

Programme territorial de santé de l'Indre

2013 - 2016



Adopté par la Conférence de territoire le 24 janvier 2014
Validé par le Directeur général de l'ARS du Centre le 6 décembre 2013

www.ars.centre.sante.fr

SOMMAIRE

Synthèse	p.4
Préambule	p.6
Méthodologie	p.8
1^{ère} partie : L'identité du territoire	p.9
1.1 Les caractéristiques et problématiques du territoire	p.9
1/ Le profil démographique	p.9
2 /Les indicateurs sociodémographiques	p.10
2.1 Les personnes âgées	
2.2 Les personnes handicapées	
2.3 Les personnes en situation précaire	
3/ Les indicateurs de santé	p.11
4/ Les inégalités cantonales de santé	p.13
5/ Les caractéristiques du territoire en santé environnementale	p.16
5.1 L'eau	
5.2 L'habitat	
5.3 L'urbanisation et les transports	
5.4 Les contraintes environnementales	
1.2 Forces et faiblesses des réponses apportées	p.22
1/ Une offre de prévention, promotion de la santé à consolider	p.22
1.1 Des établissements et services spécifiques	
1.2 Des structures de dépistages et vaccination	
1.3 Des acteurs de prévention, promotion de la santé	
1.4 Des coordinations départementales	
1.5 Des réseaux de santé	
1.6 Des programmes d'éducation thérapeutiques	
2/ Une offre ambulatoire préoccupante	p.28
2.1 Démographie médicale et paramédicale	
2.2 Transports sanitaires	
2.3 Permanence des soins ambulatoire	
3/ Une offre hospitalière à conforter	p.34
Le court séjour	
Les services d'urgence	
Le moyen séjour	
Le long séjour	
Le court et le moyen séjour : les difficultés, les évolutions et les enjeux	
La psychiatrie	
4/ Une offre pour personnes âgées diversifiée	p.39
Démographie du département	
Prise en charge des personnes âgées	
Réseau Etre Indre / Equipe mobile de gériatrie	
Plan Alzheimer 2008 - 2012	
Filière gériatrique	
PRIAC	
Le schéma gérontologique 2008 – 2013	
Analyse de l'offre pour personnes âgées	

5/ Une offre pour personnes handicapées plutôt satisfaisante	p.44
Les enfants	
Les adultes	
Les points d'amélioration	
Eléments de prospective	p.48
1.3 Le tout corroboré par la Conférence de territoire	p.50
2ème partie : « Relevez des défis »	p.51
2.1 Une seule solution, la territorialisation	p.51
1/ Le rôle de la conférence de territoire	p.51
2/ La structuration géographique du territoire	p.51
3/ PTS et CLS, une nécessaire articulation	p.56
2.2 Les priorités de mise en œuvre du PRS sur le territoire de l'Indre	p.57
1/ Définition de la notion de parcours	p.57
2/ Les parcours	p.58
3/ Le programme d'actions	p.58
4/ Les modalités de suivi et d'évaluation du Programme Territorial de Santé	p.63
ANNEXE 1 : Les données - statistiques	
ANNEXE 2 : Les caractéristiques du territoire en santé environnementale	
ANNEXE 3 : Les fiches actions	
ANNEXE 4 : Glossaire des sigles	

Synthèse

Le département de l'Indre est un territoire semi-rural marqué notamment par la place de la ville de Châteauroux. L'une des caractéristiques de l'Indre tient à la moyenne d'âge de ses habitants, bien plus élevée que la moyenne nationale et régionale. De nombreux indicateurs relatifs aux minima sociaux sont supérieurs à la moyenne régionale (foyers non imposés - pourcentage élevé de chômeurs de longue durée ...). Les taux de mortalité et de morbidité sont supérieurs à la moyenne régionale (espérance de vie à la naissance - taux de mortalité prématurée (avant 65 ans) - taux de prévalence du diabète élevé - consommation excessive d'alcool - ...). Globalement, la qualité de vie environnementale est bonne : une qualité des eaux globalement bonne - une bonne qualité de l'air. Néanmoins on constate des facteurs de risques environnementaux : risques de monoxyde de carbone – saturnisme – pollution de l'air intérieur ... qui touchent plus particulièrement les populations les plus précaires. La bonne qualité de l'air est affectée par le développement de l'ambrosie. La problématique de la raréfaction des transports entre les communes rurales et leur chef lieu de canton entraîne des conséquences dans le recours et l'accès aux soins.

La situation est très préoccupante au regard de la démographie des professionnels de santé. L'accès aux urgences en moins de 30 minutes n'est pas actuellement assuré pour environ 80 communes du département (16 % de la population de l'Indre).

Le vieillissement de la population engendre des difficultés de maintien à domicile des personnes grandement dépendantes.

Dans le secteur du handicap, malgré un taux d'équipement supérieur à la moyenne nationale ou régionale, il existe des points de tension dans l'offre. Pour les adultes, la tension est prégnante pour les personnes avec de lourds troubles psychiatriques. Elle est également préoccupante pour les personnes handicapées vieillissantes. Enfin, face à la pénurie de moyens humains, il convient d'optimiser le nombre et le temps des praticiens médicaux et paramédicaux avec l'ensemble des ESMS.

La prévention, quant à elle, souffre de sources de financements décroissantes. Elle est cependant prise en compte dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des hôpitaux et des établissements médico-sociaux, et commence à se déployer dans les maisons de santé pluridisciplinaires, mais surtout au travers des territoires couverts par des Contrats locaux de Santé.

On retrouve une volonté des acteurs de se coordonner, de se décroiser : filière gériatrique – communauté hospitalière de territoire – contrat local de santé – rapprochement de réseaux – associations de prévention ...etc

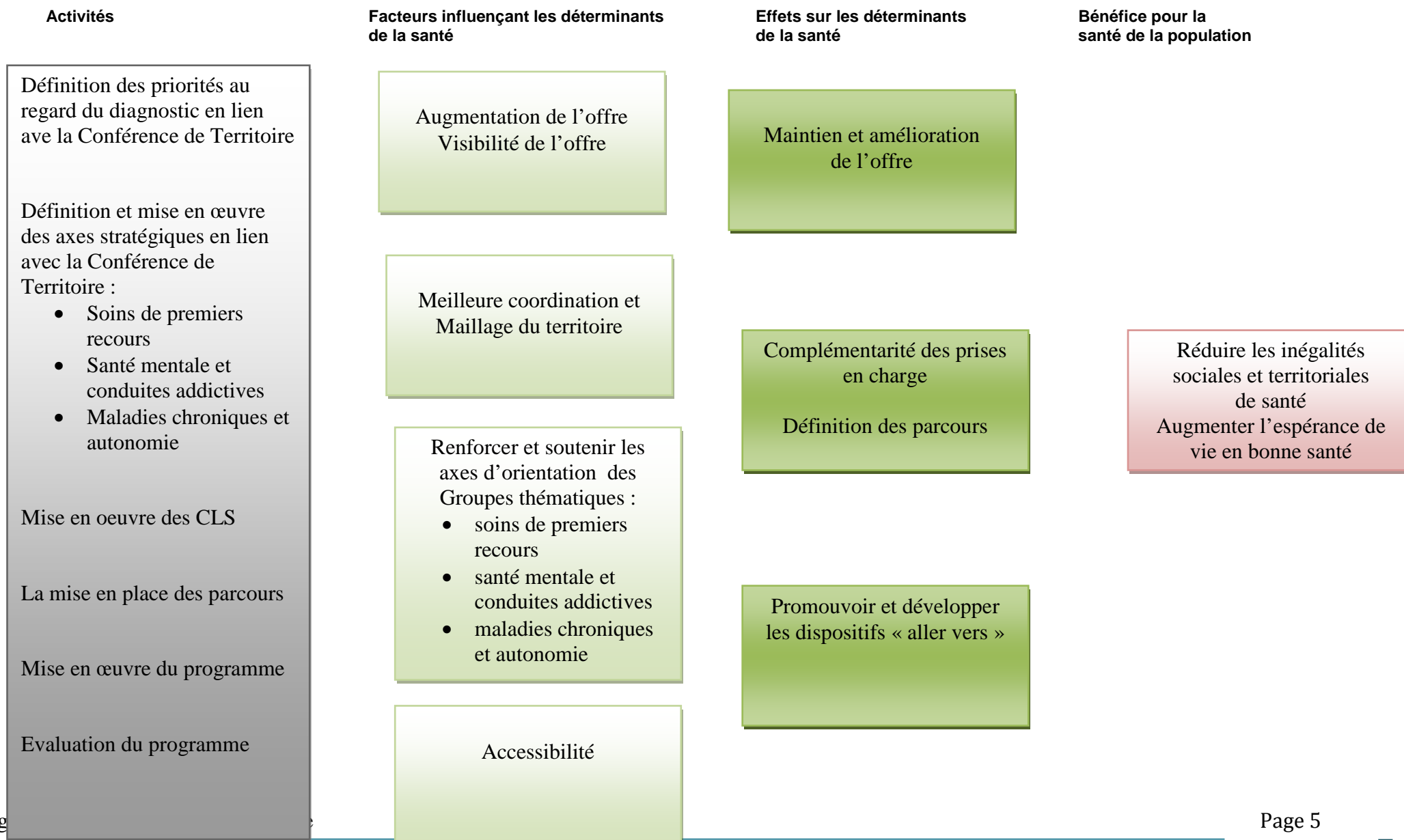
Le Programme territoriale de santé (PTS) du territoire de l'Indre vise à favoriser la transversalité entre les domaines de la prévention, de l'ambulatoire, du sanitaire, du médico-social, et la territorialisation des actions au sein du département. Il est centré sur des actions d'adaptation de l'offre, de coordination, de coopération.

Le PTS compte 3 objectifs spécifiques :

- maintien et amélioration de l'offre
- complémentarité des prises en charges et définition des parcours
- promouvoir et développer les dispositifs « aller vers »,

et 26 fiches-actions (annexe 4), élaborées autour des 3 axes stratégiques définis par la Conférence de territoire : soins de premiers recours – santé mentale et conduites addictives – maladies chroniques et autonomie.

Catégorisation des résultats



Préambule

L'une des ambitions de la Loi "Hôpital, patients, santé, territoires" (HPST) 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 la 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 oeuvre 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.

Méthodologie

La délégation territoriale de l'Indre a lancé les travaux en lien avec les membres du bureau de la conférence de territoire du 28 mars 2013.

L'équipe projet interne à la DT 36 a préparé un diagnostic, en reprenant l'ensemble des données disponibles : statistiques, dispositifs, et a assuré la consolidation du document type « programme territorial de santé » proposé par l'ARS.

La conférence de territoire avait produit fin 2011 des fiches diagnostic par thématiques en amont de la construction du PRS. Il a été convenu de capitaliser l'ensemble des travaux issus de la Conférence de territoire fin 2011 qui a identifié des problématiques prioritaires pour le département de l'Indre.

Une démarche projet a été enclenchée lors de la présentation du diagnostic, le 30 avril 2013, à la Conférence de territoire en la présence du Directeur général de l'ARS.

3 thèmes ont été identifiés :

- Les soins de premier recours
- Maladies chroniques et autonomie
- Santé mentale et conduites addictives

Trois groupes de travail ont été organisés pour actualiser le diagnostic territorial, identifier les ruptures dans le parcours des patients, proposer des fiches-actions. Dans chaque groupe, il a été convenu d'associer des institutions extérieures à la conférence de territoire.

Chaque groupe est piloté par un membre de la conférence de territoire avec en appui de la DT ARS.

Le groupe « premier recours » est piloté par Mr DALLOT, président de la Conférence de Territoire. Il s'est réuni à deux reprises : le 04 juin 2013 et le 21 juin 2013.

Le groupe « maladies chroniques et autonomie » est co-animé par le Dr MIGNOT (Equipe d'Appui Départementale en Soins Palliatifs de l'Indre) et le Dr BOUTON (Responsable du service de médecine physique et de réadaptation, Ch Issoudun). Le groupe s'est réuni à cinq reprises : le 14/05 – le 29/05 - le 29/06 - le 11/09 et le 09 /10.

Le groupe « santé mentale conduites addictives » est piloté par Mr STIPETIC (Directeur de l'ANPAA 36). Il s'est réuni trois fois, les 06/06, 04/07 et 07/11. Deux sous-groupes se sont constitués, se réunissant deux fois chacun :

1. Démographie médicale, coordination, formation : co-animé par Mr Erdeven (Pôle psychiatrie, Ch Châteauroux) et le Dr Papazoglou (Pédopsychiatre, SPIJ) : première réunion le 05 septembre et la seconde le 14 octobre
2. Prévention – Information – Formation : co-animé par le CODES (Mme Berthier, Présidente) et ANPAA (Mr Stipetic) : première réunion le 05 septembre et seconde réunion le 23 septembre

Le bureau de la conférence est l'instance de suivi du projet, qui oriente au fur et à mesure les travaux, avant la validation finale en conférence de territoire.

Le calendrier du bureau a été le suivant :

- 13 Juin 2013
- 12 Septembre 2013
- 17 Octobre 2013
- 21 Novembre 2013 : validation du PTS
- 09 janvier 2014

Le Programme Territorial de Santé a été validé par la Conférence de Territoire de l'Indre du 23 janvier 2014.

1ère partie : l'identité du territoire

Cette première partie vise à analyser les données statistiques contenues dans l'annexe 1 afin de dégager les caractéristiques principales relatives à la population, au territoire, à l'offre, aux dynamiques locales.

Situé **au centre de la France**, le département de l'Indre assure la transition géographique entre le Val de Loire et les contreforts du Massif Central. (carte n°1)

Disposant d'une position centrale en Europe de l'Ouest, au cœur du territoire français, la situation attractive de l'Indre est renforcée par des infrastructures de transports performantes air – feu – route et par un environnement préservé à deux heures 40 de Paris. Le département bénéficie d'un accès aisé aux grandes métropoles françaises et capitales européennes.

Avec **232.268 habitants au 1^{er} janvier 2012** (estimation INSEE), la population Indrienne se répartit entre plusieurs pôles urbains et une ruralité aux multiples facettes.

La densité est de 34.2 habitants/km, contre 64.8 pour la Région centre et 114.8 pour la France.

1.1 Les caractéristiques et problématiques du territoire

1/ Le profil démographique aujourd'hui et demain (tableau n°1)

La population du département est âgée. La part des personnes de 60 à 74 ans représente près de 17.3 % de la population totale, contre 14.7 % pour la région Centre et celle des 75 ans et plus, près de 13 % contre 10 % pour la région.

La projection de la population du département au 1^{er} janvier 2020 est estimée à 234 426 habitants, avec une proportion des personnes de 60 à 74 ans de 21.4 %, contre 18.4 pour la région et des personnes de 75 ans et plus de 13.3 % contre 10.6 % pour la région.

L'Indre serait, avec le Cher les seuls départements à perdre de la population, avec 8 400 habitants de moins en 2030. Cela représenterait une baisse de 3,6 % en 25 ans ou une évolution au rythme annuel moyen de - 0,1%.

Les bassins démographiques de Châteauroux-Issoudun et de La Châtre-Argenton-sur-Creuse, après une hausse de leur population entre 2005 et 2010, devraient enregistrer une baisse continue jusqu'en 2030. Le bassin du Blanc, quant à lui, ne connaîtrait pas d'évolution positive de ses effectifs, même temporaire : solde naturel négatif, non compensé par un solde migratoire pourtant dynamique - manque d'attractivité du territoire.

Près de la moitié des habitants du département habitent dans un espace à dominante urbaine. (carte 2 et tableau n°2)

La part des moins de 20 ans est inférieure à la moyenne régionale ainsi qu'à la moyenne nationale. **Parallèlement, la part des 60 ans et plus est nettement supérieure aux moyennes régionale et nationale.** (graphique n°1)

Comme pour le ratio des moins de 20 ans, **le ratio des moins de 3 ans se situe en deçà des ratios régionaux et nationaux.** La projection suit elle aussi la même courbe, le différentiel avec la région et le pays restant sensiblement le même (graphique n°2)

2/ Les indicateurs sociodémographiques

2.1 Les personnes âgées

L'**indice de vieillissement**¹ de la population, au 16 janvier 2012, est de **110.8 pour le département**, contre 68.6 pour la France métropolitaine.

Le **pourcentage de personnes âgées de 75 ans et plus vivant seules à domicile** en 2006 est de **39%** pour le département contre 37.4% en région et 39% en France hexagonale.

Le **nombre de bénéficiaires de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA)** pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus au 31.12.2008 est de 185.6 ‰ pour le département de l'Indre. Le taux régional étant de 188.8 ‰.²

Le **nombre de bénéficiaire d'une aide ménagère à domicile** pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus au 31.12.2008 est de **60 ‰ pour l'Indre**, devant l'Indre-et-Loire avec un taux de 56 ‰ et le Cher, 49.4 ‰. Le taux régional étant de 43.4 ‰.³

Le **taux de bénéficiaires de l'aide personnalisée à l'autonomie à domicile (APA à domicile)** pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus au 31.12.2008 est de **117.7 pour le département** contre 111.9 en région.

Les **dépenses de l'allocation personnalisée d'autonomie** représente pour le département de l'Indre **117.1 € par habitant en 2010**, contre 81.6 €/habitant pour la métropole. (*graphique n°3*)

2.2 Les personnes handicapées

Au 31 décembre 2009, 32700 adultes en région centre sont **allocataires de l'allocation adulte handicapé (AAH)**, soit un taux d'allocataires de 2,5 pour 100 personnes de 20 à 59 ans. Ce taux est comparable à celui observé au niveau national (2.6%).

L'analyse départementale montre une variation de la part des adultes allocataires de l'AAH, allant de 2.1% pour l'Eure-et-Loir et le Loiret à **3.7 % dans l'Indre**.⁴

Le **taux de bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH) ou de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)**⁵ est de **4.5 pour 1000 habitants pour le département de l'Indre**, contre 3.5 pour l'Indre et Loire, 4 pour le Loir et Cher, 3.9 pour le Loiret, 3.7 pour l'Eure et Loir et 6.3 pour le Cher.

2.3 Les personnes en situation précaire

En 2008, l'Insee estime à **13.2 % le nombre de personnes pauvre en France Métropolitaine. Il varie en région Centre, de 9.9 % pour l'Eure-et-Loir à 13.5 % pour l'Indre.**

Le **taux de chômage** en 2006 est en-dessous du taux nationale et légèrement inférieur à celui de la région. Il est 9.7% contre 9.9% en région et 11.1% en France hexagonale.

Par contre le **pourcentage de chômeurs de longue durée** au 31.12.2008 est supérieur à celui de la région et de la France. Il est de 26.3% contre 23.6% en région et 24.1% en France hexagonale.

Le **taux d'allocataires du revenu minimum d'insertion** pour 100 personnes âgées de 25 à 59 ans au 31.12.2007 est de 2.3% pour le département contre 2.8% en région et 3.5% en France hexagonale.

¹ Nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans

² Sources : DREES, Insee (estimation 2008), IGN GEOFLA-Exploitation : ORS Centre

³ Sources : CARSAT Centre, MSA, RSI, Insee (RP 2007) IGN GEOFLA – Exploitation : ORS Centre

⁴ Source : Observation sociale croisée des acteurs régionaux et départementaux, DRJSCS centre, 2011

⁵ Sources : enquête DREES 2011, bénéficiaires de l'aide sociale départementale au 31/12; Insee, estimations de population au 01/01/2012, à la date de mise à jour

Au 31.12.2009, **le taux d'allocataires du RSA socle non majoré** (ex RMI) pour 100 personnes de 25-59 ans est de 2.3% pour le département de l'Indre, contre 2.7 % pour la Région, et 3.3 % pour la France hexagonale.

Au 31.12.2009, **le taux d'allocataires du RSA socle non majoré** (ex RMI) pour 100 familles monoparentales ayant des enfants de moins de 25 ans est de 10.8 % pour le département de l'Indre, contre 9 % pour la Région, et 9.4 % pour la France hexagonale.

