouvoir et accompagner les contrats de praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG)	ARS	Associés : Médecins, Conseil de l'ordre, faculté de Tours	2014
	2.1.b : Promouvoir et accompagner les contrats d'engagement de service public (CESP)	ARS	Associés : Faculté de Tours, maîtres de stage, Conseil de l'ordre	2014
	2.1.c : Encourager les praticiens de médecine générale et les praticiens spécialistes à devenir maîtres de stage	ARS	Associés : Faculté de Tours, Conseil de l'ordre	2014
2.2 Favoriser les modes d'exercice regroupé et les faire rayonner/ Accompagnement des professionnels	2.2.a : Accompagner les porteurs de projet d'exercice regroupé	Porteurs de projet (en lien avec l'ARS)	Associés : CG, collectivités locales, MSA, préfecture, professionnels de santé	2013
2.3 Déployer des points de consultations sur le territoire,	2.3.a : Développer les consultations avancées	ARS	Associés : MSP, EHPAD, professionnels de santé, CPAM	2014

notamment pour la médecine spécialiste/ Accès aux soins				
2.4 Développer les médecins correspondants du SAMU	2.4.a : Développer les Médecins Correspondants du SAMU (MCS)	ARS	Associés : SAMU	2014
2.5 Permettre un accès aux soins des usagers dans les zones de désertification médicale	2.5.a : Favoriser la présence médicale sur les territoires fragiles à travers l'utilisation d'un véhicule itinérant	ARS, médecins généraliste, éventuellement professionnels paramédicaux	Associés : CPAM, Conseil de l'ordre Potentiels : CG	Echéance 2015
Objectif 3. Développer les nouveaux systèmes d'information				
Objectifs	Actions	Pilote	Partenaires	Calendrier
3.1 Développement de la mise en réseau des professionnels médicaux et paramédicaux d'un « infra territoire » de santé	3.1.a : Développer la mise en réseau des professionnels de santé, notamment par le développement du réseau « Les Silènes » (en lien avec l'Indre) et transposition sur d'autres territoires	Porteurs de projet	Associés : ARS	2015
3.2 Développer les outils dédiés au partage d'informations	3.2.a : Participation au déploiement du dossier médical personnel (DMP)	GCS Télésanté Centre	Associés : ARS, EHPAD, établissements sanitaires, professionnels médicaux et paramédicaux	2014
Objectif 4. Fluidification de la filière gériatrique				
Objectifs	Actions	Pilote	Partenaires	Calendrier
4.1 Contribuer à éviter les hospitalisations aux urgences des personnes âgées en EHPAD	4.1.a : Evaluer la pertinence des transferts des personnes âgées d'EHPAD aux urgences	ARS	Associés : SAMU, CESU, EHPAD	2014
	4.1.b : Favoriser le déploiement de la télémédecine et du DLU dans les EHPAD	ARS	Associés : établissements de santé et EHPAD, Ordre des médecins	2014-2016
4.2 Améliorer l'information des professionnels et des usagers sur les dispositifs	4.2.a : Mise en place d'un conseil téléphonique gériatrique	ARS	Associés : établissements de santé et EHPAD, Ordre des médecins	2014-2016

existants et développer et encourager les organisations permettant le dépistage précoce des facteurs de fragilité	4.2.b : Créer le lien entre les professionnels spécialistes de la personne âgée	ARS		2014
4.3 S'associer aux instances sociales et de coordination pour l'organisation de la sortie d'Hôpital de la personne âgée	4.3.a : S'associer aux instances sociales et de coordination pour l'organisation de la sortie d'Hôpital de la personne âgée	ARS en lien avec le CG	CG, hôpitaux	2014-2016
Objectif 5. Améliorer le parcours de soins du patient				
Objectifs	Actions	Pilote	Partenaires	Calendrier
5.1 Anticiper les examens médicaux pour les hospitalisations programmées afin de fluidifier le parcours	5.1.a : Anticiper les examens médicaux pour les patients en hospitalisation programmée	ARS	Associés : Centres hospitaliers	2014
5.2 Améliorer la coordination ville/hôpital	5.2.a : Déployer l'utilisation d'outils de communication (type DECT) entre les praticiens hospitaliers et les médecins de ville			
	5.2.b : Préparer les sorties d'hospitalisation des patients (âgés ou malades chroniques ou nécessitant un suivi particulier)	Centres hospitaliers	Associés : médecins généralistes, Conseil de l'ordre, les internes des établissements du Cher	2014
Objectif 6. Mobiliser les professionnels de santé autour de projets locaux de santé				
Objectifs	Actions	Pilote	Partenaires	Calendrier
6.1 Contribuer à faciliter l'exercice au quotidien et rompre l'isolement des professionnels	6.1.a : Création d'une Communauté hospitalière de territoire entre les 5 Hôpitaux	ARS	Membres de la CHT	Fin 2014
Objectif 7. Améliorer les réponses aux besoins et aux souhaits des personnes en situation de handicap				
Objectifs	Actions	Pilote	Partenaires	Calendrier

7.1 Dépister et accompagner précocement le handicap	7.1.a : Améliorer le dépistage et l'accompagnement précoce du handicap	ARS-DT 18	MDPH, Conseil général, PMI, Associations gestionnaires, maternités	2014-2016
7.2 Contribuer à la fluidité des parcours de vie des personnes handicapées dans une dimension de proximité	7.2.a : Favoriser la scolarisation, l'insertion professionnelle et sociale des personnes handicapées	ARS-DT 18	CG, Education Nationale, MDPH, ESMS, CFA, Cap emploi	2014-2016
Objectif 8. Améliorer la continuité du parcours des personnes souffrant d'un handicap				
Objectifs	Actions	Pilote	Partenaires	Calendrier
8.1 Adapter l'offre de prise en charge au vieillissement des personnes en situation de handicap	8.1.a : Améliorer la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes	ARS/CG/MDPH	Associations gestionnaires des PH/PA Associations d'aide à domicile	2014-2016
Objectif 9. Renforcer les stratégies de dépistage du cancer				
Objectifs	Actions	Pilote	Partenaires	Calendrier
9.1 : Lutter contre les inégalités d'accès et de recours aux dépistages du cancer du sein en milieu rural	9.1.a : Lutter contre les inégalités d'accès et de recours aux dépistages du cancer du sein en milieu rural	ARS/ADOC18/CPAM		
Objectif 10. Promouvoir les vaccinations				
Objectifs	Actions	Pilote	Partenaires	Calendrier
10.1 : Développer des actions d'information visant à promouvoir les vaccinations et le rattrapage vaccinal, selon les recommandations du calendrier vaccinal	10.1.a : Développer des actions d'information visant à promouvoir les vaccinations et le rattrapage vaccinal, notamment dans les aires d'accueil des gens du voyage	En lien avec les comités de pilotage de : - La semaine européenne de la vaccination - Schéma Départemental des Gens du Voyage	Centre de Vaccination IRSA, SOS Médecin, PMI, Association Cher Tzigane, Codes, DDCSPP...	Janvier 2014- Novembre 2014. (calendrier appel à projet)
Objectif 11. Agir sur les comportements des conduites addictives				
Objectifs	Actions	Pilote	Partenaires	Calendrier
11.1 Renforcer les actions de réductions des risques (RDR)	11.1.a : Renforcer les actions de réductions des risques, notamment en	CAARUD du Cher Réseau VIH	CSAPA CAET, CSAPA ANPAA, Association Vie libre, Unité d'addictologie de	2013-2014

	milieu rural		CH George Sand, Réseau Addiction, FOL, Réseau VIH...	
Objectif 12. Soutenir le développement de l'éducation thérapeutique du patient				
Objectifs	Actions	Pilote	Partenaires	Calendrier
12.1 Promouvoir et développer une éducation thérapeutique du patient de qualité	12.1.a : Promouvoir et développer une éducation thérapeutique du patient de qualité	CODES	Centre Hospitalier de Bourges/Vierzon Clinique Guillaume de Vary Réseau Caramail Association de malades	
Objectif 13. Garantir un environnement favorable à la santé				
Objectifs	Actions	Pilote	Partenaires	Calendrier
13.1 Lutter contre la prolifération de l'ambrosie dont le pollen a des conséquences sur la santé	13.1.a : Lutte contre l'ambrosie	ARS-DT18, pole SPE	Potentiels : maires, agriculteurs, conservatoire d'espaces naturels	2014-2015
13.2 Proposer un dispositif de coordination des acteurs de prévention et de contrôle sur la thématique du bruit	13.2.a : Mettre en place un réseau sur la thématique bruit	ARS-DT18, pole SPE	Potentiels : préfecture, sous-préfectures, DDCSPP, DDT, DIRECCTE, DREAL, DSDEN, aviation civile, SCHS de Bourges, polices municipales, police, gendarmerie, CH (médecin ORL), CODES	2014-2015
Objectif 14 : Rapprocher Santé et Environnement				
Objectifs	Actions	Pilote	Partenaires	Calendrier
14. Rapprocher Santé et Environnement	14.a : Sensibiliser les acteurs et instances de la santé environnementale à la santé publique	ARS	Préfecture, DREAL, DDT, ONEMA, Conseil Général, Agence de l'Eau, CODERST, Observatoire Départemental de l'Habitat, Education Nationale, CLE des SAGE,	Fin 2014

			Comités de pilotage des actions "captages Grenelle" etc.	
	14.b : Identifier les acteurs du monde de la santé susceptibles d'intervenir dans le champ Santé-Environnement	Conférence de Territoire		fin 2015
	14.c : Etudier la possibilité d'intégrer des acteurs de la santé dans les instances départementales ou infra-départementales œuvrant à l'amélioration de l'environnement	ARS	CLE des SAGE, CODERST, Comités de pilotage des actions "captages Grenelle", Observatoire Départemental de l'Habitat, Agenda 21 des collectivités etc.	Mi 2015
Objectif 15 : Décloisonner Santé Environnement et Santé au travail				
Objectifs	Actions	Pilote	Partenaires	Calendrier
15. Décloisonner Santé Environnement et Santé au travail	15.a : Créer au niveau départemental un lieu de rencontre et d'échanges entre administrations œuvrant à la santé environnementale et à la santé au travail	ARS	ARS, DREAL, DIRECCTE, CARSAT, MSA...	mi 2014
	15.b : Mettre en place des procédures systématiques d'échange de données sur les dossiers à double enjeu (santé du public/santé des salariés)	ARS	ARS, DREAL, DIRECCTE, CARSAT, MSA	fin 2014
Objectif 16 : Sécuriser l'alimentation en eau potable des populations				
Objectifs	Actions	Pilote	Partenaires	Calendrier
16.1 Protéger la ressource en eau destinée à la	16.1.a : Mettre en place les périmètres de	Départemental :	Collectivités, Hydrogéologues agréés, Conseil	Pluriannuel

consommation humaine	protection réglementaires autour des captages d'eau destinée à l'alimentation en eau potable	ARS Dossier : collectivité	Général, Agence de l'Eau, Bureaux d'Etudes	
	16.1.b : Contrôler l'application des protections des captages existantes.	ARS	Collectivités	Pluriannuel
16.2 Sécuriser la desserte en eau destinée à la consommation humaine sur tout le territoire	16.2.a : Rechercher et mettre en œuvre les solutions de desserte en cas d'arrêt de la ressource principale	Chaque collectivité concernée	Conseil Général, Agence de l'Eau, ARS, Préfecture, Sociétés fermières	Pluriannuel
16.3 Améliorer la qualité de l'eau destinée à la consommation humaine	16.3.a : Mettre en place ou faire aboutir les plans d'action pour la distribution d'une eau conforme aux normes sanitaires à Argent sur Sauldre, Mehun sur Yèvre, Marseilles Les Aubigny et Presly-Ennordres	Chaque collectivité concernée	Conseil Général, Agence de l'Eau, ARS, Préfecture, Sociétés fermières	Fin 2015

Conclusion :

Le PTS a pour but de permettre la déclinaison du PRS à l'échelle départementale, c'est-à-dire en prenant en compte les caractéristiques et les problématiques propres au département du Cher.

