

Programme territorial de santé de l'Indre-et-Loire

2013 - 2016



Adopté par la Conférence de territoire le 10 décembre 2013
Validé par le Directeur général de l'ARS du Centre le 22 novembre 2013

www.ars.centre.sante.fr

TABLE DES MATIERES

Préambule.....	5
1ère partie : L'identité du territoire	8
I. Analyse des données	9
I.1. Le profil démographique aujourd'hui et demain	9
I.1.1 L'évolution de la population.....	9
I.1.2 La structure par âge de la population et son évolution	10
I.2 Les indicateurs sociodémographiques	12
I.2.1 Les personnes âgées.....	12
I.2.2 Les personnes handicapées	13
I.2.3 Les personnes en situation précaire.....	14
I.3 Les indicateurs de santé	17
I.3.1 L'espérance de vie.....	17
I.3.2 Le taux de mortalité et le taux de mortalité prématurée.....	17
I.3.3 Les Affections de Longue Durée (ALD).....	19
I.3.4 Les Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG)	20
I.3.5 Les addictions (alcool, tabac, drogues illicites)	20
I.3.6 La tuberculose	20
I.4 Les inégalités cantonales de santé en région Centre.....	21
I.5 Les caractéristiques du territoire en santé environnementale.....	21
I.5.1 Eaux destinées à la consommation humaine	21
I.5.2 Eaux de loisirs	24
I.5.3 Prévention de la légionellose	24
I.5.4 Prévention des risques auditifs	24
I.5.5 Lutte contre la pollution atmosphérique.....	25
I.5.6 Qualité de l'air intérieur	25
I.5.7 Prévention des intoxications oxycarbonées.....	25
I.5.8 Lutte contre l'habitat indigne	26
I.5.9 Lutte contre le saturnisme.....	27
I.5.10 Prévention des risques liés à l'amiante dans les établissements sanitaires et médico-sociaux.....	28
I.5.11 Risques sanitaires liés aux plantes invasives.....	28
I.5.12 Impact lié aux activités humaines.....	28
I.6 L'offre sanitaire, médico-sociale et en prévention disponible	29
I.6.1 L'offre de soins ambulatoire	29
I.6.2 L'offre de soins sanitaire	35
I.6.3 L'offre en faveur des personnes âgées	41
I.6.4 L'offre en faveur des personnes handicapées.....	44
I.6.5 L'offre en faveur des personnes en difficultés spécifiques.....	49
I.6.6 L'offre en promotion et prévention de la santé	49
II. Les forces et faiblesses du territoire : le point de vue de la conférence de territoire.....	56
2ème partie : La territorialisation des actions de santé	63
3ème partie : Les priorités de mise en œuvre du PRS sur le territoire d'Indre-et-Loire	73
I. Définition de la notion de parcours	73
II. Le programme d'actions pour les différents parcours	74
II.1 Les moyens de coopération.....	74
II.2 Les ressources humaines	74
II.3 Les Systèmes d'Information.....	75
III. Les différents parcours	76
III.1 Les soins de premier recours.....	76
III.2 Les filières gériatriques	77
III.3 L'accès aux soins des plus démunis	82
III.4 La santé mentale	84

III.5 Les personnes handicapées	84
III.6 Les addictions.....	86
III.7 La médecine d'urgence.....	86
III.8 La santé environnementale.....	86

Annexe 1 : Lutins des Pays

Annexe 2 : Fiches actions

Préambule

L'une des ambitions de la Loi 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 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 du code de la Santé Publique 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

Le choix a été fait par l'ARS du Centre de retenir le département comme territoire de santé et de le considérer comme le territoire le plus pertinent pour la mise en œuvre du Projet Territorial de Santé qui déclinera les objectifs du PRS dans ses dimensions de cohérence et de transversalité sur le champ de la Santé.

C'est dans ce cadre défini au préalable que la Conférence de Territoire (CT) d'Indre et Loire a arrêté plusieurs points d'entrée pour ancrer le PTS sur le territoire de santé :

↳ La réalisation de **diagnostics territoriaux** sur des territoires de proximité infra départementaux ; par référence aux Pays* pour ce qui concerne le milieu non urbain.

Constitué de communes ou de groupements de communes, le Pays apparaît comme un territoire de projet caractérisé par une cohésion géographique, économique, culturelle et sociale qui détermine sa stratégie de développement. Ses caractéristiques lui confèrent par ailleurs toute la légitimité pour être porteur d'un CLS.

Ainsi en amont de l'élaboration du PTS, la Conférence de Territoire d'Indre et Loire a demandé à la délégation territoriale de réaliser en infra départemental un diagnostic qualitatif 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.

L'objectif était de dégager sur chaque territoire de proximité ses points forts et ses points faibles qui contribueraient à définir des axes d'amélioration, en cohérence avec les priorités régionales.

Chronologiquement, il s'est agi d'abord de réaliser l'exercice sur deux Pays pressentis pour porter un CLS, soit le Pays de la Touraine Côté Sud et le Pays du Chinonais, en associant les partenaires locaux et le Conseil Général.

Lors de sa séance du 03 mars 2013, le Bureau de la Conférence de Territoire a décidé de mener à son terme ce travail de diagnostic en priorité sur les Pays Loire Nature et Loire Touraine pour terminer par la zone du Grand Tours. C'est ainsi 5 territoires infra départementaux qui ont été explorés donnant lieu pour chacun à un outil dénommé « LUTIN », joints en annexe 1.

Ces diagnostics locaux, appuyés sur un état des lieux permettent ainsi d'approcher les points faibles et les points forts sur l'ensemble des champs de compétence de l'ARS dans ces territoires infra départementaux.

↳ La traduction des priorités thématiques régionales, précisées dans des notes de cadrage et déclinées localement par **des feuilles de route** définissant des pistes d'action à mettre en œuvre sur le territoire de santé et portant sur les questions de santé suivantes : le PRAPS, les soins de premier recours, la filière gériatrique. S'y adjoindront durant l'année 2014 d'autres feuilles de route portant sur les thèmes de la périnatalité et petite enfance, du handicap, de la santé mentale, des addictions et de la médecine d'urgence.

↳ Des axes d'amélioration sur des points de rupture dans des parcours de santé jugés prioritaires suite au vote de la CT le 30 avril 2013 et traduits dans des **fiches action jointes en annexe 3 du PTS et synthétisées dans sa troisième partie**. Les points de rupture identifiés ont été travaillés en groupes de travail associant des partenaires, des membres du bureau qui en ont été les pilotes, assistés de professionnels de la DT en charge du secrétariat. Ces points de rupture ont été proposés parmi ceux qui avaient été identifiés par les premiers groupes de travail réunis en janvier 2011 portant sur les sujets suivants : Personnes âgées et urgences / Personnes âgées et psychiatrie ; santé mentale- addictions ; maladies chroniques ; maintien à domicile ; offre de soins de 1^{er} recours.

Les axes ainsi retenus sont les suivants :

Personnes handicapées : Renforcer la coordination des acteurs sur le secteur du Handicap avec un focus sur deux questions :

- Quelle coopération entre la psychiatrie et les établissements médico-sociaux pour améliorer la fluidité du parcours et la qualité de la prise en charge ?
- Quelles modalités opérationnelles des accueils temporaires à envisager pour répondre efficacement aux demandes de répit des aidants ?

Personnes âgées : Limiter le passage aux services d'urgence aux urgences vitales des personnes âgées vivant à domicile et en EHPAD

Santé mentale : Faciliter l'accès aux soins psychiatriques

- Comment organiser un relais après un passage aux urgences psychiatriques non suivi d'une hospitalisation ?

Les fiches action ont fait l'objet d'une restitution auprès du Bureau de la CT les 25 octobre et 28 novembre 2013 et seront soumises à l'avis de la CT le 10 décembre 2013.

↳ La prise en compte **des CPOM des établissements de santé** comme vecteur supplémentaire de mise en œuvre des axes stratégiques en santé et des objectifs opérationnels à développer pour répondre, en adéquation avec les priorités du PRS, aux besoins des acteurs de santé et de la population à desservir,

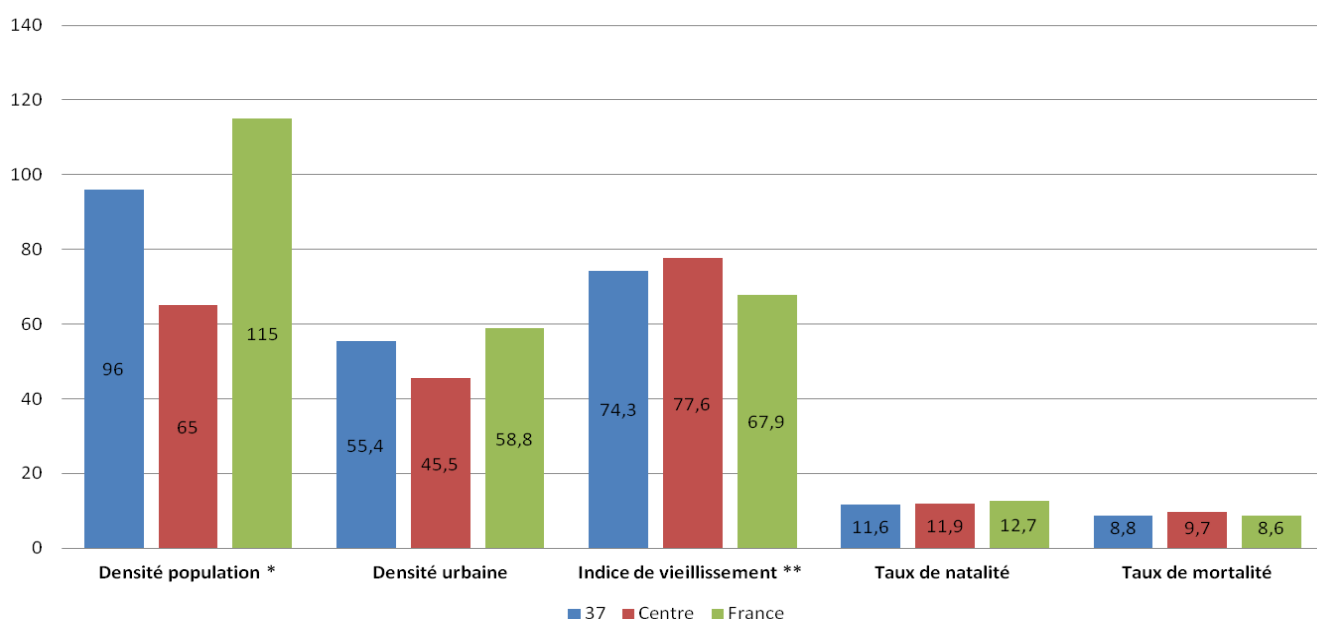
↳ la prise en compte **des CPOM des établissements médico-sociaux du secteur du handicap et des conventions tripartites avec les EHPAD reprenant à leur compte l'objectif de** l'amélioration qualitative des prises en charge en adéquation avec les priorités du SROSM.

Le CODIR de l'ARS dans sa séance du 22 novembre 2013 a examiné le PTS d'Indre-et-Loire dans sa première version qui restera à compléter par les actions résultant des feuilles de route non finalisées à ce jour dans l'attente des notes de cadrage régionales.

1ère partie : L'identité du territoire

Situé en bordure de la région Centre, l'Indre-et-Loire est limitrophe de la région Pays de Loire par les départements voisins de la Sarthe et du Maine-et-Loire, et de la région Poitou-Charentes par le département de la Vienne. Le département d'Indre et Loire représente 23,18% de la population de la région Centre, avec Tours qui constitue un pôle de développement structurant pour la région. La présence d'un important campus universitaire, dont la faculté de médecine, rend le département plus attractif par rapport aux autres départements de la région, notamment pour l'exercice des professionnels de santé ; avec le point faible de ne pas disposer d'enseignement pour la chirurgie dentaire.

Indicateurs démographiques (37)



Source : INSEE 2009

. Densité de population : nombre d'habitants au km²

. Indice de vieillissement de la population : rapport de la population de 65 ans et + sur celle des – de 20 ans. Il permet de mesurer le degré de vieillissement de la population. Plus l'indice est élevé, plus le vieillissement est important.

. Taux de natalité : rapport entre le nombre annuel de naissances et la population exprimée en pour 1 000.

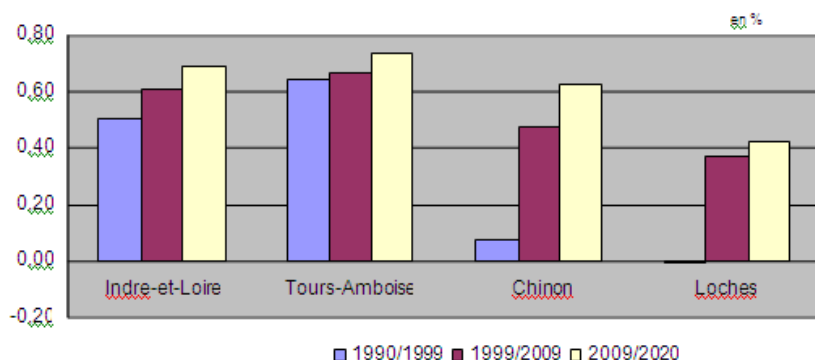
Le département d'Indre et Loire se caractérise comme :

- un territoire à forte densité urbaine
- avec un indice de vieillissement et un taux de mortalité moindres que ceux observés au niveau régional
- mais avec un taux de natalité inférieur à celui relevé au niveau de la région.

I. Analyse des données

I.1. Le profil démographique aujourd'hui et demain

I.1.1 L'évolution de la population



source : Insee, recensement de la population, Omphale

La population du département d'Indre-et-Loire connaît une croissance modérée régulière.

En 2012, elle s'élève à 588 420 habitants (recensement 2009), soit une densité de 55,4 habitants au km².