Le nombre de foyers fiscaux non imposés en 2006 est supérieur dans le département de l'Indre, par rapport à celui de la région Centre et de la France. Le pourcentage de foyers fiscaux non imposés en 2006 est de 50.7% contre 43.5% en région et 44.5% en France hexagonale.

L'évolution entre 1998-2007 a été cependant plus faible pour le département, +0.4% contre +4.9% en région et +7.1% en France hexagonale.

Le pourcentage de jeunes de 20 à 29 ans sortis du système scolaire peu ou pas diplômés en 2006 est de 7.5% pour le département contre 11% en région et 11% en France hexagonale.

Evolution 1999-2006 : -25.6% contre -19.7% en région et -10.3% en France hexagonale.

Le pourcentage de bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) au 31.12.2009 est de 5.1% pour l'Indre contre 5.8% en région.

Les dépenses d'aide sociale du conseil général de l'Indre sont de 449 € par habitant, contre 503 pour la France. (*tableau n°3*)

3/ Les indicateurs de santé

L'espérance de vie à la naissance dans l'Indre en 2009 est légèrement inférieure à celle régionale : pour les hommes, 77.1 ans et pour les femmes, 83.3 ans contre respectivement 77.7 ans et 84.2 ans en région Centre.

L'espérance de vie à 60 ans dans l'Indre en 2009 est légèrement inférieure à celle régionale : pour les hommes, 21.7 ans et pour les femmes, 26.3 ans contre respectivement 22.3 ans et 26.7 ans en région Centre.

Le taux de mortalité du département était de 12.3 ‰ en 1990, le plus élevé de la région. Il est passé à 12.9 ‰ en 2010, contre 9.7 ‰ pour la région Centre et 8.6 ‰ pour la France métropolitaine, toujours le plus élevé de la région.

Le taux de mortalité infantile est inférieur aux taux régional et national en 1990 (6.8 ‰ pour l'Indre, 7.4 ‰ pour la région Centre et 7.4 ‰ pour la Métropole) **et 2010** (2.9 ‰ pour l'Indre, 3.2 ‰ pour la région Centre et 3.6 ‰ pour la Métropole).

Toutes causes confondues, le taux de mortalité prématuré est de 322.3 décès avant 65 ans pour 100 000 habitants en 2007 – 2009. Il est supérieur à celui de la France, 278.5 et à celui de la région Centre, 280.5 pour la même période. Il est, après le département du Cher, le plus élevé de la région.

Concernant les femmes, l'Indre à le taux de mortalité prématuré le plus élevé de la région durant cette même période, 133.6 décès avant 65 ans pour 100 000 habitants. (*tableau n°4*)

Le taux standardisé de mortalité du département de l'Indre, tous âges confondus et toutes causes confondues, annuel moyen sur la période 2008-2010 est de **898.7 pour 100 000 habitants, contre 812.1 pour 100 000 habitants pour la région Centre.** (*tableau n°5*)

Comparativement aux taux standardisés de mortalité régionaux par causes, le département a des taux nettement supérieurs concernant :

- **Maladies de l'appareil circulatoire**
- **Tumeurs**
- **Symptômes et états morbides mal définis**
- **Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques**
- **Maladies de l'appareil respiratoire**

a des taux légèrement supérieurs concernant :

- Maladies de l'appareil digestif
- Causes externes de blessures et d'empoisonnement

- Suicide
- Diabète

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'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.

Le département de l'Indre se situe parmi les départements qui ont un taux standardisé de prévalence de diabète en 2009 le plus élevé. (carte n°4)

Les interruptions volontaires de grossesse ont légèrement diminué de 2007 à 2010 sur l'ensemble de la région Centre. Cependant, pour le département de l'Indre, leur nombre a augmenté. (tableau n°6)

En région Centre, les suicides représentent près de **550 décès par an** sur la période 2000-2007, soit 2,3% de l'ensemble des décès en région. Ces chiffres placent la région en **surmortalité significative** par suicide par rapport au niveau national.

Comme le rappelle le rapport « La santé mentale, l'affaire de tous », la France affiche **le plus haut niveau de consommation de psychotropes** au niveau européen et est confrontée de plus en plus avec des problèmes comme **la dépression, l'anxiété, le stress, le suicide**.

En région Centre, la consommation de psychotropes peut être approchée par l'intermédiaire des prescriptions : sur l'année 2009, environ 4 200 000 boîtes de psychotropes ont été délivrées (majoritairement par les omnipraticiens), soit une évolution de +3,7% par rapport à l'année 2008. L'analyse de ces données demeure limitée car elles ne font pas apparaître le nombre d'individus bénéficiaires. Ce dénombrement relève de la compétence des services de l'assurance maladie.

D'après les données de la Caisse Primaire Maladie de l'Indre, la consommation des principaux psychotropes chez les patients du régime général a augmenté de 4.6 % de 2011 à 2012. En 2011, 13.5% selon des statistiques standardisés consomment des psychotropes et 14.5 % en 2012.

S'agissant de la **mortalité par consommation excessive d'alcool** (tumeurs de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx, du larynx, de l'oesophage, les cirrhoses du foie et les psychoses alcooliques), ces décès représentent plus de 960 décès par an, en moyenne, en région Centre sur la période 2000-2007. Le taux de mortalité par consommation excessive d'alcool **reste plus élevé d'une part dans le sud de la région (l'Indre et le Cher), et la frange ouest de l'Eure-et-Loir**.

Selon l'enquête Escapad, en 2011, en France métropolitaine, les substances les plus diffusées à 17 ans demeurent, dans l'ordre, l'alcool, le tabac et le cannabis. Ainsi, neuf jeunes sur dix (91,0 %) ont déjà bu de l'alcool, près de sept sur dix (68,4 %) déclarent avoir déjà fumé une cigarette au cours de leur vie, et un peu plus de quatre sur dix (41,5 %) disent avoir déjà eu l'occasion de consommer du cannabis. Par rapport à 2008, ces expérimentations baissent très légèrement, excepté pour le cannabis dont la diminution n'est pas suffisamment conséquente pour être statistiquement significative. Il est constaté une augmentation des ivresses et alcoolisations ponctuelles.

Pour la consommation d'alcool, à l'exception d'une augmentation ponctuelle en 2003, c'est globalement une relative stabilité des niveaux qui l'emporte sur l'ensemble de la décennie. Pour celle de tabac, la baisse persistante et importante des usages relevée depuis plus d'une décennie n'est pas, malgré la reprise enregistrée en 2011, davantage démentie. En revanche, la modification des comportements d'alcoolisation avec une augmentation des ivresses ou des alcoolisations ponctuelles importantes se confirme à chaque nouvel exercice de l'enquête. L'usage de cannabis poursuit sa baisse et la forte diffusion observée à la fin des années 1990 semble désormais révolue. Enfin, pour les autres produits illicites, après également une phase d'expansion des expérimentations, ces dernières sembleraient se stabiliser à des niveaux qui restent pour l'instant limités

4/ Les inégalités cantonales de santé (cartographie sur la base des travaux de l'ORS)

Une étude confiée à l'ORS a conduit en 2010 la mise à jour de l'étude sur les « Inégalités cantonales de santé en région centre : une répartition territoriale des déterminants de santé », réalisée en mars 2004. Au total **57 indicateurs** ont été calculés décrivant la position des cantons entre eux d'un point de vue socio-démographique, d'offre de soins et d'état de santé de la population (mortalité et morbidité). Une typologie en 5 classes a été retenue :

Canton de classe A : 26,4% population régionale

Cantons socialement favorisés - sous mortalité générale et prématurée - peu de séjours hospitaliers et d'Affection de longue durée (ALD) – offre de soins favorable

Canton de classe B : 24,3% population régionale

Forte densité de populations - Villes centres et agglomération - Situations sociale contrastée
Etat de santé défavorable : surmortalité prématurée - Forte offre de soins - Très proche service urgence et maternité

Canton de classe C : 15,1% population régionale

Cantons avec une forte proportion de jeunes peu ou pas diplômés - Situation sociale défavorable – beaucoup de séjours hospitaliers Diabète/Tentative de suicide (TS)/Obstétrique et d'ALD importante Cardio vasculaire
Peu éloignés des services d'urgence/maternité – sous mortalité générale

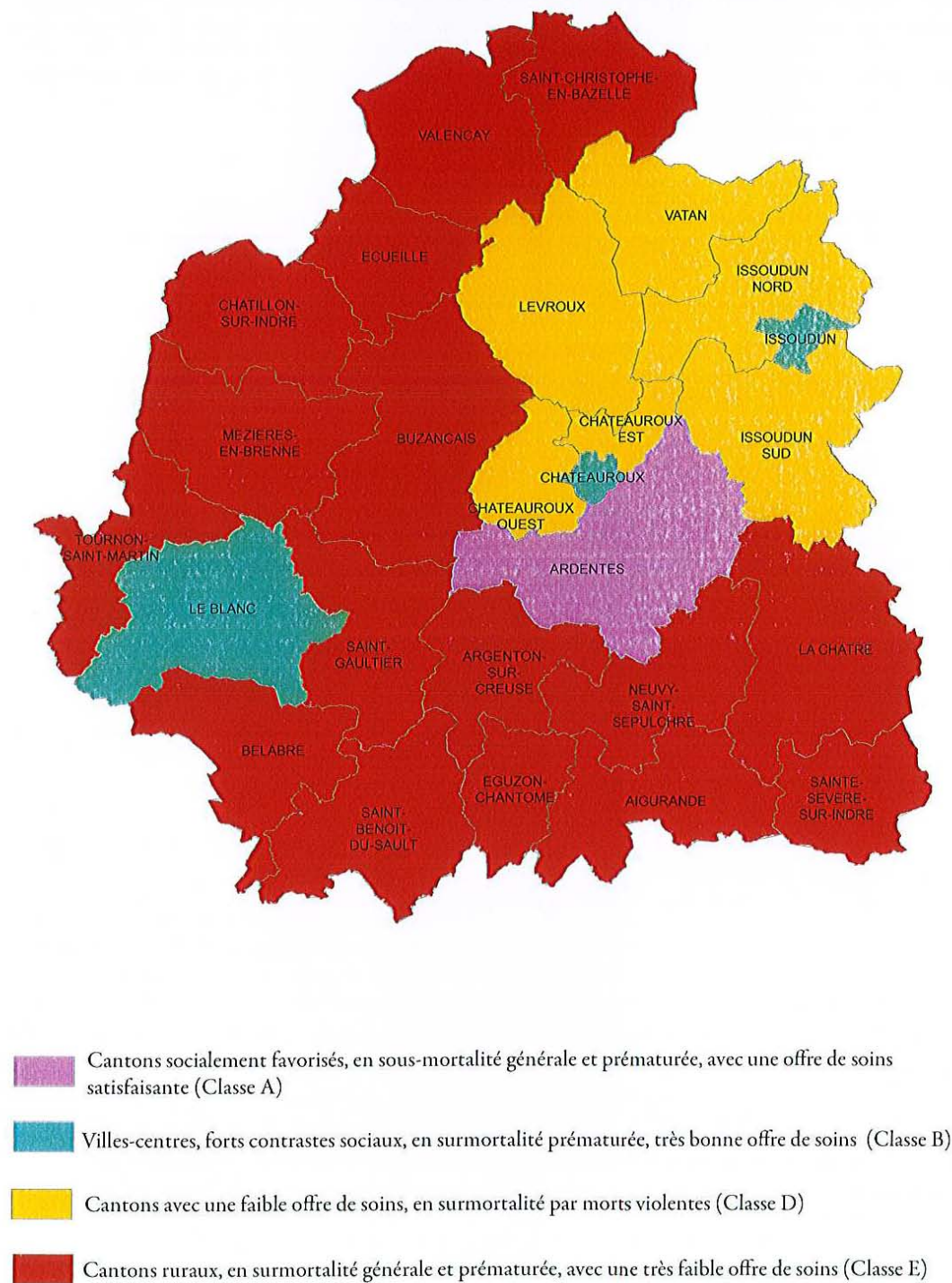
Canton de classe D : 25,6% population régionale

2^e couronne périphérie des grandes agglomérations
Peu d'offre de soins - faible densité de professionnels de santé (omnipraticiens/MK/CD) - éloignement des services hospitaliers - surmortalité par morts violentes (Accidents circulation)- proportion forte de cancer du poumon en séjour hospitalier

Canton de classe E : 8,7% population régionale

Cantons avec une faible densité populationnelle – proportion de personnes âgées de plus de 75 ans la plus élevée – Agriculteurs – forte proportion d'allocations adulte handicapé (AAH) - RMI/FNI - Chômeurs longue durée
Très faible offre de soins - Forte densité infirmiers - Temps accès urgences et maternité élevé
Surmortalité prématurée ; par cancer /OH/tabac/ cardio vasc /AVC/suicide /accidents de la circulation

Carte n°3 : Classification des cantons de l'Indre selon la typologie établie par l'ORS



Source : Inégalités cantonales - ORS Centre

Le département de l'Indre dispose des cantons A B D E avec une majorité de cantons E.:

Typologie A : 1 canton : Ardentes, composés de 12 communes, avec une évolution démographique qui a doublé en 40 ans passant de 8009 habitants en 1962 à 12849 en 1982 et 16668 en 2008. C'est un canton socialement favorisé qui apparaît en sous-mortalité générale et prématurée, avec une offre de soins satisfaisante

Typologie B correspondant à 3 villes centres :

- Châteauroux La ville de Châteauroux possède 3 Zones Urbaines Sensibles au sein desquelles vivent 6 934 personnes (INSEE).
 - Issoudun
 - Le Blanc
- Ville-centre où existent de forts contrastes sociaux
 - Où les modes de vie isolés sont fréquents (personnes jeunes ou âgées, familles monoparentales, bénéficiaires de l'allocation parent isolé (API)
 - Les allocataires du « RMI » sont en forte proportion
 - Une offre de soins présente : hôpital avec services d'urgences, des professionnels de santé
 - Mais en sur-mortalité prématurée par rapport à la moyenne régionale (< 65 ans) en raison notamment (alcool / tentative de suicide)
 - En sous-mortalité par accident de la circulation
 - Le zonage SROS fait apparaître trois zones fragiles à l'Ouest du département, dont le bassin de vie d'Issoudun.

Typologie D : 6 cantons : 3 situés dans le Pays d'Issoudun - Champagne Berrichonne et 1 dans la région de Levroux, Châteauroux est et Châteauroux ouest

- Cantons peu densément peuplés
- Nombre d'allocataire du « RMI » et de l'AAH est inférieur à la moyenne régionale
- Offre de soins peu représentées
- Surmortalité par morts violentes, notamment par les accidents de la circulation
- Proportion un peu plus importante de séjours hospitaliers pour ou avec un cancer du poumon

Typologie E : 16 cantons

- Cantons ruraux, peu densément peuplés
- Cantons âgés
- Taux de dépendance en 2030 le plus élevé
- La population active est constituée de plus d'agriculteurs qu'en moyenne régionale
- L'offre de soins est très faible avec un temps d'accès aux services de maternité et d'urgence élevé
- Surmortalité générale et prématurée
- Le zonage SROS fait apparaître trois zones fragiles à l'Ouest du département, dont le bassin de vie de Chabris et de La Châtre.

Cette cartographie peut constituer une grille de lecture pour mener des actions ciblées sur des zones du territoire. L'annexe 6 du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) permet d'analyser les leviers d'action à mobiliser auprès de l'ensemble des partenaires.

La typologie E majoritaire dans l'Indre met en évidence un éloignement géographique de la ruralité ; une action conjuguée de plusieurs acteurs conditionne la réduction des inégalités de santé, et en particulier :

- l'ARS : planification (réseaux, consultations avancées prévention et promotion de la santé, médico-social, diminution des délais d'accès urgences et maternités)
- le Conseil général : accompagnement social / transport / insertion / santé/PMII
- CG/CARSAT : maintien à domicile et accompagnement social
- MSA
- Caisses de retraite
- ...

5/ Les caractéristiques du territoire en santé environnementale

Texte complet en annexe 2

Plusieurs facteurs environnementaux peuvent influencer sur l'état de santé des populations.

Parmi eux, on peut citer :

- l'accès à l'eau
- les conditions d'habitat
- l'urbanisation et les transports
- les contraintes environnementales

5.1 L'accès à l'eau

L'alimentation en eau potable de la population

Plus de 99,8 % de la population départementale est desservi par un réseau public de distribution d'eau potable. (Le moins de 0,2 % de population non desservie concerne quelques fermes isolées utilisant des puits privés non suivis qualitativement. Pour certains des restrictions d'usage ont cependant été prononcées au profit d'une consommation d'eaux embouteillées)

La qualité de l'eau distribuée à la très grande majorité de la population fait donc l'objet d'une surveillance complète par les services de l'ARS pour le compte de l'Etat.

La qualité des eaux est globalement très bonne.

L'activité céréalière est cependant à l'origine de fuites de nitrates et de pesticides dans les eaux souterraines dont certaines utilisées pour la fabrication d'eau potable.

L'instauration des périmètres de protection est bien avancée (76% des captages pour 78% de la population de l'Indre, fin 2013)

Points faibles :

- encore trop de petites adductions ne permettant pas de dégager suffisamment de moyens financiers pour investir dans une modernisation de certains réseaux de distribution,
- des interconnexions insuffisantes pour pallier des défaillances techniques d'approvisionnement en eau,
- une agriculture toujours très productiviste freinant le développement de l'agriculture biologique
- quelques anomalies qualitatives à corriger : nitrates (à Ardentes, Etrechet, Buzançais), pesticides (à Tendu)
- un taux de renouvellement des réseaux insuffisant (durée de vie moyenne de 350 ans alors qu'il faudrait viser 50 à 100 ans)
- une absence de schémas locaux d'aménagement de gestion des eaux (SAGE), faute de porteurs de projets élus,
- une absence de solutions alternatives suffisantes et pérennes sur le territoire de l'agglomération Castelroussine,

Points forts :

- un schéma départemental d'alimentation en eau potable (SDAEP) prenant bien en compte les priorités de l'ARS,
- une politique de l'eau réactivée dans le département de l'Indre, sous l'égide du préfet avec la participation active de l'ARS,
- une animation territoriale renforcée visant à accélérer la mise en œuvre du SDAEP, notamment les interconnexions 2 à 2 des structures de distribution d'eau potable pour palier de potentielles ruptures d'approvisionnement en eau,
- la recherche enclenchée de nouvelles ressources en eau bien protégées devant venir en substitution de ressources à abandonner,
- les anomalies citées en points faibles, présentant des valeurs discontinues non conformes (légèrement supérieures aux limites de qualité) sont en fait très-très inférieures aux VTR valeurs toxicologiques de référence. On peut donc en déduire qu'il n'y a aucun risque pour la santé des consommateurs,
- en outre, un programme d'actions régional d'amélioration de la qualité des eaux distribuées est engagé depuis 2011 pour corriger ces anomalies.

Prospective :

- la délégation ARS de l'Indre est déjà bien impliquée dans ces programmes d'actions qui visent à intensifier la sécurité sanitaire de l'eau consommée par la population et sa sécurisation d'approvisionnement.

Les eaux de loisirs (baignades, piscines) ne présentent pas de risque pour la population

5.2 L'habitat

L'habitat indigne (carte n°5 et 6)

Les données FILOCOM 2003 et 2011 [croisement des revenus des ménages occupants et du classement cadastral des logements en fonction de leur confort (valeur locative)] estiment à près de 10.000 le nombre de logements potentiellement indignes pour le seul département de l'Indre, soit environ 10-11 % des résidences principales, situant l'Indre au 2^{ème} taux le plus élevé de la région Centre après le Cher (13%).

A l'instar de nombreux départements ruraux, **l'habitat indigne concerne avant tout les propriétaires occupants âgés de plus de 60 ans (80 %) parmi lesquels de très nombreux ménages (65%) sont isolés (1 seule personne par foyer) et disposent de très peu ou pas de moyens financiers permettant de corriger la situation.**

Un diagnostic territorial conduit de 2009 à 2011 sur 2 communes urbaines et 13 communes rurales a cependant conclu à une très large surestimation des données FILOCOM.