Le PTS permet donc, dans un premier temps, la réalisation d'un diagnostic territorial et l'identification de problématiques spécifiques, puis dans un second temps, l'élaboration d'un ensemble d'actions à mettre en œuvre en collaboration avec les différents acteurs territoriaux, qu'ils soient acteurs de santé ou politiques.

Ce PTS devra également faire l'objet d'un suivi régulier afin d'évaluer le bon déroulement des actions préconisées. La conférence de territoire jouera le rôle de comité de suivi et dressera l'état d'avancement des actions prévues.

Glossaire des sigles

AAH : Allocation Adulte Handicapé
ACT: Appartement de Coordination Thérapeutique
ACTP : Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
AcVC : Accident de la Vie Courante
ADOC : Association pour le dépistage organisé du cancer
AEP : Alimentation en Eau Potable
AFGSU : Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences
ALD: Affection Longue Durée
ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS: Agence Régionale de Santé
ASH : Aide Sociale à l'Hébergement
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues
CADA : Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile
CAF: Caisse d'Allocations Familiales
CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CCAS: Centre Communal d'Action Sociale
CDAG: Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CDC : Communauté de Communes
CDPD : Conseil Départemental de Prévention de la Délinquance
CESU : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
CG: Conseil Général
CH: Centre Hospitalier
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHT : Communauté Hospitalière des Territoires
CIDDIST: Centres d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles
CLAT: Centre de Lutte Anti Tuberculose
CLS: Contrat Local de Santé
CMP: Centre Médico Psychologique
CMU: Couverture Maladie Universelle
CODES : Comité Départemental d'éducation pour la santé
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CREP : Constat de Risque d'Exposition au Plomb
CSAPA: Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CV : Centre de Vaccination
DASRI : Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux
DDCSPP: Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations
DDT : Direction Départementale des Territoires
DG ARS: Directeur Général de l'ARS
DIRECCTE : Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DLU : Dossier de Liaison d'Urgence
DREAL : Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement

DT ARS : Délégation Territoriale de l'ARS
EDCH : Eaux Destinées à la Consommation Humaine
EHPAD: Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer
ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail
ESMS : Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux
FOL : Fédération des Œuvres Laiques
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GT : Groupe de Travail
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IEM : Institut d'éducation motrice
IME : Institut Médico-éducatif
InVS : Institut national de veille sanitaire
IRSA : institut inter régional pour la santé
ISEP : Institut de Soins et d'Éducation pour Enfants Polyhandicapés
ITEP : Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique
FAM : Foyer d'accueil médicalisé
FIR : Fonds d'Intervention Régional
HAD : Hospitalisation à Domicile
HC : Hospitalisation Complète
HJ : Hospitalisation de Jour
HPST: Hôpital Patients Santé Territoire
HT : Hébergement Temporaire
IST: Infection Sexuellement Transmissible
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
LHSS : Lits Halte Soins Santé
MARPA : Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées
MAS : maisons d'accueil spécialisées
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MFPF : Mouvement français du planning familial
MMG: Maison Médicale de Garde
MSA : Mutualité Sociale Agricole
MSP: Maison de Santé Pluridisciplinaire
ORFE : Observatoire Régional de la Formation et de l'Emploi
ORS : Observatoire Régional de la Santé
PA : Personnes Agées
PASA : Pôle d'Activité et de Soins Adaptés
PASS : Permanence d'accès aux soins de santé
PCH : Prestation de Compensation du Handicap
PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoire
PDSSES : Permanence des Soins en Etablissement de Santé
PFR : Plateforme de Répit
PH : Personnes Handicapées
PMI : Protection Maternelle Infantile
PPC : Périmètre de Protection des Captages
PRIAC : Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS : Projet Régional de Santé
PTS : Programme Territorial de Santé
RSA : Revenu de Solidarité Active
SAGE : schéma d'aménagement et de gestion des eaux

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SCHS : Service Communal d'Hygiène et de Santé
SCOT : Schéma départemental de coopération intercommunale
SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile
SEV : Semaine Européenne de la Vaccination
SMUR : Service Mobile d'Urgence de Réanimation
SPIP : Service Pénitentiaire d'insertion et de probation
SRCAE : Schéma Régional du Climat, de l'Air et de l'Energie
SROS : Schéma Régional de l'Organisation des Soins
SROSMS : Schéma Régional d'Organisation des Services médico-sociaux
SRP : Schéma Régional de Prévention
SSEFIS : Service de Soutien à l'Education Familiale et à l'Intégration Scolaire
SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
UDI : Unité de Distribution
UHR : Unité d'Hébergement Renforcé
ULSD : Unité de Soins de Longue Durée
UNAFAM : Union Nationale de Familles ou d'Amis de Personnes Malades et Handicapés Psychiques

ANNEXES

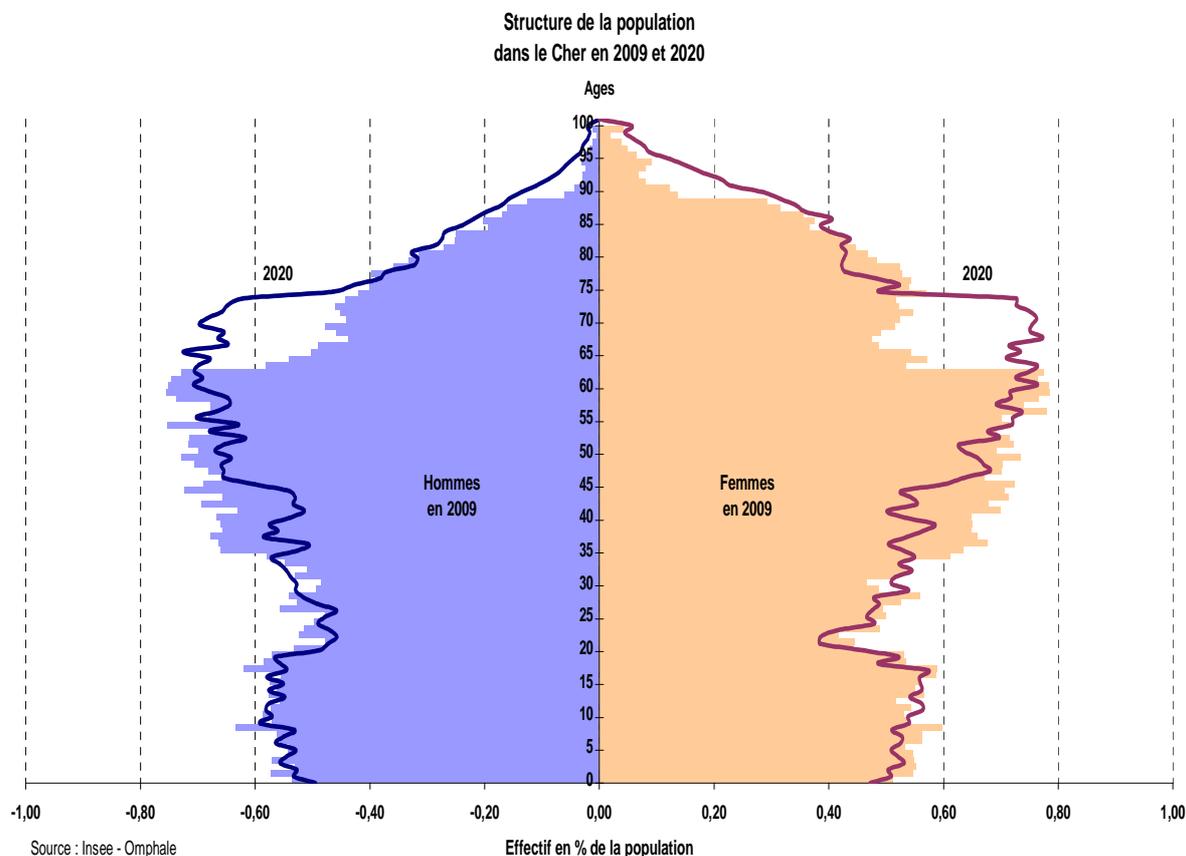
ANNEXE 1 : Données sur l'identité du territoire