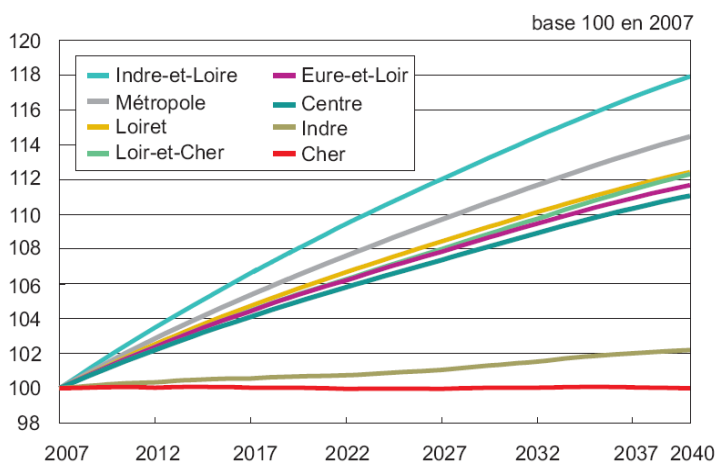
Le département est **fortement polarisé par l'unité urbaine de Tours** qui compte 23 communes et qui constitue un pôle majeur du développement régional. Avec le développement urbain de ces dernières années, notamment le long des axes routiers, une fusion des unités urbaines de Tours et d'Amboise s'est opérée, ce qui explique l'essor démographique de ce nouveau bassin de vie élargi.

L'étude de l'évolution de la population par bassin de vie entre 1999 et 2009 corrobore le fait que les communes périurbaines de Tours – Amboise ont connu la plus forte croissance jusqu'à former le bassin de vie tourangeau regroupant 95 communes (dont 13 dans le bassin d'Amboise).

Le cœur de l'agglomération a, en revanche, connu une croissance démographique plutôt faible.

L'espace périurbain est maillé par plusieurs pôles d'équipements qui permettent l'organisation de la vie des habitants tels que Chinon, Loches, Monts, Langeais –Saint Marc la Pile, Azay-le-Rideau et Neullé-Pont-Pierre pour les plus importants.

Évolution de la population des départements entre 2007 et 2040



Source : Insee, Omphale 2010, scénario central

L'essor de la population du territoire de santé se poursuivra et accentuera son différentiel avec les autres départements de la région comme le montre le graphique ci-dessus.

I.1.2 La structure par âge de la population et son évolution

Aujourd'hui : population au 1er janvier 2012 (recensement 2009)

en nombre

	Ensemble	moins de 20 ans	de 20 à 59 ans	de 60 à 74 ans	75 ans et plus
Indre-et-Loire	588 420	142 384	306 487	82 972	56 577
bassin démographique					
Tours-Amboise	453 446	111 471	241 421	60 879	39 675
Chinon	82 343	19 269	40 014	13 062	9 998
Loches	52 631	11 644	25 052	9 030	6 904
région Centre	2 538 590	610 262	1 300 221	373 185	254 922

source : Insee, recensement de la population

en %

	moins de 20 ans	de 20 à 59 ans	de 60 à 74 ans	75 ans et plus
Indre-et-Loire	24,2	52,1	14,1	9,6
bassin démographique				
Tours-Amboise	24,6	53,2	13,4	8,7
Chinon	23,4	48,6	15,9	12,1
Loches	22,1	47,6	17,2	13,1
région Centre	24,0	51,2	14,7	10,0

source : Insee, recensement de la population

Le département d'Indre-et-Loire se caractérise par :

- 24,20% de sa population âgée de moins de 20 ans (contre 24,04% en région Centre)
- 52,08% de sa population âgée de 20 à 59 ans (contre 51,22% en région Centre)
- 23,72% de sa population âgée de 60 ans et plus (24,74% en région Centre)

En infra départemental, la population âgée de 60 ans et plus dépasse celle des moins de 20 ans dans les bassins démographiques de Chinon et de Loches, comme en région Centre. L'agglomération tourangelle est en revanche plus jeune.

✂ **Au vu de ces premiers chiffres, le département d'Indre et Loire apparaît comme un territoire de forts contrastes selon les bassins démographiques. Globalement, le département est à dominante urbaine avec 77,06% de sa population concentrée sur le bassin démographique Tours-Amboise et plutôt dynamique avec la tranche de population active des 20-59 ans supérieure à 52%. Le bassin de Loches est le plus vieillissant.**

Demain : projection de population au 1er janvier 2020

en nombre

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

Source : Insee, Omphale

en %

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

Source : Insee, Omphale

En dix ans, selon les projections INSEE, Omphale 2010 en scénario central (basé sur l'hypothèse d'un scénario d'évolution tendancielle de la démographie conjugué à une baisse du taux de dépendance, les gains d'espérance de vie à venir étant des années passées sans dépendance), même si la part des personnes de 60 ans et plus dans la population générale restait légèrement moindre que dans l'ensemble de la région (27,78% contre 28,95%), **la progression des personnes âgées s'accroîtrait en Indre-et-Loire plus fortement que dans le reste de la région**. La progression de 2012 à 2020 serait de + 25,75% contre 22,47% en région, avec une évolution du nombre des personnes de 75 ans et + de 16,32% contre 10,25% pour la région.

Plus précisément, la période 2010-2020 sera marquée par une forte croissance des effectifs de personnes âgées de 90 ans et plus (+ 5 500). Sachant que la dépendance est intrinsèquement liée à l'âge, qu'elle touche aujourd'hui une personne sur deux après 90 ans (53%) et qu'elle s'améliorerait pour passer à 45%, l'évolution des effectifs des personnes âgées dépendantes reposerait essentiellement sur cette tranche d'âge (+ 88 %). **Globalement, une progression de 17.6% de personnes âgées dépendantes est attendue pour le département contre 13.6% pour la région**. Parallèlement, on observerait une diminution de la dépendance pour les personnes âgées de 75 à 85 ans. Il faut noter qu'en 2009, l'espérance de vie en Indre et Loire, tant pour les hommes que pour les femmes, était supérieure à celle relevée au niveau régional.

A l'horizon 2030, au niveau de la région Centre, ce seraient les départements du Loiret et de l'Indre et Loire qui enregistraient les croissances les plus importantes de leurs effectifs de personnes âgées potentiellement dépendantes : +26% en particulier pour notre département (par rapport à 2010) ce qui représente 7 800 personnes. La progression serait plus marquée le long de l'axe ligérien.

De nouvelles structures et services de maintien à domicile ainsi que le développement de modes d'accueil alternatif seront nécessaires pour faire face à ces enjeux démographiques.

Après demain : projection de population en 2040

Répartition de la population des départements par tranche d'âge

	Effectif total		Moins de 20 ans		20 à 29 ans		30 à 59 ans		60 à 79 ans		80 ou plus	
	2007	2040	2007	2040	2007	2040	2007	2040	2007	2040	2007	2040
Cher	314 600	314 610	22,5	20,6	10,0	9,4	41,2	32,7	20,2	25,1	6,1	12,3
Eure-et-Loir	422 410	471 754	25,9	23,5	11,3	10,0	41,7	35,2	16,1	21,4	5,0	9,9
Indre	232 791	237 923	21,2	19,3	9,4	8,8	40,5	32,2	21,8	26,6	7,2	13,1
Indre-et-Loire	583 084	687 614	24,4	22,4	12,6	12,0	40,4	33,6	17,2	21,2	5,4	10,8
Loir-et-Cher	326 290	366 444	23,4	21,4	9,7	9,0	40,8	32,7	19,6	24,5	6,5	12,4
Loiret	647 727	728 238	25,5	23,4	12,4	11,4	40,9	34,3	16,2	21,0	4,9	9,9
Centre	2 526 902	2 806 583	24,3	22,3	11,3	10,6	40,9	33,7	17,9	22,5	5,6	11,0
Métropole	61 795 007	70 734 136	24,8	22,4	12,6	11,5	41,2	35,1	16,6	21,3	4,9	9,7

Source : Insee, Omphale 2010, scénario central

Selon ces projections, l'arrivée aux âges élevés des générations nombreuses du babyboom, combinée à l'allongement de l'espérance de vie et à la structure par âge des flux migratoires, entraînerait une forte augmentation du nombre de personnes âgées en Indre et Loire entre 2007 et 2040. La hausse du nombre de séniors (60 ans et +) s'élèverait ainsi à environ 67% sur cette période. Les effectifs des 80 ans et + feraient plus que doubler (x 2,35) et leur progression atteindrait 136% (contre 45% environ pour les effectifs de la tranche d'âge des 60 à 79 ans). Parallèlement, le nombre de jeunes de moins de 20 ans et de personnes âgées de 20 à 29 ans n'augmenteraient respectivement que d'un peu plus de 8% et 12% alors que celui des personnes âgées de 30 à 59 ans diminuerait dans le même temps de presque 2%.

La structure par âge de la population départementale serait donc profondément modifiée en 2040 :

➤ **La proportion des jeunes de moins de 20 ans ne représenterait plus que 22,4% de la population**

➤ **La part des personnes âgées de 60 ans et + s'élèverait à 32% (contre 22,6% en 2007), celle des 80 ans et + à 10,8% (contre 5,4% en 2007).**

(Informations extraites du rapport relatives aux données sociales, départementales et cantonales de l'observatoire Social Départemental du Conseil général d'Indre et Loire – Octobre 2012)

Cette évolution ne manquera pas d'avoir une incidence à la hausse sur les besoins de santé.

I.2 Les indicateurs sociodémographiques

I.2.1 Les personnes âgées

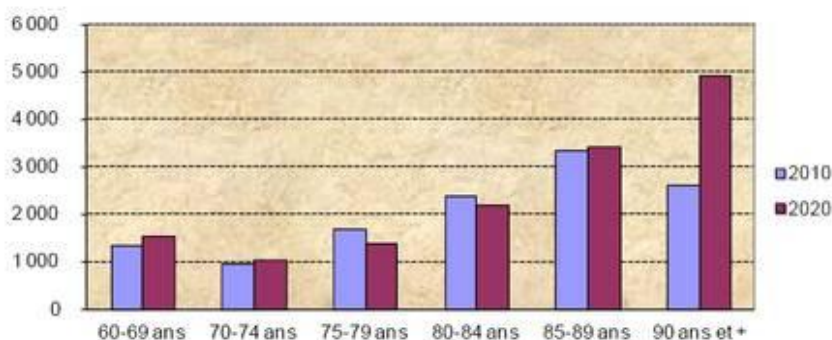
L'indice de vieillissement

Personnes âgées

	Indice de vieillissement *	Personne âgée de plus de 60 ans			Personne âgées potentiellement dépendantes (+ 60 ans)		
		2010	2020	Évolution 2010/2020	2010	2020	Évolution 2010/2020
Indre-et-Loire	0,98	126 985	175490	22,6	10 776	14 397	17,6
Bassins démographiques							
-Tours-Amboise	0,90	103 757	129016	24,3	8 526	10 270	20,5
-Chinon	1,20	23 228	27414	18,0	2 251	2 436	8,2
-Loches	1,37	16 120	19060	18,2	1 466	1 691	15,4
Centre	1,03	640 892	769 239	20,0	58 690	66 731	13,7

source : Insee, études personnes âgées potentiellement dépendantes

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



La démographie des personnes âgées à l'horizon 2020, désormais bien établie, s'accompagnerait d'une augmentation des effectifs des personnes âgées dépendantes dans tous les bassins démographiques de l'Indre-et-Loire et principalement dans le bassin démographique de Tours-Amboise (+ 20,6 %), et dans une moindre mesure dans celui de Loches ; seul celui du Chinonais resterait en deçà du taux d'évolution régional de par la forte augmentation attendue des personnes âgées de 90 ans et +.

On sait que les personnes âgées sont principalement touchées par les **maladies cardiovasculaires** (insuffisance cardiaque, hypertension), **les tumeurs**, mais également les **maladies neuro dégénératives dont les démences**, et parmi celles-ci la **maladie d'Alzheimer**.

La **prévalence de la maladie d'Alzheimer augmente fortement avec l'âge**, pour atteindre 15% à 80 ans. L'estimation du nombre de patients atteints de la maladie d'Alzheimer, par extrapolation des taux de prévalence obtenus par l'étude PAQUID (1989) et EURODERM (2000) à la région Centre, se situerait dans une fourchette comprise entre 15 300 et 43 400 personnes. Ces estimations ont vocation à être affinées par de nouveaux outils en cours de construction au niveau national.

Outre ces estimations, selon les données d'admission en ALD en 2011 en Indre-et-Loire, 2 528 personnes ont été admises en ALD au motif de la maladie d'Alzheimer. La majorité des cas appartient à la classe d'âge des 75 ans et plus.

Toutefois, le recensement via les ALD des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou démence apparentée constitue un socle minimal, le diagnostic étant souvent trop tardivement porté.

Bénéficiaires de l'APA

	2009	2010	2011
D18 Cher	6377	6767	6862
D28 Eure-et-Loir	6466	7004	7456
D36 Indre	5537	5644	5725
D37 Indre-et-Loire	9764	9813	9797
D41 Loir-et-Cher	7886	8130	8104
D45 Loiret	11787	12440	12691

Source : Source : www.ecosante.fr Données : Drees

L'Indre-et-Loire comptait 9 797 bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), soit 7,9% de la population âgée de plus de 60 ans, taux inférieur à celui de la région Centre. Un des indicateurs permettant de refléter la part de personnes présentant une limitation d'activité est le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus, potentiellement dépendantes au regard du groupe iso ressource (GIR). Les personnes classées dans les GIR 1 à 4 sont qualifiées de personnes dépendantes ; les GIR 1 et 2 étant les niveaux les plus élevés de dépendance.

Au 31 mars 2010, selon les données remontées par les départements à la DREES, 5 381 personnes âgées de plus de 60 ans en Indre-et-Loire étaient considérées comme dépendantes à domicile, soit 4,3% des plus de 60 ans, taux inférieur au taux régional (4,7%).

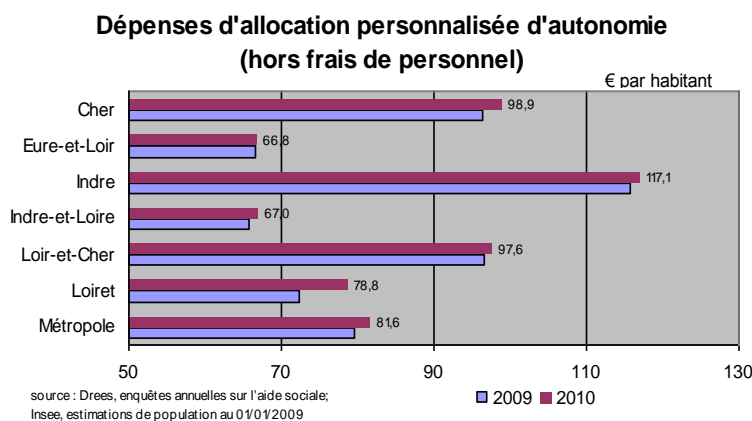
Nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile selon le GIR (au 31/03/2010)

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR inconnu	Total
18 - Cher	79	833	712	2 245	2	3 871
28 - Eure-et-Loir	92	702	963	1 802	0	3 559
36 - Indre	58	446	532	2 196	0	3 232
37 - Indre-et-Loire	122	1 035	1 229	2 995	0	5 381
41 - Loir-et-Cher	62	816	1 072	2 484	1	4 435
45 - Loiret	209	1 514	1 821	3 926	0	7 470

En 2012, au vu des données de l'Observatoire Social Départemental d'Indre et Loire, le nombre de bénéficiaires de l'APA est de 10 259 dont 55,1% bénéficiaires de l'APA à domicile et 44,9% bénéficiaires de l'APA en établissement. Parmi les bénéficiaires de l'APAD, 17,6 % des personnes sont âgées de 85 ans et +, et 20,9 % sont classées en GIR1 ou 2, d'où des répercussions sur les prises en charge à domicile.