Le nombre de logements potentiellement indignes dans l'Indre serait plutôt de l'ordre de 2.000 (1.200 en zone rurale et 800 en zone urbaine),

Points faibles :

- très peu de plaintes transmises jusqu'en 2010
- jusqu'en 2011, une négociation était plutôt engagée entre l'ARS et les propriétaires des logements indignes, pour faire réaliser des travaux de sortie d'indignité, mais pour certains, ceux-ci traînaient en longueur,

Points forts :

- depuis 2012, des mesures coercitives prescrites par arrêtés préfectoraux pris au titre du Code de la santé publique sont désormais engagées régulièrement,
- un guide de procédures a été formalisé et diffusé par le comité technique de lutte contre l'habitat indigne à tous les acteurs concernés,
- des cycles de formation information des acteurs sociaux et des maires ont été réalisés,
- des grilles techniques de première évaluation des indignités-insalubrités ont été établies et distribuées aux acteurs,
- le nombre de dossiers à traiter est croissant.

Prospective :

- poursuivre la formation – information auprès des nouveaux élus 2014, des secrétaires de mairie (1ers acteurs contactés), des policiers municipaux,
- introduction de fiches actions dans les contrats locaux de santé,
- développer le repérage au travers des opérations d'amélioration de l'habitat.

Les sources potentielles d'intoxication au sein des logements

- **le risque de saturnisme** : il concerne très principalement les enfants de moins de 6 ans pour lesquels une exposition au plomb entraîne un retard de développement mental. Très peu de cas sont déclarés. Une sous déclaration est cependant très probable par les médecins (notamment il n'y a plus de médecin de PMI pouvant mettre en œuvre le dépistage gratuit contractualisé entre ARS, CG36 et CPAM), d'autre part les diagnostiqueurs de locaux font remonter peu de constat de risque d'exposition au plomb. Les décisions à prendre échappent cependant à l'ARS. Elles sont soit de la compétence du Conseil Général si celui-ci arrive à recruter des médecins, soit du niveau national.
- **le risque d'intoxication au monoxyde de carbone** est bien réel dans le département de l'Indre qui affiche la plus forte incidence régionale. Les familles en situation de précarité (qui économisent l'énergie, bloquent les aérations, ventilent moins,...) représentent une population parmi les plus à risques. Des communiqués d'information sont cependant déjà régulièrement diffusés.

- **le risque de légionellose** : il est véhiculé par les microgouttelettes d'eau chaude (brouillards des douches principalement) dans tout type d'habitat. Les établissements de santé, médico-sociaux, recevant du public (ERP), industriels disposant de tours aéro-réfrigérantes font l'objet de mesures de prévention et de contrôles bien cadrés.
Cependant, réside un risque non négligeable, dans les maisons particulières.
- **le risque amiante** : les établissements de santé, médico-sociaux et sociaux, les établissements recevant du public (ERP), les activités agricoles, industrielles,... font l'objet de prescriptions importantes et de programmes de contrôles.
Cependant une vigilance constante doit être maintenue.
- **le risque radon** : le risque sanitaire individuel est faible mais le risque sanitaire collectif est très grand du fait de l'importance des populations exposées. Certains bâtiments publics font l'objet de mesures des émissions de gaz naturel radon dans l'atmosphère tous les 10 ans. Mais comme les habitants vivent de plus en plus longtemps en milieu fermé, notamment à leur domicile, l'habitat individuel représente un milieu où il est nécessaire d'intervenir.
- **la pollution de l'air intérieur** : Dans les espaces clos, les polluants générés par le mobilier et par les activités et le comportement des occupants peuvent s'y accumuler, en cas de mauvaise aération, et atteindre des niveaux dépassant ceux observés en air extérieur. La encore, les familles en situation de précarité (qui économisent l'énergie, bloquent les aérations, ventilent moins,...) représentent une population parmi les plus à risques.

Point faible :

L'habitat individuel présente un risque certain

Point fort :

De nombreuses actions de contrôles sont déjà engagées

Prospective :

Une sensibilisation plus intense du public aux risques d'intoxication dans l'habitat paraît nécessaire en tous lieux recevant des publics précaires, mais aussi en population générale.
Les contrats locaux de santé représentent un bon outil de portage de cette information.

Les opérations programmées d'amélioration de l'habitat (OPAH) sont de bons outils de repérage de l'habitat indigne en milieu diffus et d'aides financières à l'amélioration de ces habitats.
Plusieurs OPAH vont entrer en mode opérationnel en 2013. (*carte n°8*)

Enfin, une MOUS (maîtrise d'œuvre urbaine et sociale) a été créée en octobre 2012 pour aider à régler spécifiquement la sédentarisation des gens du voyage de l'agglomération castelroussine en relogant les gens du voyage en dehors des périmètres de protection rapprochée des captages Montet et Chambon. Il s'agit d'une opération prioritaire.

5.3 L'urbanisation et les transports

L'urbanisme :

La grande majorité des communes de l'Indre est couverte par des documents d'urbanisme (Plans Locaux d'Urbanisme, Plans d'Occupation des Sols, cartes communales). (*carte n°7*)
Depuis de nombreuses années, l'ARS (ex DDASS) y a fait prendre diverses dispositions de prévention : périmètres de protection de captage, assainissement, espaces tampon entre zones d'activités et zones d'habitation pour limiter les nuisances (bruit, poussières, polluants aériens, ...).
Les règlements d'urbanisation ont été adaptés en conséquence.

Les transports :

Dans un contexte de faible démographie des professionnels de santé, l'accès aux soins, notamment des plus démunis, peut être facilité par un réseau de transports publics adapté.
L'agglomération Castelroussine et le pays d'Issoudun (40% de la population de l'Indre) offrent déjà des moyens de transport gratuits et/ou à la demande.

Prospective :

Cette thématique doit systématiquement être étudiée au travers des projets de contrats locaux de santé.

5.4 Les contraintes environnementales

L'assainissement et la salubrité générale

Le département (247 communes) est bien équipé en réseaux d'assainissement collectif et stations d'épuration. En particulier, les collectivités les plus peuplées (90 % de la population) disposent des équipements les plus récents et les plus performants.

Points faibles :

- quelques petites stations d'épuration de moins de 2.000eh (équivalent-habitant) nécessitent d'être reconstruites,
- moins de 5 % de la population départementale ne dispose pas de réseau de collecte ni de station d'épuration. Par ailleurs, 80 % des dispositifs d'assainissement non collectifs (ANC) ne sont pas conformes,
- les villes industrielles de Levroux (tanneries) et Issoudun (mégisseries) ont rejeté pendant des décennies (1960-2000) des effluents chargés en solvants et chrome cancérogènes pour la population, avec en particulier un nombre de salariés impactés non négligeable.

Points forts :

- les impacts des petites stations d'épuration nécessitant d'être reconstruites sont environnementaux et non sanitaires,
- parmi les dispositifs d'assainissement non collectifs (ANC) non conformes, 2 % d'entre eux seulement peuvent avoir un impact négatif sur l'environnement et la salubrité publique,
- il n'est pas détecté à ce jour d'incidence particulière des taux de cancer dans les villes industrielles de Levroux et Issoudun.

Prospective :

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

L'élimination des déchets

Points faibles :

- jusqu'au début des années 2000, l'élimination des déchets était très sommaire et assurée au travers principalement de décharges autorisées ou non, non confinées, ou d'incinérateurs très polluants.

Points forts :

Le plan départemental d'élimination des déchets ménagers et assimilés de l'Indre PEDMA (conçu par l'ex DDASS de l'Indre), validé par arrêté préfectoral du 5 octobre 1999, et appliqué de 1999 à 2012, a profondément modernisé la gestion des déchets dans l'Indre, en

- fermant dès 1999 les incinérateurs de déchets générateurs de dioxines,
- instaurant des collectes sélectives des déchets sur tout le territoire, (aucune partie de commune n'est exempte du service),
- créant 38 installations de tri, compostage, valorisation, recyclage des déchets,
- fermant et confinant les centres de stockage de déchets (dont déchets dangereux) situés à près des zones habitées, ainsi qu'une multitude de décharges brutes et/ou sauvages,
- réduisant le nombre de structures ayant la compétence collecte et traitement des déchets de 95 à 20 pour atteindre des systèmes de gestion techniquement et économiquement viables.

Prospective :

- poursuivre l'amélioration des performances.
- rester vigilant sur l'évolution des taux de cancer dans les cantons de Levroux, Issoudun, Aigurande, Neuvy St Sépulcre, Le Blanc

La qualité de l'air est bonne dans l'Indre. Cependant, il est temps d'initier la lutte contre l'ambrosie (espèce végétale invasive) afin de limiter son développement dans l'Indre.

Prospective :

Thématique à prendre en compte au travers des projets de contrats locaux de santé.

La réduction de l'usage des pesticides

Le plan Eco-phyto 2018 est mis en œuvre par la DRAAF Centre auprès du monde agricole. Peu d'information est disponible à ce sujet. Il semble cependant que la masse de produits phytosanitaires utilisée en 2012 ne soit pas en recul par rapport aux années précédentes.

Par contre, l'objectif zéro pesticides menée dans l'Indre par l'association Indre Nature dans l'Indre (action cofinancée par l'Agence de l'Eau Loire Bretagne et l'ARS du centre) mérite d'être développée.

Prospective :

Thématique à prendre en compte au travers des projets de contrats locaux de santé.

Les zones d'activité

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

Prospective :

Une attention particulière devra être portée sur les conditions d'installations des activités chinoises (autorisations, contraintes environnementales, ...) et de vie des personnels (maintien de zone tampon, conditions d'occupation des logements, ...) en zones industrielles de La Martinerie et de l'Ozans.

Les sites et sols pollués : ils sont recensés dans les bases de données BASIAS et BASOL. Les sites pollués les plus à risques de l'Indre ont été mis en sécurité, confinés ou dépollués au cours de la dernière décennie.

Prospective :

Une surveillance attentive est à maintenir autour de :

- l'ex décharge de l'OTAN à La Martinerie qui contient une pollution hydrocarburée
- la lagune de Beaumont à La Martinerie qui a reçu des rejets non conformes (métaux lourds) pendant des décennies,
- la pollution au trichloréthylène de la nappe au droit de la ZI de La Martinerie,

notamment du fait des risques de migration des polluants vers les captages Montet et Chambon de l'agglomération Castelroussine.

L'exposition au bruit :

- Infrastructures routières et ferroviaires :

Les cartes de bruit stratégiques des grandes infrastructures du réseau routier ont été approuvées par le préfet en avril 2009. Des actions de résorption des points noirs ont été réalisées au niveau de l'A20 par la pose d'écrans acoustiques sur plusieurs communes ou par des isolations de façade. Concernant les infrastructures ferroviaires (ligne SNCF Paris Toulouse), le décompte des points noirs est en cours de finalisation.

- Aéroport de Châteauroux Déols : L'aéroport dispose d'un plan d'exposition au bruit (PEB) révisé en mai 2012, intégré au plan local d'urbanisme (PLU) de la commune de DEOLS. Ce PEB limite l'installation de populations nouvelles dans quatre secteurs plus au moins sonore.
- Le paysage sonore étant très réduit sur certains secteurs ruraux, des contentieux apparaissent avec des riverains lors de l'implantation d'activités bruyantes (sports mécaniques, ...) ou d'équipements domestiques.
- Développement des établissements diffusant de la musique amplifiée : Le développement d'établissements diffusant de la musique amplifiée (bars musicaux, discothèques, salle de spectacle) dans un quartier de la ville de CHATEAUROUX, fait l'objet de plaintes des riverains.

Prospective :

- un programme d'inspection desdits établissements est engagé dès 2013.

L'ensemble des données confirment les caractéristiques suivantes du département de l'Indre :

- un territoire semi-rural marqué par la place de la ville de Châteauroux
- 3 « villes centres » : Châteauroux – Le Blanc – Issoudun avec de forts contrastes sociaux
- 16 cantons ruraux, peu densément peuplés sur 26 que comptent le département
- le vieillissement de la population, l'une des caractéristiques de l'Indre tient à la moyenne d'âge de ses habitants, bien plus élevée que la moyenne nationale et régionale
- de nombreux indicateurs relatifs aux minima sociaux supérieurs à la moyenne régionale :
 - foyers non imposés > région Centre, > France
 - pourcentage élevé de chômeurs de longue durée
 - ...
- taux de mortalité et de morbidité > :
 - espérance de vie à la naissance < région Centre
 - taux de mortalité prématurée (avant 65 ans) > Région Centre, > France
 - taux de prévalence du diabète élevé
 - consommation excessive d'alcool
 - ...
- une qualité des eaux globalement bonne
- une bonne qualité de l'air
- des facteurs de risques environnementaux
 - un environnement plutôt de bonne qualité, mais assurer localement une surveillance des taux de cancer autour d'anciens sites pollués
 - un habitat plutôt ancien avec au moins 2.000 habitations à rénover
 - des risques de CO – saturnisme – pollution de l'air intérieur ... qui touchent plus particulièrement les populations les plus précaires
 - une qualité d'air commençant d'être affectée par le développement de l'ambroisie
 - la problématique des transports : peu ou pas de transport entre les communes rurales et leur chef lieu de canton

1.2 Forces et faiblesses des réponses apportées

1/ Une offre de prévention⁶, de promotion de la santé à consolider

Le domaine de la prévention, promotion de la santé recouvre un périmètre très large, faisant appel à de multiples acteurs de nature juridique et institutionnelle très variée.

1.1 Des établissements et services spécifiques pour publics en situation précaire sont également mobilisés : (tableau n°7)

- **3 places Lits Haltes Soins Santé**, portés par l'Association Solidarité Accueil, autorisés en janvier 2009 ;
- le **Réseau santé précarité rejetant l'exclusion (RESPIRE)**, porté par le Centre hospitalier de Châteauroux - **Une Equipe mobile de soins spécialisés en psychiatrie (EMSSP)** : elles ont pour mission principale d'aller au devant des personnes en situation de précarité et d'exclusion et d'assurer une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires, sociales, oeuvrant dans la lutte contre la précarité et l'exclusion afin de faciliter l'élaboration de prises en charges coordonnées ;
- **Une PASS** (permanence d'Accès aux soins de santé) (créée en novembre 1999) au Centre hospitalier de Châteauroux ;
- **8 places d'Appartements de Coordination thérapeutique**, portés par Solidarité Accueil depuis août 2013 ;
- Un **Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA généraliste)**, porté par l'ANPAA 36, avec 6 antennes (Le Blanc – Issoudun - la Châtre – Argenton – Buzançais – Valençay ;
- **Un Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)** porté par l'Association ALIS 36 ouvert en janvier 2007.

1.2 Des structures de dépistages, vaccination :

- **Un Centre de dépistage anonyme et gratuit - Centre d'information et de dépistage des infections sexuellement transmissibles, (CIDDIST/CDAG)** porté par le Centre hospitalier de Châteauroux, habilité en juin 2006. Il a pour mission d'assurer les activités de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles, à titre gratuit et de manière anonyme.
- **Un centre vaccination** porté par l'IRSA (institut inter régional pour la santé) depuis 2006, Il a pour mission :
 - La promotion de la vaccination : auprès des professionnels de santé – de la population générale et auprès d'un public ciblé dont les personnes en situation de précarité
 - Les vaccinations : il cible les publics précaires en proposant les vaccinations recommandées, en proposant des séances de vaccination aux centres de soins qui accueillent du public en difficulté, ... en organisant des séances de vaccinations dans le département, selon les besoins locaux
- **Un Centre de lutte antituberculeux** porté par l'IRSA, Il a pour mission le dépistage dans les groupes à risques, la prise en charge autour d'un cas, la vaccination, le traitement et la délivrance gratuite des médicaments et la prévention primaire.
- **Le CREDEP** (Centre de recherche épidémiologique de dépistage et de prévention) est la structure de gestion qui organise les programmes nationaux de dépistage des cancers dans l'INDRE : le dépistage du cancer du sein depuis mars 1999 et le dépistage du cancer colorectal depuis octobre 2009

⁶ Structures financées par l'ARS du Centre dans le cadre de son Appel à projet santé publique et environnementale 2012

1.3 Des acteurs de prévention, promotion de la santé :

L'offre dans le domaine des addictions :

- **ANPAA 36** (conduites addictives, avec ou sans produits). L'ANPAA dispose d'un **Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en addictologie** : Prise en charge des comportements addictifs avec ou sans produit (Drogues, alcool, tabac, jeux pathologiques...), d'un **service de Prévention et de Formation (CICAT)** : Elaboration et mise en œuvre des actions de prévention et de formation et porte le dispositif, **La Maison des Adolescents de l'Indre** : Accompagnement, soutien psychologique, éducatif, infirmier de jeunes de 10 à 25 ans en situation de mal-être, mal vivre, Soutien à la parentalité
- **Alcool Assistance** : un groupe d'entraide, avec cette particularité fondamentale de regrouper des gens qui partagent tous le même problème.
- **Vie Libre** : groupe d'entraide maladie alcoolique

L'offre dans le domaine de la santé mentale :

- **CODES 36** (Comité départemental d'éducation pour la santé). Il dispose de quatre missions de base : documentation – conseil méthodologique – formation – coordination et il développe ses propres actions ou propose les interventions de ses chargées de projets à ses partenaires pour mener leurs projets sur les thèmes suivants : Alimentation, équilibre alimentaire ou éducation nutritionnelle, accidents de la vie courante, santé mentale (stress, suicide, bien-être...), développement durable etc.
- **Centre hospitalier de Châteauroux** : Lieu Passerelle (une action de santé primaire en santé mentale). Les objectifs spécifiques sont : soutenir une action de santé primaire en santé mentale - concourir à la prise en charge de la souffrance psychique en lien avec des situations de précarité et d'exclusions - éviter la rupture des soins - faciliter, favoriser un mieux être lié à la pratique artistique et à l'établissement de liens sociaux - lutter contre les discriminations et favoriser l'insertion sociale des personnes vulnérables - Soutenir et faciliter le vivre ensemble au sein de la cité
- **Elisabeth Kübler-Ross France** : deuil, EKR Indre développe des actions de communication (conférences), de formation (séminaire, sensibilisation), de soutien individuel (sous forme d'entretiens) ou collectif (groupes de paroles, ateliers).
- **UNAFAM** : SISM (santé mentale). L'Unafam est une association qui accueille, soutient, et informe les familles confrontées aux troubles psychiques d'un des leurs. Elle contribue à l'élaboration de la politique de santé dans le domaine de la psychiatrie. L'Unafam défend les familles et les malades auprès des élus et des responsables.

L'offre dans le domaine de la périnatalité et des maladies transmissibles :

- **ALIS 36** (Sida – IST). ALIS 36 a pour but d'accompagner et de soutenir les personnes touchées par le virus du SIDA ou par une hépatite, ainsi que leur famille. Ses buts essentiels sont : Combattre l'extension des IST- SIDA - Hépatites par l'information, le dialogue, la communication, l'installation de distributeurs de préservatifs et tous moyens de prévention ; Coordonner les actions de prévention de l'E.M.I.P.S ; Proposer et réaliser des actions de formation ; Apporter aux personnes atteintes par le V.I.H et les virus des hépatites, un accompagnement global ; Gérer et/ou installer un échangeur de seringues sur Châteauroux et sur l'ensemble du département ; Accueillir, accompagner et mettre à disposition du matériel de Réduction Des Risques à destination des usagers de drogues sur un service médico-social, dénommé C.A.A.R.U.D..
- **Planning familial 36** (sexualités – contraception – IVG – Violences – Sida – IST). Le Planning Familial est un **mouvement militant** qui prend en compte toutes les **sexualités**, défend le droit à la **contraception**, à l'**avortement** et à l'**éducation à la sexualité**. Il dénonce et combat toutes les formes de **violences**, lutte contre le **SIDA et les IST**, contre toutes les formes de discrimination et contre les inégalités sociales. Le Planning Familial intervient dans les écoles, collèges et lycées, mais aussi dans des lieux spécifiques et variés (IME, ImPro, ESAT, missions locales, CHR, foyers...). Le Planning Familial mène aussi des animations sur les marchés, les fêtes locales... Des expositions, débats, projections de films et vidéos sont organisés dans le souci de partager le plus largement possible l'information dans le cadre d'une éducation populaire non sexiste.