ANNEXE 2: Tableaux sur la démographie médicale dans le Cher

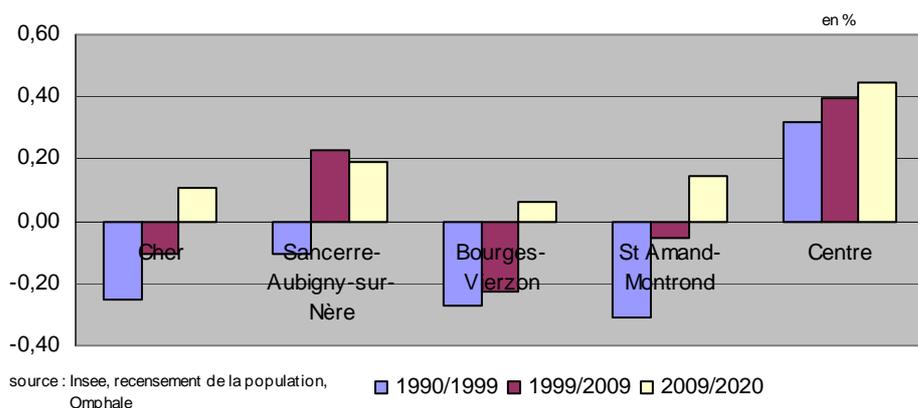
ANNEXE 3 : Les fiches-actions

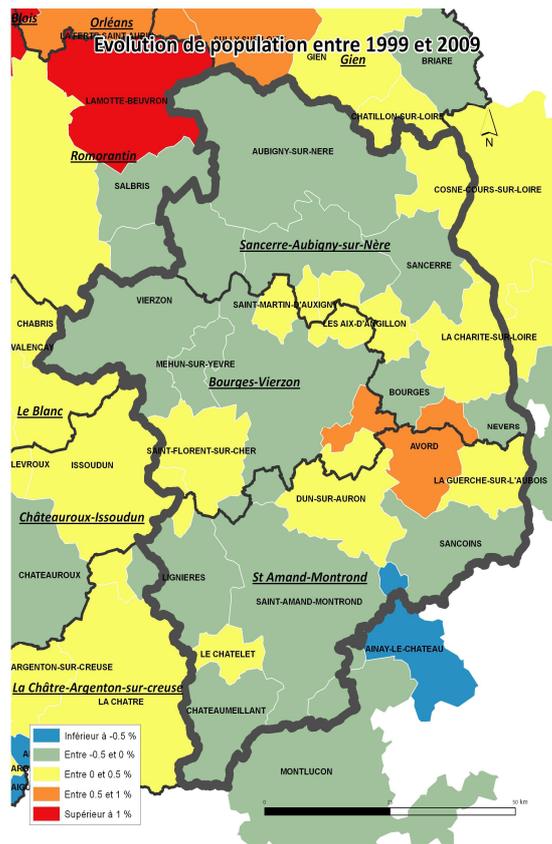
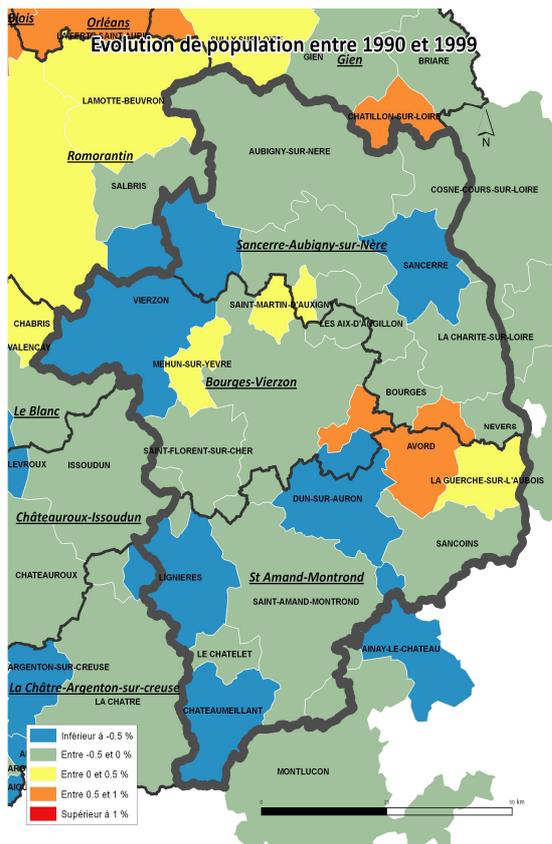
ANNEXE 1 :

Données sur l'identité du territoire



Évolution annuelle de population





Mortalité

	2010			1990		
	Nombre de décès	taux de mortalité (‰)	taux de mortalité infantile (‰)	Nombre de décès	taux de mortalité (‰)	taux de mortalité infantile (‰)
Cher	3 597	11,4	1,9	3 609	11,2	8,2
Eure-et-Loir	3 812	8,8	3,3	3 516	8,8	8,3
Indre	3 052	12,9	2,9	2 933	12,3	6,8
Indre-et-Loire	5 148	8,8	3,4	4 781	9,0	6,8
Loir-et-Cher	3 550	11,0	2,7	3 298	10,8	6,1
Loiret	5 583	8,6	3,6	4 974	8,5	7,8
Centre	24 742	9,7	3,2	23 111	9,7	7,4
Métropole	538 319	8,6	3,6	526 201	9,3	7,4

Le taux de mortalité est le rapport du nombre de décès de l'année à la population totale moyenne de l'année.

Le taux de mortalité infantile est le rapport entre le nombre d'enfants décédés à moins d'un an et l'ensemble des enfants nés vivants

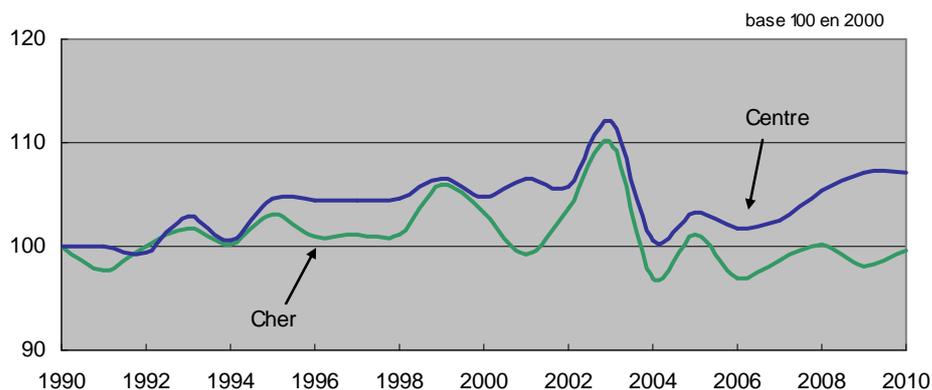
source : Insee, estimations de population - état civil

Espérance de vie en 2009

	années					
	A la naissance en 2009		A la naissance en 1990		A 60 ans en 2009	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Cher	76,6	83,8	72,8	81,5	21,3	26,2
Eure-et-Loir	77,7	83,9	73,2	81,1	22,2	26,6
Indre	77,1	83,3	73,4	81,1	21,7	26,3
Indre-et-Loire	78,7	85,0	74,5	82,4	23,0	27,3
Loir-et-Cher	77,3	83,8	73,5	82,1	22,2	26,7
Loiret	78,0	84,3	73,7	81,7	22,5	26,7
Centre	77,7	84,2	73,6	81,7	22,3	26,7
Métropole	77,8	84,3	72,9	81,0	22,2	26,8

source : Insee, estimations de population - état civil

Évolution des décès



Taux de mortalité prématurée en 2007 - 2009

pour 100 000 habitants

	Années 2007 - 2009							France
	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre	
Hommes								
Toutes causes	328,4	275,7	322,3	252,5	294,0	261,2	280,5	278,5
dont :								
tumeurs	131,8	111,6	111,5	97,8	116,3	101,0	109,1	104,7
appareil circulatoire	47,9	36,1	51,5	34,2	34,8	38,2	39,1	40,3
traumatisme, empoisonnement et causes externes	61,8	49,8	69,4	50,3	60,7	53,1	55,3	49,2
alcoolisme	9,0	6,8	12,0	8,1	7,6	7,8	8,2	7,0
Femmes								
Toutes causes	130,2	126,4	133,6	121,5	128,3	125,5	126,2	126,1
dont :								
tumeurs	59,9	66,0	61,3	63,3	57,9	61,4	61,9	59,9
appareil circulatoire	14,4	12,9	13,3	9,6	13,7	14,1	12,8	13,2
traumatisme, empoisonnement et causes externes	21,1	14,3	20,7	16,9	16,1	17,9	17,4	15,3
alcoolisme	1,6	1,0	3,6	2,0	1,7	1,9	1,9	1,5

Note : taux de mortalité prématurée : nombre de décès au cours de l'année d'individus âgés de moins de 65 ans, sur la population totale des moins de 65 ans.

Pour les taux régionaux ou départementaux, il s'agit des taux que l'on observerait dans la population étudiée si elle avait la même structure d'âge que la population de France métropolitaine.

Champ : décès avant 65 ans pour 100 000 habitants.

Source : Inserm, CépiDc.

Indice comparatif de mortalité (ICM) par suicide

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	2001	2008	2001	2008	2001	2008
Cher	123	127	108	121	121	127
Eure-et-Loir	122	107	113	81	122	102
Indre	133	155	123	120	133	148
Indre-et-Loire	123	101	112	107	121	103
Loir-et-Cher	138	137	154	117	145	134
Loiret	114	114	110	117	114	116
Centre	124	119	118	110	124	118

Source : Inserm CépiDc Insee (Exploitation Fnors)

L'ICM est le rapport du nombre de décès observé au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité par âge révolu (moins d'un an à 95 ans et plus) étaient identiques aux taux nationaux (100).

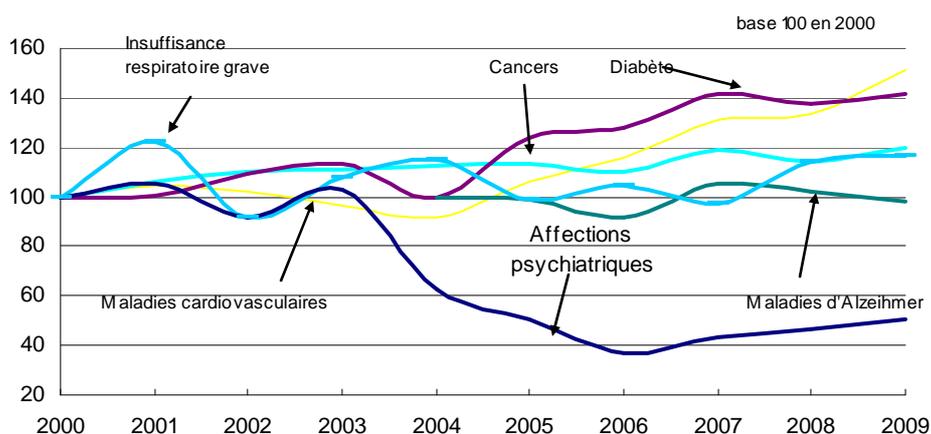
Affections longue durée

Nombre de nouveaux cas (incidence) - tous âges

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ensemble	4 882	5 207	5 128	5 183	5 021	5 336	5 307	5 914	5 867	6 317
dont										
Cardiovasculaires	1 494	1 566	1 522	1 435	1 374	1 586	1 724	1 961	1 994	2 255
Cancers	1 282	1 364	1 416	1 425	1 447	1 452	1 415	1 530	1 462	1 533
Diabètes	757	761	827	858	752	937	968	1 072	1 043	1 073
Affections psychiatriques	786	826	722	811	490	398	293	338	365	399
Maladie Alzheimer					298	294	272	314	304	292
<i>A partir de 2004 création de l'ALD Alzheimer jusqu'à lors rattaché aux troubles mentaux</i>										
insuffisance respiratoire grave	105	128	96	113	121	104	110	102	120	122

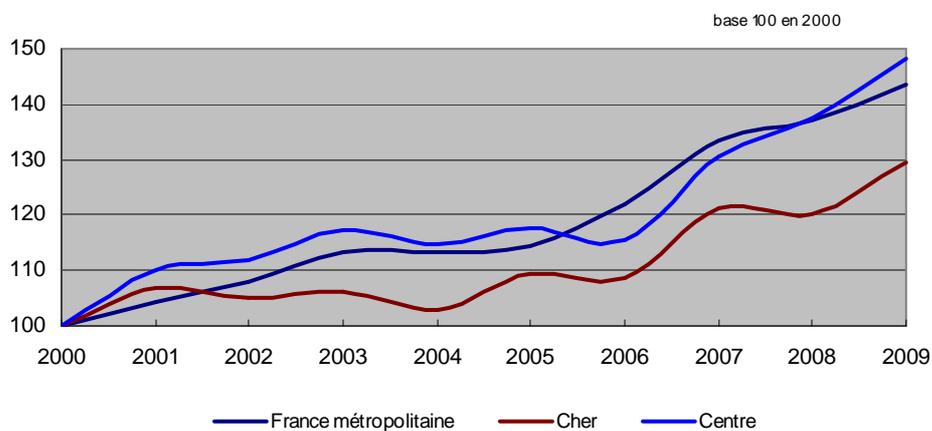
Sources : CNAMTS

Évolution des principales ALD



source : CNAMTS

Évolution des ALD



Natalité

	2010		1990	
	Nombre de naissances	taux de natalité (‰)	Nombre de naissances	taux de natalité (‰)
Cher	3 339	10,4	3 726	11,6
Eure-et-Loir	5 714	13,1	5 436	13,7
Indre	2 220	9,4	2 437	10,3
Indre-et-Loire	6 885	11,6	6 607	12,5
Loir-et-Cher	3 776	11,5	3 554	11,6
Loiret	8 750	13,0	7 927	13,6
Centre	30 684	11,8	29 687	12,5
Métropole	800 655	12,6	762 507	13,4