Dépenses d'APA

En 2010, l'Indre-et-Loire a dépensé 67 € par habitant pour l'APA, montant parmi les plus faibles de la région juste au dessus de l'Eure-et Loir (66,80 €/hab) et montant inférieur à la dépense moyenne nationale d'APA/habitant.



I.2.2 Les personnes handicapées

Enfance et handicap

Les données retracées ci-après sont celles émanant du rapport relatif aux données sociales départementales et cantonales de l'Observatoire Social Départemental du Conseil Général d'Indre et Loire.

Allocation d'Education pour Enfant Handicapé (AEEH)

Le nombre de bénéficiaires de l'AEEH a régulièrement augmenté depuis 1995 (sauf entre 2006 et 2007) et s'élevait à **1 467** bénéficiaires en 2011 contre 1 295 en 2010, d'où une progression de 13,3%.

Prestation de Compensation du Handicap (PCH)

Au 31/12/2011, **78** enfants bénéficiaient de la PCH.

Cartes d'invalidité attribuées

En 2011, **354** cartes d'invalidité ont été attribuées contre 278 en 2010, soit une progression de 27,34%.

Adulte et handicap

Dépenses liées à la reconnaissance du handicap

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

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

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

La part des allocataires de l'allocation adulte handicapé (AAH) en Indre et Loire est identique à la moyenne nationale.

En revanche on peut relever que le nombre de bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP pour 1 000 habitants est le plus faible au niveau régional et bien inférieur à celui relevé au niveau national. Pour autant, avec 7 198€/hab, l'Indre-et-Loire occupe la 27ème place en matière de dépense de compensation du handicap, montant supérieur à la dépense moyenne nationale par bénéficiaire, bien que la dépense en PCH/ACTP par habitant soit plus faible qu'au niveau national (7198€/bénéficiaire / 7101€ en France).

I.2.3 Les personnes en situation précaire

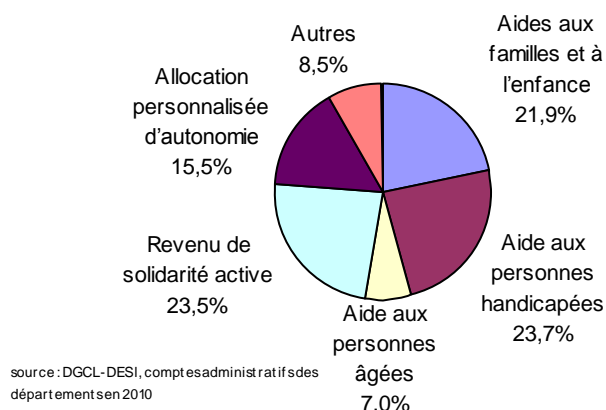
Minimas sociaux

Dépenses d'aide sociale des conseils généraux en 2010

	Aides aux familles et à l'enfance	Aide aux personnes handicapées	Aide aux personnes âgées	Revenu de solidarité active	Allocation personnalisée d'autonomie	Autres	Dépenses brutes obligatoires (en euros par habitant)
Cher	20,0	20,9	10,5	24,8	16,8	7,0	570
Eure-et-Loir	21,0	24,7	7,8	21,5	16,4	8,5	424
Indre	14,8	23,3	9,5	19,1	25,1	8,2	449
Indre-et-Loire	21,9	23,7	7,0	23,5	15,5	8,5	438
Loir-et-Cher	18,6	19,5	7,6	22,4	19,9	12,0	478
Loiret	22,4	24,6	4,7	24,2	19,2	4,9	421
France	21,4	19,7	7,8	26,3	16,4	8,4	503

Source : DGCL-DESL, comptes administratifs des départements.

Les aides sociales en Indre-et-Loire



(1) Les autres dépenses nettes rattachées à l'aide sociale (8,5%) comprennent les dépenses relatives aux autres interventions sociales et aux services communs à l'aide sociale ainsi que les frais de personnel non comptabilisés ailleurs.

(2) L'aide aux personnes âgées (7%) représente une partie des dépenses d'hébergement des PA dans le cadre de l'ASH et, plus marginalement, des aides ménagères ainsi que divers services.

Globalement, la dépense d'aide sociale du Conseil général d'Indre-et-Loire par habitant, toute prestation confondue, ressort à 438€/habitant en 2010, inférieure de 65 € à la moyenne nationale (4ème rang dans la région).

Dépenses brutes du RSA

Revenu de Solidarité Active (RSA) et Couverture Maladie Universelle (CMU) + bénéficiaires de la CMU-C en 2010

	Allocataires du RSA		Bénéficiaires de la CMU		Taux de couverture de la population par CMU-C (en %)
	Bénéficiaires	pour 1000 personnes de 25 à 64 ans	CMU de base	CMU complémentaire	
Cher	10 509	65	6 947	21 328	6,9
Eure-et-Loir	9 162	41	11 308	20 877	4,9
Indre	5 439	46	4 781	11 143	4,8
Indre-et-Loire	13 980	46	13 128	27 212	4,6
Loir-et-Cher	7 610	45	8 720	17 245	5,2
Loiret	15 548	46	14 677	37 609	5,7
Centre	62 248	47	59 561	135 414	5,3
France	1 833 787	54	1 848 554	3 637 234	6,4

Les dépenses brutes du RSA représentent 23,5% des dépenses d'aide sociale du département, presque autant que l'aide aux personnes handicapées.

Avec 27 212 bénéficiaires, le taux de couverture de la population par la CMU-C est le plus faible de la région Centre (4,6%), ce qui laisse présager des inégalités sociales très fortes au sein du territoire de santé.

Taux de pauvreté et intensité de la pauvreté

	1er décile (€)	5ème décile= médiane (€)	9ème décile (€)	D9/D1	Rapport 1er décile des revenus fiscaux /1er décile des revenus fiscaux de la France métropolitaine
Indre-et-Loire	7 991	18 942	35 694	4,5	1,177
France métropolitaine	6 785	18 749	37 940	5,6	1

Tableau 12. Source : Insee – DGFIP, revenus fiscaux localisés des ménages 2010

La valeur du 1^{er} décile de revenus fiscaux est un indicateur de niveau des plus bas revenus sur chacun de ces territoires (c'est la valeur au dessous de laquelle se situent 10% des revenus fiscaux et, corrélativement, au dessus de laquelle se situent 90% des revenus fiscaux du territoire considéré) :

- Sur les cantons de Saint Pierre des Corps, Joué les Tours et Tours, cette valeur du 1er décile est la plus basse, elle est même inférieure à celle du 1er décile de revenus fiscaux de la France métropolitaine (soit 6 785 euros).
- Dans 8 autres cantons (ruraux) de notre département, elle est inférieure à celle du 1er décile de revenus fiscaux du département (soit 7 991 euros).

L'Indre et Loire n'est pas dans une situation préoccupante par comparaison avec les autres départements de la France métropolitaine. Au regard du taux de pauvreté (proportion d'individus ou de ménages dont le niveau de vie est inférieur pour une année donnée au seuil de pauvreté), le département d'Indre et Loire connaît en effet en 2009 une situation plus favorable (11,5%) que celle de 76 départements sur 95 (France métropolitaine : 13,5%). Néanmoins, un taux de pauvreté de 11,5% signifie concrètement que les niveaux de vie d'un peu plus de 67 000 personnes vivant en Indre-et-Loire sont inférieurs au seuil de pauvreté.

Jeunes peu ou pas diplômés

Sorties précoces du système scolaire en 2009 en %				
	Part des pas ou peu diplômés*, au sein de la population des 20-24 ans non scolarisée		Part des pas ou peu diplômés*, au sein de la population des 25-34 ans non scolarisée	
	en 1999	en 2009	en 1999	en 2009
Cher	23,1	19,8	24,9	15,8
Eure-et-Loir	26,8	21,0	25,9	17,0
Indre	24,4	22,2	27,3	16,9
Indre-et-Loire	20,5	17,0	21,1	12,2
Loir-et-Cher	24,1	22,4	25,2	17,1
Loiret	24,3	23,7	22,9	17,1
				18,8
Métropole	25,5	21,8	23,6	15,9

Source : Insee, RP1999 et RP2009 exploitations principales au lieu de résidence

*jeunes sortis des cursus scolaires, non inscrits dans un établissement d'enseignement et non titulaires d'au moins un des diplômes suivants : CAP, brevet de compagnon, BEP ou baccalauréat.

Un jeune sur 6 de -24 ans est peu ou pas diplômé ; ainsi qu'une personne sur 8 parmi les 25-34 ans, soit une fréquence la moins défavorable en région.

Chômage

Taux de chômage au troisième trimestre 2012 en %								
	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre	France métropolitaine
Deuxième trimestre 2012	10,3	9,4	9,0	8,6	8,6	9,7	9,3	9,8
Troisième trimestre 2012	10,4	9,5	9,5	8,8	8,8	9,7	9,4	9,9

Note : données CVS en moyenne trimestrielle.

Source : Insee, taux de chômage localisés.

Le département d'Indre et Loire connaît également sur cette donnée une situation plutôt favorable. Le nombre de demandeurs d'emploi dans le département approche les 40 000 demandeurs d'emploi (38 787 en juillet 2012). A cette même période les entrées à Pôle Emploi sont supérieures aux sorties. Les communes et cantons dont les proportions estimées de demandeurs d'emploi au sein de leur population active sont les plus élevées, se situent dans la communauté d'agglomération tourangelle – Saint Pierre-des-Corps, Tours, Joué-Lès-Tours - ; trois territoires qui représentaient au 31/12/2011 41,8% des demandeurs d'emploi et 41,9% des demandeurs d'emploi de longue durée.

I.3 Les indicateurs de santé

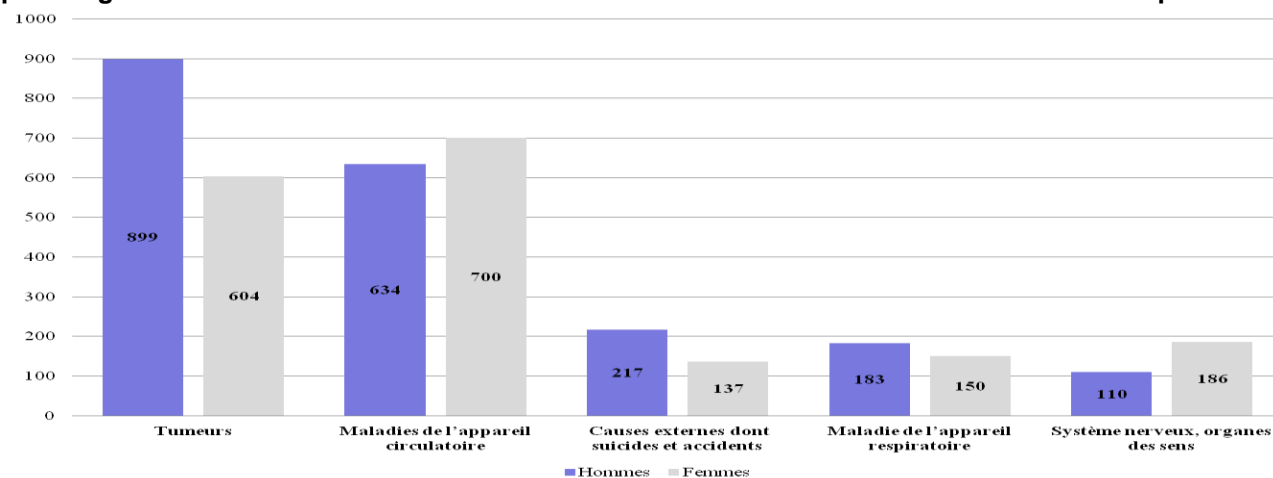
I.3.1 L'espérance de vie

L'Indre et Loire voit l'espérance de vie augmenter aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Elle est d'ailleurs la plus longue de la région pour les deux sexes et dépasse la moyenne nationale. Une fille née en 2009 en Indre-et-Loire a une espérance de vie de 85 ans contre 84,2 ans en région Centre et un garçon une espérance de vie de 78,7 ans contre 77,7 ans en région.

I.3.2 Le taux de mortalité et le taux de mortalité prématurée

Malgré les bons scores du taux de mortalité 8.8‰ (2ème meilleur rang régional après le Loiret), le département d'Indre et Loire affiche un taux de mortalité infantile (3,4‰) supérieur à la moyenne régionale en 2010 (3,2‰). Et même si ce taux a été divisé par deux de 1990 à 2010, son amélioration demeure la plus faible de la région Centre.

Principales causes médicales de décès chez les hommes et les femmes du 37 parmi les pathologies chroniques



Taux de mortalité prématurée en 2007 - 2009

pour 100 000 habitants

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

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

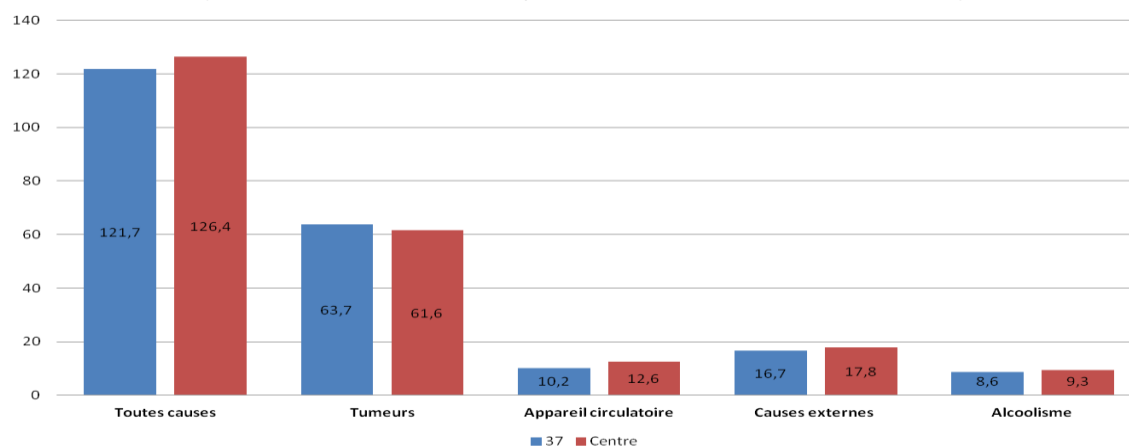
Pour les taux régionaux ou départementaux, il s'agit des taux que l'on observerait dans la population étudiée si elle avait la même structure d'âge que la population de France métropolitaine.