L'offre dans le domaine des maladies chroniques

- **Association des diabétiques de l'Indre** : maladies chroniques. C'est une association de patients au service des patients et dirigée par des patients. Elle a des missions de **défense, d'information et d'accompagnement**

L'offre dans le domaine de la nutrition

- **CODES 36** (missions de base : documentation – conseil méthodologique – formation – coordination ; actions en éducation nutritionnelle – santé mentale)
- **IRSA** : nutrition
- **Service de santé publique, Ville de Châteauroux** :
- **Mutualité Française Centre** : allaitement

L'offre dans le domaine de la santé environnementale

- **Indre nature : Association de protection de la nature et de l'environnement.** Depuis 2009, les associations Indre Nature et le CPIE Brenne-Pays d'Azay promeuvent notamment l'opération **Objectif Zéro Pesticide**

Famille Rurale 36 (service prévention éducation) : santé, parentalité, environnement, consommation, se situe en transversale sur les thématiques ci-dessus. *Leurs objectifs est d'apporter aux familles l'information nécessaire pour leur permettre d'exercer leurs responsabilités sur les questions liées à la vie quotidienne (santé, parentalité, environnement, consommation...), en proposant notamment des thèmes de réunions collectives dans les associations locales. Il développe un service d'aide individuelle.*

La Mutualité Française Centre mène un programme basé sur une méthode positive, participative et en groupes, les Itinéraires Bien Etre (IBE). Partageant les mêmes préoccupations pour le maintien de l'autonomie des seniors, la Carsat Centre, les MSA Beauce-Coeur-de-Loire et Berry Touraine, le RSI, la Mutualité Française Centre et le Comité Régional de Coordination de l'Action sociale Agirc-Arrco Centre se sont engagés dans un processus de coordination de leurs modalités d'actions respectives.

Des ateliers se réalisent sur les sur les thématiques suivants : Nutrition, Prévention des chutes, Mémoire et autres thématiques (Vision et audition adaptées à l'âge - Usage des médicaments - Conduite / Prévention routière -Le pied des seniors...)

Le CODES 36 est financé sur 4 missions de base : Documentation - Accompagnement méthodologique – Formation et Coordination

1.4 Des Coordinations départementales :

Portées par le CODES 36 :

- **prévention du suicide**
- **nutrition – activité physique** (3 sous-groupes existants et un en construction)
 - aide alimentaire
 - nutrition / circuits courts
 - activité 2 santé
 - proposition de construction d'un sous-groupe en direction des plus jeunes
- en 2013, le CODES a réuni un CLET, le **Comité local d'Education thérapeutique**, et notamment a mis en œuvre la journée départementale visant à promouvoir l'ETP et prioritairement l'ensemble des programmes autorisés sur le territoire de santé où elle a lieu afin de faire bénéficier les patients d'une prise en charge de qualité au plus près de leur domicile.

Portée par le Planning Familial (PF) 36 : **Vie affective et sexuelle**

Portée par la Mutualité Française Centre : **Allaitement maternel**

Un Contrat local de santé existe sur le territoire de la commune de Châteauroux, signé en décembre 2011, essentiellement centré sur la prévention (santé mentale, nutrition, maladies chroniques), mais ayant également pour second objectif d'anticiper la désertification médicale et paramédicale.

Il est constaté sur le territoire un tissu associatif limité mais complet, très soudé, dynamique et complémentaire.

Il y a la présence d'associations de grande envergure et solides (ANPAA36, Solidarité Accueil, Familles Rurales, IRSA), mais d'autres plus fragiles (ALIS 36, Planning Familial) pour lesquelles il faut être vigilant et qu'il soutient pour éviter le risque de les voir disparaître,

Il existe des petites associations de malades et bénévoles qu'il convient de soutenir, car très utiles pour les patients et leur entourage et complémentaires des autres structures.

D'autres structures, institutions mènent des programmes sur le territoire, qu'il faut prendre en compte : MSA – CPAM – RSI etc.

L'existence des diagnostics (quantitatif et qualitatif) dans le cadre de la mise en œuvre des Contrats locaux de santé a permis d'affiner les besoins et va ainsi permettre une meilleure prise en compte de l'ensemble des déterminants qui concourent à la réduction des inégalités de santé.

1.5 Des Réseaux de santé :

Les réseaux de santé sont définis par l'article L6321-1 du code de la santé publique. Ils 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.

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...

- Liste des réseaux et de leurs missions

6 réseaux ont contractualisé avec l'ARS en 2012 :

1. **Réseau DIAPASON 36** : L'objet de ce réseau est de coordonner une éducation thérapeutique, des actions de prise en charge et de dépistage du diabète ou d'autres pathologies chroniques définies comme priorités régionales de santé. Il poursuit les objectifs suivants:

- Améliorer la prise en charge globale des patients
- Assurer la qualité, la sécurité et la continuité des soins
- Utiliser les ressources existantes et mutualiser les moyens
- Évoluer vers un réseau plurithématique de proximité, conformément au SROS ambulatoire 2012-2016.

Il a été créé le 10 décembre 2011.

2. **ALBATROS** : Le réseau est une structure relais de soins bucco-dentaires destinée aux personnes présentant un handicap mental, un problème comportemental ou un trouble phobique nécessitant une prise en charge spécifique. Il est porté par l'UFSBD 36.

Le réseau ALBATROS intervient en complément et en soutien des praticiens du département dans la prise en charge des soins des patients à besoins spécifiques.

Tous les dentistes de l'Indre ont adhéré au réseau, ils sont sensibilisés à la prise en charge des patients handicapés mentaux lors de formations organisées par le réseau ALBATROS et peuvent ensuite s'appuyer sur lui.

3. **La Maison des Adolescents (MDA)** : L'objectif est de faire bénéficier les adolescents d'une écoute spécialisée rapide, d'un abord croisé de leurs problématiques, et de les orienter éventuellement vers des prises en charge plus spécialisées.

Elle est portée par l'ANPAA 36. (Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie de l'Indre)

4. **ONCOBERRY** : Le réseau ONCOBERRY couvre deux départements : le Cher et l'Indre. Il s'inscrit dans le cadre du Plan Cancer et a pour objectif la coordination des intervenants impliqués dans la prise en charge du cancer dans le domaine de l'aide aux patients et leur proche. Il propose un accompagnement des patients atteints du cancer et de leurs familles.

Les missions sont de :

- Permettre une meilleure prise en charge globale des patients atteints de cancer et de leurs proches.
- Favoriser la continuité des soins en collaboration avec les professionnels sur le terrain
- Optimiser les pratiques des professionnels de santé qui prennent en charge le patient en renforçant les transversalité et les pratiques collaboratrices.

5. **Réseau RESPIRE** : Les objectifs du réseau santé précarité de l'Indre rejetant l'exclusion (RESPIRE), sont de deux ordres :

- d'aller au devant des publics en précarité quelque soit le lieu où les besoins s'expriment et
- d'assurer une fonction d'interface entre les équipes de soins et les équipes sociales

Le réseau RESPIRE est rattaché au pôle de psychiatrie du CH de Châteauroux

6. **Réseau de Périnatalité de l'Indre** : Le Résopérinat36 mène différentes actions en faveur des futures mamans et jeunes mamans : rencontres, groupes de discussion sur l'arrivée de bébé ou d'aide aux futures mères (Alimentation - Allaitement - Consultation tabacologie - Prévention routière - Rencontre conviviale - Gymnastique pré et post-natale - Groupe de Paroles autour de l'arrivée de bébé dans la famille - Consultation préconceptionnelle - Consultation psychologue - Réunion CAF).

- Projet de maison de l'accompagnement et de maison des réseaux

L'un des objectifs de l'ARS est de faire évoluer les réseaux de santé vers des réseaux plurithématiques de proximité. En 2012, une phase de concertation a été lancée avec l'ensemble des réseaux. Plusieurs acteurs et réseaux de santé ont souhaité se regrouper avec les acteurs intervenant sur les thématiques de l'accompagnement des personnes en fin de vie.

C'est pourquoi deux projets sont actuellement en cours d'élaboration :

Maison de l'accompagnement : plateforme pluri professionnelle constituant pour les professionnels comme pour le public un guichet unique concernant la prise en charge des malades chroniques, avec une mission de coordination et d'expertise dans chacun des domaines ; ayant une dimension nomade afin de réduire les inégalités en santé, en prenant appui sur les MSP, les hôpitaux généraux et locaux (4 secteurs du département)

Maison des réseaux : il s'agit d'un regroupement de réseaux plurithématiques de proximité financés par l'ARS. La maison des réseaux intégrerait le réseau DIAPASON, ainsi que des antennes du réseau ONCOBERRY et ARPEGES – Télémédecine.

1.6 Des programmes autorisés d'éducation thérapeutique :

7 programmes sont autorisés :

- DIAPASON 36: service d'éducation thérapeutique de proximité du patient diabétique en Indre, porté par ASCAPROS (Association castelroussine de professionnels de santé)
- Education thérapeutique chez les enfants atteints de diabète de type, porté par Centre hospitalier de Châteauroux
- Education thérapeutique chez les enfants atteints d'asthme, porté par Centre hospitalier de Châteauroux
- Education thérapeutique chez les enfants atteints de surpoids, porté par Centre hospitalier de Châteauroux
- Offre de service aux médecins traitants par les Centres d'examen de santé: Education thérapeutique des patients diabétiques de type 2, porté par Centre d'examen de santé de Châteauroux

- "Education thérapeutique des patients dialysés", porté par Centre de néphrologie de Châteauroux
- "Mieux vivre avec son insuffisance cardiaque", porté par le Centre hospitalier de Châteauroux
- Education thérapeutique du patient porteur de BPCO, porté par Centre hospitalier de Châteauroux

2 / Une offre ambulatoire préoccupante

2.1 Démographie médicale et paramédicale :

- Répartition des professionnels dans les bassins de vie

A l'instar de l'ensemble de la région Centre, **le département de l'Indre est dans une situation très préoccupante au regard de la démographie des professionnels de santé.** (tableau n°8)

Au regard de leur population et des effectifs de professionnels de santé, **les bassins de vie de la Châtre, d'Issoudun et de Chabris apparaissent comme les plus préoccupantes à court terme. A moyen terme, la situation de Châteauroux deviendra également très compliquée** avec 55% des professionnels âgés de plus de 55 ans.

Les cartes réalisées dans le cadre du zonage prévu au Schéma Régional de l'Organisation des Soins (SROS) ambulatoire illustrent bien ces difficultés (cartes n°9 et 10).

- Modes d'exercice regroupés

Pour lutter contre le déclin de la démographie médicale, un certain nombre de collectivités et de professionnels de santé de l'Indre se sont rapidement mobilisés dès 2007 pour faire émerger des exercices regroupés sous forme notamment de maisons de santé pluri-professionnelles (MSP).

Certaines structures sont déjà ouvertes et d'autres sont encore au stade de projets plus ou moins avancés.

- Projets existants
 - **Maisons de santé pluridisciplinaires existantes (MSP)**

Azay-le-Ferron : ouverte en juillet 2011, cette MSP intègre 12 professionnels libéraux (2 médecins, 1 pédicure, 1 masseur-kinésithérapeute, 1 orthophoniste, 3 infirmiers, 1 médecin angio-phlébologue et 1 psychologue, 1 dentiste, 1 ostéopathe). La commune a fait part de projets d'extension pour accueillir de nouveaux professionnels ainsi que pour mettre en place des consultations avancées.

Châtillon-sur-Indre : ouverte en août 2009, ce projet assez ancien notamment basé sur une bonne complémentarité ville / hôpital, grâce à l'intégration de la MSP au sein d'un hôpital de proximité (ex-hôpital local). La MSP comprend actuellement 1 médecin, 3 infirmiers, 1 dentiste, 1 ostéopathe et un pédicure et intègre également des consultations avancées pour l'hôpital.

Clion-sur-Indre : petite MSP ouverte en septembre 2009, intégrant 2 médecins et 2 infirmières, avec d'autres locaux actuellement inoccupés. A noter que les MSP de Clion et de Châtillon sont distantes de moins de 10km.

Ecueillé : MSP inaugurée début 2012 avec 2 médecins, 2 infirmiers, 1 pédicure / podologue, 1 chirurgien dentiste, 1 masseur-kiné et 1 psychologue. Projet de santé innovant sur la prise en charge des patients chroniques, l'éducation thérapeutique et les actions d'information auprès du public.

Saint-Maur : MSP ouverte en janvier 2011 avec 1 médecin, 1 ostéopathe, 1 IDE, 1 pédicure, 1 orthophoniste et 1 dentiste.

Velles : MSP ancienne (ouverte en janvier 2009), regroupant 1 kinésithérapeute, 1 pédicure, 1 infirmier et 1 médecin généraliste, n'ayant pas rédigé de projet de santé (notamment du fait de sa construction antérieure au cahier des charges).

Villedieu-sur-Indre : MSP ouverte en avril 2008, elle regroupe 2 médecins, 1 IDE, 1 kinésithérapeute, un orthophoniste et un podologue. Cette MSP, contrairement aux autres, n'a fait l'objet d'aucun financement public.

La Châtre : maison de santé importante ouverte en mai 2012, regroupant un grand nombre de professionnels : 2 médecins, 2 diététiciennes, 4 infirmiers, 1 sophrologue, 2 ostéopathes, 1 psychologue, 2 kinésithérapeutes, 3 orthophonistes et 2 podologues.

Argenton-sur-Creuse : maison de santé inaugurée en 2013, regroupant 24 professionnels : 7 médecins, 11 infirmières, 2 podologues, 1 orthophoniste, 1 psychiatre, 1 diététicien et 1 kinésithérapeute.

Mézières-en-Brenne : Il s'agit d'un agrandissement d'une maison médicale ouverte depuis 1997. Elle regroupe 2 médecins généralistes, 2 infirmiers, 3 masseur-kinésithérapeute, 1 dentiste, 2 psychologues, 1 pédicure-podologue, 1 diététicienne.

Pellevoisin : L'ouverture de cette MSP est prévue courant décembre 2013. Elle regroupe 12 professionnels de santé, dont 2 médecins, 4 infirmiers, 2 kinés-ostéopathes, 1 orthophoniste, 1 sage-femme, 1 psychologue cliniciens, 1 pédicure-podologue.

▪ **Projets en cours :**

- Buzançais

Buzançais : Ce projet avait été initialement présenté par la commune et avait fait l'objet d'un avis défavorable, notamment du fait du manque d'implication des médecins et du centre hospitalier. Le pilotage du dossier est actuellement repris par l'hôpital ; une nouvelle version du dossier est attendue prochainement.

- Châteauroux

Châteauroux : La ville de Châteauroux développe également un projet de maison de santé pluri-professionnelle. Celle-ci serait intégrée à l'éco-quartier Balsan.

Actuellement, la commune cherche à identifier de façon précise les professionnels de santé qui pourraient intégrer ce projet, afin de bien dimensionner les besoins sur le plan technique et immobilier.

- Chabris / Le Blanc

Chabris/ Le Blanc : Les élus locaux ainsi que les professionnels de santé des secteurs Du Blanc et de Chabris ont manifesté auprès de l'ARS leur intérêt pour les maisons de santé pluridisciplinaires. Une réflexion sur la possibilité d'implanter une MSP dans ces secteurs est en cours.

- **Autres exercices regroupés**

Vatan : projet de regroupement de professionnels, qui ne souhaitent pas à ce jour se constituer en MSP. Le projet est porté par 2 médecins, 3 infirmières et 1 kinésithérapeute.

- Issoudun

Issoudun : Des assises territoriales des acteurs de la santé ont été organisées par la communauté de communes du pays d'Issoudun – Champagne Berrichonne, en novembre 2012 et février 2013. De nombreux acteurs intervenant dans le domaine de la santé au sens large ont participé et ont apporté leurs contributions ; parmi celles-ci, le centre hospitalier d'Issoudun a proposé, en accord avec la communauté de communes, un projet de centre de santé qui serait adossé au centre hospitalier.

Le projet n'est à ce jour pas encore formalisé et devrait faire l'objet d'un groupe de travail spécifique.

Des professionnels de santé libéraux du pays d'Issoudun – Champagne Berrichonne se sont regroupés autour d'une association « Les Silènes » (médecins, pharmaciens, infirmiers, podologues, kinésithérapeutes, dentistes, biologistes, diététicienne ...). Ils ne souhaitent pas intégrer une MSP, mais ils ont la volonté de travailler en coordination, et souhaitent obtenir des outils notamment informatiques permettant de sécuriser les données médicales échangées.

▪ **Projets en cours (ayant reçu un accord de financement):**

- Pôle pluridisciplinaire de santé de Valençay

Valençay : un projet de pôle de santé pluridisciplinaire est en cours à Valençay. Outre le soutien des élus locaux, il bénéficie d'une forte implication d'un nombre important de professionnels et d'un soutien par l'hôpital de proximité. L'installation est cependant liée à la réalisation d'un projet immobilier du centre hospitalier. Un financement exceptionnel sera accordé via le FIR pour soutenir la réalisation de ce projet prioritaire. Il prévoit 1 site principal à Valençay et 4 antennes à Lye, Poulaines, Luçay-le-mâle et Vicq-sur-Nahon. Les sites secondaires pourraient être opérationnels en 2014, alors que le site principal ne pourra ouvrir avant 2015, notamment du fait de la nécessité de réaliser préalablement une opération architecturale à l'hôpital. L'ARS a rendu un avis favorable

2.2 Transports sanitaires :

- Situation des entreprises sur le département

L'implantation des véhicules de transports sanitaires dans le département au 31/12/2012 est présentée par la carte ci-jointe. (*carte n°11*)

- Organisation de la garde ambulancière

La garde ambulancière couvre les périodes de 20h à 8h tous les jours de la semaine, ainsi que les samedis, dimanches et jours fériés de 8h à 20h.

Sur chacun des sept secteurs de garde, un équipage de deux personnes et un véhicule de catégorie A ou C sont de garde. Ils interviennent à la demande du SAMU – Centre 15, après régulation des appels.

Une 8^{ème} ambulance, basée à Châteauroux, complète le dispositif. Elle a pour vocation d'assurer les retours à domicile en période de garde ainsi que de suppléer les ambulances de garde pour éviter les carences du dispositif, lorsque celles-ci sont déjà mobilisées pour une intervention.

- Mise en place du système de géolocalisation

Le SAMU et les ambulanciers se sont équipés début 2013 d'un dispositif de géolocalisation. Il permet aux équipes de la régulation médicale de connaître en temps réel la localisation et la disponibilité des véhicules de transports sanitaires. L'ensemble des ambulances des sociétés de transports sanitaires participant à l'aide médicale urgente sont équipées de la géo localisation.