Le taux de natalité est le rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à la population totale moyenne de l'année

source : Insee, estimations de population - état civil

Les interruptions volontaires de grossesse

	2007		2008		2009		2010	
	nombre	mineures (%)						
Cher	755	7,2	798	7,8	772	7,6	786	6,9
Eure-et-Loir	1205	8,0	1268	5,5	1236	5,5	1239	7,1
Indre	399	6,5	481	7,1	444	8,1	481	7,3
Indre-et-Loire	1393	7,7	1348	6,5	1291	6,3	1267	7,6
Loir-et-Cher	885	6,8	779	7,3	776	8,9	870	7,1
Loiret	2084	7,0	1987	6,4	1907	7,1	1892	6,6
Centre	6721	7,3	6661	6,6	6426	7,0	6535	7,0

source : DREES, bulletins IVG

Campagne de dépistage du cancer du sein

	Nombre de femmes dépistées	Population cible	Taux de participation 2010-2011
Cher	33 182	50 831	65,3
Eure-et-Loir	36 830	60 456	60,9
Indre	21 363	38 023	56,2
Indre-et-Loire	56 189	86 215	65,2
Loir-et-Cher	32 729	51 380	63,7
Loiret	47 087	91 990	51,2
Centre	227 380	378 895	60
National	4 793 968	9 159 132	52,3

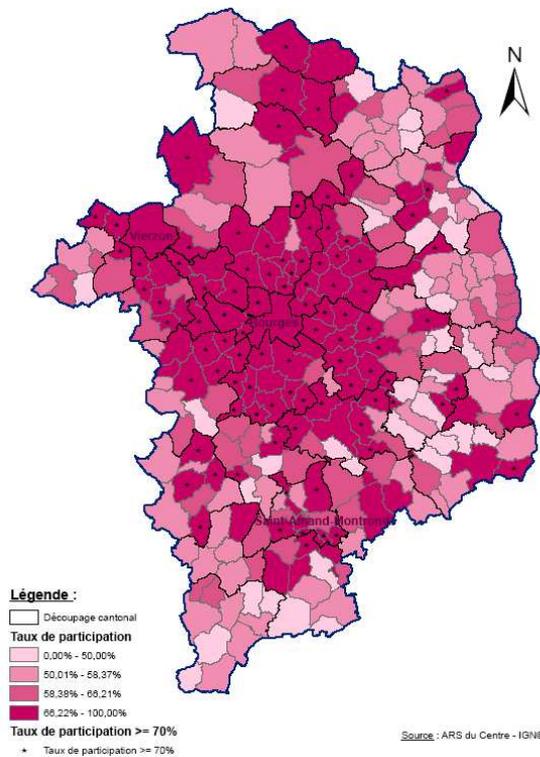
source : Invs

Campagne de dépistage du cancer colorectal

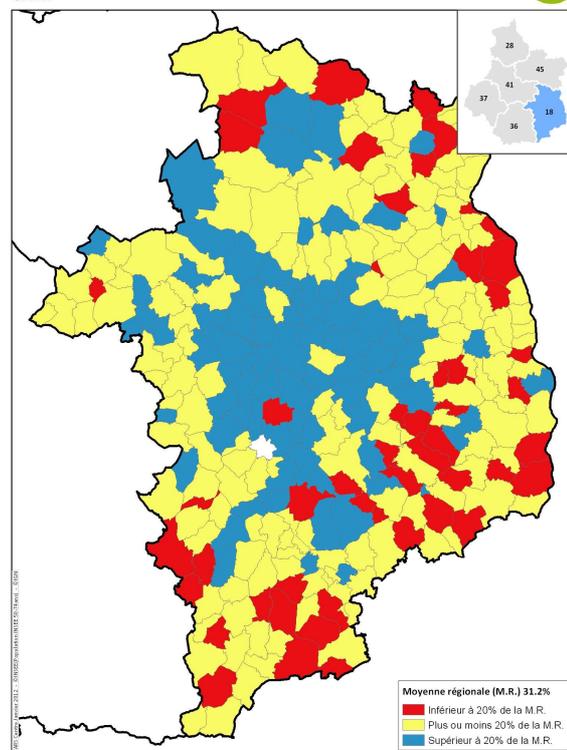
	Nombre de personnes dépistées	Population cible (50-74 ans)	Taux de participation standardisé 2010-2011
Cher	38 029	98 873	44,7
Eure-et-Loir	34 633	118 071	33,9
Indre	21 905	74 238	33,0
Indre-et-Loire	57 650	165 291	42,3
Loir-et-Cher	35 350	99 418	42,5
Loiret	49 911	178 865	32,0
Centre	237 478	734 756	37,7
France	4 994 335	17 593 896	32,1

source : Invs, campagne 2010-2011

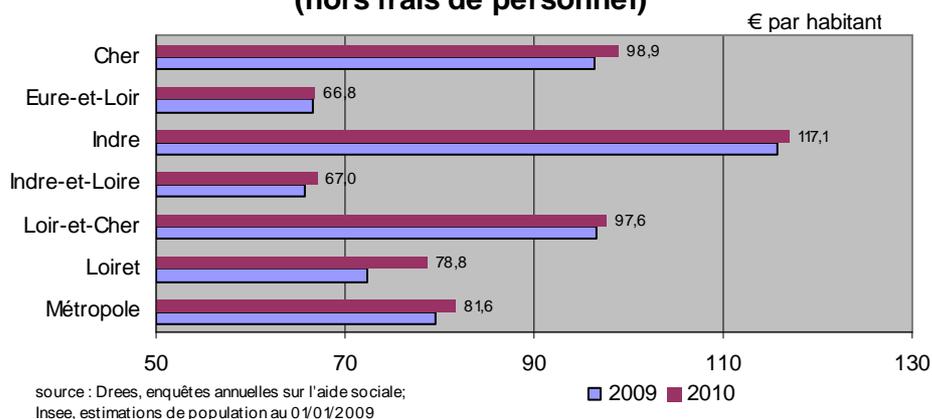
Taux de participation communal au dépistage du cancer du sein (2009-2010) - Cher (18)



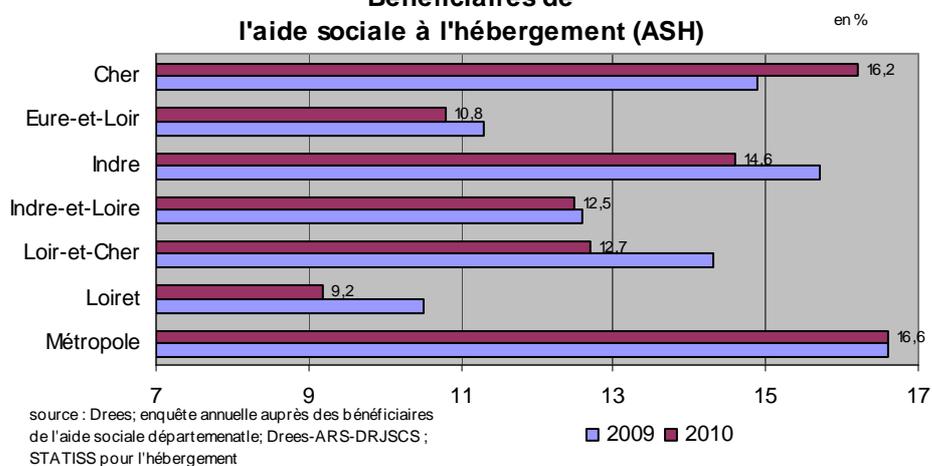
Dépistage du cancer colorectal en région Centre
Participation cumulée en 2009 et 2010 (en %)
CHER



Dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie (hors frais de personnel)



Bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement (ASH)



Taux d'équipement au 1.01.2012 par catégorie d'établissement : places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans

	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre	France
Taux d'équipement en structures d'hébergement pour adultes handicapés (tout hébergement) (1)	5,2	4,9	5,9	4,7	5,3	4,2	4,8	4,1
Dont :								
Taux d'équipement en Maison d'Accueil Spécialisée (M.A.S.)	0,6	0,4	1,5	0,6	0,6	0,5	0,6	0,7
Taux d'équipement en Foyer d'Accueil Médicalisé (F.A.M.)	1,0	1,2	0,9	0,7	1,6	0,5	0,9	0,6
Taux d'équipement en foyer de vie	1,3	2,2	1,7	1,7	1,3	1,6	1,7	1,5
Taux d'équipement en Etablissements et Service d'Aide par le Travail (ESAT)	3,9	3,5	4,2	4,1	3,7	3,5	3,8	3,4

Source : DREES - ARS - FINESS

(1) Maisons d'accueil spécialisées + Foyers d'accueil médicalisé + Foyers de vie + Foyers d'hébergement + Foyers polyvalents (pour 1 000 adultes âgés de 20 à 59 ans)

Nombre d'établissements et de services - Places par catégorie d'établissement et de services au 1.01.2012 - Taux d'équipement

	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre	France
Taux d'équipement global en établissements pour enfants handicapés (hors SESSAD) pour 1 000 jeunes de - 20 ans	8,3	7,3	8,2	7,9	7,1	6,3	7,3	6,7
Taux d'équipement global en SESSAD pour 1 000 jeunes de - 20 ans	2,9	2,0	3,0	3,4	3,4	2,4	2,8	2,8

Sources : DREES - ARS - FINESS

Revenu de solidarité active (RSA) et couverture maladie universelle (CMU) en 2010

	Allocataires du RSA		Bénéficiaires de la CMU	
	Bénéficiaires pour 1000 personnes de 25 à 64 ans		CMU de base	CMU complémentaire
Cher	10 509	65	6 947	21 328
Eure-et-Loir	9 162	41	11 308	20 877
Indre	5 439	46	4 781	11 143
Indre-et-Loire	13 980	46	13 128	27 212
Loir-et-Cher	7 610	45	8 720	17 245
Loiret	15 548	46	14 677	37 609
Métropole	1 833 787	56	1 848 554	3 637 234

sources : Insee, estimations de population; CAF; MSA; CNAMTS

Revenus fiscaux localisés des ménages - Année 2010

Indicateurs de distribution par Ménage

en euros

	1er décile	médiane	9ème décile
Cher	9 491	25 813	55 096
Eure-et-Loir	12 108	30 449	62 660
Indre	9 423	24 175	51 667
Indre-et-Loire	10 293	27 796	60 728
Loir-et-Cher	11 214	27 921	57 761
Loiret	11 466	29 828	63 138
Centre	10 722	28 072	59 829
Métropole	9 785	28 251	64 999

© Insee Source : Insee-DGFIP Revenus fiscaux localisés des ménages

note de lecture : dans le Cher, 10 % des ménages déclarent un revenu annuel inférieur à 9491 €

Indicateurs de distribution par Ménage - Référent de 75 ans ou plus

	1er décile	médiane	9ème décile
Cher	10 572	20 117	40 811
Eure-et-Loir	11 623	21 584	44 219
Indre	9 864	18 428	37 896
Indre-et-Loire	10 794	20 523	43 977
Loir-et-Cher	11 258	20 929	42 301
Loiret	11 725	22 386	45 966
Centre	10 996	20 797	43 112
Métropole	10 384	20 796	47 202