Champ : décès avant 65 ans pour 100 000 habitants.

Source : Inserm, CepiDc.

Taux comparatifs de mortalité prématurée (37)

(nombre de décès avant 65 ans pour 100 000 habitants, années 2006-2008)



Globalement, les hommes meurent moins prématurément dans le département sur les causes ciblées par comparaison aux taux constatés au niveau régional et national. En revanche, chez les femmes, la situation est plus contrastée avec des taux départementaux supérieurs pour les tumeurs et l'alcoolisme notamment. Des actions de prévention ciblées sur le public féminin en particulier devront être pensées.

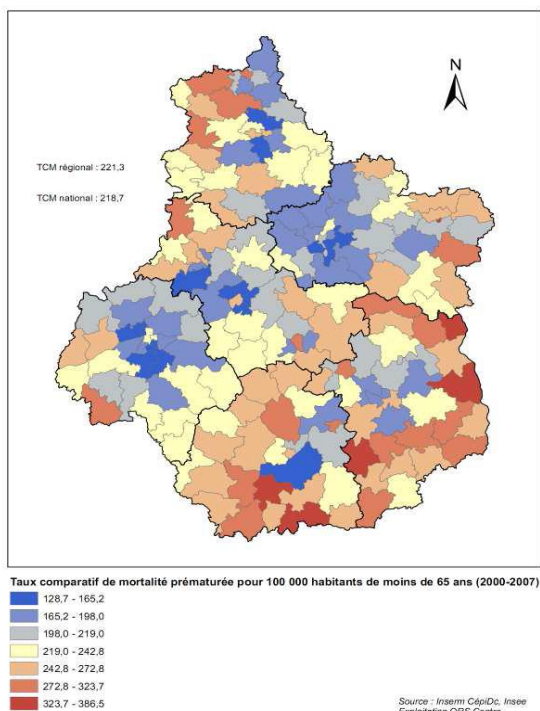
Toutefois, on peut noter que le département d'Indre et Loire se distingue particulièrement par son taux de dépistage du cancer du sein avec un taux de 66,2% durant la campagne 2011-2012, en augmentation par rapport à la campagne précédente, et se rapprochant ainsi de l'objectif national fixant le taux de référence à 70% .

Un léger tassement de son taux de dépistage du cancer colorectal est constaté avec un taux de 42,2% (2ème meilleur taux après le Loir-et-Cher) durant la campagne 2011-2012, montrant que l'effort de persuasion des professionnels de santé auprès du public cible doit se maintenir afin d'approcher le seuil national de référence fixé à 53%.

Les morts violentes

- **Taux standardisé de mortalité par accident de la route**

L'Indre-et-Loire est le département qui comptabilise le plus d'accidents de la route (720 en 2011) après le Loiret (415) dans la région, avec toutefois un nombre de victimes décédées moindre (47/ 59).



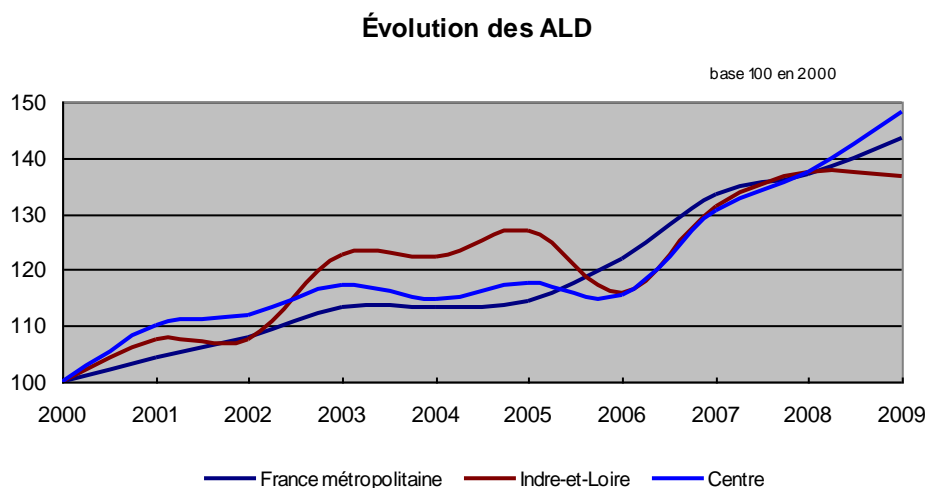
- **Indice comparatif de mortalité (ICM) par suicide**

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

Le taux de suicide de l'Indre-et-Loire est en diminution. En 2008, il se situait en dessous de la moyenne régionale, tant pour les hommes (101/119) que pour les femmes (107/110). Cette évolution est à rapprocher des actions de prévention du réseau suicide VIES 37.

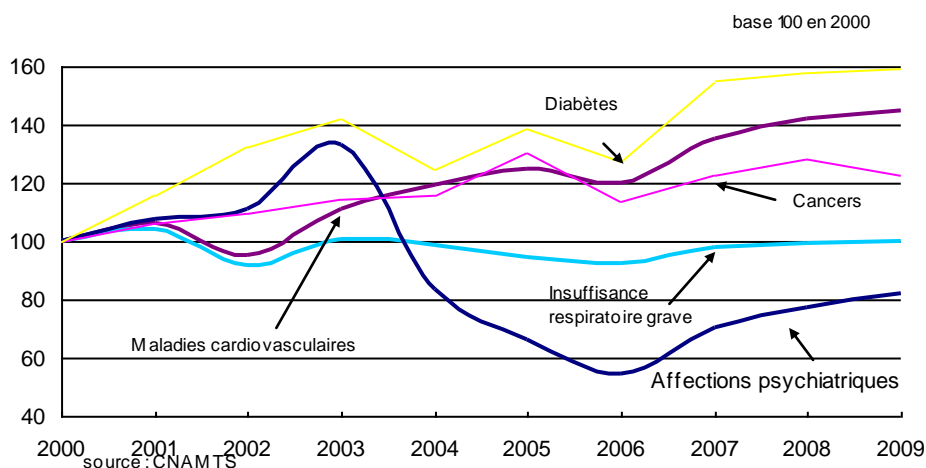
I.3.3 Les Affections de Longue Durée (ALD)

Nombre moyen annuel d'admissions en ALD 2007-2009 (global et détail par ALD)



La croissance observée dans les années 2003-2005, faisant que le département rencontrait un taux d'évolution des ALD inquiétant, semble en voie de décélération depuis 2008. Le diabète, première cause d'admission en ALD, suivi des maladies cardiovasculaires continue de progresser. En revanche, le cancer, 3^{ème} ALD en importance, semble amorcer un ralentissement mais reste cependant à un niveau élevé.

Évolution des principales ALD



I.3.4 Les Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG)

Le nombre total d'IVG en Indre et Loire est en constante diminution entre 2007 et 2010. On constate cependant, qu'après avoir diminué entre 2008 et 2009, le pourcentage des mineures ayant eu recours à l'IVG a augmenté en 2010 (7.6 %) avec 1 267 adolescentes. La prévention dans ce domaine ne doit pas fléchir.

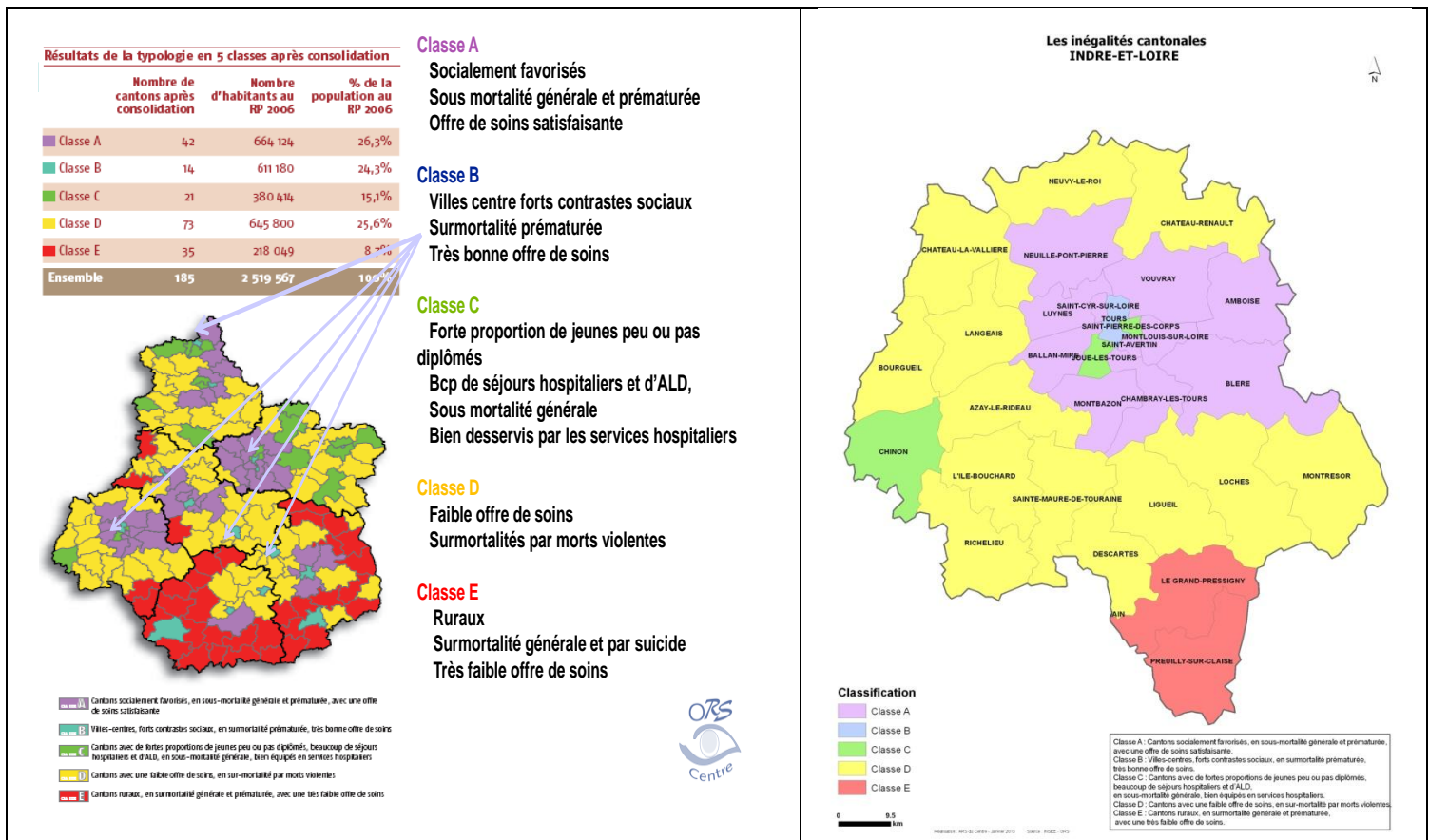
I.3.5 Les addictions (alcool, tabac, drogues illicites)

Le tabac et l'alcool font encore trop de victimes en Indre-et-Loire qui enregistre des taux supérieurs à ceux constatés au niveau national - respectivement 3.8/3.4% soit 71 morts évitables pour l'alcool et 5.8/5.6% soit 109 victimes pour le tabac. Il est à déplorer par ailleurs un usage régulier de cannabis à 17 ans comparable à celui constaté au niveau national (12%/11%) en 2008. Là encore, les actions de prévention sont à poursuivre.

I.3.6 La tuberculose

Quelques foyers (une centaine de cas), essentiellement sur l'agglomération tourangelle ont été dépistés entre 2007 et 2011 (Tours, St Cyr sur Loire, Saint Pierre des Corps, Joué lès Tours et Chinon)

I.4 Les inégalités cantonales de santé en région Centre



La précarité en Indre-et-Loire est marquée par de fortes disparités territoriales.

La classe A se concentre sur le bassin démographique Tours - Amboise qui connaît une polarisation de l'offre de soins, avec toutefois à Tours, de forts contrastes sociaux qui laisse apparaître une surmortalité prématurée dans certains quartiers ainsi que sur des zones de Saint Pierre des Corps et de Joué lès Tours positionnées en classe C pour leurs difficultés sociales bien repérées. (forte proportion de jeunes peu ou pas diplômés avec beaucoup de séjours hospitaliers et d'ALD et une sous mortalité générale).

La grande majorité du territoire de santé connaît une offre de soins faible et une surmortalité par mort violente, à l'exception du Chinonais répertorié en classe C et le Lochois en classe E.

I.5 Les caractéristiques du territoire en santé environnementale

I.5.1 Eaux destinées à la consommation humaine

Etat des lieux de la qualité des eaux distribuées au 31 décembre 2012

On distingue deux sortes de ressources d'eau :

- l'eau souterraine qui peut être captée soit directement au sein de la nappe (forages, puits), soit à ses émergences (sources).
- l'eau de surface qui peut être captée soit directement dans les cours d'eau, soit dans des retenues aménagées ou des lacs.

En Indre-et-Loire, seuls 2 captages sur les 212 en exploitation concernent des eaux superficielles. Dans ce cas, l'eau est mélangée avant distribution avec de l'eau souterraine. Un peu plus de 40 000 personnes sont alimentées avec une eau mélangée dans le département.