- Rééquilibrage de l'offre de Transports Sanitaires

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

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

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

La répartition des véhicules de transports sanitaires par rapport à la population des secteurs de garde est retranscrite dans le tableau suivant. (*tableau n°9*)

Secteurs de garde ambulancière	Nom secteur	Total population	Population de plus de 75 ans	Ambulances	VSL	Ambulances + VSL (total autorisations)	Habitants / ambulance	Habitants / VSL	Habitants / autorisations	Habitants de plus de 75 ans / ambulance	Habitants de plus de 75 ans / VSL	Habitants de plus de 75 ans / autorisations
1	Châteauroux	82 189	7 730	19	34	53	4326	2417	1551	407	227	146
2	Issoudun	27 321	3 283	8	11	19	3415	2484	1438	410	298	173
3	Le Blanc	20 327	3 057	8	14	22	2541	1452	924	382	218	139
4	Argenton	29 946	4 610	19	31	50	1576	966	599	243	149	92
5	Buzançais	28 079	4 262	14	23	37	2006	1221	759	304	185	115
6	La Châtre	27 934	4 261	9	15	24	3104	1862	1164	473	284	178
7	Secteur interdépartemental	27 795	3 871	10	16	26	2780	1737	1069	387	242	149
7	Secteur interdépartemental - 36	16 047	2 498	5	9	14	3209	1783	1146	500	278	178
7	Secteur interdépartemental - 41	11 748	1 373	5	7	12	2350	1678	979	275	196	114
Total / Moyenne	Indre	231 843	29 700	82	137	219	2827	1692	1059	362	217	136
Total / Moyenne	Indre + communes du 41	243 591	31 073	88	143	231	2768	1703	1055	353	217	135

2.3 Permanence des soins ambulatoire :

Pour la permanence des soins ambulatoire, le département est découpé en dix secteurs de garde. 140 médecins participent à la garde (novembre 2013). Les 10 secteurs de garde sont les suivants :

- Châteauroux
- Issoudun/Reuilly,
- Le Blanc/Belabre,
- La Châtre/Aigurande,
- Argenton sur creuse,
- Buzançais,
- Châtillon /Ecueillé,
- Levroux/Vatan,
- Valençay/Chabris,
- Mézières/Tournon Saint Martin.

Carte n°12 : permanence des soins ambulatoire

La permanence des soins

Les 10 zones de permanence de soins (PDS) dans le département de l'Indre



Le secteur de Châteauroux est divisé pendant la période hivernale, du 1^{er} octobre au 31 mars (les samedis, dimanches et jours fériés ainsi que les jours de pont considérés comme fériés de 8 h à 20 h), compte tenu de l'importance de l'activité pendant cette partie de l'année, en deux secteurs permettant ainsi d'avoir la présence de deux médecins libéraux de garde.

En dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux, la permanence des soins est assurée par le médecin de garde sur chacun des secteurs précités.

Pour 7 secteurs, (Châteauroux, Argenton / Creuse, la Châtre/Aigurande, Issoudun, le Blanc, Buzançais, Vatan/Levroux) :

- Les jours ouvrables de 20 heures à minuit,
- Les samedis de 12 heures à minuit,
- Les dimanches et jours fériés de 8 heures à minuit

La continuité de la permanence après minuit étant assurée par les services du SAMU-Centre 15 du Centre hospitalier de Châteauroux.

Pour les 3 autres secteurs, Châtillon/Ecueille, Valençay/Chabris, Mézières-Tournon :

- Les jours ouvrables de 20 heures à 8 h le lendemain,
- Les samedis de 12 heures à 8 heures le lendemain,
- Les dimanches et jours fériés de 8 heures à 8 heures le lendemain

Depuis le 5 octobre 2013, **une expérimentation unique en France** d'extension de la Permanence Des Soins Ambulatoires aux samedis matin de 8h à midi a été mise en place pour une durée de 6 mois sur les 10 secteurs.

En contre partie, la PDS en nuit profonde des secteurs de Valençay, Châtillon-sur-Indre et Mézières-en-Brenne a été supprimée.

Des évaluations à mi-parcours puis en fin d'expérimentation sont prévues. Si les résultats de cette expérimentation se révèlent techniquement et économiquement bénéfiques, la recherche d'une

solution pérenne de financement sera alors recherchée en particulier auprès de la CPAM, et le dispositif pourrait être étendu à l'échelon régional, voire national.

Pour les secteurs de Châteauroux (et ses deux sous secteurs), de Buzançais, Châtillon sur Indre, Issoudun, la Châtre, le Blanc, Levroux-Vatan et Tournon Saint Martin-Mézières en Brenne, la permanence des soins s'étend aux lundis de 8 heures à 24 heures lorsqu'ils précèdent un jour férié ; aux vendredis et samedis de 8 heures à 24 heures lorsqu'ils suivent un jour férié.

- Maisons médicales de garde

Cinq maisons médicales de garde sont opérationnelles à :

- Châteauroux, au sein des locaux du service des urgences du centre hospitalier de Châteauroux,
- La Châtre, place du Général de Gaulle 36 400 La Châtre,
- Aigurande, 6, rue Jean Marien Messant 36 140 Aigurande, au sein d'un cabinet médical
- Issoudun, dans les locaux du centre hospitalier d'Issoudun,
- Argenton sur creuse, dans les anciens locaux de l'E.H.P.A.D.19, bis rue George Sand 36 200 Argenton sur Creuse, située à proximité de la nouvelle Maison de retraite.

Le secteur de garde de la Châtre dispose de deux maisons médicales de garde fonctionnant en alternance soit à la Châtre ou à Aigurande.

Les maisons médicales de garde sont ouvertes sur les plages horaires suivantes :

- du lundi au vendredi de 20 heures à minuit,
- les samedis de 12 h à minuit (sauf à Châteauroux à partir de 8 h),
- les dimanches et jours fériés de 8 h à minuit.

L'accès à la maison médicale est régulé par le centre 15 du centre hospitalier de Châteauroux.

- Projet d'évolution de la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA)

L'évolution envisagée du dispositif de permanence des soins ambulatoires est d'étendre le dispositif de permanence des soins en médecine libérale aux journées du 24 et 31 décembre lorsque ces jours ne coïncident ni avec un samedi, ni avec un dimanche, ni avec un jour de « pont », sous réserve que les données d'activité justifient cette extension.

- PDS Dentaire

En matière dentaire, la permanence des soins est assurée par les professionnels libéraux, en application de l'article R4127-245 du code de la santé publique.

Un dispositif spécifique de rémunération est financé par l'ARS pour les périodes :

- Du 14 juillet au 15 août ;
- Des fêtes de fin d'année.

3/ Une offre hospitalière à conforter

3.1 Le court séjour :

Le territoire de santé de l'Indre dispose de 11 établissements de santé de court et de moyen séjour et 2 sociétés gérant des équipements et/ou matériels lourds. (carte n°13)

4 centres hospitaliers :

CHATEAUROUX (établissement de référence avec une activité de Médecine Chirurgie et Obstétrique – psychiatrie infanto juvénile et adulte- Soins de Suite et de Réadaptation)

ISSOUDUN (établissement de proximité avec une activité de médecine MCO (de courte durée) – SSR dont une activité importante de rééducation fonctionnelle – USLD (Unité de Soin Longue Durée) – EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) - SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile)

La CHATRE (établissement de proximité avec Médecine – psychiatrie et géronto psychiatrie - SSR - EHPAD – Accueil de jour Alzheimer –

Le BLANC (établissement de proximité en direction commune avec le centre hospitalier de Châteauroux avec une activité de Médecine, Chirurgie et Obstétrique-SSR –USLD –EHPAD – SSIAD)

En ce qui concerne les maternités, seules deux maternités sont en fonctionnement sur le territoire depuis la fermeture de la maternité de la clinique Saint-François en décembre 2007:

- **La maternité du centre hospitalier de Châteauroux (maternité de niveau 2 A) avec plus de 1500 accouchements par an,**
- **La maternité du centre hospitalier du Blanc avec un peu moins de 400 accouchements par an.**

La carte n°12 identifie les secteurs géographiques du territoire de l'Indre qui sont à plus de 45 minutes par la voie routière d'une maternité

Trois cliniques:

La Clinique Médico chirurgicale Saint-François à Châteauroux (établissement de santé privé avec une activité de médecine et de chirurgie),

La Clinique de Manoir en Berry à Pouligny-Notre-Dame (établissement de santé privé avec une activité de médecine et de S.S.R à orientation nutritionnelle et polyvalent),

La Clinique du Haut-Cluzeau à Chasseneuil (établissement de santé privé avec une activité de psychiatrie générale).

4 ex. hôpitaux locaux :

Sur un arc nord, autour de Châteauroux, sont installés les 4 ex hôpitaux locaux :

- **Châtillon sur Indre**, à 50 km de Châteauroux. Etablissement en direction commune avec le CH de Châteauroux (35 lits SSR, EHPAD et USLD)
- **Buzançais**, 20 km de Châteauroux sur le même axe routier que Châtillon sur Indre. Etablissement en direction commune avec le Centre Hospitalier de Châteauroux (15 lits de SSR et EHPAD)
- **Levroux**, 20 km de Châteauroux. Etablissement qui a vocation à être géré à moyen terme dans le cadre d'une direction commune avec le centre gériatrique départemental Les Grands Chênes (15 lits de SSR et EHPAD)
- **Valençay**, 45 km de Châteauroux- Etablissement en direction commune avec le centre gériatrique départemental les grands chênes (15 lits de SSR et EHPAD)

Les services d'Hospitalisation à domicile :

Ces services sont gérés respectivement par deux établissements :

Le centre hospitalier de Châteauroux qui intervient avec le service d'HAD (Hospitalisation à Domicile) sur la zone de Châteauroux. Ce service dispose également de deux antennes localisées au sein des hôpitaux de Châtillon sur Indre et du Blanc.
La zone d'Issoudun est couverte par un service d'HAD privé, géré par **HAD France**.

Les équipements lourds :

Ces équipements sont localisés pour l'essentiel sur le Bassin de Châteauroux avec :

- **Un IRM géré** dans le cadre d'un G.I.E (groupement d'intérêt économique) associant le centre hospitalier de Châteauroux et des radiologues libéraux, situé sur le site du centre hospitalier de Châteauroux,
- **Un scanner** géré par des radiologues libéraux à Châteauroux au sein de la SCM « scanner de l'Indre »,
- Une activité de médecine nucléaire avec une « **gamma caméra** » installée par la SELARL CIBER à Châteauroux

Sur le bassin du Blanc :

- Un scanner positionné au sein du centre hospitalier du blanc

3.2 Les services d'urgence :

La prise en charge des urgences dans le département de l'Indre est essentiellement organisée autour du centre hospitalier de Châteauroux, siège du SAMU et du service d'accueil des urgences. (tableau n°10)

Deux autres sites des urgences sont également en activité sur le territoire de santé de l'Indre, au centre hospitalier d'Issoudun et du Blanc.

Le centre hospitalier de la Châtre ne dispose pas de service autorisé des urgences.

Le site de Châteauroux dispose depuis le mois d'avril 2003 d'un appareil de transport hélicoptéré. Cet appareil dépendant du SAMU 36 dessert les départements de l'Indre et du Cher.

En ce qui concerne l'organisation des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) sur le territoire de l'Indre, celle-ci est pilotée par le centre hospitalier de Châteauroux avec toutefois, compte tenu de l'éloignement d'un certain nombre de communes à plus de 30 minutes d'un service d'urgence (tableau n°11 – carte n°14) :

- une antenne du SMUR du Centre Hospitalier de Châteauroux qui est positionnée au centre hospitalier du Blanc avec pour objectif d'intervenir sur le bassin de vie du Blanc, après régulation du Centre 15 du CH de Châteauroux.
- un dispositif spécifique a été organisé au centre hospitalier de La Châtre avec la mise en place d'une antenne mobile de correspondants du SAMU qui intervient sur régulation du Centre 15 avec des effectifs du centre hospitalier de La Châtre afin d'assurer une première médicalisation des patients sur le bassin de vie de La Châtre dans l'attente du SMUR de Châteauroux.

3.3 Le moyen séjour : les services de soins suites et de réadaptation (SSR)

9 établissements dans l'Indre ont été autorisés à exercer une activité de SSR :

- Les 4 centres hospitaliers
- Les 4 ex hôpitaux locaux du département
- La clinique de Manoir en Berry.

3.4 Le long séjour :

Le centre gériatrique départemental Les Grands Chênes, situé à Saint-Maur, à proximité de Châteauroux, est un établissement de santé à vocation gériatrique disposant de 81 lits d'Unité de Soins de Longue Durée et de 579 lits d'E.H.P.A.D.

3 autres unités de soins de longue durée sont positionnées sur le territoire de l'Indre comprenant chacune 30 lits et ce dans les établissements suivants :

- l'hôpital de Châtillon sur Indre,
- l'hôpital du Blanc
- l'hôpital d'Issoudun

3.5 Le court et le moyen séjour : les difficultés, les évolutions et les enjeux

Les difficultés :

Une démographie médicale déclinante impactant :

- la permanence en médecine ambulatoire,
- une activité des urgences, des SMUR et du SAMU du département qui a fortement augmenté en raison notamment d'une diminution des effectifs de médecins libéraux (**de 29 551 passages en 2003 à plus de 43 000 en 2012**)
- la continuité et/ou la permanence des soins en établissements de santé avec notamment la nécessité de devoir faire appel à l'appui du centre hospitalier de Châteauroux pour assurer la continuité du fonctionnement du service des urgences du CH du Blanc ainsi que de la maternité. On notera également la très grande fragilité du service d'anesthésie du centre hospitalier du Blanc
- l'offre de soins disponible sur le territoire en terme d'activités et/ou d'établissements de soins qui se traduit notamment par l'absence d'hôpital de jour permettant d'assurer des chimiothérapies sur le bassin du Blanc et de la Châtre, des délais d'attente très importants pour bénéficier d'un rendez vous dans certaines disciplines comme l'ophtalmologie
- des délais de prise en charge très importants pour accéder notamment à l'IRM et au Scanner,
- un fragilité notoire de la chirurgie du centre hospitalier du Blanc,

Les évolutions à signaler :

- la création d'une **communauté hospitalière de territoire** (C.H.T) regroupant les établissements de santé de Châteauroux, Le Blanc, Châtillon-sur-Indre, Buzançais, les Ehpad de Mézières en Brenne, Clion-sur-Indre, Argenton-sur-Creuse. Ces établissements sont en direction commune avec le centre hospitalier de Châteauroux.
- **la mise en place d'une direction commune** entre le centre départemental gériatrique les grands chênes et l'hôpital de Valençay,
- **la transformation en janvier 2011 des lits de médecine en lits de SSR pour tous les hôpitaux locaux de l'Indre,**
- l'ouverture d'une **unité de médecine gériatrique au centre hospitalier du Blanc,**
- **sur le plan immobilier** : la restructuration finalisée du service de rééducation fonctionnelle du centre hospitalier d'Issoudun, le projet de reconstruction d'un bâtiment de SSR dépendant du centre hospitalier de Châteauroux, la finalisation de la reconstruction des locaux de SSR de la clinique du Manoir en Berry, un projet d'extension de 15 à 30 lits de SSR à l'hôpital de Valençay.

Les enjeux :

- **le développement de l'hospitalisation de jour en médecine et en chirurgie**
- **le développement du projet médical de la communauté hospitalière de territoire** portant notamment sur le développement **de la filière gériatrique** au sein des établissements membres de la C.H.T, la mise en place de systèmes d'information communs, le développement d'outils communs de recrutements de personnel médical et para médical.
- **le nombre et le rôle des ex hôpitaux locaux à moyen-long terme sur le département**
- **la mise en place d'une filière gériatrique permettant de faciliter la coordination** entre les services hospitaliers gériatriques, les SSIAD, l'HAD, les EHPAD et les professionnels de santé libéraux afin que le parcours de prise en charge des personnes âgées puisse être le plus fluide possible.
- **sur le plan de la viabilité économique** dans l'hypothèse de l'application d'une tarification à l'activité sur les SSR, nécessitant pour les hôpitaux locaux d'avoir une taille suffisante pour assurer leur équilibre financier, et l'obligation par ailleurs, d'organiser une continuité médicale des soins ne s'appuyant pas sur le centre¹⁵.
- **renforcer les taux d'équipements en équipement lourd** afin de faciliter les accès des patients de l'Indre à l'IRM et au scanner par le biais de l'installation sur Châteauroux d'un second

IRM dans le secteur privé, d'un second scanner au centre hospitalier de Châteauroux et d'un scanner au centre hospitalier d'Issoudun.

- en terme d'aménagement du territoire :

- **faciliter la prise en charge des urgences** en raccourcissant les délais d'intervention des équipes SMUR sur certaines zones avec notamment le projet d'installation d'une antenne du SMUR de Châteauroux au Centre Hospitalier d'Issoudun,
- **la création d'une nouvelle plateforme hélicoptérée** au centre hospitalier du Blanc,
- **l'extension du fonctionnement du dispositif d'antenne de médecin correspondant du SAMU à la Châtre 24 h sur 24**, après évaluation de l'organisation mise en place en journée.
- **le développement du lien ville-hôpital**

3.6 La psychiatrie :

Trois établissements sur le territoire de santé de l'Indre participent à la prise en charge en psychiatrie générale des adultes, deux établissements publics de santé, le Centre hospitalier de Châteauroux et le Centre Hospitalier de la Châtre et une Clinique, la Clinique du Haut Cluzeau.

Psychiatrie générale et géronto -psychiatrie :

Le centre hospitalier de Châteauroux :

Le centre hospitalier de Châteauroux dispose d'un pôle de psychiatrie adulte dont les locaux principaux sont situés à Saint-Maur avec respectivement :

- 4 pavillons :
 - Pavillon A : pavillon de 25 lits dont 5 lits d'unité d'hospitalisation protégée
 - Pavillon B : hospitalisation à long et moyen terme des patients venant des autres services d'accueil de psychiatrie adulte
 - Pavillon C : pavillon de 35 lits dont deux chambres d'isolement
 - Pavillon D : une unité d'addictologie de 25 lits.

Les évolutions à signaler :

➤ **La création d'un centre médico-psychologique pivot :**

Le projet d'établissement 2012 -2016 se fixe pour objectif de construire un large centre médico psychologique pivot (C.M.P). Celui-ci sera installé dans de nouveaux locaux afin de regrouper, outre l'activité du centre médico psychologique pivot, le Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel de Châteauroux, l'équipe mobile de soins spécialisés en psychiatrie, le centre de thérapie familiale, le centre médico psychologique post pénal et le réseau RESPIRE (réseau santé précarité de l'Indre rejetant l'exclusion).

Sa mission sera d'être le pivot de l'organisation départementale des soins, le lieu de convergence et le point de départ des prises en charge extra hospitalières.

Les antennes des C.M.P à Argenton-sur-Creuse, Buzançais et Le Blanc, en lien avec le CMP de Châteauroux, continueront à assurer une prise en charge de proximité auprès des patients.

➤ **La structuration de la prise en charge des patients en addictologie :**

Au regard de la progression de la demande de soins en addictologie, le projet d'établissement prévoit la formalisation d'une filière en addictologie avec la demande de reconnaissance d'un service d'addictologie de niveau 2 et ensuite la coordination et la concertation des différents acteurs sur le territoire permettant d'améliorer l'offre sanitaire actuelle.

➤ **Réorganiser l'activité de soins aux détenus :**

Le service de santé des personnes incarcérées est assuré par des dispositifs spécifiques que gère le centre hospitalier de Châteauroux, les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) et le service médico-psychologique régional (SMPR).

Chacun des deux établissements pénitentiaires héberge une UCSA tandis que le SMPR est implanté au centre pénitentiaire de Châteauroux.

Le centre hospitalier projette de créer un service de médecine pénitentiaire qui regroupera la prise en charge somatique et psychiatrique. U.C.S.A et S.M.P.R seront réunis en un service unique pour améliorer les conditions d'une prise en charge concertée entre les différents intervenants (médecin, psychologue, psychiatre) et augmenter le temps de présence des équipes soignantes.

Au centre pénitentiaire de Châteauroux, les deux activités partageront les mêmes locaux, tout comme à la maison centrale de Saint Maur.

Le centre hospitalier de la Châtre :

Le centre hospitalier de la Châtre dispose :

- d'une autorisation de psychiatrie avec 20 lits de psychiatrie générale,
- 20 lits de gériatrie à vocation départementale.

La clinique du Haut-Cluzeau :

Cette clinique, située à Chasseneuil, met en œuvre une autorisation de 50 lits de psychiatrie générale avec 50 lits installés ainsi qu'un hôpital de jour.

Pédopsychiatrie :

La pédopsychiatrie est rattachée au centre hospitalier de Châteauroux. Compte tenu des contraintes liées à la démographie médicale dans la mesure où un seul poste est pourvu de pédopsychiatre, le pôle de psychiatrie ne dispose pas de service d'hospitalisation complète.