© Insee Source : Insee-DGFIP Revenus fiscaux localisés des ménages

note de lecture : dans le Cher, 50 % des ménages déclarent un revenu annuel supérieur à 20 117 €

ANNEXE 2: Tableaux sur la démographie médicale dans le Cher

ETUDE SUR LA DEMOGRAPHIE MEDICALE DANS LE CHER, Mise à jour de septembre 2013
(Commission Paritaire Locale des médecins ; CPAM du Cher / Branche Régulation / GDR)

- **LES GENERALISTES LIBERAUX HORS MEP EXCLUSIF:**

Effectifs, densité et classement national en Juillet 2013

Département	Nombre de généralistes libéraux	Dont SOS Médecins	Densité pour 100 000 habitants	Classement national sur 95 départements
Indre et Loire	597	14	101.1	25
Loir et Cher	258		78.2	75
Indre	173		74.8	85
Loiret	485	8	73.9	86
Eure et Loir	307		71.6	90
Cher *	213	12	68.4	94
Total France Métro.	58 982	249	94.0	

* dont 10 médecins cumulent activité en cabinet et retraite

Source : FNPS

- **LES SPECIALISTES :**

Effectifs globaux, projection à 5 ans et moyenne d'âge dans le Cher

Spécialité	Sept / Oct 2013	Projection à 5 ans (si fin d'activité à 65 ans, sans remplacement)	Moyenne d'âge	
			2013	Proj.5 ans
Anesthésistes	20	16	53	56
Cardiologues	20	15	54	55
Chirurgiens (chir générale, urologique, digestive)	20	7	58	55
Chirurgiens (chir vasculaire)	1	0	68	
Chirurgiens (chir orthopédique)	7	4	53	51
Dermatologues	6	4	57	59
Gastro-entérologue	9	8	52	55
Gynécologues obstétriciens	23	17	54	55
Neurologues	6	6	49	54
Ophtalmologistes	11	5	55	57
ORL	10	8	53	56
Pédiatres	15	11	55	56
Pneumologues	6	4	51	51
Psychiatres	19	9	58	56

Radiologues	21	16	56	57
Rhumatologues	8	3	63	59
Stomatologues	2	1	60	64
Spé. Anatomie et cytologie pathologique	4	2	55	53
Radiothérapeutes/onco- radiothérapeutes	3	1	57	54
Total	211	137		

ANNEXE 3 : **Les fiches-actions**

Les fiches actions du PTS ne sont pas toutes finalisées, des réflexions sont encore à mener afin de préciser certaines modalités de mise en œuvre.

Objectif 1 : Mieux observer pour anticiper/ Miser sur l'évolution des métiers et des compétences

<p>Fiche action n° 1.1.a</p> <p>Intitulé : Identifier et anticiper le manque de professionnels médicaux et paramédicaux dans le département du Cher</p>

Objectifs régionaux de référence du PRS	Identifier les métiers sensibles et en suivre l'évolution Mettre en place une démarche de suivi de l'évolution prévisionnelle des emplois et des compétences en articulation avec les établissements et services employeurs (PSRS)
Objectif opérationnel de l'action	Réaliser sur un état des lieux des emplois et des compétences dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux.
Description de l'action	<ol style="list-style-type: none"> 1) Identifier les caractéristiques du secteur sanitaire et médico-social (et social ?) du Cher 2) Identifier les problématiques et les enjeux. 3) Construire un outil d'aide à la décision (à quelle décision ?) 4) Capitalisation des données recueillies et retour sur l'expérimentation (laquelle ?)
Public cible	Etablissements sanitaires et médico-sociaux du Cher.
Territoire d'intervention	Département du Cher
Pilote	ORFE en lien avec l'ARS
Partenaires	Associés : CG, CCAS, Pôle Emploi, DIRECCTE, Responsables des structures sanitaires et médico-sociales, CDOM.... Potentiels :
Moyens mobilisés	Reste à définir
Leviers/freins	Recueil de données exploitables Recueil de données récentes
Calendrier de mise en œuvre	2014

Indicateurs de suivi, de résultat	Nombre de professionnels de santé par catégories.
	Densité de professionnels par catégories par régions.
	Evolution du nombre de professionnels depuis 2000 (définir si l'évolution sur environ 10 ans suffit)

Objectif 2 : Relever le défi de la démographie des professionnels de santé / Agir sur l'attractivité des territoires

Fiche action n° 2.1.a

Intitulé : Promouvoir et accompagner les contrats de praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG)

Objectifs régionaux de référence du PRS	Relever le défi de la démographie des professionnels de santé. (13 contrats de PTMG doivent être conclus en région Centre)
Objectif opérationnel de l'action	Conclure dans le Cher des contrats de praticiens territoriaux de médecine générale.
Description de l'action	<ol style="list-style-type: none"> 1) Prospecter auprès des médecins cibles, des étudiants en médecine, de la faculté, du conseil de l'ordre, des maîtres de stage 2) Négocier ces contrats avec les médecins volontaires 3) Assurer le suivi de ces contrats après leur signature
Public cible	Médecins non encore installés ou installés depuis moins d'un an dans une zone fragile. Ces praticiens peuvent être soit médecins collaborateurs libéraux, soit médecins installés en cabinet libéral.
Territoire d'intervention	Département
Pilote	ARS
Partenaires	Associés : Médecins, conseil de l'ordre, faculté de Tours... Potentiels :
Moyens mobilisés	
Leviers/freins	Critères précis pour entrer dans ce dispositif Dispositif national
Calendrier de mise en œuvre	2013
Indicateurs de suivi, de résultat	Nombre de contrats conclus Nombre de médecins pouvant accéder à ce dispositif

Fiche action n° 2.1.b**Intitulé : Promouvoir et accompagner les Contrats d'Engagement de Service Public (CESP)**

Objectifs régionaux de référence du PRS	Relever le défi de la démographie des professionnels de santé.
Objectif opérationnel de l'action	Conclure dans le Cher des contrats d'engagement de service public.
Description de l'action	1) Communiquer et promouvoir le dispositif
Public cible	Etudiants et internes en médecine
Territoire d'intervention	Département du Cher
Pilote	ARS
Partenaires	Associés : faculté de Tours, maîtres de stage, conseil de l'ordre Potentiels :
Moyens mobilisés	
Leviers/freins	Aide financière Dispositif national
Calendrier de mise en œuvre	2013
Indicateurs de suivi, de résultat	Nombre de contrats conclus

Fiche action n° 2.1.c**Intitulé : Encourager les praticiens de médecine générale et les praticiens spécialistes à devenir maîtres de stage**

Objectifs régionaux de référence du PRS	Relever le défi de la démographie des professionnels de santé.
--	--

Objectif opérationnel de l'action	<p>Accroître le nombre de maîtres de stage :</p> <ul style="list-style-type: none"> - notamment pour la médecine spécialiste - en milieu rural - dans le milieu médico-social
Description de l'action	<ol style="list-style-type: none"> 1) Prospector auprès des médecins généralistes en milieu rural et auprès des médecins spécialistes. 2) Diffuser les outils (lesquels ?)
Public cible	<p>Médecins généralistes en milieu rural Médecins spécialistes</p>
Territoire d'intervention	Département du Cher
Pilote	ARS
Partenaires	<p>Associés : faculté de Tours, conseil de l'ordre, CPAM Potentiels :</p>
Moyens mobilisés	
Leviers/freins	<p>Accueil d'un stagiaire Durée d'accueil Conditions d'accueil</p>
Calendrier de mise en œuvre	2014
Indicateurs de suivi, de résultat	<p>Nombre de maîtres de stage spécialistes Nombre de maîtres de stage en milieu rural à la mise en place du dispositif Nombre de maîtres de stage en milieu rural à l'issue du dispositif Nombre de stagiaires accueillis dans le Cher</p>

Fiche action n° 2.2.a

Intitulé : Accompagner les porteurs de projet d'exercices regroupés notamment sur les actions de prévention et de santé publique

Objectifs régionaux de référence du PRS	<p>Maintenir et attirer des professionnels de santé sur un territoire Favoriser les exercices regroupés en fonction des besoins identifiés Optimiser le maillage territorial de l'offre de santé</p>
--	--

Objectif opérationnel de l'action	Développer la création de structures d'exercices regroupés
Description de l'action	<ol style="list-style-type: none"> 1) Rédaction et validation d'une feuille de route 1^{er} recours avec des projets priorités selon les territoires et les avancées 2) Action spécifique en fonction de chaque projet. En général : organisation et participation à des réunions de concertation avec les professionnels de santé sur le projet, accompagnement sur le projet médical, rapport sur le projet, instruction du dossier FIR, suivi de la MSP notamment par une visite annuelle, accompagnement. 3) Favoriser les liens entre les MSP et les cabinets paramédicaux 4) Développer les possibilités de consultations en cabinet secondaire pour les médecins de MSP 5) Aider à la préservation des structures de soins spécialisés de proximité existantes et favoriser leur pérennité
Public cible	Professionnels de santé porteurs d'un projet Collectivités locales
Territoire d'intervention	Cher (Prioritairement les zones fragiles)
Pilote	Porteurs de projet
Partenaires	Associés : CG, collectivités locales, MSA, préfecture, professionnels de santé Potentiels :
Moyens mobilisés	
Leviers/freins	Zones d'implantation qui ne sont pas toujours des zones fragiles Montage du projet dont la rédaction du projet de santé Intégration de professionnels au sein de la MSP Caractère parfois « politique » du projet
Calendrier de mise en œuvre	2013
Indicateurs de suivi, de résultat	<p>Nombre de MSP du Cher</p> <p>Nombre de MSP en zones fragiles</p> <p>Nombre de professionnels en MSP</p> <p>Catégories de professionnels en MSP</p> <p>Origine géographique des patients accueillis</p>

Fiche action n° 2.3.a

Intitulé : Développer les consultations avancées

Objectifs régionaux de référence du PRS	Améliorer l'accès aux soins Réduire les inégalités territoriales d'accès à la santé
Objectif opérationnel de l'action	Déployer des points de consultation sur le territoire pour tous les usagers
Description de l'action	<ol style="list-style-type: none"> 1) Communiquer et prospecter auprès des spécialistes sur la possibilité de réaliser des consultations avancées dans les MSP ou dans les EHPAD (lien à faire avec la CHT concernant l'intégration des praticiens hospitaliers spécialistes dans les MSP) 2) Communiquer auprès des généralistes sur les cabinets secondaires 3) Prospecter auprès des établissements pour connaître ceux qui pourraient mettre à disposition un local 4) Intégrer cette « obligation (laquelle ?) dans les projets de santé des MSP 5) Faire le lien entre les professionnels et les structures d'accueil 6) Anticiper la résolution des éventuels obstacles qui pourraient se poser 7) Informer les usagers de l'existence du dispositif
Public cible	MSP, EHPAD, professionnels de santé, usagers
Territoire d'intervention	Cher
Pilote	ARS
Partenaires	Associés : MSP, EHPAD, professionnels de santé, CPAM ? Potentiels :
Moyens mobilisés	
Leviers/freins	Participation des professionnels de santé à ce dispositif Mise à disposition de locaux Attractivité pour les usagers ? Facturation des actes
Calendrier de mise en œuvre	2014
Indicateurs de suivi, de résultat	Nombre de sites accueillants Nombre de professionnels (généralistes et spécialistes) prenant part au dispositif