Conformément aux termes du schéma directeur d'aménagement et de gestion des eaux (SDAGE), les collectivités locales d'Indre-et-Loire sont directement concernées par les efforts à réaliser dans le but

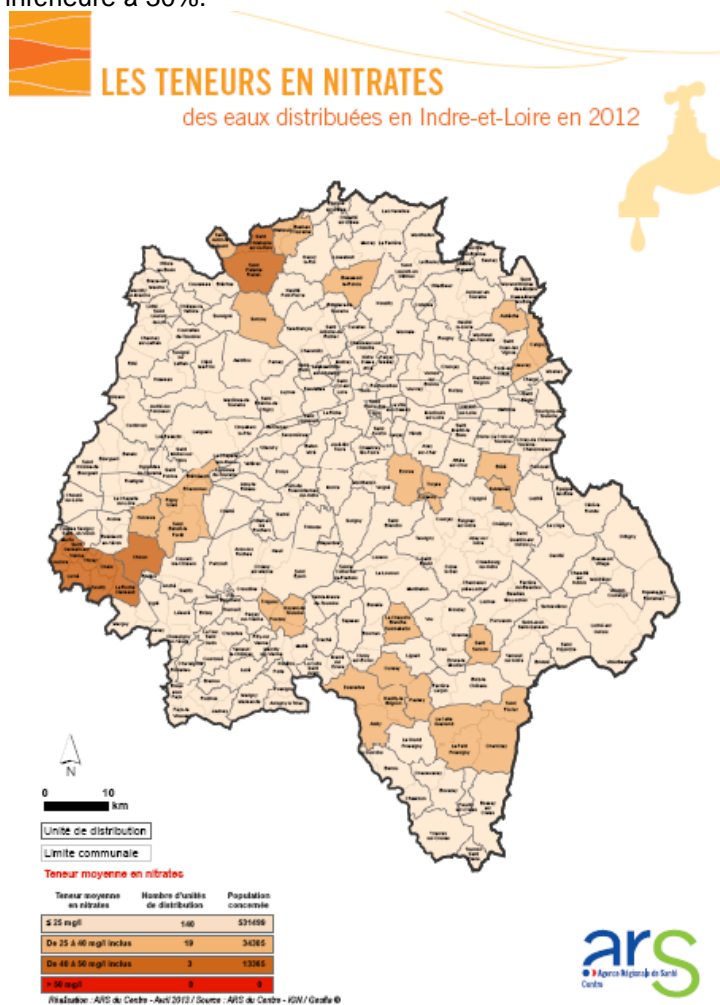
de préserver la ressource en eau potable que constitue le Cénomaniens captif. L'objectif de réduction à l'horizon 2015 de 20% des prélèvements dans le Cénomaniens dans l'agglomération tourangelle conduit à rechercher des alternatives en terme de ressources (ex : nappe alluviale) ou à créer des interconnexions entre collectivités.

Le département est découpé en 162 unités de distribution (UDI). Une UDI est définie comme un ensemble de canalisations connexes de distribution où la qualité de l'eau est réputée homogène, gérée par un seul exploitant et relevant d'un même maître d'ouvrage. Parmi ces 165 UDI, 137 alimentent moins de 5 000 habitants et seulement 9 alimentent plus de 10 000 habitants.

Sur le plan qualitatif, globalement l'eau distribuée en Indre-et-Loire demeure de bonne qualité. Les collectivités poursuivent régulièrement les investissements pour améliorer la qualité des eaux distribuées et sécuriser les installations d'eau : création de nouveaux captages, instauration des périmètres de protection réglementaires, interconnexion avec des réseaux voisins, mise en œuvre de traitement, changements de canalisations.

Le schéma départemental d'alimentation en eau potable (SDAEP), adopté par le Conseil Général d'Indre et Loire, le 18 juin 2009, préconise des travaux ou des études visant à améliorer la qualité de l'eau.

La **qualité bactériologique** des eaux est particulièrement bonne. Seules 6 UDI ont présenté un pourcentage de non-conformité supérieure à 5% et toutes ont un pourcentage de non-conformité inférieure à 30%.



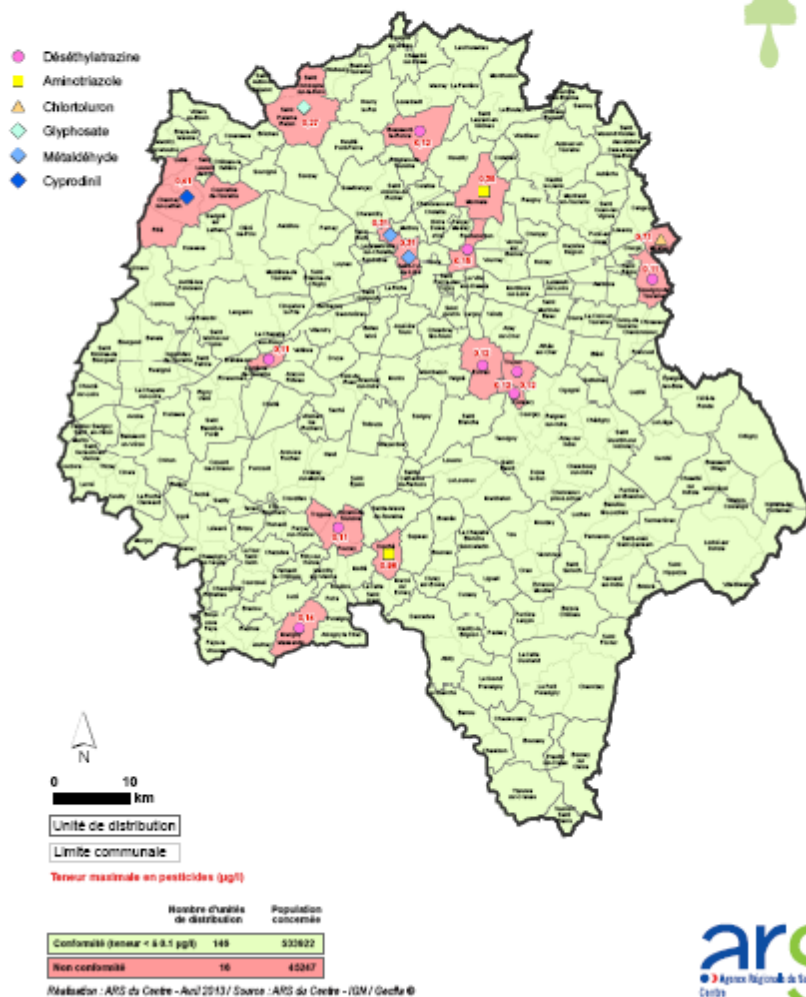
Pour le paramètre **nitrates**, la valeur limite est fixée à 50mg/l.

Dans le département, 2 UDI délivraient une eau non conforme en 2011, soit celles de Marigny-Marmande (618 habitants) et de Seuilly (2 383 habitants). Ces 2 UDI sont cependant redevenues conformes en 2012, les travaux d'interconnexions et de mélanges d'eau ayant porté leurs fruits. Notons que pour Seuilly, le Président du syndicat des eaux a bénéficié, par arrêté préfectoral du 1er octobre 2009 d'une dérogation de 3 ans qui lui a permis de délivrer une eau qui ne devait pas présenter une valeur supérieure à 60 mg/L.



LES TENEURS EN PESTICIDES

dans les eaux distribuées en Indre-et-Loire en 2012



En 2012, 17 UDI étaient non conformes vis-à-vis des **pesticides** (71 748 habitants). Parmi elles, il faut distinguer les UDI pour lesquelles la pollution par les pesticides est récurrente (classement en NC1) de celles où la pollution a duré moins de 30 jours (classement en NC0). 15 476 habitants ont été alimentés avec une eau présentant une eau classée en NC1. Les UDI les plus importantes classées en NC1 sont :

- Evsres/Indre (4 411 habitants)
- Rochecorbon (3 013 habitants)
- Truyes (2 012 habitants)
- Noyant de Touraine (1 919 habitants)
- Cormery (1 631 habitants)
- Beaumont-la-Ronce (1 109 habitants)

Par arrêté préfectoral du 12 octobre 2012, le Syndicat Intercommunal d'Adduction en Eau Potable de Rochecorbon-Parçay-Meslay a été autorisé à distribuer, pour une durée de 2 ans, une eau dont la concentration en atrazine déséthyl est supérieure à la valeur limite de qualité, jusqu'à une valeur maximale de 0,2 µg/L.

Enfin, deux UDI sont non conformes pour le paramètre **fluor**, il s'agit de l'île Bouchard et de Champigny-sur-Veude-Le Quellay. L'île Bouchard a fait l'objet d'un arrêté préfectoral du 9 mars 2011

portant dérogation pour une durée de 3 ans pour le paramètre fluorures avec restriction d'usage pour une part de la population (nourrissons et femmes enceintes).

La protection des captages d'eau

Sur les 212 captages AEP que compte le département fin 2012, 209 sont considérés comme « protégés » (les autres rencontrant des problèmes de qualité, ou de vétusté de l'ouvrage ou ne répondant pas aux orientations du schéma départemental d'alimentation en eau potable).

A fin de l'année 2012, 198 avaient fait l'objet d'une procédure de déclaration d'utilité publique de périmètres de protection de captage (PPC).

L'ARS effectue depuis 2011 des inspections afin de vérifier l'application des prescriptions fixées par les arrêtés préfectoraux portant déclaration d'utilité publique de ces périmètres de protection. 13 PPC (concernant 15 captages) ont déjà été contrôlés-inspectés. En 2013 il est programmé 10 inspections-contrôles de PPC concernant 10 captages.

I.5.2 Eaux de loisirs

Les eaux des piscines recevant du public et baignades naturelles sont globalement de bonne qualité. 114 piscines (pour 173 bassins) et 9 baignades font l'objet d'un contrôle sanitaire réglementaire. Un suivi spécifique est opéré pour la baignade artificielle de Loches mise en service à l'été 2011.

La qualité des eaux est globalement satisfaisante. Les difficultés les plus récurrentes sont rencontrées dans les installations de petite taille de type « spa ».

La saison 2012 de baignades n'a été marquée que par un seul événement notable : la prolifération de cyanobactéries au Parc Capitaine de Bourgueil mais dont la concentration n'a pas amené à prendre de mesures de gestion particulières.

La baignade artificielle de Loches, comme toutes les installations de ce type, a connu des difficultés en 2012. Une prolifération importante d'algues vertes a conduit à la fermeture temporaire du bassin. Le respect de la norme en bactérie *Pseudomonas* demeure en outre une difficulté importante des gestionnaires.

I.5.3 Prévention de la légionellose

Les cas de légionellose déclarés (déclaration obligatoire ou signalement de cas déclarés dans d'autres départements) au cours des 3 dernières années sont les suivants :

7 cas fin 2012 ;

13 cas en 2011 ;

10 cas en 2010.

Le cas échéant, ces cas font l'objet d'une enquête environnementale afin de tenter de découvrir la source d'exposition (réseau d'eau chaude sanitaire, tour aéro-réfrigérante,...), et d'une information auprès de chaque patient pour donner les recommandations d'usage (température de production supérieure à 60°C, entretien et détartrage régulier de la robinetterie, purge des réseaux non utilisés,...).

Il n'a pas été procédé à l'interdiction d'utilisation de système d'aéroréfrigération au cours des dernières années.

L'ARS contrôle chaque année un certain nombre d'établissements sanitaires et médico-sociaux. L'ARS apporte un soutien méthodologique lors de la déclaration par des établissements recevant du public de concentration importante en légionelles dans leurs réseaux d'eau chaude sanitaire.

La diffusion de l'instruction du 30/01/2013 relative au référentiel d'inspection-contrôle de la gestion des risques liés aux légionelles dans les installations d'eau des bâtiments, auprès des établissements médico-sociaux et de santé, va permettre de rappeler aux gérants leurs obligations dans ce domaine afin d'éviter une exposition aux légionelles.

I.5.4 Prévention des risques auditifs

Chaque année, des outils de sensibilisation aux risques liés à l'écoute de la musique amplifiée sont mis à disposition de différents partenaires du département (mallettes pédagogiques, expositions, indicateurs bruit). En 2012, 19 plaintes ont été reçues à l'ARS dont 3 qui ont fait l'objet de mesures de terrain. Ces plaintes concernent essentiellement des gênes liées à des bruits de voisinage.

Concernant les nuisances induites par les infrastructures de transports, l'agglomération tourangelle s'est dotée d'une carte stratégique de bruit qui servira de base à un plan de prévention du bruit dans l'environnement. Cette carte modélise les bruits émanant des infrastructures routières, ferroviaires,

aéroportuaires (l'aéroport de Tours fait en outre l'objet d'un plan d'exposition au bruit) et de certaines industries.

Tours (+) travaille donc actuellement à l'élaboration d'un plan d'actions devant être mis en œuvre par la collectivité afin de :

- réduire les niveaux sonores dans les zones à enjeux identifiées,
- préserver des zones de calme préalablement identifiées.

I.5.5 Lutte contre la pollution atmosphérique

Cette problématique concerne tout particulièrement l'agglomération tourangelle. Depuis 2009, la valeur limite en Dioxyde d'azote (NO₂) y est systématiquement dépassée. Pour répondre au double objectif de respect des objectifs nationaux liés aux baisses des émissions et de l'élimination des expositions des personnes à des dépassements de valeurs limites, le Plan de Protection de l'Agglomération (PPA) de Tours est en cours de révision.

En outre, l'agglomération tourangelle dispose actuellement d'un Plan de Déplacement Urbain (PDU), lequel est en cours de révision. Ce PDU est par nature un plan dont les actions ont un impact sur les émissions de polluants atmosphériques. Il doit par conséquent être compatible avec les objectifs du PPA.

Les modélisations montrent que les objectifs de réduction liés aux plafonds d'émissions ne seront pas respectés sans la mise en place de mesures additionnelles de réduction des émissions de NO_x et des particules (PM) à l'horizon 2015.

De plus, des zones de dépassement de la valeur limite NO₂ dans le périmètre du PPA de Tours demeureront sans la mise en place d'actions additionnelles.

L'Institut de veille sanitaire a présenté en 2013 l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique urbaine chronique (et non pas le cas particulier des pics de pollution). Les résultats montrent un important impact de la pollution atmosphérique sur la santé, avec une prédominance de l'impact à long terme des particules fines (PM_{2,5}) dont les niveaux dépassent les valeurs guide de l'OMS dans les 2 agglomérations étudiées, Tours et Orléans.

Une amélioration de la qualité de l'air aurait des bénéfices substantiels, notamment, l'espérance de vie à 30 ans pourrait être allongée significativement.

I.5.6 Qualité de l'air intérieur

Cette problématique nouvelle ne bénéficie pas à cette heure de données consolidées permettant de mettre en œuvre un véritable programme d'actions visant à l'évaluation et à la gestion des risques induits. Des projets de recherche et de collecte d'informations sont en cours par le Centre scientifique et technique du bâtiment. Les 1^{ers} résultats des enquêtes montrent que 40% des logements présenteraient au moins un problème de qualité de l'air intérieur.