Le nombre de structures d'hospitalisation à temps complet est en effet limité pour permettre un encadrement médical satisfaisant et une qualité et une sécurité des soins optimale. Le service de pédopsychiatrie de Châteauroux est amené à collaborer, dans ce domaine avec la pédo psychiatrie du département du Cher.

La qualité de la prise en charge en hospitalisation complète devra permettre de gérer la crise et ses effets immédiats d'une part, d'initialiser et de réévaluer la stratégie thérapeutique, d'autre part.

La maison des adolescents :

Le territoire de l'Indre a mis en place, ainsi que l'ensemble des autres territoires de la région, une Maison des adolescents. Il s'agit d'un lieu polyvalent où la santé est considérée à la fois dans sa dimension physique, psychique, relationnelle et sociale éducative. Ayant pour vocation d'être un véritable « lieu ressource », elle travaille en réseau avec l'ensemble des acteurs intervenant auprès d'adolescents.

Le SROS prévoit qu'une coordination territoriale devra être instaurée avec une délégation suffisante pour organiser en toutes circonstances la prise en charge en cas d'urgence ; cette coordination territoriale devra regrouper l'ensemble des acteurs du territoire intéressé à la prise en charge des adolescents.

4 / Une offre pour personnes âgées diversifiée

4.1 Démographie du département de l'Indre (tableau n°12) :

La population du département de l'Indre est vieillissante et potentiellement dépendante.

4.2 Prise en charge des personnes âgées sur le département de l'Indre (tableau n°13 et carte n°16) :

En établissement :

Au 31 décembre 2012, le département dispose de 3 178 lits d'EHPAD répartis dans 26 établissements (41 structures) dont la taille varie de 20 à 558 lits et de 664 places de SSIAD personnes âgées réparties sur 15 services.

Concernant les EHPAD, 28 structures sont rattachées à des établissements publics et 13 sont rattachées à des établissements privés. Les statuts des EHPAD :

- 8 établissements publics hospitaliers
- 5 établissements publics autonomes
- 1 établissement public territorial
- 10 établissements privés à but non lucratif
- 2 établissements privés à but lucratif

L'hébergement temporaire se développe et rencontre un certain succès. Le bilan est plus nuancé concernant les accueils de jour qui peinent à trouver des modes de fonctionnement répondant aux attentes des aidants familiaux (notamment concernant les transports).

Les modes d'accueil sont diversifiés sur le département avec notamment les foyers-logements et les MARPA (Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées) :

- Les foyers-logements sont destinés aux logements collectifs à titre de résidence principale, comportant à la fois des locaux privatifs meublés ou non (chambre, le plus souvent) et des locaux communs affectés à la vie collective (restauration, blanchisserie...); ils s'adressent notamment à une population âgée valide et souvent isolée géographiquement voire socialement.
- La MARPA est un concept de foyer-logement propre à la Mutualité Sociale Agricole.

A domicile :

Le département de l'Indre bénéficie d'une couverture totale par les SSIAD, en effet les SSIAD ont des zones d'intervention définies dans le but de couvrir intégralement le territoire avec les 15 SSIAD existants. (*Carte n°17*)

En plus des EHPAD et SSIAD, le département bénéficie de modes de prise en charge diversifiés : logements foyers, MARPA, familles d'accueil, services d'aide à domicile, portage des repas, ...

4.3 Réseau Etre-Indre / Equipe mobile de gériatrie :

Il existe également un réseau expérimental sur le département de l'Indre depuis 2004, le Réseau Etre-Indre. Ce réseau intervient auprès des professionnels dans la prise en charge des personnes âgées (SSIAD, aides à domicile et EHPAD).

Le réseau ETRE-INDRE a été créé en **2004**, par la DDASS et le Conseil Général. Celui-ci a initié, en 2003, une enquête montrant qu'en raison de la démographie de l'Indre, les équipes des établissements étaient confrontées à une population plus âgée, dont la dépendance croissait, notamment sur le plan psychique. De même, le secteur du domicile était confronté aux mêmes évolutions avec des modes d'intervention « plus solitaires », et des personnels moins formés et qualifiés (associations d'aides à domicile).

Le réseau ETRE-INDRE soutient, accompagne et informe les professionnels. Il s'adresse aux établissements et services publics et privés et aux professionnels libéraux. En outre, il travaille avec de nombreux partenaires : services sociaux du Conseil Général, de la CARSAT, de la MSA, réseaux RESPIRE et de soins palliatifs (EADSP), les coordinations gérontologiques, etc. Il s'est impliqué dans la création et le développement du Groupe ETHIQUE 36.

Le réseau Eure-Indre va évoluer en Equipe Mobile de Gériatrie à compter de 2014, dans un objectif de réponse à des problématiques locales d'accompagnement des personnes âgées dépendantes à domicile dans une logique de parcours de santé. Cette équipe aura également vocation à intervenir dans un deuxième temps en EHPAD et dans les Hôpitaux locaux du département. Cette équipe doit s'inscrire dans la démarche de filière gériatrique.

4.4 Plan Alzheimer 2008 – 2012 :

La politique d'amélioration de la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer a reçu un bon écho dans le département notamment pour les mesures concernant les PASA (Pôles d'Activités et de Soins Adaptés), UHR (Unité d'Hébergement Renforcée) et SSIAD ESA (Equipes Spécialisées Alzheimer).

La mesure 1b du Plan Alzheimer 2008 – 2012 portant sur la plateforme de répit, la candidature du Centre Départemental Gériatrique de l'Indre est actuellement à l'étude. Le Centre Hospitalier de La Châtre est également un candidat potentiel. Cette mesure est à destination des aidés mais également des aidants.

La mesure 2 du Plan Alzheimer 2008 – 2012 portant sur la formation des aidants a fait l'objet d'une candidature en 2013 de la part des structures dans le département de l'Indre.

La mesure 4 du Plan Alzheimer 2008 – 2012 portant sur la création d'une Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer aboutira en janvier 2014. La MAIA sera portée par le Conseil Général sous forme de GIP avec le Centre Hospitalier de Châteauroux, va permettre une meilleure lisibilité des dispositifs et des acteurs sur le territoire.

La mesure 6 du Plan Alzheimer 2008-2012 a permis la création de 3 équipes spécialisées Alzheimer rattachées à des SSIAD dans le département de l'Indre. Ces 3 équipes sont portées par 4 SSIAD. L'attribution des ESA permet une couverture quasi-totale du département de l'Indre. (*Carte n°18*)

SSIAD ESA Châteauroux : 10 places en 2010

SSIAD ESA Châtillon : 10 places sur 2012

SSIAD ESA Issoudun : 5 places en 2012

SSIAD ESA La Châtre : 5 places en 2012

Les SSIAD de La Châtre et d'Issoudun forment un partenariat pour porter une seule équipe ESA.

Le principal problème rencontré par ces équipes spécialisées Alzheimer se situe au niveau des recrutements d'ergothérapeute – psychomotricien.

La mesure 16 du Plan Alzheimer 2008-2012 a permis la labellisation définitive de 5 pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) ; la labellisation provisoire de 2 PASA et d'une unité d'hébergement renforcé (UHR) dans les EHPAD.

6 PASA labellisés définitivement : Châtillon, Tournon-Saint-martin, Centre Départemental Gériatrique de l'Indre (Châteauroux), Le Blanc, Mézières-en-Brenne, Pellevoisin

4 PASA labellisés provisoirement : Sainte-Sévère, Levroux. La Charmée (Châteauroux), labellisation définitive prévue au second semestre 2013.

1 PASA à labelliser : Mérigny. En cours de labellisation.

UHR médico-sociale labellisée sur dossier : La Châtre. L'ouverture de l'UHR est programmée sur 2013.

De plus, plusieurs EHPAD ont aménagé des unités spécialement destinées aux personnes atteintes de troubles psychiques du type Cantou ou unité pour déments déambulants. Certaines ont fait l'objet d'une reconnaissance par arrêté, d'autres ne sont pas identifiées administrativement.

Tableau n°14 : Nombre de lits autorisés au 31-12-12 destinés aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées :

EHPAD	Places autorisées	Places installées	Observations
Chabris	13	13	
Chasseneuil	36	21	Extension de 15 places dès 2014
Saint Maur	48	48	Structure du CDGI
Châteauroux	35	35	Structure du CDGI
Clion	15	15	15 places prévues en 2013 au PRIAC
Eguzon	40	40	
Issoudun : Notre Dame du Sacré Coeur	16	16	
Issoudun : La Chaume	8	8	
La Châtre	15	15	
Le Blanc	30	30	
Levroux	16	16	
Mézières-en-Brenne	11	11	
Pellevoisin	29	29	
Tournon-Saint-Martin	10	10	
TOTAL	322	307	

4.5 Filière gériatrique :

Le Plan Solidarité Grand Age 2007-2012 présenté en juin 2006 par Philippe BAS, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes Agées, aux Personnes Handicapées et à la famille, sur la base du rapport du Professeur Claude JEANDEL, prévoit l'adaptation des dispositifs de prise en charge des Personnes Agées à l'évolution démographique.

Les mesures proposées pour mettre en œuvre cet objectif, visent une structuration territoriale de la prise en charge des patients grâce au développement des filières gériatriques.

Finalité en lien avec les préconisations du SROMS et SROS PRS :

- Rendre lisibles et accessibles les dispositifs pour patients et professionnels
- Mieux coordonner, éviter le parcours du combattant, prévenir la perte d'autonomie et améliorer la qualité des soins pour :
 - 1 - Améliorer le diagnostic précoce** des facteurs de fragilité (avec les acteurs du domicile, repérage, troubles cognitifs, chutes, troubles nutrition, mauvaise observance médicamenteuse, etc.)
 - 2 - Limiter le recours à l'hospitalisation en urgences pour les PA à domicile**
 - 3 - Limiter le recours en hospitalisation en urgences pour les PA en EHPAD**

Dans tous les cas cela suppose :

- Identifier les différents acteurs du territoire de la filière tant du social, que du médico social, que du sanitaire, psychiatrie incluse ;
- Identifier qui fait quoi, et les zones de ruptures ;
- Réfléchir au passage des informations ;

En quelque sorte construire la base d'une MAIA

- Identifier les attendus des uns et des autres et leurs difficultés ;
- Nouer des partenariats privilégiés et mettre en place des outils et des complémentarités ;
- Rendre plus facile les accès aux avis spécialisés (télémédecine) ;
- Développer la formation des professionnels du territoire.

Le projet de filière gériatrique dans l'Indre :

Le projet porte sur l'amélioration du fonctionnement de la filière gériatrique en cours de structuration dans la cadre de la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) de l'Indre et plus particulièrement la zone du Blanc.

Deux priorités sont prises en compte :

P1 = Convention EHPAD / CH pour définir un partenariat et les modalités d'hospitalisations et le retour d'hospitalisation.

P2 = Favoriser les admissions directes dans le service de gériatrie pour PA, et hospitalisations programmées du domicile et en EHPAD.

Le projet de filière gériatrique a été présenté au Conseil Général, à la conférence de territoire. Il devra également intégrer les commissions du CODERPA qui sont également dans cette optique d'amélioration de la filière gériatrique.

4.6 PRIAC :

Le Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) prévu à l'article L.312-5-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) est un élément du Projet Régional de Santé (PRS). Il est composé d'objectifs de programmation pour la mise en œuvre du Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS). Ce programme dresse, pour les ESMS relevant, pour tout ou partie, du champ de compétence tarifaire du Directeur Général de l'ARS, les priorités de financement des créations, extensions ou transformations d'établissements et services au niveau régional.

D'ici 2016 seront créés :

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

4.7 Le Schéma gérontologique 2008-2013 :

Elaboré par le Conseil Général, il prévoit la création de 200 places d'EHPAD à échéance de ce dernier, par extension de capacité d'établissements ayant des capacités limitées (inférieure à 75 places environ) et la transformation des foyers logements existants, prioritairement sur le sud/sud ouest du département.

Le schéma gérontologique se décline en 33 fiches actions dont la plupart sont communes aux objectifs du SROMS et du PRS.

D'autre part, trois groupes de travail ont été mis en place dans le cadre du CODERPA avec pour thématiques :

- Vie à domicile
- Accueil en établissement
- Coordination des dispositifs des prestations et des institutions

4.8 Analyse de l'offre pour personnes âgées :

Le PRS et le SROMS sont en parfaite harmonie avec le schéma gérontologique départemental, il en résulte l'analyse suivante :

Points forts identifiés

- L'admission en EHPAD peut intervenir sous 24h, si la personne ne demande pas un établissement spécifique (places disponibles dans certaines structures récemment ou depuis plusieurs mois).
- Une vraie politique de soutien à domicile : l'APA bénéficie largement aux personnes âgées vivant à leur domicile et sert à financer des aides humaines (14 prestataires de services à domicile couvrent l'intégralité du département), de la télé-assistance (4 opérateurs) et du portage de repas.
En 2007, sur 5 218 bénéficiaires de l'APA, 3 319 vivaient à leur domicile.
- Une offre d'hébergement importante, mais restant inférieure à la moyenne nationale de 118 lits de structures d'hébergement pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans : moyenne de 110 lits.

- Des équipements hospitaliers impliqués dans la filière gériatrique.
- Grande dynamique sur les dispositifs du Plan Alzheimer 2008 – 2012.

Points faibles identifiés :

- L'insuffisance de la prise en charge médicale et paramédicale :
Le nombre de médecins libéraux pour 100 000 habitants est le plus faible de la région, région qui se situe elle-même en deçà des moyennes nationales. La densité de médecins spécialistes (42) est inférieure de moitié à la densité nationale (81).
Les difficultés d'accès aux soins en libéral et de recrutement pour les institutions sont également importantes en ce qui concerne les IDE, orthophonistes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciens.
- Le faible développement de modes d'accueil relais : un effort spécifique est fait dans ce domaine depuis 3 ans notamment avec la création de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire médicalisés. Il existe par ailleurs 3 structures autonomes non médicalisées d'hébergement temporaire dans l'Indre.
- Vieillesse de la population qui engendre des difficultés de maintien à domicile des personnes grandement dépendantes.
- Des besoins identifiés dans le sud du département dont le vieillissement est le plus élevé (zones d'emploi d'Argenton et La Châtre) et la capacité d'accueil inférieure à la moyenne départementale.
- Une forte hétérogénéité dans le fonctionnement des SSIAD créant une disparité de l'offre au niveau départementale tant pour les usagers que pour les professionnels partenaires des SSIAD.

Les axes d'améliorations :

- La mise en place de la MAIA fin 2013 permettra une meilleure lisibilité des dispositifs et des acteurs sur le département.
- La création d'une plateforme de répit sur le département de l'Indre va permettre de proposer des solutions et de l'aide aux aidants qui ont peu de solution de répit mais également des solutions d'aide aux aidés.
- Un effort particulier sur le développement des accueils de jour et hébergement temporaire avec la création de 8 lits d'hébergement temporaire et 6 places d'accueil de jour d'ici 2015.
- Le déploiement de la filière gériatrique dans l'Indre, en commençant par la zone du Blanc et de Châteauroux puis en étendant à la zone d'Issoudun et de la Châtre d'ici 2016.

5/ Une offre en faveur des personnes handicapées plutôt satisfaisante

5.1 Les enfants (carte n°19) :

- Le taux d'équipement en instituts médico-éducatifs dans l'Indre est le plus élevé de la région Centre avec 3 IME (Saint-Maur, Le Blanc, Valençay) et 1 EME à Châteauroux (dont une annexe à Issoudun). Il reste malgré tout des listes d'attente pour ces établissements, mais, en général, les enfants trouvent une place en moins d'un an. L'Indre compte également un institut d'éducation motrice à Valençay pour les enfants déficients moteurs et polyhandicapés avec un recrutement départemental et régional. Un accueil de jour pour enfants polyhandicapés se situe à Châteauroux. Pour répondre aux besoins sur l'agglomération castelroussine, un projet de redéploiement de l'IME de Valençay vers Châteauroux est en cours.
- Il n'existe pas d'établissement pour les enfants déficients sensoriels dans le département, mais il existe un accompagnement par le SAFEP/SSEFIS (Service d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce/Service de Soutien Familial et d'Intégration Scolaire) pour les déficients visuels et le SAFEP/SAAAIS (service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire) pour les déficients auditifs relevant du dispositif Arc en Ciel.
- L'Indre possède un institut thérapeutique, éducatif et pédagogique à Pellevoisin qui couvre les besoins pour les jeunes avec des troubles du comportement et de la conduite.
- Le taux d'équipement en services d'éducation spécialisée et de soins à domicile se situe dans la fourchette haute par rapport aux autres départements de la région. Cependant, il demeure des listes d'attente non négligeables pour les SESSAD déficients intellectuels (DI). Il faut noter que 6 places supplémentaires de SESSAD DI et 6 places de SSEFIS/SAAAIS pour déficients sensoriels sont programmées au PRIAC pour 2014.
- Deux centres d'action médicosociale précoces et deux centres médico psychopédagogiques avec des antennes couvrent l'ensemble du département.
- Le centre d'accueil et de loisirs médicalisés expérimental accueille des enfants avec des troubles envahissants du développement et leur propose de courts séjours afin d'accorder un temps de répit aux familles et des séjours de loisirs médicalisés.
- Le centre d'accueil familial spécialisé (CAFS) IME de 16 places monte en charge car la demande est plus importante depuis quelques années, tandis que le CAFS ITEP est moins sollicité. Les 2 CAFS sont les seuls de la région Centre et répondent à un besoin social et sanitaire spécialisé.
- Un accueil pour la petite enfance de type jardin d'enfants spécialisé est à envisager dans le département afin de renforcer la prise en charge précoce et ainsi éviter une prise en charge trop tardive en SESSAD ou en IME.

Tableau n°15 : L'évolution en équipements médico-sociaux pour enfants entre 2009 et 2013

	Nombre de places installées et autorisées au 31 /12/2009	Nombre de places installées et autorisées au 31/12/2013	Evolution
Instituts médico-éducatifs (IME)	246 places + 6 places d'accueil de jour à Châteauroux + 12 places d'accueil familial spécialisé	256 + 7 places d'accueil de jour à Châteauroux + 16 places d'accueil familial spécialisé	+ 11
Institut d'éducation motrice (IEM)	68 places	62 places	-6
Centre d'accueil et de loisirs médicalisés expérimental (CALME)	30 places	30 places	
Intitut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP)	45 places + 25 places d'accueil familial spécialisé	45 places + 21 places d'accueil familial spécialisé	
Services d'éducation spécialisée à domicile (SESSAD)	136 places	173 places	+ 35
TOTAL	568	608	+ 40

5.2 Les adultes (carte n°20) :

- L'Indre possède le plus fort taux d'équipement en maisons d'accueil spécialisé du Centre avec des accompagnements spécifiques pour les autistes, les personnes avec troubles psychiques, les personnes avec troubles du développement, les personnes polyhandicapées et déficientes motrices. Sur les 6 MAS existantes, 2 sont polyvalentes (Chaillac et Lureuil). Historiquement « terre d'accueil » pour des personnes originaires de la région parisienne, les MAS accueillent encore aujourd'hui un nombre non négligeables de résidents de cette région, essentiellement dans les 2 établissements spécialisés dans l'accueil de personnes autistes.
- Le taux d'équipement en foyers d'accueil médicalisé (FAM) se trouve dans la moyenne régionale. Un nouvel établissement a ouvert au printemps 2013 à Saint-Maur et accueille 22 personnes avec une déficience intellectuelle et troubles associés. L'établissement situé à Orsennes est spécialisé dans l'accueil et l'accompagnement de personnes souffrant de traumatismes crâniens. Son recrutement est régional, voire interrégional.
- Le département compte 30 places de SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapés) dont 20 destinées aux personnes avec handicaps psychiques. 5 nouvelles places ont été programmées au PRIAC en 2015. L'ensemble du département n'est pas couvert par le SAMSAH pour personnes avec handicaps lourds car celui-ci est basé à Issoudun.
- Le taux d'équipement en ESAT (établissements et services d'aide par le travail) est le plus fort de la région. Le projet d'ESAT pour personnes avec troubles psychiques a été reconnu, mais, à ce jour, seule une place a été autorisée sur les 16 prévues. Un dispositif départemental spécifique, appelé ESAT « hors les murs », est en place depuis 2009. Son objectif est de proposer des places d'ESAT dans les entreprises du milieu ordinaire.
- Les places de SSIAD sont dans la moyenne régionale en termes de taux d'équipement. Leurs interventions couvrent Châteauroux et son agglomération, ainsi que la partie est du

département. En revanche, l'ouest et le sud ne sont pas couverts par des SSIAD pour personnes handicapées, ce qui est parfois problématique.