	<p>Nombre de consultations réalisées</p> <p>Origine géographique des patients</p>
--	---

Fiche action n° 2.4.a

Intitulé : Développer les Médecins Correspondants du SAMU (MCS)

Objectifs régionaux de référence du PRS	<p>Relever le défi de la démographie des professionnels de santé</p> <p>Agir sur l'attractivité des territoires</p>
Objectif opérationnel de l'action	<p>Disposer de MCS en zones rurales</p>
Description de l'action	<p>1) Faire un état des lieux des besoins sur le territoire</p> <p>2) Promouvoir le dispositif MCS dans le département</p>
Public cible	<p>Médecins généralistes en zones rurales</p>
Territoire d'intervention	<p>Cher</p>
Pilote	<p>ARS</p>
Partenaires	<p>Associés : SAMU</p> <p>Potentiels :</p>
Moyens mobilisés	<p>Formation aux gestes et protocoles d'urgence</p> <p>Equipement fourni</p>
Leviers/freins	<p>Mobilisation de médecins</p> <p>Abandon de leur activité si appel du SAMU</p> <p>Sensibilisation des médecins généralistes par courrier de la Chef de service du SAMU</p>
Calendrier de mise en œuvre	<p>2014</p>
Indicateurs de suivi, de résultat	<p>Nombre de MCS</p> <p>Nombre de sorties du MCS</p>

Fiche action n° 2.5.a

Intitulé : Favoriser la présence médicale sur les territoires fragiles à travers l'utilisation d'un véhicule itinérant (Mon CHER bus médical)

Objectifs régionaux de référence du PRS	Relever le défi de la démographie des professionnels de santé Agir sur l'attractivité des territoires
Objectif opérationnel de l'action	Permettre un accès aux soins des usagers dans les zones de désertification médicale
Description de l'action	1) Consultations de médecins généralistes au sein d'un bus aménagé lors des foires et marchés 2) Actions de santé de publique (prévention, vaccinations.....)
Public cible	Usagers habitant en zone de désert médical
Territoire d'intervention	cher
Pilote	ARS
Partenaires	Associés : CPAM, Conseil de l' Ordre, Médecins Généralistes Potentiels : CG
Moyens mobilisés	Bus médecin matériel médical Etude de marché
Leviers/freins	Achat du bus, assurance, aménagement, chauffeur, matériel Disponibilité des professionnels Financement Réticence des usagers
Calendrier de mise en œuvre	Echéance 2015
Indicateurs de suivi, de résultat	Nombre de consultations Nombre de villages desservis Nombre de médecins prenant part au dispositif

Objectif 3 : Développer les nouveaux systèmes d'information

Fiche action n° 3.1.a

Intitulé : Développer la mise en réseau des professionnels de santé, notamment par le développement du réseau « Les Silènes »

Objectifs régionaux de référence du PRS	Développer les nouveaux systèmes d'information en santé
Objectif opérationnel de l'action	Meilleure transmission des informations et fluidité des échanges entre professionnels Connaissance des acteurs entre eux Mise en place d'une messagerie sécurisée
Description de l'action	1) Collecter les informations sur ce réseau qui existe dans l'Indre 2) Etudier l'opportunité de créer un tel réseau dans le Cher
Public cible	Professionnels médicaux et paramédicaux, pharmaciens
Territoire d'intervention	Cher
Pilote	Porteurs du projet
Partenaires	Associés : ARS Potentiels :
Moyens mobilisés	
Leviers/freins	Manque de temps des professionnels Outils à disposition pour communiquer
Calendrier de mise en œuvre	2015
Indicateurs de suivi, de résultat	Nombre d'adhérents au réseau Nombre de réunions organisées

Fiche action n° 3.2.a

Intitulé : Participation au déploiement du Dossier Médical Personnel (DMP)

Objectifs régionaux de référence du PRS	Développer les outils dédiés au partage d'informations
Objectif opérationnel de l'action	Meilleure transmission et fluidité des échanges entre les professionnels de santé
Description de l'action	<p>1) Promouvoir le développement du DMP et notamment du VMS (volet médical de synthèse), qui est une partie du DMP regroupant les informations les plus importantes, via des réunions d'information des professionnels de santé</p> <p>2) Appuyer le GCS Télésanté Centre pour organiser des réunions de formation</p>
Public cible	Professionnels médicaux et paramédicaux, établissements sanitaires, EHPAD
Territoire d'intervention	Cher
Pilote	GCS Télésanté Centre
Partenaires	<p>Associés : ARS, EHPAD, établissements sanitaires, professionnels médicaux et paramédicaux</p> <p>Potentiels :</p>
Moyens mobilisés	
Leviers/freins	<p>Compatibilité des logiciels informatiques des professionnels</p> <p>Mobilisation des professionnels pour faire la promotion du DMP</p> <p>Communication autour du DMP</p>
Calendrier de mise en œuvre	2013
Indicateurs de suivi, de résultat	<p>Nombre de DMP créés</p> <p>Nombre d'établissements équipés de logiciels DMP compatibles</p>

Objectif 4 : Fluidification de la filière gériatrique

<p>Fiche action n° 4.1.a</p> <p>Intitulé : Evaluer la pertinence des transferts de personnes âgées d'EHPAD aux urgences</p>

Objectifs régionaux de référence du PRS	Mise en place de la filière gériatrique
Objectif opérationnel de l'action	Eviter les transferts inutiles aux urgences
Description de l'action	<ol style="list-style-type: none"> 1) Recueillir des indicateurs qui permettront à la DT d'établir un état des lieux 2) Etablir un diagnostic 3) Faire participer les professionnels des EHPAD à la formation AFGSU au sein du CESU pour les sensibiliser à la gestion de l'urgence, au contact avec le centre 15. 4) Travailler sur la mise en place de protocole de délégation de tâches. 5) S'assurer de l'accessibilité des DLU et des directives anticipées (désignation personne de confiance ?)
Public cible	Professionnels travaillant en EHPAD (principalement les aides soignants)
Territoire d'intervention	Cher
Pilote	ARS
Partenaires	Associés : SAMU CESU EHPAD Potentiels :
Moyens mobilisés	
Leviers/freins	Réalisation de formations payantes Appréhension des professionnels paramédicaux pour la réalisation de tâches par délégation
Calendrier de mise en œuvre	2014
Indicateurs de suivi, de résultat	<p>Nombre de transfert aux urgences entre 18h et 8h, le week end et jours fériés</p> <p>Nombre de personne ayant suivi la formation AFGSU par EHPAD</p> <p>Nombre de protocoles de délégations de tâche signés</p>

Fiche action n° 4.1.b

Intitulé : Favoriser le déploiement de la télémédecine et du DLU dans les EHPAD

Objectifs régionaux de référence du PRS	Organiser la filière gériatrique au niveau infra départemental
Objectif opérationnel de l'action	<ul style="list-style-type: none"> -Améliorer l'information des professionnels et des usagers sur les dispositifs existants et développer et encourager les organisations permettant le dépistage précoce des facteurs de fragilité - Contribuer à éviter les hospitalisations aux urgences des personnes âgées à domicile et en EHPAD -Améliorer la qualité de prise en charge des personnes âgées - Disposer de consultations spécialisées sans déplacer les personnes âgées - Faciliter la consultation des données médicales personnelles par les spécialistes et par le SAMU en cas d'urgence
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Déterminer le maillage territorial de l'équipement en télémédecine - Equiper les établissements cibles avec le matériel adapté - Former le personnel à l'utilisation de ce matériel - Suivi de l'appropriation du DLU
Public cible	EHPAD, professionnels de santé
Territoire d'intervention	Département du Cher ainsi que les pôles gériatriques de référence
Pilote	ARS-DT 18
Partenaires	Associés : établissements de santé et EHPAD, Ordre des médecins Potentiels :
Moyens mobilisés	Médecins coordonnateurs, spécialistes télémédecine Equipe HAD Matériel de Equipes gériatriques
Leviers/freins	Volonté des partenaires à travailler ensemble Compatibilité des logiciels entre eux
Calendrier de mise en œuvre	2014-2016
Indicateurs de suivi, de résultat	Nombre de DMP créés en EHPAD Nombre de consultations réalisées en télémédecine Taux d'équipement en matériel de télémédecine

Fiche action n° 4.2.a

Intitulé : Mise en place d'un conseil téléphonique gériatrique

Objectifs régionaux de référence du PRS	Organiser la filière gériatrique au niveau infra départemental
Objectif opérationnel de l'action	<ul style="list-style-type: none"> -Améliorer l'information des professionnels et des usagers sur les dispositifs existants et développer et encourager les organisations permettant le dépistage précoce des facteurs de fragilité - Contribuer à éviter les hospitalisations aux urgences des personnes âgées à domicile et en EHPAD -Améliorer la qualité de prise en charge des personnes âgées
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> -Concertation avec l'hôpital sur la mise en œuvre de ce dispositif -Mise à disposition d'un numéro de téléphone pour une réponse de l'équipe gériatrique (heures ouvrables, du lundi au vendredi) - Permet d'apporter un avis gériatrique rapide et de programmer si besoin une consultation ou une hospitalisation
Public cible	Médecins, EHPAD, professionnels de santé
Territoire d'intervention	Département du Cher ainsi que les pôles gériatriques de référence
Pilote	ARS-DT 18
Partenaires	Associés : établissements de santé et EHPAD, Ordre des médecins Potentiels :
Moyens mobilisés	Equipes gériatriques
Leviers/freins	Volonté des partenaires à travailler ensemble Freins liés aux manques de professionnels gériatres dans certains Hôpitaux, surtout sur Bourges = objectif à atteindre
Calendrier de mise en œuvre	2014-2016
Indicateurs de suivi, de résultat	<p>Nombre d'appels et origine</p> <p>Nombre d'hospitalisations programmées</p> <p>Diminution du nombre de passages évitables aux urgences</p>

Fiche action n° 4.2.b

Intitulé : Créer le lien entre les professionnels spécialistes de la personne âgée

Objectifs régionaux de référence du PRS	Organiser la filière gériatrique au niveau infra départemental
Objectif opérationnel de l'action	Meilleure connaissance de l'offre disponible sur le territoire Meilleure connaissance des professionnels entre eux
Description de l'action	Organiser des rencontres entre les professionnels sur des thématiques définies. Lien avec la CHT pour l'organisation d'une coordination sur la prévention concernant la personne âgée
Public cible	Gérialtres, médecins coordonateur des EHPAD
Territoire d'intervention	Cher
Pilote	ARS
Partenaires	Associés : Potentiels :
Moyens mobilisés	Reste à définir
Leviers/freins	Moyens financiers pour organiser ce type de rencontre Dégagement de temps par les professionnels
Calendrier de mise en œuvre	2014
Indicateurs de suivi, de résultat	Nombre de rencontres par an Nombre de participants

Fiche action n° 4.3.a

Intitulé : S'associer aux instances sociales et de coordination pour l'organisation de la sortie d'hôpital de la personne âgée

Objectifs régionaux de référence du PRS	Fluidification de la filière gériatrique
--	--