L'ARS du Centre encourage la création de postes de conseillers médicaux en environnement intérieur (CMEI), en veillant à leur rattachement aux parcours de santé, et, lorsque celles-ci existent, aux consultations d'éducation thérapeutique. Les CMEI interviennent au domicile de patients souffrant d'asthme ou d'allergie afin d'identifier les facteurs environnementaux qui contribuent au déclenchement de crises ou à leur aggravation. L'association ARAIR, financée par l'ARS, devrait contribuer à assurer en 2013 la réalisation de 35 diagnostics au domicile des patients souffrant notamment de pathologies respiratoires.

I.5.7 Prévention des intoxications oxycarbonées

Les cas d'intoxications déclarés au cours des 3 dernières années sont les suivants :

2012 : 9 affaires d'intoxication (23 personnes intoxiquées)

2011 : 5 affaires d'intoxication (6 personnes intoxiquées)

2010 : 4 affaires d'intoxication (8 personnes intoxiquées)

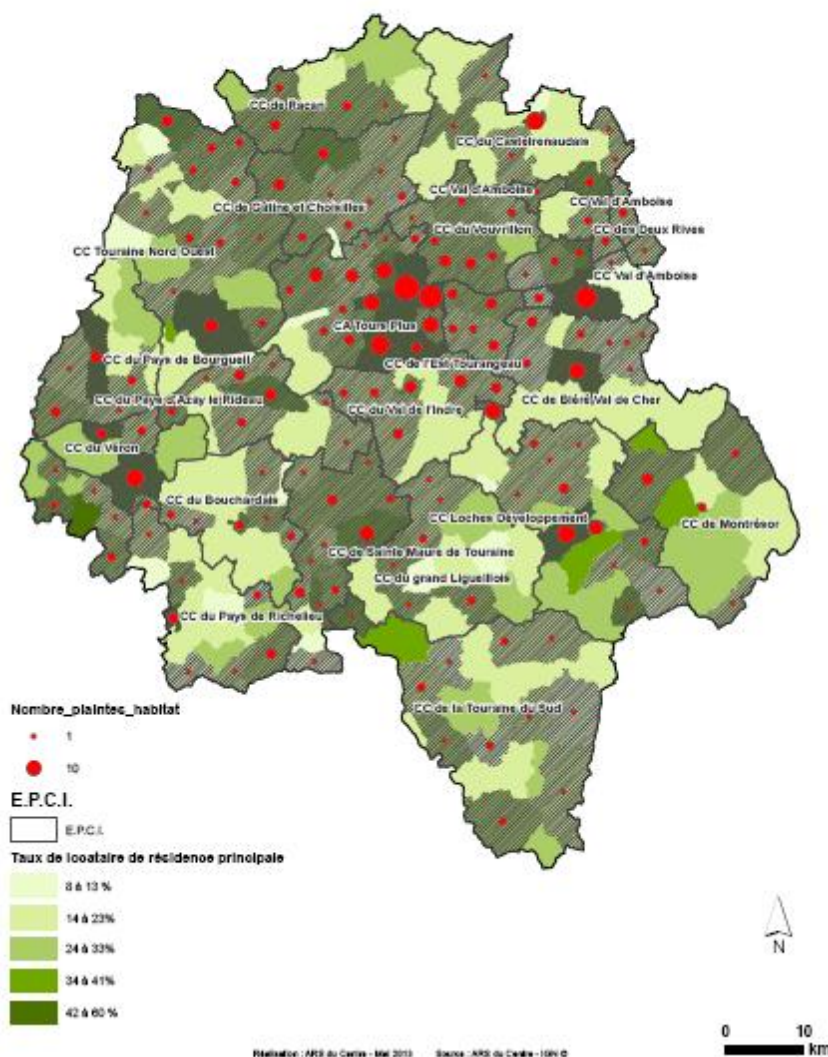
En complément de la campagne nationale de communication, l'ARS du Centre publie chaque année au début de l'hiver un communiqué de presse rappelant les bonnes pratiques (vérification annuelle des installations de chauffage, ventilation des locaux, etc...).

Les cas d'intoxications font systématiquement l'objet d'une enquête environnementale par l'ARS. La DIRECCTE intervient cependant quand l'intoxication est relative à une exposition professionnelle.

Comparativement à d'autres départements de même taille, le nombre de cas en Indre-et-Loire est assez faible. Une sous-déclaration pourrait en être la cause. La sensibilisation des services d'intervention d'urgence pourrait permettre d'obtenir un meilleur recensement des situations d'intoxication.

I.5.8 Lutte contre l'habitat indigne

Relation entre le nombre de signalements de logements indignes et le taux de locataires



L'ensemble des logements du parc privé potentiellement indigne (PPPI) représente 4,1% du parc des résidences principales du département et concerne environ 3,3% de la population de l'Indre-et-Loire. 82,5% de ces logements ont été construits avant 1949. Un peu plus de 23% d'entre eux se situent sur le périmètre de la communauté d'agglomération de Tours.

Le comité de pilotage du Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées (PDALPD)

Le partenariat entre le Conseil général et l'Etat est étroit et concrétisé par la co-présidence du PDALPD. Le préfet s'appuie sur les services de la Direction Départementale de la Cohésion Sociale

(DDCS) pour l'animation des politiques sociales du logement et du PDALPD. La direction départementale des territoires (DDT) est le service compétent pour le développement d'une offre de logement adaptée et la rénovation de l'habitat, en sa qualité de délégué de l'ANAH. Le PDALPD 2012-2016 se structure autour de 8 orientations parmi lesquelles l'orientation 7 : Lutte contre l'habitat indigne et la précarité énergétique.

Le Programme d'intérêt général (PIG) de lutte contre l'habitat indigne et la précarité énergétique

En Indre-et-Loire, depuis le 1^{er} janvier 2009, une Maîtrise d'œuvre urbaine et sociale de lutte contre l'habitat indigne s'est déroulée sur le département (hors territoire de Tours +). La signature en Indre-et-Loire le 25 juillet 2011 du contrat local d'engagement « Habiter Mieux » par le Conseil général, inscrit la lutte contre la précarité énergétique comme une priorité locale. Par ailleurs, les axes d'orientations stratégiques retenus pour la mise en œuvre, à compter de 2012, du nouveau programme d'actions du PDALPD, identifient ces deux enjeux comme des thématiques prioritaires. Aussi, la corrélation de ces deux priorités conduit à conjuguer leur appréhension et leur traitement au cœur d'un dispositif d'ingénierie global, pour lequel le Conseil général porte la maîtrise d'ouvrage à l'échelle de son périmètre de délégation. De plus, la phase de repérage et celle de traitement de la précarité énergétique présentent des modalités d'intervention similaires avec celles de la lutte contre l'habitat indigne et nécessitent le plus souvent un partenariat avec les mêmes acteurs.

Le programme 2011-2016 « Habitat + » de Tours +

La Communauté d'agglomération Tours +, délégataire des aides à la pierre sur son territoire de compétence, propose le même dispositif que le Conseil général.

La mise en œuvre des procédures de police spéciale du Préfet :

L'ARS met en œuvre les procédures administratives de lutte contre l'habitat indigne. A ce titre, 1 procédure en urgence a été engagée en 2012 ainsi que 2 mainlevées après réhabilitation des logements.

En 2012, 49 plaintes ont été reçues conduisant à 21 visites de logements (essentiellement en appui aux maires et en l'absence de PIG départemental en 2012). L'essentiel des plaintes concernait des procédures relevant de la police du maire (infractions au Règlement Sanitaire Départemental) ou de la décence des logements (normalement traités par la MOUS non-décence de la CAF).

La mise en place d'un Pôle Départemental de Lutte contre l'Habitat Indigne, repris comme un objectif du PDALPD, devrait permettre de mieux coordonner les différents acteurs concernés par la problématique de l'habitat indigne, notamment en vue de définir les territoires pertinents en matière de repérage des situations d'habitat indigne. Les données du PPPI ne permettant pas de définir avec pertinence les territoires d'intervention.

Par ailleurs, l'absence d'Agence départementale d'information sur le logement (ADIL) est un point faible du département car les occupants n'ont pas la possibilité de signaler les difficultés qu'ils rencontrent et de recevoir les conseils adéquats pour y faire face notamment d'un point de vue juridique.

I.5.9 Lutte contre le saturnisme

Cas de saturnisme infantile déclaré :

2012 : 0 cas

2011 : 1 cas

2010 : 1 cas

Cette problématique n'est pas majeure dans le département.

L'ARS est destinataire annuellement d'une trentaine de Constats de Risque d'Exposition au Plomb (CREP). Ces diagnostics réalisés lors de la vente ou de la mise en location d'un logement doivent être transmis par l'opérateur au Préfet en cas de mise en évidence de plomb dégradé accessible avec présence d'enfants mineurs et/ou en cas de présence de dégradation du bâti. La présence de mineurs dans le logement est systématiquement signalée. L'ARS traite ses signaux en rappelant aux propriétaires des logements les risques encourus et en intervenant directement en cas de présence d'enfants.

I.5.10 Prévention des risques liés à l'amiante dans les établissements sanitaires et médico-sociaux

Un important plan de contrôles est mené par l'ARS depuis 2006 dans l'ensemble des établissements sanitaires et médico-sociaux du département. L'année 2013 devrait permettre de le finaliser.

Pour faire en sorte que les établissements aient un dossier technique amiante conforme à la réglementation en vigueur, il est nécessaire de relancer une ou plusieurs fois les établissements, pour rappeler les contrôles périodiques obligatoires.

Toutefois, cette campagne de contrôles a permis de mettre en évidence que depuis la sortie du décret de 1997, relatif aux obligations des propriétaires d'effectuer la recherche de produits amiantés dans leurs immeubles, les établissements et plus particulièrement les « petits » établissements ont une méconnaissance ou incompréhension de la réglementation amiante. Cela a conduit par exemple certains établissements à ne réaliser que le repérage des flocages / calorifugeages ou faux plafonds, ou à confondre rapports de repérages et DTA.

On constate l'absence ou l'insuffisance de conseils par les opérateurs de repérage ou le manque d'une conclusion précise permettant de guider le propriétaire dans ses actions à mener, qu'il s'agisse d'investigations complémentaires, de contrôles périodiques à effectuer, de constitution, de tenue à jour ou de communication des DTA.

I.5.11 Risques sanitaires liés aux plantes invasives

La région Centre constitue un front de colonisation de l'ambrosie en France. Cette plante est bien implantée dans le sud du Cher et de l'Indre et progresse vers le Nord-Ouest. Elle atteint désormais selon les études demandées par le « Comité parlementaire du suivi du risque ambrosie » le département d'Indre-et-Loire (source : fédération des conservatoires botaniques nationaux). Les effets sanitaires de l'ambrosie semblent encore marginaux dans la région alors qu'elle provoque de nombreuses allergies en Rhône-Alpes, où elle s'est largement développée.

La réduction des risques sanitaires liés à l'ambrosie passe par la mise en œuvre d'actions de sensibilisation et d'information auprès des collectivités et du grand public.

I.5.12 Impact lié aux activités humaines

Installations classées pour la protection de l'environnement (ICPE)

Le département ne se caractérise pas par une forte industrialisation. De fait, le nombre d'ICPE n'est pas particulièrement important : 5 établissements SEVESO seuils bas et 10 établissements SEVESO seuil haut.

Ces installations peuvent avoir impact sur leur environnement : nuisances sonores, rejets atmosphériques, rejets liquides. Elles doivent cependant respecter la réglementation en vigueur et le contrôle exercé par l'inspection des installations classées garantit que l'impact de ces installations sur leur environnement soit le plus faible possible.

Il faut cependant noter le cas particulier du site SYNTHRON. Une suspicion de pollution de la nappe d'accompagnement de la Brenne a conduit le Préfet à interdire l'utilisation de l'eau des puits et des forages domestiques autour du site sur les communes de VILLEDOMER et d'AUZOUER EN TOURAINE.

Sites et sols pollués

Le département ne se caractérise pas par un nombre important de sites et sols pollués. Parmi les 184 sites industriels potentiellement contaminés répertoriés pour la région Centre dans la base BASOL, seuls 20 se situent en Indre-et-Loire (environ 10%). Et seuls 4 sites sont actuellement en étude ou nécessitent des investigations supplémentaires, les autres sites sont considérés comme traités.

Cependant, conformément aux termes de la circulaire du 8 février 2007, une attention toute particulière est portée aux projets d'installation d'établissements accueillant des populations sensibles (crèche, écoles, etc....) sur des sites potentiellement contaminés.

Il faut cependant noter la problématique des décharges de déchets bruts. Ces installations, qui n'étaient au moment de leur exploitation soumises à aucune réglementation particulière n'ont parfois pas fait l'objet d'une réhabilitation. En effet, certaines étaient déjà fermées lorsque le ministère de l'environnement a demandé par voie de circulaire leur fin d'activité dans les années 1990.

Cette problématique est inscrite dans le projet de Plan départemental de Prévention et de Gestion des déchets Non Dangereux (PPGDND).

Installations nucléaires

En Indre-et-Loire, le risque existe par la présence du Centre Nucléaire de Production d'Électricité (CNPE) de Chinon.

23 communes sont concernées par le plan particulier d'intervention (PPI) mis en place.

Le Pays du Chinonais est par conséquent le territoire le plus directement concerné.

I.6 L'offre sanitaire, médico-sociale et en prévention disponible

Un panorama sera donné ici sur l'offre sanitaire et médico-sociale du département avec une approche davantage infra départementale sur l'offre ambulatoire et médico-sociale. L'observation des territoires infra départementaux telle que voulue par la Conférence de territoire est affinée dans les lutins joints en annexe 1 du PTS. Ils apportent une connaissance plus fine de l'offre en santé sur les 5 pays retenus et une analyse de celle-ci. Ils constituent ainsi l'outil facilitant le travail de proximité en animation territoriale.

I.6.1 L'offre de soins ambulatoire

- **La démographie des professionnels de santé**

D'une manière générale, le département d'Indre et Loire est le mieux doté de la région Centre en professionnels de santé.

Cet avantage, particulièrement saillant pour les médecins généralistes et spécialistes, est certainement lié à la présence du CHRU et de la faculté de médecine. En effet, les densités de médecins généralistes et de médecins spécialistes sont les plus fortes de la région et sont supérieures à la moyenne française. Les autres professions de santé sont bien représentées, seule la densité d'infirmiers libéraux est très en dessous de la moyenne nationale (88 infirmiers pour 100 000 habitants contre 139 au national).