- L'Indre possède également 2 groupes d'entraide mutuelle (GEM) pour personnes avec troubles psychiques basés à Châteauroux et Issoudun.
- Le département de l'Indre est plutôt bien doté en termes d'offre pour adultes handicapés. Cependant, la MAS psychiatrique n'a pu ouvrir que 20 places sur les 40 prévues dans le dossier CROSMS. A court et à moyen terme va se poser également le problème du vieillissement des personnes handicapées accueillies en établissements nécessitant une prise en charge médicale plus lourde. Une étude sur ce sujet a été entamée par le CREA du Centre au niveau régional. Le vieillissement des personnes handicapées est un des axes du SROMS et fera l'objet d'un groupe de travail.

Tableau n°16 : L'évolution en équipements médico-sociaux pour adultes entre 2009 et 2013

	Nombre de places autorisées et installées au 31/12/2009	Nombre de places autorisées et installées au 31/12/ 2013	Evolution
Maisons d'accueil spécialisé (MAS)	168 places	184 places	+ 16
Foyers d'accueil médicalisé (FAM)	102 places	124 places	+ 22
Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)	30 places	30 places	
Services de soins infirmiers à domicile pour personnes handicapées (SSIAD)	27 places	27 places	
Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT)	473 places	475 places dont 13 places hors les murs	+ 2
Centre d'Action médico Sociale Précoce (CAMSP)		235 places	
TOTAL	800 places	840 places	+ 40

5.3 Les points d'amélioration :

Malgré un d'équipement dans le département supérieur à la moyenne régionale, que ce soit sur le secteur enfance ou sur le secteur adulte, il existe des points de tension dans l'offre en matière de handicap.

En effet, en ce qui concerne les enfants, les listes d'attente non négligeables posent question (environ 40 enfants pour les IME, environ 70 enfants pour les SESSAD et 18 enfants pour les enfants déficients sensoriels). Les explications sont multifactorielles : précarité des familles, troubles psychiatriques, conséquences de la loi du 11 février 2005 sur la scolarisation des enfants handicapés, dépistage tardif.

Un accompagnement plus précoce, au moment de la petite enfance, est à envisager pour un dépistage précoce des troubles et éviter ainsi un éventuel passage en établissement. Les équipes des Agence Régionale de Santé du Centre

établissements et services souhaiteraient bénéficier d'un appui spécifique, par exemple, type équipe mobile psychiatrique, pour mieux accompagner les enfants et adolescents avec des troubles psychiatriques importants.

Dans le cadre du plan autisme 2013-2017, les professionnels souhaitent bénéficier de formations spécifiques pour accompagner de façon plus optimum les enfants autistes. Actuellement, cette problématique est récurrente dans les établissements et services accueillant ce type de public.

En ce qui concerne les adultes, malgré le taux d'équipement le plus élevé de la région en MAS, la tension est prégnante pour les personnes avec de lourds troubles psychiatriques. L'UGECAM, gestionnaire de la MAS à vocation psychiatrique, souhaite augmenter sa capacité de 10 places (20 à 30 places) en intégrant de nouveaux locaux. L'ARS a entamé un travail de coupes cliniques dans les MAS de l'Indre afin de connaître les pathologies des résidents et, à terme, réorienter les résidents si besoin est et adapter l'offre.

Le vieillissement des personnes handicapées est également une réalité qui sera plus prégnante dans l'avenir, ceci étant avec le vieillissement générale de la population départementale. Les MAS n'ayant plus de limite d'âge dans leurs agréments accueillent les personnes jusqu'à leur décès. Cependant, actuellement, peu d'entre-elles sont confrontées à cette problématique. Lorsque cela arrive, elles se retrouvent en difficulté et les personnels nécessiteraient d'être davantage formés et accompagnés pour faire face à l'accroissement de la dépendance dû à l'âge et aux décès. La problématique de l'avancée en âge se pose aussi pour les travailleurs handicapés qui ont besoin d'un poste adapté. Une fois leur arrêt définitif du travail se pose la question de l'hébergement. L'offre a donc besoin d'être adaptée pour accompagner au mieux le vieillissement des personnes handicapées. Deux études ont été menées par le CREAI sur ce sujet dans le cadre du SROMS. Le schéma départemental pour les adultes handicapés 2013-2018 aborde également cette question.

Enfin, le point d'extrême tension pour tous les établissements et services est le manque de praticiens médicaux et paramédicaux, alors que les personnes accompagnées ont des troubles importants. Les manques se situent dans les métiers suivants : psychiatres, pédopsychiatres, pédiatres, orthophonistes, kinésithérapeutes, psychomotriciens, ergothérapeutes. Un fonctionnement avec peu de spécialistes est à trouver en optimisant leur temps et leur nombre avec l'ensemble des ESMS.

Eléments de prospectives

Une situation très préoccupante au regard de la démographie des professionnels de santé, touchant l'ensemble des secteurs : ambulatoire, hospitalier et établissements médico-sociaux

11 MSP sont actuellement en fonctionnement, 4 projets sont en cours, 1 exercice regroupé et 1 création d'association entre professionnels de santé existent sur le territoire,

Le nombre de secteurs de permanence des soins ambulatoires PDSA est réduit à 10 secteurs depuis plusieurs années et donne satisfaction à tous. Carte n°12

Le fonctionnement du dispositif actuel est décrit au chapitre « analyse des données ». Les 3 secteurs éloignés du SAMU (Valençay, Châtillon sur Indre et Mézières en Brenne) assurent cependant des permanences en nuit profonde (0h-8h) pour une très faible activité (environ 1 acte toutes les 10 nuits).

Sur demande du CODAMUPS de février 2012, et à l'initiative du SAMU36, de l'URPS36 et du CDOM36, **une expérimentation d'extension de la PDSA aux samedis matins**, pour une durée de 6 mois, à compter du 5 octobre 2013, est engagée pour étendre la permanence des soins aux samedis matin (8h-12h) dans chacun des 10 secteurs, par les médecins de garde sollicités par la régulation SAMU, avec en compensation, suppression totale des permanences de nuit, ces dernières étant prises en charge par le SAMU 36.

Cette expérimentation, portée financièrement par l'ARS (crédits FIR), intéresse particulièrement les médecins de garde, mais également le SAMU 36 qui y gagne un renfort très appréciable sur une période difficile.

Des évaluations à mi-parcours puis en fin d'expérimentation sont prévues.

Si les résultats de cette expérimentation se révèlent techniquement et économiquement bénéfiques, la recherche d'une solution pérenne de financement sera alors recherchée, en particulier auprès de la CPAM, et le dispositif, pourquoi pas étendu à l'échelon régional, voire national.

La communauté hospitalière de territoire initiée par le centre hospitalier de Châteauroux a vocation à devenir départementale.

Celle-ci regroupe déjà les centres hospitaliers de Châteauroux (siège de la CHT), du Blanc, de Buzançais et de Châtillon sur Indre, ainsi que les EHPAD de Clion sur Indre, Mézières en Brenne et Argenton sur Creuse dont la direction est commune avec celle du centre hospitalier de Châteauroux.

Déjà, les centres hospitaliers des Grands Chênes, Issoudun et La Châtre ont fait part de leur volonté d'adhérer à cette communauté hospitalière de territoire sous réserve de modifier certains éléments de la convention constitutive.

L'accès aux urgences en moins de 30 minutes n'est pas actuellement assuré pour environ 80 communes du département (32%) du Sud, Sud-Est et Nord-Est de l'Indre, soit environ 38.000 habitants (16% de la population de l'Indre).

Carte n°14

une activité des urgences, des SMUR et du SAMU du département qui a fortement augmenté et une volonté de faciliter la prise en charge des urgences (délais d'intervention),

Pour pallier cette carence, un plan de prise en charge territoriale de l'offre de soins urgents et non programmés est en cours de mise en œuvre.

Le département dispose actuellement d'une offre limitée mais dynamique : 1 SAMU (Châteauroux), 2 SMUR (Châteauroux et Le Blanc), 1 héliSMUR à Châteauroux partagé avec le département du Cher, 1 unité mobile de médecins correspondants du SAMU à La Châtre, 3 services d'urgence, mais deux zones blanches sur le territoire de l'Indre.

A cet effet, la stratégie du SROS prévoit l'installation d'une antenne SMUR du SAMU du centre hospitalier de Châteauroux à Issoudun (travaux en cours), une hélisation au Blanc, et la finalisation de l'unité mobile MCS à La Châtre avec une évolution de fonctionnement 24h/24.

Cette unité mobile de médecins correspondants du SAMU à La Châtre est un dispositif original, mis en place par le SAMU 36 depuis début 2013. Un Médecin Correspondant du Samu (MCS) est un médecin généraliste de premier recours, partenaire de son Samu Centre 15 local, qui prend en charge des patients en situation d'urgence médicale grave. En tant que premier acteur médical de la filière d'Aide Médicale Urgente, il reçoit régulièrement une formation aux gestes et protocoles de l'urgence et est équipé en matériel médicaments spécifiques. Les MCS exercent essentiellement dans des zones pour lesquelles le délai du SMUR est supérieur à 30 à 60 minutes. Leur intervention permet un gain de temps et de chance lors d'urgences graves.

Dans le secteur des personnes âgées :

Le réseau Etre-Indre va évoluer en Equipe Mobile de Gériatrie à compter de 2014, dans un objectif de réponse à des problématiques locales d'accompagnement des personnes âgées dépendantes à domicile, dans une logique de parcours de santé. Cette équipe aura également vocation à intervenir dans un deuxième temps en EHPAD et dans les Hôpitaux locaux du département. Cette équipe doit s'inscrire dans la démarche de filière gériatrique.

La mise en place de la MAIA fin 2013 permettra une meilleure lisibilité des dispositifs et des acteurs sur le département.

La création d'une plateforme de répit sur le département de l'Indre va permettre de proposer des solutions et de l'aide aux aidants qui ont peu de solution de répit mais également des solutions d'aide aux aidés.

Le développement d'accueils de jour et d'hébergement temporaire d'ici 2015 devrait également permettre de soulager les aidants.

Le déploiement de la filière gériatrique va commencer par les secteurs de Le Blanc et Châteauroux avant d'être étendu aux secteurs d'Issoudun et la Châtre d'ici 2016. La coordination entre les services hospitaliers gériatriques, les SSIAD, l'HAD, les EHPAD et les professionnels de santé libéraux sera renforcée afin que le parcours de prise en charge des personnes âgées soit fluidifié.

Dans le secteur du handicap, malgré un taux d'équipement dans le département supérieur à la moyenne régionale, il existe des points de tension dans l'offre. **Mais il apparaît plus judicieux d'adapter cette offre plutôt que de la développer.**

Ainsi, pour les enfants, un accompagnement plus précoce au moment de la petite enfance permettrait de dépister tôt des troubles et d'éviter ainsi un éventuel passage en établissement. Une ouverture des IME vers l'extérieur, accompagnée d'une diversification de leurs offres (accueil séquentiel, ...) est également souhaitable. Enfin, la relance d'un travail en commun des institutions ARS, Conseil Général-MDPH et Education Nationale est très attendu pour étudier les possibilités de scolarisation des enfants handicapés.

Pour les adultes, la tension est prégnante pour les personnes avec de lourds troubles psychiatriques. Elle est également préoccupante pour les personnes handicapées vieillissantes. Une déclinaison départementale des prochains travaux menés collégialement par l'ARS avec les Conseils Généraux et les MDPH, sur la recherche de solutions face au vieillissement des personnes handicapées est attendue. Par ailleurs, il faut conforter l'idée que les établissements de l'Indre ne sont pas une terre d'accueil pour les ressortissants de la région parisienne.

Enfin, face à la pénurie de moyens humains, il convient d'optimiser le nombre et le temps des praticiens médicaux et paramédicaux avec l'ensemble des ESMS.

La prévention, quant à elle, souffre de sources de financements décroissantes. Elle est cependant prise en compte dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des hôpitaux et des établissements médico-sociaux, et commence à se déployer dans les maisons de santé pluridisciplinaires, mais surtout au travers des territoires couverts par des Contrats locaux de Santé.

Une volonté des acteurs de se coordonner, de se décloisonner, filière gériatrique – communauté hospitalière de territoire – contrat local de santé – rapprochement de réseaux – associations de prévention...etc

1.3- Le tout corroboré par la Conférence de territoire

Afin d'alimenter le diagnostic régional du PRS, la conférence de territoire a produit en novembre 2011 des travaux qui ont permis d'identifier des sujets majeurs pour le département de l'Indre, notamment :

Les faits marquants du diagnostic de la CT en 2011 :

Autonomie :

- *Ruralité / vieillissement / manque de revenus*
- *Insuffisance de l'offre de soins pénalisant l'optimisation d'une politique de maintien à domicile*
- *Listes d'attentes dans le secteur enfant du handicap*

Maladies Chroniques:

- *Favoriser la mobilité des équipes*
- *Développer des techniques nomades*
- *Coordonner les actions afin de rationaliser les efforts*
- *Associer les collectivités locales*

Santé mentale:

- *Améliorer l'accessibilité aux soins*
- *Renforcer l'intersectorialité et la psychiatrie de liaison*
- *CMP pivot*
- *Le secteur d'Issoudun, actuellement rattaché au Cher, pourrait être intégré au département de l'Indre*
- *Le problème de l'hospitalisation des adolescents dans l'Indre*
- *La fragilité de la psychiatrie infanti-juvénile*
- *La prise en compte des besoins fondamentaux dans l'ensemble des dispositifs : continuité des soins – ressources suffisantes pour mener une vie décente – un logement ou un hébergement adapté - un accompagnement efficace pour aider la personne à acquérir des habitudes vitales et à retrouver progressivement plus d'autonomie*

2ème partie : Relevez les défis

2.1 Une seule solution, la territorialisation

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.

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 situant 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/ La structuration géographique du territoire

Le département de l'Indre bénéficie d'une position centrale, en frange sud de l'Île de France (250 km de Paris) et de la région Centre. Il se situe dans un espace géographique intermédiaire, aux marges du Bassin parisien et du Massif Central. Il constitue avec le département du Cher, la province historique du Berry.

Il est traversé du Nord au Sud par l'autoroute A20 et la ligne SNCF Paris Toulouse, et transversalement par des routes importantes facilitant les communications routières entre les villes de Châteauroux, Issoudun, Le Blanc, La Châtre, Argenton sur Creuse, Buzançais.

L'agglomération Castelroussine, située en plein centre du département regroupe la très grande majorité des services et activités économiques, dont notamment l'hôpital de référence du département, les principaux établissements médico-sociaux et sociaux, tous les médecins spécialistes, et bon nombre des professionnels de santé paramédicaux.

Le reste du département, très rural, est donc bien moins pourvu en professionnels de santé, alors que la population y est plus isolée, plus vieillissante, généralement plus précaire et plus difficile à joindre. Un gradient est toutefois à noter entre les Boischauts Sud et Nord de l'Indre (élevages), la Brenne (terres pauvres - piscicultures), et la Champagne berrichonne qui est la région céréalière riche.

Carte n° 1

2.1 Les territoires relevant du code officiel géographique

247 communes : le département de l'Indre est découpé en quatre arrondissements (Châteauroux – Issoudun – La Châtre et Le Blanc), 26 cantons et 247 communes, pour une population de 234.900 habitants.

60 % des communes (149) ont moins de 500 habitants (16 % de la population)

22 % des communes () ont une population comprise entre 500 et 1000 habitants (17 %)

15 % des communes ont une population comprise entre 1.000 et 5000 habitants (28%)

3 % des communes (7) ont une population supérieure à 5.000 habitants, (39 %).

La commune est l'échelon qui dispose de la compétence santé en vertu du code général des collectivités territoriales.

Carte n° 21

18 établissements public de coopération intercommunale (EPCI) aux compétences variées, mais pas la santé. *Carte n°22*

6 pays qui correspondent chacun à des entités géographiques et paysagères distinctes : Le pays du Val de l'Indre, le pays de La Châtre en Berry, le pays Val de Creuse - Val d'Anglin, le pays de la Brenne, le pays de Valençay en Berry et le pays d'Issoudun et de Champagne berrichonne. Les pays ont des compétences de réflexion et d'études d'aménagement du territoire.

Carte n°23

Les EPCI comme les Pays peuvent être amenés à développer des actions dans le domaine de la santé, notamment au travers de contrats locaux de santé.

2.2 Les outils complémentaires de l'INSEE

Les zones d'emploi constituent le seul zonage d'étude construit de façon pertinente pour l'étude des problématiques des marchés locaux de l'emploi. Toutes les études menées jusqu'à ce jour, notamment le schéma régional d'aménagement du territoire (2011) sont établies sur les zones d'emploi définies en 1990 : 4 zones pour l'Indre (Châteauroux, Issoudun, Argenton sur Creuse, La Châtre) *Carte n°24*

Depuis fin 2010, le département de l'Indre est divisé en trois zones d'emploi (Châteauroux, Issoudun et Le Blanc) : le secteur de Valençay est rattaché au Romorentin (41), le sud de l'Indre et Loire (37) est rattaché au secteur de Le Blanc, le secteur d'Argenton est rattaché à Châteauroux.

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. »

Chaque bassin de vie de la région abrite en moyenne 26 700 habitants sur 416 kilomètres carrés (km²), répartis sur une vingtaine de communes. Ces moyennes masquent une grande variété de situations. Une typologie en cinq catégories est réalisée.

La région Centre s'organise autour de 96 bassins disposant des principaux équipements de la vie quotidienne. Ces territoires sont hétérogènes en termes de surface, de population et de niveau d'équipement.

10 sont structurés autour de grands pôles urbains proposant de nombreux emplois. Il s'agit des bassins centrés sur les chefs-lieux départementaux, comme **Châteauroux** pour le département.

10 bassins de vie sont caractérisés par une unité urbaine comptant entre 5 000 et 10 000 emplois. C'est le cas de celui autour de la ville d'**Issoudun** dans le département. Ils s'étendent en moyenne sur 580 km², surface assez importante, et présentent une densité peu élevée de 45 hab/km². Ces territoires, accueillant une population assez âgée, sont peu dynamiques démographiquement.

Ces territoires sont bien équipés. Les habitants disposent de l'ensemble des équipements de la gamme intermédiaire et de 26 sur 35 de la gamme supérieure. Ceux du domaine de la santé y sont bien présents.

Au sein de ces bassins de vie, les temps d'accès aux équipements sont élevés du fait de l'éloignement d'une partie de la population.

32 bassins de vie périurbains se concentrent autour de l'axe ligérien, des franges franciliennes ainsi que dans l'espace multipolarisé du nord régional, de Bourges et de Vierzon.

Ils sont faiblement étendus, en moyenne 280 km², et répartis sur une quinzaine de communes.