Objectif opérationnel de l'action	Mieux organiser le retour à domicile ou l'intégration en EHPAD de la personne âgée, pour éviter qu'elle reste à l'hôpital
Description de l'action	<p>Pour sortie de SSR vers retour à domicile :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faire le lien entre l'Hôpital et le Conseil général pour une meilleure communication en amont entre la structure hospitalière et les services du Conseil général concernant le financement APA - Participer aux instances de coordination avec les intervenants sociaux afin d'intégrer les actions concernant l'anticipation de la sortie d'Hôpital, la coordination des acteurs pour le retour à domicile. - Evaluer <p>Pour sortie SSR vers EHPAD :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluer les dysfonctionnements relevés à l'entrée en EHPAD, mesures du temps d'entrée en EHPAD, sensibilisation des établissements.
Public cible	Conseil Général en lien avec les CLIC, SAD, SSIAD, assistantes sociales...
Territoire d'intervention	Cher
Pilote	ARS en lien avec le CG
Partenaires	Associés : CG, hôpitaux Potentiels :
Moyens mobilisés	
Leviers/freins	
Calendrier de mise en œuvre	
Indicateurs de suivi, de résultat	

Objectif 5 : Améliorer le parcours de soins du patient

<p>Fiche action n° 5.1.a</p> <p>Intitulé : Anticiper les examens médicaux pour les patients en hospitalisation programmée.</p>
--

Objectifs régionaux de référence du PRS	Réduire les délais d'attente pour les examens
Objectif opérationnel de l'action	<p>Prévoir les examens médicaux d'imagerie et de biologie en favorisant l'intra hospitalier (selon les équipements), pour les patients en hospitalisation programmée qui doivent en bénéficier</p> <p>Réaliser les examens au cours de la période d'hospitalisation</p>
Description de l'action	<p>Diagnostiquer les dysfonctionnements, travailler avec les Hôpitaux pour l'organisation des rendez vous en amont</p> <p>Prise de rendez vous dès connaissance d'une hospitalisation au cours ou à l'issue de laquelle des examens seront nécessaires.</p> <p>Le lien pourra être fait avec la CHT, mais uniquement sur le parcours de la personne âgée. Pour le reste des parcours, cette action est un objectif à plus long terme.</p>
Public cible	Centres hospitaliers
Territoire d'intervention	Cher
Pilote	ARS
Partenaires	Associés : centres hospitaliers Potentiels :
Moyens mobilisés	Reste à définir
Leviers/freins	<p>Délais de rendez vous</p> <p>Risque d'augmentation de la durée moyenne de séjour</p> <p>Qui va prendre ces rendez vous</p>
Calendrier de mise en œuvre	2014
Indicateurs de suivi, de résultat	Reste à définir

Fiche action n° 5.2.a

Intitulé : Déployer l'utilisation d'outils de communication (type DECT) entre les praticiens hospitaliers et les médecins de ville

Objectifs régionaux de référence du PRS	Améliorer le parcours de soins du patient
Objectif opérationnel de l'action	Améliorer la coordination ville/hôpital
Description de l'action	<p>Déployer l'utilisation d'outils de communication (type DECT) entre les praticiens hospitaliers et les médecins de ville et communiquer dessus pour les admissions directes et conseils</p> <p>Prospecter auprès des professionnels (praticiens hospitaliers, directeurs d'hôpitaux) pour connaître leurs disponibilités et mutualiser les expériences</p> <p>Travailler sur un support de communication</p>
Public cible	Médecins traitants et praticiens hospitaliers
Territoire d'intervention	Département du Cher
Pilote	Les établissements de santé
Partenaires	Associés : Potentiels :
Moyens mobilisés	
Leviers/freins	Manques de professionnels hospitaliers susceptibles de remplir cette fonction qui se surajouteraient à leur activité habituelle, notamment sur les personnes âgées. Cette action ne pourra pas être intégrée tout de suite à la CHT du fait de la frilosité des professionnels médicaux. Il s'agit donc d'un objectif à plus long terme compte tenu des difficultés de démographie médicale.
Calendrier de mise en œuvre	
Indicateurs de suivi, de résultat	

Fiche action n° 5.2.b

Intitulé : Préparer les sorties d'hospitalisation des patients (âgés ou malades chroniques ou nécessitant un suivi particulier)

Objectifs régionaux de référence du PRS	Améliorer le parcours de soins du patient
--	---

Objectif opérationnel de l'action	Améliorer la coordination ville/hôpital
Description de l'action	<p>Prospecter auprès des professionnels (praticiens hospitaliers, directeurs d'Hôpitaux) pour connaître leurs possibilités.</p> <p>Appel de l'interne à mi séjour d'hospitalisation au médecin traitant et rappel si nécessaire à la sortie</p> <p>Transmission des informations au médecin traitant par voie postale ou électronique dans les plus brefs délais</p> <p>Cette action pourra s'inscrire dans le temps, et être intégrée à terme à la CHT, sur la partie gériatrique.</p>
Public cible	Centres hospitaliers, médecins traitants, praticiens hospitaliers, internes
Territoire d'intervention	Cher
Pilote	Centres hospitaliers
Partenaires	Associés : Potentiels :
Moyens mobilisés	
Leviers/freins	<p>Mobilisation d'une personne dédiée ou non</p> <p>Meilleure coordination entre les professionnels</p> <p>Bénéfices pour le patient</p> <p>Transmissions en temps réel des informations</p>
Calendrier de mise en œuvre	2014
Indicateurs de suivi, de résultat	

Objectif 6. Mobiliser les professionnels de santé autour de projets locaux de santé

Fiche action n° 6.1.a

Intitulé : Création d'une Communauté hospitalière de territoire entre les 5 Hôpitaux

Objectifs régionaux de référence du PRS	Mobiliser les professionnels de santé autour de projets locaux de santé
--	---

Objectif opérationnel de l'action	Contribuer à faciliter l'exercice au quotidien et rompre l'isolement des professionnels
Description de l'action	<p>Sujets mis à l'ordre du jour de la CHT mais susceptibles d'être évolutifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fluidification du parcours de la personne âgée (filrière gériatrique) = notamment meilleure coordination du parcours du patient en SSR, fluidification des sorties de SSR (travail avec conseil général, Ehpad). Travail sur la prévention des pathologies de la personne âgée. - Télémédecine : Travail avec Hôpitaux de Saint Amand et Vierzon plus particulièrement qui sont plus en retard sur le déploiement des outils. Travail sur la mise en œuvre des outils déjà mis en place pour les autres hôpitaux ; - Amélioration de l'accès à la réanimation ; - Mutualisation d'activité (activités d'éthique, gestion des risques, activités supports) - Coordination des soins supports (antibiotiques, prise en charge de la douleur...) - Formations continues. <p>→ l'ARS impulse certains sujets (filrière gériatrique, fluidification urgences, télémédecine) et accompagne les Hôpitaux dans l'élaboration et la mise en œuvre de la Communauté Hospitalière de territoire.</p>
Public cible	CHT
Territoire d'intervention	Cher
Pilote	ARS
Partenaires	Associés : Hôpitaux membres de la CHT Potentiels :
Moyens mobilisés	
Leviers/freins	
Calendrier de mise en œuvre	Fin 2014
Indicateurs de suivi, de résultat	

Objectif 7 : Améliorer les réponses aux besoins et aux souhaits des personnes en situation de handicap

Fiche action n° 7.1.a

Intitulé : Améliorer le dépistage et l'accompagnement précoce du handicap

Objectifs régionaux de référence du PRS	Dépister et accompagner précocement le handicap
Objectif opérationnel de l'action	Améliorer le dépistage précoce du handicap chez les jeunes en situation de handicap (p.61 SROMS) Améliorer l'accompagnement précoce (p.64 SROMS)
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Développer les réseaux de dépistage : l'ADAPT veut développer un centre ressources TSA avec le CHU de Tours. - Création de places en SSESAD par redéploiement pour les enfants autistes sur le nord du département - Renforcement du dépistage par la création de places nouvelles (notamment pour enfants non-voyants/sourds) - Eviter les retards de dossier pour favoriser le dépistage précoce
Public cible	Enfants et adolescents handicapés (notamment autisme/sourds/non-voyant)
Territoire d'intervention	Département du Cher
Pilote	ARS-DT 18
Partenaires	Associés : MDPH, CG, PMI, associations gestionnaires, maternités Potentiels :
Moyens mobilisés	PRIAC (2012-2016) Sensibilisation par les partenaires auprès des professionnels de santé et des familles Travail sur le redéploiement de moyens avec les associations gestionnaires
Leviers/freins	A déterminer par les membres du groupe de travail
Calendrier de mise en œuvre	2014-2016
Indicateurs de suivi, de résultat	Nombre d'orientation de jeunes enfants Raccourcissement des délais à la CDAPH

Fiche action n° 7.2.a

Intitulé : Favoriser la scolarisation, l'insertion professionnelle et l'insertion sociale des personnes handicapées

Objectifs régionaux de référence du PRS	Contribuer à la fluidité des parcours de vie des personnes handicapées dans une dimension de proximité Favoriser la scolarisation, l'insertion professionnelle et l'insertion sociale des personnes handicapées (p.68 SROMS)
Objectif opérationnel de l'action	Contribuer au développement d'actions et de dispositifs de soutien à la scolarisation et à l'insertion professionnelle
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> -Travailler sur les sorties d'IME -Préparer les enfants au travail polyvalent en ESAT -Trouver une réponse de prise en charge entre l'établissement et le SESSAD -Evolution des agréments pour une prise en charge plus adaptée -Renforcement de la formation des professionnels afin de s'adapter à l'évolution des pathologies et des modes de prise en charge spécifique (pathologie de type PSY de plus en plus importante) -Travailler sur la réduction des listes d'attente
Public cible	Les jeunes entre 16 et 25 ans Privilégier les jeunes en situation de handicap psychique
Territoire d'intervention	Département du Cher
Pilote	ARS-DT 18
Partenaires	Associés : CG, Education Nationale, MDPH, ESMS, CFA, Cap emploi Potentiels :
Moyens mobilisés	PRIAC Travail sur le redéploiement des moyens avec les associations gestionnaires
Leviers/freins	Articulation avec le schéma départemental des PH Arriver à un décloisonnement pour faire travailler ensemble tous les partenaires
Calendrier de mise en œuvre	2014-2016
Indicateurs de suivi, de résultat	Liste d'attente Création de places Entrée dans l'emploi des jeunes handicapés

Objectif 8 : Améliorer la continuité du parcours des personnes souffrant d'un handicap

Fiche action n° 8.1.a

Intitulé : Améliorer la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes

Objectifs régionaux de référence du PRS	Adapter l'offre de prise en charge au vieillissement des personnes en situation de handicap
Objectif opérationnel de l'action	Développer et adapter l'offre médico-sociale et les prises en charge pour les travailleurs handicapés vieillissants (en ESAT et à domicile)
Description de l'action	<p>Identifier les besoins afin de déterminer l'offre adéquate</p> <p>Intégrer dans les EHPAD une unité dédiée pour les travailleurs handicapés retraités avec un projet spécifique</p> <p>Développer l'accueil des travailleurs handicapés vieillissant dans les familles d'accueil (accueil familial social)</p> <p>Pour les personnes lourdement handicapées, possibilité en cas de refus des familles et d'entrée en institution, de proposer des soins d'accompagnement à domicile (partenariat possible avec les maisons de santé)</p> <p>Adapter l'offre d'hébergement aux besoins et aux spécificités des personnes</p>
Public cible	Personnes handicapées vieillissantes
Territoire d'intervention	Département du Cher
Pilote	ARS, CG, MDPH
Partenaires	<p>Associés : Associations gestionnaires PH/PA</p> <p>Associations d'aide à domicile</p> <p>Potentiels :</p>
Moyens mobilisés	A déterminer avec les différents partenaires de l'action
Leviers/freins	<p>Etude CREAL</p> <p>Travaux du CG relatif au schéma handicap</p> <p>Reste à compléter avec les différents partenaires de l'action</p>
Calendrier de mise en œuvre	2014-2016
Indicateurs de suivi, de résultat	<p>Nombre de personnes handicapées vieillissantes identifiées en établissement pour PA et PH</p> <p>Nombre de situation en attente de solution</p> <p>Adaptation de l'offre médico-sociale</p>