Les données portées dans les tableaux ci-après traduisent ces constats :

Professionnels de santé libéraux

En exercice au 1.01.2012

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

Sources : DREES - RPPS traitements DREES

L'Indre et Loire compte près de 30% des médecins généralistes -y compris les remplaçants- de la région Centre et près de 45% des spécialistes. La proportion des professionnels médicaux de plus de 55 ans et plus est préoccupante, comme celle de la région Centre, avec un taux de près de 37% chez les médecins généralistes (près de 48% au niveau régional) -dont les remplaçants- et de près de 46% chez les médecins spécialistes (près de 53% au niveau régional).

Avec plus de 27% des chirurgiens-dentistes de la région Centre, le territoire de santé comme les autres départements de la région a une densité inférieure à celle observée au niveau national. Ce constat vaut également pour les infirmiers (effectif représentant près de 24% de l'effectif régional) et pour les masseurs kinésithérapeutes (effectif représentant plus de 31% de l'effectif régional).

Médecins spécialistes libéraux

Selon la spécialité exercée au 1.01.2012 (2)

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

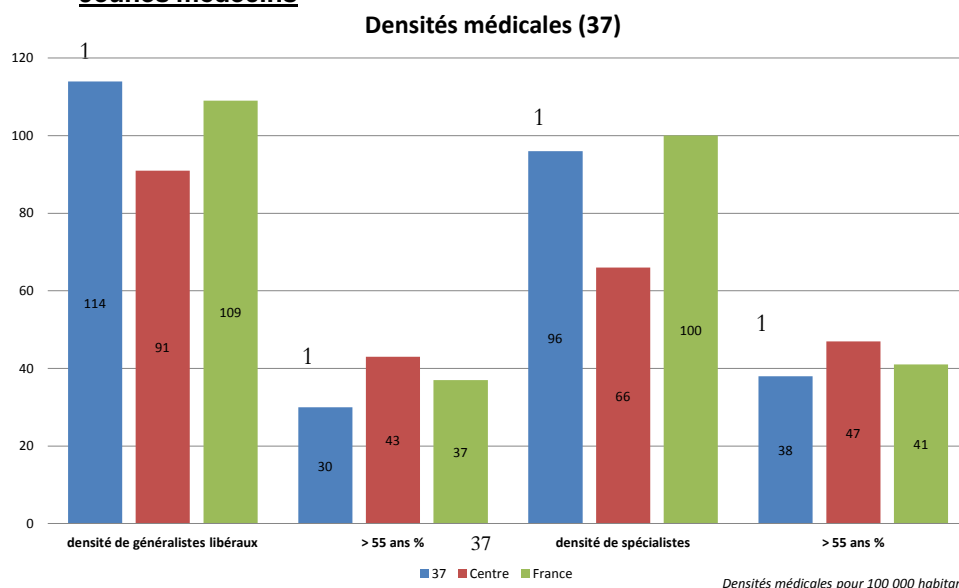
Sources : DREES - ARS - ADELI - ASIP-RPPS traitements DREES

Au niveau des spécialités exercées en libéral, il est intéressant de constater que c'est la psychiatrie qui compte le plus fort effectif avec 73 médecins, puis la radiologie avec 60 médecins et en troisième position l'ophtalmologie avec 50 médecins. En revanche les effectifs de certaines spécialités sont préoccupants comme ceux de la gynécologie médicale (23), de la rhumatologie (20), de la gastro-entéro-hépatologie (20), de la chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (16).

Ces constats chiffrés sont imagés dans le diagramme ci-après :

Démographie libérale 37 secteur exclusivement libéral

Densité médicale favorable, supérieure à la moyenne nationale Jeunes médecins



Si la situation du département d'Indre et Loire paraît être la moins préoccupante de la région, en revanche la répartition des professionnels de santé sur le département n'est pas homogène. Certaines zones sont très bien dotées et d'autres en grande difficulté.

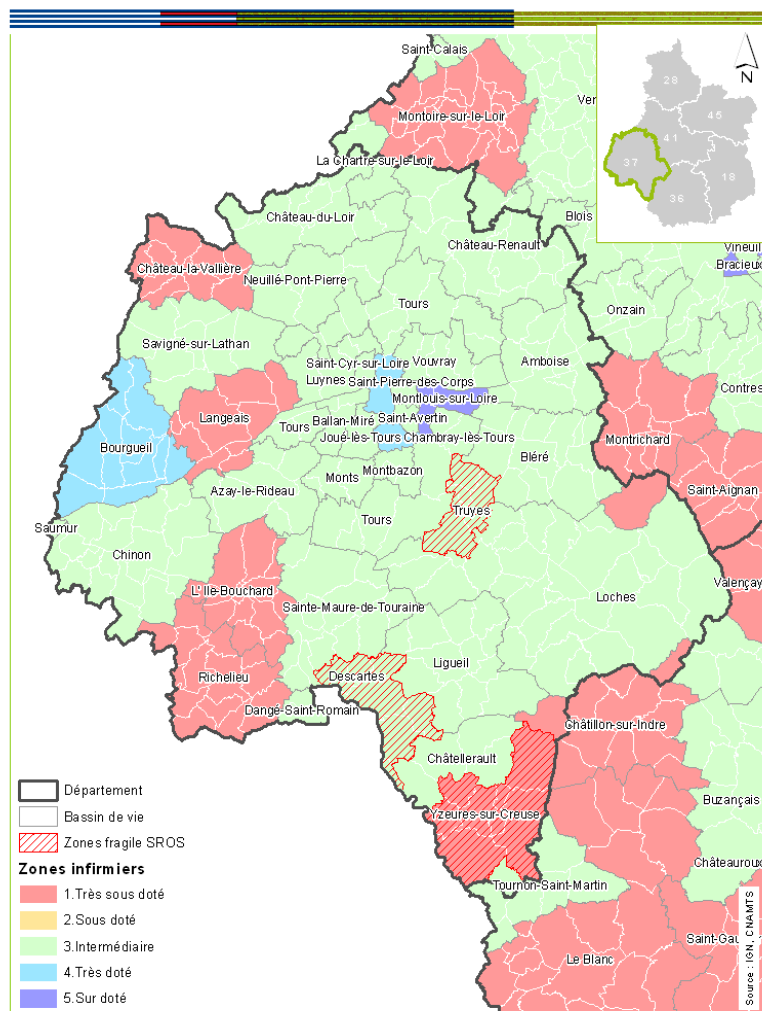
- **Les zonages**

- **Des zones identifiées comme fragiles**

Trois bassins de vie ont été identifiés comme étant des zones fragiles : Yzeures sur Creuse, Descartes et Truyes, cette dernière étant à 20 mn de Chambray les Tours.

Zones fragiles SROS et zones infirmiers en Région Centre

Département: INDRE-ET-LOIRE



Ce zonage confirme le désert médical dans le sud du département. Cette réalité est accentuée par les zonages professionnels :

Zonage infirmier : 5 zones sont très sous dotées en infirmier (Langeais, Château la Vallière, L'île Bouchard, Richelieu et Yzeures sur Creuse).

Zonage Masseuse-Kinésithérapeute : 7 zones sont très sous-dotées dont 2 se superposent à 2 zones fragiles du département (Yzeures sur Creuse et Truyes).

Zonage Sage-femme : aucune sage-femme libérale n'est installée dans le pays de la Touraine Côté Sud comprenant par ailleurs les 2 zones fragiles de Descartes et d'Yzeures/Creuse, sachant que le CH de Loches n'a pas de maternité. Ce secteur est couvert par la sage-femme de PMI du Conseil général et par la sage-femme de l'hôpital de Loches qui effectuent les suivis de grossesse.

Zonage Orthophoniste : Deux zones apparaissent comme étant très sous-dotées, ce sont les communes de La Guerche, Le Grand Pressigny, La Celle Guénand, Saint Flovier, Le Petit Pressigny et Barrou rattachées au bassin de vie de Châtelleraut et les communes d'Antigny le Tillac et Pussigny rattachées au bassin de Dangé Saint Romain.

Zonage Chirurgien-dentiste : Les bassins de vie de Neuillé Pont Pierre et de Descartes sont signalés comme très sous dotés.

Ainsi, la démographie médicale confirmée de la zone fragile d'Yzeures/Creuse est aggravée par un déficit en auxiliaires médicaux et l'absence de sage-femme libérale. La réponse à la demande de soins médicaux en libéral est probablement apportée par l'offre des communes de la Roche-Posay et de Châtelleraut.

La zone de Truyes est également classée comme déficitaire. En effet, seulement 3 médecins généralistes y exercent pour 5 787 habitants dont 2 sont âgés de plus de 60 ans. Un foyer d'accueil médicalisé ainsi qu'une maison d'accueil spécialisée viennent d'ouvrir sur ce bassin de vie et augmentent ainsi le besoin d'offres de 1^{er} recours. Il faut toutefois noter que cette zone est proche de l'agglomération de Tours et de plus, qu'une maison de santé vient d'être construite à Athée sur cher, commune limitrophe du bassin de vie.

➤ **Des zones méritant une attention particulière**

Toutefois, certaines zones ne sont pas classées comme « fragiles » au titre du SROS mais méritent une attention particulière.

Les communes d'Indre et Loire situées sur le bassin de vie de Châtelleraut :

Il s'agit de Barrou, La Celle Guénand, le Petit Pressigny et le Grand Pressigny.

Ces communes sont limitrophes des deux zones fragiles de Descartes et d'Yzeures sur Creuse et ne sont pas très dotées en professionnels de santé avec seulement 2 médecins généralistes et tous deux ont plus de 55 ans, 2 infirmières et 1 pharmacie pour 2 211 habitants.

Le Nord du département

Les bassins de vie de Château-la-Vallière et de Château-Renault ne sont pas classés comme fragiles mais concentrent pourtant des difficultés d'accès aux soins.

Le bassin de vie de Château-la-Vallière rassemble 4 855 habitants et n'est doté que de 4 médecins généralistes dont 2 de plus de 55 ans. L'évaluation du nombre de médecins généralistes pour basculer en sous-densité est de 1,13. Les zones frontalières avec la Sarthe sont elles aussi peu dotées en professionnels de santé. Une maison médicale vient d'ouvrir au Lude avec seulement 1 médecin généraliste.

Le bassin de vie de Château-Renault rassemble 16 809 habitants et n'est doté que de 12 médecins généralistes (y compris MEP) dont 2 de plus de 60 ans. Cinq d'entre eux exercent en cabinet individuel. L'évaluation du nombre de médecins généralistes pour basculer en sous-densité est de 0,09. Cette zone sera déficitaire prochainement.

Par ailleurs, les engagements du Pacte territoire Santé pour lutter contre les déserts médicaux, prévoient une politique incitative d'installation de jeunes professionnels. dans les zones qui se caractérisent par une offre médicale insuffisante ou ayant des difficultés d'accès aux soins en permettant la signature de contrat de praticien territorial de médecine générale. Ainsi, un élargissement des zones fragiles est mis en place avec une ouverture aux communes de la région dont la densité médicale est inférieure à la densité régionale (82,93 pour 100 000 habitants), avec une mise à jour trimestrielle de la densité médicale par l'ARS, et aux zones urbaines sensibles. Ces zones prioritaires servent également de référence aux étudiants de 2^{ème} année souhaitant s'installer à terme dans ces bassins de vie et bénéficier d'un contrat d'engagement de service public.

Les bassins de vie prioritaires sont : Azay le Rideau, Château la Vallière, Château Renault, Descartes, l'Île Bouchard, Richelieu, Sainte Maure de Touraine, Savigné sur Lathan, Truyes, Yzeures sur Creuse, ainsi que les communes de Chemillé-sur-Dême rattachée au bassin de vie de la Charte-sur-le-Loir (Sarthe-72), Bueil-en-Touraine, Epeigné-sur-Dême, Louestault, Marray, Neuvy-le-Roi, Saint-Aubin-le-Dépeint, Saint-Christophe-sur-le-Nais, Saint-Paterne-Racan et Villebourg rattachées au bassin de vie de Château-du-Loir (Sarthe-72) , et les quartiers sensibles de la Verrerie à Amboise, la Rabière à Joué-lès-Tours, Niqueux Bruère à La Riche, la Rabâterie à Saint-Pierre-des-Corps et le Sanitas à Tours.

A noter que ce nouveau zonage est en cours de consultation.

• **La Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA)**

La PDSA doit permettre de répondre aux besoins de soins en dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux, après régulation préalable du SAMU, c'est à dire le soir de 20h à 24h, la nuit de 0h à 8h, les week-ends et les jours fériés. Elle est actuellement organisée sur la base de 25 secteurs sur le département d'Indre et Loire, dont 3 sur l'agglomération tourangelle. Une expérimentation de regroupement de secteurs est en cours depuis janvier 2011, entre les secteurs de L'Île Bouchard, Richelieu et Sainte-Maure de Touraine.