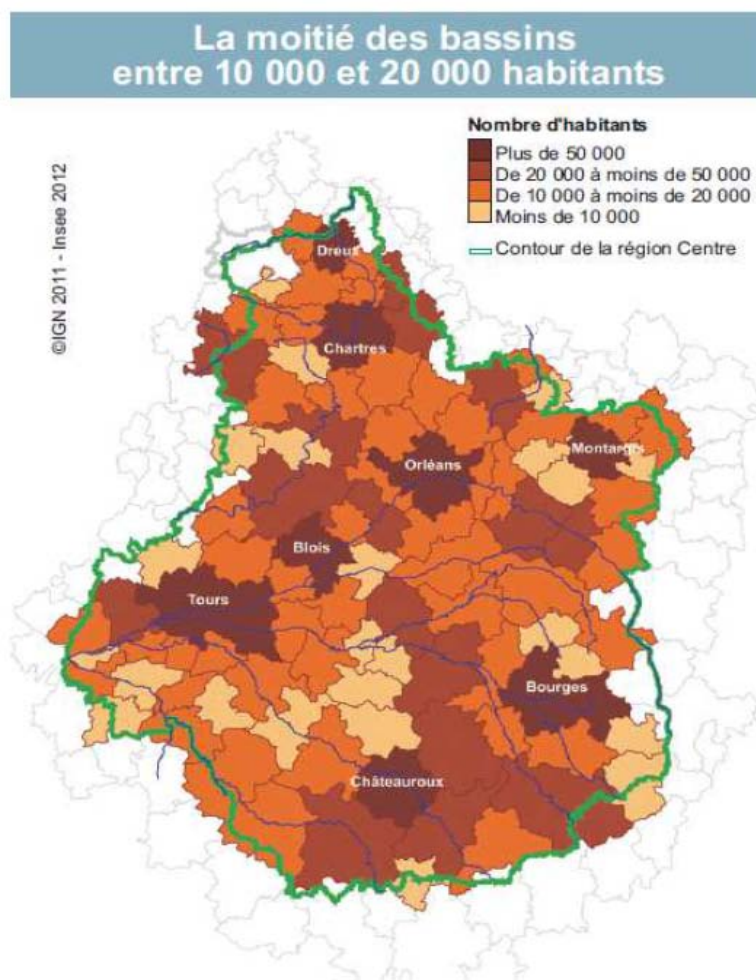
22 bassins de vie s'articulent autour de petits pôles, c'est-à-dire des unités urbaines dotées d'au moins 1 500 emplois, telles **Argenton-sur-Creuse, Le Blanc, Buzançais** et **La Châtre** pour le département de l'Indre. La densité y est faible.

Les 22 autres bassins de vie dépendent d'une petite commune ou d'une petite unité urbaine de moins de 1 500 emplois, comme par exemple **Valençay** dans l'Indre.

Ces territoires se situent dans les zones les moins denses. Ces bassins, très peu denses (25 hab/km²) présentent un assez faible dynamisme démographique. La population est particulièrement âgée : le quart des habitants a plus de 65 ans, soit 6 points de plus que la moyenne des bassins. Ces territoires se distinguent des précédents par un niveau d'équipement plus faible. La population est éparse. Le faible niveau d'équipement et la dispersion de la population induisent des temps d'accès relativement longs.

Carte n°25 : les bassins de vie

Carte n°26 :



Source : Insee, Recensement de population 2009

2.3 Les territoires de référence utilisés par les partenaires de l'ARS

La structuration géographique des services du conseil général s'appuie sur 5 circonscriptions d'actions sociales au travers du département : Châteauroux, Issoudun – Déols, Argenton sur Creuse – le Blanc, Buzançais – Valençay, La Châtre – Ardentes.

Carte n°27

Au moins jusqu'en 2013, tous les projets d'aménagement du territoire s'appuient sur les bassins d'emploi régionaux (24 en région Centre, 4 dans l'Indre) qui respectent les limites départementales (voir chapitre précédent). Cependant, les démarches engagées en 2013 par le Conseil Régional pour l'élaboration « d'Ambitions 2020 » s'appuient sur les nouveaux bassins de vie, moins nombreux (3 dans l'Indre) et qui ne respectent plus les limites départementales.

L'Etat s'appuie théoriquement sur les limites départementales pour l'attribution de subventions (DETR dotation d'équipement des territoires ruraux, FNADT fond national d'aménagement et de développement du territoire, FEADER fonds européens agricoles pour le développement rural, FSE fond social européen), mais comme la plupart sont gérés dans un cadre régional, le non respect des limites départementales ne devrait pas être un handicap.

2.4 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.

Le centre hospitalier de Châteauroux, profondément restructuré au cours de la dernière décennie, situé en plein centre du département est l'hôpital de référence de l'Indre. Les 3 autres établissements (Issoudun, Le Blanc et la Châtre), ainsi que les hôpitaux locaux (Buzançais, Châtillon sur Indre, Levroux, Valençay) travaillent de plus en plus en complémentarité du centre hospitalier de Châteauroux.

L'activité hospitalière privée est limitée à 3 établissements : une clinique chirurgicale à Châteauroux, une clinique psychiatrique à Chasseneuil, un établissement diététique à Pouligny Notre Dame.

Dès lors qu'une pathologie requiert une compétence plus approfondie, les patients sont dirigés vers l'hôpital de Châteauroux qui les prend en charge ou les renvoie lui-même vers le CHRU de Tours ou un autre établissement spécialisé régional ou extra régional.

Carte n°13

Une situation particulière en matière de psychiatrie, le département couvre tout le secteur enfant sans toutefois pouvoir assurer tous les soins faute de professionnels suffisants, mais une partie seulement du secteur adulte. Les cantons d'Issoudun sont actuellement rattachés au département du Cher (hôpital George Sand).

Carte n°28

Une communauté hospitalière de territoire déjà initiée par le centre hospitalier de Châteauroux mérite d'être développée.

Une démographie médicale et paramédicale : le département est très déficitaire en de nombreux professionnels de santé, sauf en infirmières. Néanmoins, ces dernières sont amenées à réaliser des actes qui ne sont pas expressément de leur compétence pour compenser certaines carences.

En particulier, l'Est du département (cantons de La Châtre, d'Issoudun et de Chabris) est classé en zone déficitaire pour les médecins généralistes, en zone intermédiaire pour les infirmiers, en très sous-doté pour les masseurs kinésithérapeutes.

Tableau n°8 - Cartes n°9 et 10

Des services de soins infirmiers à domicile SSIAD bien développés dans l'Indre.

Carte n°17

Des services de soins hospitaliers à domicile (HAD) couvrant tout le territoire

Carte n°29

Dans le cadre de la politique de la ville, un Contrat Urbain de Cohésion Sociale (CUCS) ciblant les quartiers d'habitat social de Châteauroux et de Déols :

- priorité 1 : Saint Jean (Châteauroux)
- priorité 2 : Saint Jacques, Beaulieu, Vaugirard (Châteauroux)
- priorité 3 : Saint Denis, Le Fontchoir, Les Nations à Châteauroux et Le Clou à Déols

permet à l'ACSE (Agence nationale pour la Cohésion Sociale et l'Égalité des chances) de financer depuis 2007, des d'actions portant sur 7 thématiques :

- réussite éducative, parentalité/ accès à la culture
- accès à l'emploi et développement économique
- santé et accès aux soins
- lien social, citoyenneté
- accès aux droits et prévention des discriminations
- prévention de la délinquance
- logement et cadre de vie

Fin novembre, une nouvelle liste des villes et quartiers prioritaires pouvant bénéficier des crédits ACSE est attendue.

Au sein du Contrat Urbain de Cohésion Sociale (CUCS), la ville de Châteauroux gère depuis 2009 un Atelier Santé Ville (ASV) spécialisé sur la santé, notamment en actions de prévention portant sur les quartiers Saint Jean et Saint Jacques à Châteauroux.

Le plan stratégique local (PSL) de l'agglomération castelroussine (2012) fait suite au projet de rénovation urbaine (PRU) réalisé avec succès. Les acteurs locaux y réaffirme la volonté de prolonger

et amplifier la dynamique née du PRU en fixant l'objectif ambitieux du retour dans le droit commun des principaux quartiers d'habitat social de Châteauroux (Saint-Jean, Saint-Jacques, Vaugirard, Beaulieu, Les Nations) et Déols (Le Clou) et de leur participation pleine et entière au fonctionnement de la cité, en réaffirmant leur vocation sociale mais en se donnant pour ligne stratégique de les ouvrir progressivement à la mixité fonctionnelle et à la diversité sociale et de mettre les politiques publiques au service de la valorisation de leur potentiel urbain et humain.

Aucun plan local de santé ne semble avoir été formalisé à ce jour par les collectivités territoriales.

Un Contrat Local de Santé CLS a été signé avec la ville de Châteauroux le 19 décembre 2011, pour une durée de 3 ans. Il étend à l'ensemble du territoire de la ville de Châteauroux les actions menées dans les quartiers prioritaires de l'ASV. Il est essentiellement centré sur la prévention (santé mentale, nutrition, maladies chroniques), mais a également pour second objectif d'anticiper la désertification médicale et paramédicale.

Les pays paraissent vouloir s'engager dans la mise en œuvre de programme de santé, notamment des contrats locaux de santé.

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.

Dans l'Indre :

- **1 premier CLS a été signé le 19 décembre 2011 avec la ville de Châteauroux** (1 commune, 48500 habitants), pour une durée de 3 ans. Il est essentiellement centré sur la prévention (santé mentale, nutrition, maladies chroniques), mais a également pour second objectif d'anticiper la

désertification médicale et paramédicale en créant si nécessaire des structures d'accueil des professionnels de santé, si ces derniers le souhaitent.
L'idéal serait d'étendre ce CLS à l'ensemble de la Communauté d'Agglomération Castelroussine ou tout au moins à sa partie la plus urbanisée.

- **1 second CLS est en cours de finalisation sur le territoire du Pays d'Issoudun et de Champagne berrichonne** (43 communes, 33.000 habitants). Sa signature est envisagée le 25 janvier 2014.
Ses objectifs portent sur la promotion du territoire, la coordination et la mise en réseaux des professionnels de santé libéraux et publics, le développement de la prévention, l'information et l'éducation populaire à la santé, la création de structures nouvelles.
- **1 troisième CLS pourrait voir le jour dans le pays du Parc Naturel Régional de La Brenne PNRB** (51 communes, 32.500 habitants). Les premiers contacts ont eu lieu début octobre 2013, et les décisions du PNRB sont attendues pour la fin de l'année 2013.

Si ce 3^{ème} CLS se confirme, cela porterait à 114.000 la population couverte par un CLS, soit près de 50 % de la population de l'Indre.

2.2 Les priorités de mise en œuvre du PRS sur le territoire de l'Indre

Le présent PTS n'a pas pour objectifs de décliner de façon systématique les actions relevant du 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.

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).

2/ Les parcours

Parmi l'ensemble des thématiques de santé abordées dans le PSRS, 6 ont été retenues comme prioritaires pour figurer dans chaque PTS :

- **Accès aux soins et inégalités de santé**
- **Soins de premier recours**
- **Filière gériatrique**
- **Santé mentale**
- **Périnatalité**
- **Urgence**
- **Prise en charge des personnes handicapées**
- **Addictions**

A ce jour, les 5 premières thématiques ont fait l'objet de travaux intra-ARS, ou de travaux concertés avec des partenaires, selon des méthodologies différentes mais visant une opérationnalité quant à leur mise en œuvre.

Il convient aussi de préciser qu'un PTS n'est pas un document programmatique de financement.

3/ Les fiches actions

Le PTS vise à favoriser la transversalité entre les domaines de la prévention, de l'ambulatoire, du sanitaire, du médico-social, et la territorialisation des actions au sein du département. Il est centré sur des actions d'adaptation de l'offre, de coordination, de coopération.

Les trois axes retenus par la Conférence de territoire prennent en compte l'ensemble des données du territoire et les conséquences qu'elles emportent, ainsi que l'articulation avec l'ensemble des dispositifs et parcours.

Le PTS compte 3 objectifs spécifiques : maintien et amélioration de l'offre – complémentarité des prises en charges – promouvoir et développer les dispositifs « aller vers », et 26 fiches-actions (annexe 4) ; celles-ci sont d'un niveau de détail différencié, et selon l'avancement de la réflexion, des modalités de mise en œuvre seront à préciser.

Thème : maladies chroniques et autonomie

Action	Pilote	Partenaires	Calendrier
Maison de l'Accompagnement (Coordination pivot)	Bureau de la Conférence de territoire	ARS – Etablissement médicaux, médicaux-sociaux, sociaux - Conseil Général – Collectivités – Associations...	2013/2016
EMG Eure Indre	Centre départemental Gériatrique de l'Indre	Les personnes âgées de plus de 75 ans et leur famille – Le Centre hospitalier de Châteauroux – Les Ephad – les Ch d'Issoudun – La Châtre – Valençay, Levroux, les partenaires du secteur à domicile – les professionnels libéraux – les équipes des réseaux de santé – les services sociaux – les services et associations tutélaires – le CLIC – la MAIA ...	Ouverture de l'EMG au 01.01.2014
Coordination en SSR : équipe mobile SSR	Bureau de la Conférence de territoire	ARS, MDPH, Conseil régional, Etablissement de santé, Secteur libéral, les réseaux existants, équipe mobile TC de la Membrolle, futur maison de l'accompagnement	A préciser 2013/2016
Organiser la Filière gériatrique sur le département	ARS	Ehpad, SSIAD, Centres hospitaliers, professionnels de santé	2013/2015
Maladies infectieuses /IST	ALIS 36	Etablissements scolaires, structures accueillant des jeunes hors milieu scolaire, services sociaux, structure d'hébergement social et médico-social, association d'aide alimentaire...	2014/2016

Thème : santé mentale et conduites addictives

Action	Pilote	Partenaires	Calendrier
Démographie médicale et santé mentale	Centre hospitalier de Châteauroux	Association des Internes Conseil Général ARS CH Pôle de psychiatrie	2013/2016
Dispositif aux urgences psychiatriques sur le territoire de l'Indre	Centre hospitalier de Châteauroux	Ch de Châteauroux Pôle de psychiatrie adulte SPIJ Ch Le Blanc Ch La Châtre Ch Issoudun Clinique du Haut Cluzeau Les transports sanitaires MDA EMSSP / Respire Police / Gendarmerie CMPP Aidaphi CMPP PEP UNAFAM CMP Issoudun Ch George Sand Médecins generalists L'ensemble des ESMS PA / PH / publics spécifiques ARS PJJ Education Nationale	2013/2015
Continuité du parcours santé mentale pour les adultes	ARS	Pôle de psychiatrie adulte, Ch Châteauroux CMP Issoudun SPIJ	2014

		Ch George Sand Clinique du Haut Cluzeau Représentant du Pays D'Issoudun Champagne Berrichonne Les représentants des usagers	
Adapter la réponse aux spécificités des adolescents	ARS	ANPAA / MDA SPIJ Education nationale ESMS enfants CMPP Représentants des usagers ...	2014/2015
FICHE SOCLE « souffrance psychique conduite addictive »	1 fiche action socle « Souffrance psychique et conduites addictives » décrivant les modalités générales : objectifs spécifiques à territoire d'intervention a été réalisée avec une prise en compte du « aller vers » Cette fiche se subdivisera en plusieurs sous fiches thématiques		
ELA « souffrance psychique conduite addictive »	CHC	Ensemble des professionnels, des bénévoles, entourages... susceptibles d'intervenir dans l'intérêt du patient.	2014/2016
Réseau respire / EMSSP « souffrance psychique conduite addictive »	RESPIRE / EMSSP (CH Châteauroux).	La population & son entourage Les professionnels et les bénévoles concernés	2014/2016
CODES 36 « souffrance psychique conduite addictive »	CODES 36	AISMT - ALIS 36 - ANPAA 36 - Association EKR - Centre Hospitalier de Châteauroux (SPIJ, Pôle psychiatrie, etc.) Conseil Général - Conseil Régional CPAM - DT 36 ARS Education Nationale – Gendarmerie - Groupement de l'Indre Inspection académique LEGTA Naturapolis - Mairie de Châteauroux - MDA – MSA - Personnel de l'animation - Personnel de réinsertion Planning Familial 36 - Professionnels de santé et médico-sociaux - Réseau Etre-Indre - Réseau RESPIRE - Services de santé – scolaire – SMPR -SOS Ecoute - UNAFAM	2014/2016
EKR « souffrance psychique conduite addictive » Communiquer – informer - former	Association Elisabeth Kübler-Ross France	Les personnes en deuil et leur entourage Les professionnels Les bénévoles ainsi que les autres structures : associations, collectivités, administrations, élus ...	Tout au long de l'année
« Etre Indre » « souffrance	EMG être Indre	Personnes de plus de	A partir du 1 ^{er} janvier

psychique conduite addictive » Repérage de la dépression et prévention de la crise suicidaire		75 ans présentant une dépression et/ou un risque suicidaire Leur entourage Les professionnels et les bénévoles concernés	2014
Caarud « souffrance psychique conduite addictive »	CAARUD / ALIS 36	Etablissements scolaires, structures accueillant des jeunes hors milieu scolaire, services sociaux, structure d'hébergement social et médico-social, association d'aide alimentaire...	2014/2016
ANPAA36/CSAPA« souffrance psychique conduite addictive »	ANPAA 36	Tout acteur des champs sanitaire, social, médico-social, éducatif.	2014
ANPAA 36/CICAT« souffrance psychique conduite addictive »	ANPAA 36	Professionnel de santé, MG, infirmières, les équipes hospitalières et en établissements, travailleurs sociaux, secteur médico-social, Personnes souffrant d'addiction et leurs entourages,	2013/2016

Thème : soins de premiers recours

Action	Pilote	Partenaires	Calendrier
Démographie médicale	ARS, CG	CDOM, CH, MSP, Faculté, CPAM	2013/2016
Favoriser les différentes formes d'Exercice regroupé	ARS, Etat, Conseil Régional	Conseil départemental de l'ordre des médecins, C.G, Collectivités Territoriales	2013/2015
Pôle de santé du bassin de vie de Valençay	DR DESDOUITS Daniel	ARS Centre, DT 36 ; Conseil Régional Centre, Conseil Général 36, Hôpital de Valençay, la Communauté de Commune de Valençay, les communes de Valençay, Lye, Vicq/Nahon, Luçay le Mâle, Poulaines ; le Pays Boischaut Nord	Pour les pôles de Vicq/Nahon, Poulaines, Luçay le Mâle, Lye : ouverture deux ième semestre 2015, Pour le Pôle de Valençay : fin 1 ^{er} semestre 2016 Dossier informatique partagé fin 2014
Le Maillage du réseau des urgences	CH Châteauroux / SAMU 36	Médecins libéraux formés = MCS CH la Chatre (Médecin et IDE formés aux soins d'Urgences) CH Issoudun (création antenne SMUR basé au CH Issoudun	2013/2016
Développer les consultations avancées des établissements de santé	ARS, CPAM	Conseil départemental de l'ordre des médecins, M.S.P, les Centres Hospitaliers	2013/2015
PDS	ARS	Conseil départemental de l'ordre des médecins, Association des Médecins	Mise en place à compter du samedi 5 octobre 2013 Evaluation de

		Régulateurs de l'Indre (Amerli), Centre Hospitalier de Châteauroux	l'expérimentation après 3 mois de fonctionnement
DMP	CGS Télésanté Centre / ASIP Santé ARS Centre	Service des Urgences Professionnels de santé Etablissements sociaux & médico sociaux	2012/2016
Télémédecine, l'exemple de la MAS des Oiseaux	MAS des Oiseaux	CHRU Bretonneau de Tours Centre régional pour l'Autisme ARS centre	2013/2014

4/ Les modalités de suivi et d'évaluation du programme territorial de santé

Le suivi

Le programme territorial de santé est actualisé par la conférence de territoire, qui joue le rôle de comité de suivi. Elle se réunira au moins une fois par an, pour préciser les modalités de mise en œuvre des 3 objectifs spécifiques et des 26 fiches-actions et dresser l'état d'avancement des mesures prévues.

Les travaux de bilan et d'évaluation sont préparés en amont par le bureau de la conférence. La délégation territoriale de l'ARS est chargée d'organiser l'interface avec les différents acteurs locaux et le niveau régional.

L'évaluation

Chaque fiche-action comporte des indicateurs de suivi et de résultat, qui sont définis en cohérence avec les objectifs retenus pour le Projet Régional de Santé.

Ces indicateurs pourront être ajustés en vue de la première restitution annuelle.