Objectif 9 : Renforcer les stratégies de dépistage du cancer

Fiche action n° 9.1.a Intitulé : Lutter contre les inégalités d'accès et de recours aux dépistages du cancer du sein en milieu rural	
Objectifs régionaux de référence du PRS	Réduire l'incidence et la prévalence des cancers
Objectif opérationnel de l'action	<p>Développer et soutenir les dépistages : Faire progresser les taux de participation aux dépistages organisés.</p> <p>Développer et soutenir le dépistage du cancer du sein en milieu rural (Sud et Est du Cher) afin de faire progresser le taux de participation.</p>
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place des actions visant à réduire les inégalités d'accès et de recours au dépistage en facilitant le déplacement au centre de radiologie pour l'examen de mammographie, pour les personnes plus isolées - Rechercher une meilleure efficacité des dépistages organisés en optimisant le fonctionnement des structures de gestion : ADOC 18. - Augmenter l'implication des médecins traitants dans les dispositifs de programmes nationaux de dépistage organisé des cancers. - Impliquer les professionnels de santé des MSP dans le dépistage du cancer
Public cible	
Territoire d'intervention	Cher, principalement le milieu rural (Sud et Est du Cher)
Pilote	ARS/ADOC18/CPAM
Partenaires	
Moyens mobilisés	
Leviers/freins	
Calendrier de mise en œuvre	
Indicateurs de suivi, de résultat	

Objectif 10 : Promouvoir les vaccinations

Fiche action n° 10.1.a

Intitulé : Développer des actions d'information visant à promouvoir les vaccinations et le rattrapage vaccinal, notamment dans les aires d'accueil des gens du voyage

Objectifs régionaux de référence du PRS	Développer des actions d'information visant à promouvoir les vaccinations et le rattrapage vaccinal, selon les recommandations du calendrier vaccinal.
Objectif opérationnel de l'action	Augmenter le taux de couverture vaccinale des enfants en bas âges.
Description de l'action	Les actions d'éducation à la santé sont rarement menées auprès de la population des gens du voyage, sauf de manière exceptionnelle en période de gestion de crise épidémique. Développer des actions d'information et de sensibilisation spécifiques en direction des jeunes parents , des actions partenariales de proximité au sein des aires d'accueils permettra d'améliorer le taux de couverture vaccinale des enfants en bas âges.
Public cible	Gens du Voyage
Territoire d'intervention	Aires d'accueil des gens du voyage du département du Cher
Pilote	En lien avec les comités de pilotage de : <ul style="list-style-type: none">- La semaine européenne de la vaccination- Schéma Départemental des Gens du Voyage
Partenaires	Centre de Vaccination IRSA, SOS Médecin, PMI , Association Cher Tzigane, Codes, DDCSPP,
Moyens mobilisés	Feuille de route PRAPS Appel à projet prévention et promotion de la santé
Leviers/freins	<ul style="list-style-type: none">■ Freins :<ul style="list-style-type: none">-Faible visibilité des modes d'occupation des aires-Des difficultés liées à l'habitat-caravane-Insalubrité qui limite l'organisation de vaccination sur certain site.■ Leviers :<ul style="list-style-type: none">-Partenariat déjà expérimenté lors de gestion de crise « d'épidémie de rougeole dans le Cher ».-Dynamique déjà engagée sur la promotion de la vaccination, action à élargir auprès de ce public ciblé.
Calendrier de mise en œuvre	Janvier 2014- Novembre 2014. (calendrier appel à projet)
Indicateurs de suivi, de résultat	Le nombre de mise à jour de carnet de vaccination.

Objectif 11 : Agir sur les comportements

Fiche action n° 11.1.a Intitulé : Renforcer les actions de réductions des risques	
Objectifs régionaux de référence du PRS	Renforcer les actions de réductions des risques (RDR)
Objectif opérationnel de l'action	Développer les actions RDR au plus près de la population notamment en milieu rural.
Description de l'action	<p>L'Etat des lieux des actions de prévention en addictologie (associative, sanitaire, médico-sociale) démontre des nombreuses actions dans les grandes villes comme Bourges, Vierzon ou Saint Amand. Le milieu rural de l'Est et le Nord du département ne bénéficie pas ou peu d'action de prévention. En renforcent sur ces territoires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'intervention des équipes de prévention itinérante. - des maraudes spécialisées - l'ouverture en 2014 d'un centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD). <p>Il s'agit d'apporter une réponse de proximité, auprès des usagées les plus isolées du département sans qu'ils soient stigmatisés, démarche du « aller vers ».</p>
Public cible	Les usagées souffrant d'addiction (alcool, drogue, tabac,...) en milieu rural
Territoire d'intervention	<p>Circonscription Nord : Argent sur Sauldre, Léré, Sancerre, Vailly sur Sauldre...</p> <p>Circonscription Est : Sancergues, La Guerche sur l'Aubois, Sancoins,</p>
Pilote	CAARUD du Cher
Partenaires	CSAPA CAET, CSAPA ANPAA, Association Vie libre, Unité d'addictologie de CH George Sand, Réseau Addiction, FOL, Réseau VIH...
Moyens mobilisés	Les comités départementaux de prévention des addictions du pays du Cher Nord, du pays du Cher Est avec l'intercommunalité des portes du Berry.
Leviers/freins	<ul style="list-style-type: none"> ■ Leviers : <ul style="list-style-type: none"> - Une coordination des partenaires agissant sur les problématiques addictives bien organisée. - Création d'un CAARUD dans le Cher ■ Freins : <ul style="list-style-type: none"> - Maintenir la pérennité et la régularité des interventions - Adhésion des professionnels de santé de proximité (pharmacien pour l'échange de matériel,...)
Calendrier de mise en œuvre	2013-2014

Indicateurs de suivi, de résultat	
--	--

Objectif 12 : Soutenir le développement de l'éducation thérapeutique du patient

<p>Fiche action n° 12.1.a Intitulé : Promouvoir et développer une éducation thérapeutique du patient de qualité</p>
--

Objectifs régionaux de référence du PRS	Soutenir le développement de l'éducation thérapeutique du patient Promouvoir et développer une Education Thérapeutique du Patient de qualité
Objectif opérationnel de l'action	Développer une offre de l'ETP « équitable », bien répartie sur le plan de la population, géographiquement, socialement et des pathologies de prises en charge
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place des coordinations territoriales thématiques (diabète, ...) (à préciser ?) - Accompagner les associations, établissements, réseaux dans les démarches de demande d'agrément. - Mise en place dans le département d'une journée d'information et sensibilisation à l'ETP
Public cible	
Territoire d'intervention	Cher
Pilote	CODES
Partenaires	Centre Hospitalier de Bourges/Vierzon Clinique Guillaume de Vary Réseau Caramail Association de malades
Moyens mobilisés	
Leviers/freins	
Calendrier de mise en œuvre	
Indicateurs de suivi, de résultat	

Objectif 13 : Garantir un environnement favorable à la santé

Fiche action n° 13.1.a **Intitulé : lutte contre l'ambroisie**

Objectifs régionaux de référence du PRS	Garantir un environnement favorable à la santé.
Objectif opérationnel de l'action	Lutter contre la prolifération de l'ambroisie dont le pollen a des conséquences sur la santé (allergies).
Description de l'action	<p>Devant la présence significative de l'ambroisie constatée dans le Cher depuis quelques années, il est important d'encourager sa destruction afin de limiter les conséquences de son pollen sur la santé.</p> <p>Il faudra accompagner la mise en place de la réglementation nationale attendue pour 2014-2015. A plus courte échéance, des actions de sensibilisation seront à mener :</p> <ul style="list-style-type: none">- Rechercher les actions menées dans les autres départements, notamment en région Rhône-Alpes- Adapter et promouvoir certaines de ces actions dans le Cher- Veiller à la prise en compte de la problématique ambroisie par les collectivités (dans les CLS par exemple).
Public cible	Personnes allergiques
Territoire d'intervention	Le département
Pilote	ARS-DT18, pole SPE
Partenaires	Associés : Potentiels : maires, agriculteurs, conservatoire d'espaces naturels
Moyens mobilisés	Temps agents ARS
Leviers/freins	<ul style="list-style-type: none">- Evolution de la réglementation- Implication des partenaires
Calendrier de mise en œuvre	2014-2015
Indicateurs de suivi, de résultat	<ul style="list-style-type: none">- Nombre de communes sensibilisées à la problématique ambroisie- Nombre de communes ayant mis en place un dispositif pour contribuer à la lutte contre la prolifération de l'ambroisie.

Fiche action n° 13.2.a **Intitulé : mettre en place un réseau sur la thématique bruit**

Objectifs régionaux de référence du PRS	Garantir un environnement favorable à la santé.
Objectif opérationnel de l'action	Proposer un dispositif de coordination des actions des différents services intervenant sur le bruit afin de faire émerger une dynamique départementale sur cette thématique.
Description de l'action	Suite à l'arrêt du pôle départemental de compétence bruit qui rassemblait les acteurs actifs sur la prévention et la répression du bruit, l'ARS va proposer aux différents partenaires potentiels de remettre en place un réseau d'interlocuteurs mobilisables sur les problématiques liées au bruit (prévention, dépistage, gestion coordonnée des plaintes, ...). Le regroupement des compétences existantes au sein d'un lieu de concertation doit permettre de mieux répondre aux besoins des usagers.
Public cible	Population du Cher
Territoire d'intervention	Le département
Pilote	ARS-DT18, pôle SPE
Partenaires	Associés : Potentiels : préfecture, sous-préfectures, DDCSPP, DDT, DIRECCTE, DREAL, DSDEN, aviation civile, SCHS de Bourges, polices municipales, police, gendarmerie, CH (médecin ORL), CODES
Moyens mobilisés	Moyens humains
Leviers/freins	Leviers : retour d'expérience positif de l'ancien pôle de compétence. Freins : disponibilité des partenaires potentiels.
Calendrier de mise en œuvre	2014-2015
Indicateurs de suivi, de résultat	- Réalisation d'une réunion de proposition du projet avec la préfecture Si validation du dispositif par la préfecture : - Nombre de réunions du réseau

Objectif 14 : Rapprocher Santé et Environnement

(Les fiches actions seront réalisées ultérieurement)

Objectif 15 : Décloisonner Santé Environnement et Santé au travail

(Les fiches actions seront réalisées ultérieurement)

Objectif 16 : Sécuriser l'alimentation en eau potable des populations

(Les fiches actions seront réalisées ultérieurement)