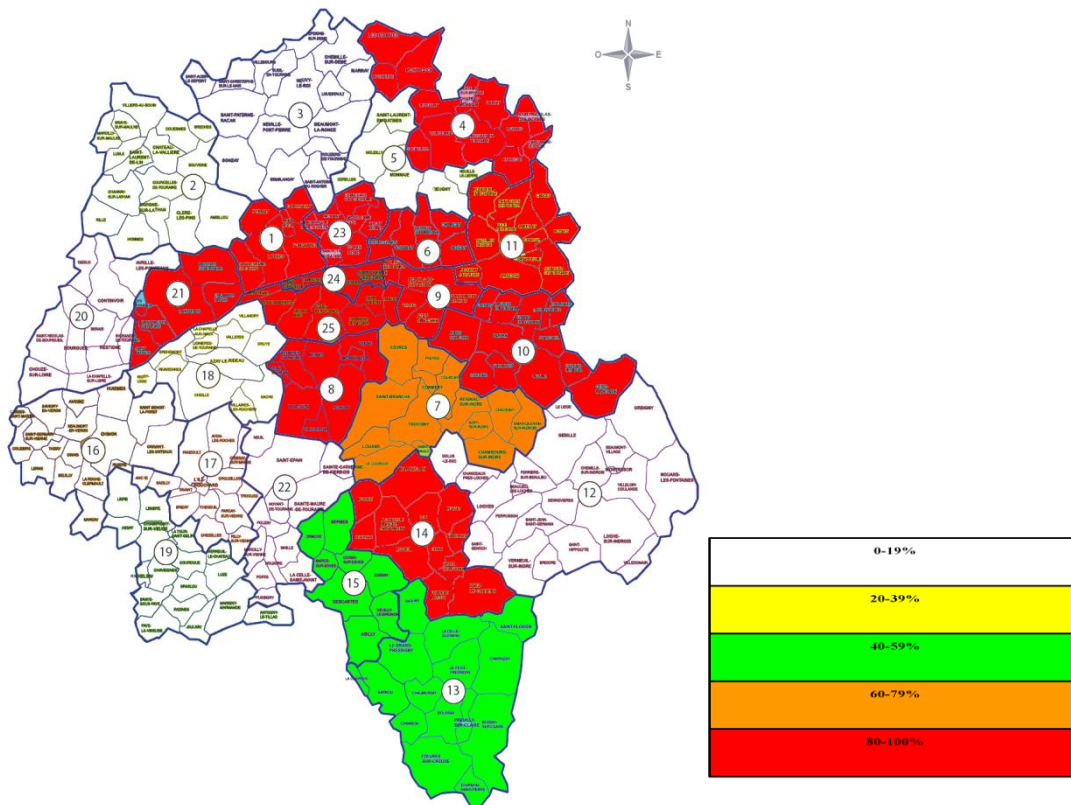
La PDSA est réalisée en quasi-totalité par SOS Médecins sur l'agglomération tourangelle. Une régulation libérale est organisée au sein du SAMU, avec la participation d'une vingtaine de médecins libéraux.

Cependant, elle est inégalement assurée sur le territoire départemental en fonction des secteurs et des périodes de permanence. En 2012, la couverture des secteurs en période de permanence des soins était la suivante :

- Taux général de couverture des permanences : 54,39%
- Taux de couverture moyen des soirées (20h-0h) : 61,15% (Cf. cartographie)
- Taux de couverture moyen des nuits (0h-8h) : 40,67%
- Taux de couverture moyen des week-ends : 97,64%
- Taux de couverture moyen des jours fériés : 94,35%

Cartographie des présences de jour 20h00 – 00h00: établie par le SAMU

Sectorisation des Médecins de Garde



Une réforme de la PDSA est actuellement en cours e négociation sur le département afin d'améliorer l'accès à une offre de soins de 1^{er} recours sur l'ensemble du territoire, notamment, en fusionnant des secteurs de garde, en renforçant la PDSA en soirée ainsi que la régulation médicale et essayant de promouvoir des Maisons Médicales de garde.

- **Les maisons de santé pluriprofessionnelles et le Pôle de santé**

9 MSP ont été financées sur le département : 4 sur le Lochois - Genillé, Villelouin-Coulangé, Saint Flovier, Descartes- et Ligueil à venir, 3 sur le Chinonais - Avoine, Richelieu, L'île Bouchard-. Depuis le 1^{er} janvier 2013, la MSP Château la Vallière est en fonctionnement et un projet est en cours de réflexion à Neuillé Pont Pierre. Ainsi une répartition inégale des MSP sur le territoire de santé est constatée avec une concentration des MSP au sud de la Loire. Par ailleurs, un projet de MSP est en réflexion sur Sainte Maure de Touraine en lien avec la constitution d'un pôle sur Nouâtre et Saint Epain. Une réflexion est également en cours à Château Renault avec un engagement de la communauté de communes pour un projet sur le site de l'hôpital.

Il est à relever la mise en œuvre d'un pôle de santé sur le Lochois, né du dynamisme des médecins libéraux installés localement.

- **Les Maisons Médicales de Garde**

Deux MMG sont ouvertes sur le département : à Tours au sein du CHU Bretonneau avec un projet de relocalisation à proximité du quartier du Sanitas et à Loches au sein du Centre hospitalier de Loches au sein du service d'accueil des urgences.

Le projet de création d'une MSP à Château Renault intègre celui d'une MMG.

- **Les officines de pharmacie**

Au 1 ^{er} /01/2013	LE GRAND TOURS	LE PAYS LOIRE TOURAINE	LE PAYS DE LA TOURAINE COTE SUD	LE PAYS DU CHINONNAIS	LE PAYS LOIRE NATURE	TOTAL
Nombre	112	33	20	26	12	203

- **Les laboratoires d'analyses médicales**

Au 1 ^{er} /01/2013	LE GRAND TOURS	LE PAYS LOIRE TOURAINE	LE PAYS DE LA TOURAINE COTE SUD	LE PAYS DU CHINONNAIS	LE PAYS LOIRE NATURE	TOTAL
Nombre de sites	25 sites de LAM privés + 3* (cf.Lutin)	Amboise : 2 Château Renault : 1+ 1* Bléré : 1 Montlouis s/L : 1	Loches : 1	Chinon : 2 Ste Maure de T : 1 Beaumont en V : 1 Bourgueil : 1	0	36 sites de LAM privés + 4*

*pharmacie mutualiste

- **Les centres de santé**

Au 1 ^{er} 10112013	LE GRAND TOURS	LE PAYS LOIRE TOURAINE	LE PAYS DE LA TOURAINE COTE SUD	LE PAYS DU CHINONNAIS	LE PAYS LOIRE NATURE	TOTAL
Centres de santé infirmiers	La Riche : 1 Tours : 2 St Pierre des C. : 1	Château-Renault : 1	/	Ste Maure de T : 1	Langeais : 1	7
Centres de santé dentaires	Joué les T : 1 Tours : 1 St Pierre des C. : 1	/	/	Chinon : 1		4
Centre de santé pluridisc.	St Pierre des C. : 1	/	/	/		1

- **Les transports sanitaires terrestres**

Au 1 ^{er} /10112013	LE GRAND TOURS	LE PAYS LOIRE TOURAINE	LE PAYS DE LA TOURAINE COTE SUD	LE PAYS DU CHINONNAIS	LE PAYS LOIRE NATURE	TOTAL
Nbre d'ambulances	53	15	20	22	7	117
Nbre de VSL	47	21	36	39	12	155

- **L'hospitalisation à domicile**

HAD	Territoire d'intervention	Nombre de lits
ASSAD-HAD en Touraine	Département d'Indre-et-Loire	104 lits
HAD ARAIR	Zone d'emploi de Tours	103 lits

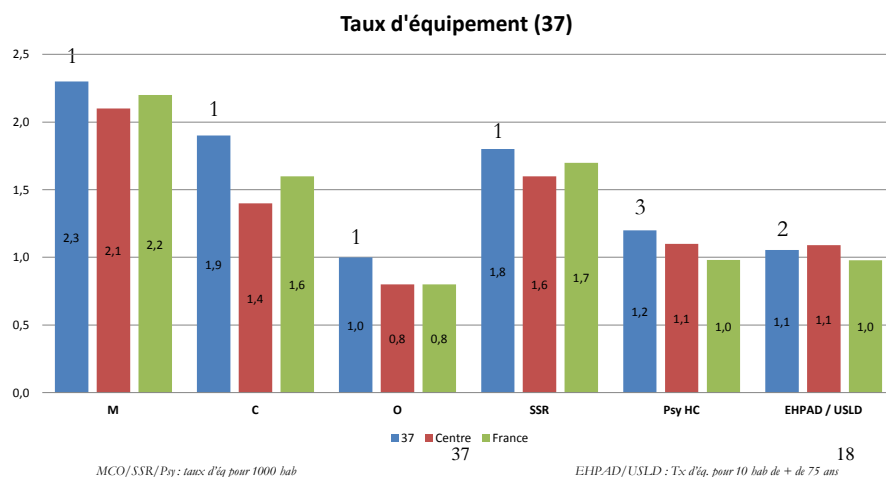
L'hospitalisation à domicile, si elle constitue une activité de soins et son porteur un établissement de santé, cette offre de soins est citée dans l'offre ambulatoire car concourant essentiellement au maintien à domicile.

D'autres modalités de prise en charge ambulatoire plus institutionnelles existent sur les différents territoires infra-départementaux (PMI, Promotion de la santé en faveur des élèves, Médecine du travail ...) → cf. Lutins.

I.6.2 L'offre de soins sanitaire

Offre de soins hospitalière 37

Taux d'équipement MCO, SSR, EHPAD le plus favorable de la région, au dessus de la moyenne nationale



Le département dispose d'une offre de soins importante, à l'exception toutefois de lits en USLD en nombre insuffisant.

Pour le détail des activités de soins autorisées et reconnues développées dans chaque structure, il ya lieu de se reporter aux lutins infra territoriaux portés en annexe 1.

- **6 établissements publics MCO**

CHRU de Tours (Hôpital de référence de 2021 lits et places) :

- Médecine en HC et HP : médecine, cardiologie, neurologie, pneumologie, gastro-entéro-hépatologie, psychiatrie générale et infanto-juvénile, UCSA, PASS somatique et psychique, ELSA, Consultation mémoire et centre mémoire de ressources et de recherche, UNV, soins palliatifs et équipe mobile de soins palliatifs
- , Chirurgie en HC et HP : chirurgie cardiaque, neurochirurgie, traitement du cancer (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, curiethérapie, utilisation de radioéléments scellés), traitement des grands brûlés, traitement de l'Insuffisance rénale chronique, prélèvements d'organes (rein, cœur, foie, poumon, pancréas), greffes (rein, cœur, foie, moelle osseuse, cornée), chirurgie esthétique, centre spécialisé pour la prise en charge de la chirurgie de la main
- Gynécologie Obstétrique avec une maternité de niveau 3 (106 lits et 20 places), AMP-DPN ;

- Réanimation, USC, USI, VRIAVS, Médecine d'urgence adulte et pédiatrique (1 SAMU, 2 SMUR terrestre, 1 HELISMUR, 2 SU)
- SSR : modalités de prise en charge des personnes âgées dépendantes polypathologiques et pour les enfants de moins de 6 ans (en HC et HP) → 104 lits et 5 places.

CH du Chinonais (CH de proximité de 662 lits et places) :

- Médecine, psychiatrie générale et infanto-juvénile, Soins psychiatriques pour enfants polyhandicapés en HC et HP, Soins palliatifs et USC
- Gynécologie Obstétrique : maternité de niveau 1 (15 lits et 2 places),
- Médecine d'urgence : 1 SU et 1 SMUR terrestre
- SSR : modalité de prise en charge des personnes âgées polypathologiques dépendantes → 70 lits
- USLD

CH Paul Martinais (Loches – CH de proximité de 346 lits et places) :

- Médecine : médecine et traitement du cancer par chimiothérapie (site associé du CHRU de Tours), Psychiatrie en HP
- Chirurgie, Médecine d'urgence (1 SU, 1 antenne SMUR du CHRU)
- SSR : modalité de prise en charge des personnes âgées polypathologiques dépendantes (30 lits)

CHIC Amboise Château-Renault (CH de proximité de 847 lits et places) :

- Médecine (sur Amboise et Château-Renault), Centre périnatal de proximité avec hébergement (11 lits), psychiatrie générale et infanto-juvénile en ambulatoire, 1 PASS
- Chirurgie (sur Amboise),
- Médecine d'urgence (1 SU et 1 SMUR terrestre)
- SSR : modalités de prise en charge des personnes âgées polypathologiques dépendantes et des affections de l'appareil locomoteur (en HC et HP) → 62 lits et 2 places

Hôpital de Sainte-Maure-de-Touraine :

- Médecine : médecine en HC → 14 lits

Hôpital de Luynes (80 lits):

- Médecine : unité de soins palliatifs → 10 lits
- SSR : modalités de prise en charge des personnes âgées polypathologiques dépendantes, des affections de l'appareil locomoteur, affections du système nerveux en HC

- **4 établissements privés MCO**

Clinique Saint Gatien (177 lits et places):

- Médecine : cardiologie interventionnelle, traitement de l'IRC,
- Chirurgie cardiaque, traitement du cancer,
- Réanimation, prélèvements de tissus à des fins thérapeutiques sur des personnes décédées, USC,USIC
- Médecine d'urgence : 1 SU à orientation spécialisée en cardiologie

Clinique de l'Alliance (203 lits et places) :

- Médecine, Chirurgie, Traitement du cancer (chirurgie, chimiothérapie et autres traitements médicaux spécifiques)
- Médecine d'urgence

Pôle Santé Léonard de Vinci (474 lits et places) :

- Médecine, Soins palliatifs
- Chirurgie, Traitement du cancer (chirurgie, chimiothérapie et autres traitements médicaux spécifiques), USC
- Gynécologie Obstétrique : maternité de niveau 2 (56 lits), APM-DPN, Prélèvements de cellule de sang de cordon ombilical à des fins thérapeutiques, ,
- Médecine d'urgence,
- SSR : modalités de prise en charge des personnes âgées polypathologiques dépendantes, des affections respiratoires en HC → 60 lits
- Hébergement du Centre de Radiothérapie des Docteurs Cailleux-Bretau, et du Centre de Médecine Nucléaire VINCI

Clinique Jeanne d'Arc (70 lits et places):

- Chirurgie, Traitement du cancer (gynécologique, urologique, digestive et mammaire), USC

- **3 établissements privés psychiatriques**

Clinique psychiatrique des Domaines de Vontes et Champgault : psychiatrie générale adulte en HC → 135 lits

Clinique Ronsard : psychiatrie générale adulte en HC et HP et psycho-gériatrie en HC et HP (jour et nuit) → 113 lits et places

Clinique du Val-de-Loire : psychiatrie générale adulte en HC et HP (62 lits et places)

- **6 établissements privés SSR autonomes**

Le Centre de réadaptation fonctionnelle « Le Clos Saint Victor » (90 lits et 12 places) :

- Affections neurologiques et affections de l'appareil locomoteur

Le Centre de Médecine physique et de réadaptation fonctionnelle « Bel Air » (96 lits et 11 places) :

- Affections du système nerveux, affections de l'appareil locomoteur, traitement des grands brûlés

Le Centre Malvau (62 lits) :

- Affections liées aux conduites addictives en HC

Le Courbat (56 lits) :

- Affections liées aux conduites addictives en HC

Le Centre de réadaptation cardiovasculaire « Bois Gibert » (92 lits et 23 places) :

- Affections cardio vasculaires en HC et HP
- Réadaptation de la déficience visuelle (Centre Basse Vision)

Clinique Velpeau (107 lits) :

Soins de suite polyvalent

Le Centre Hospitalier Louis Sevestre (établissement public de 104 lits) :

- Affections liées aux conduites addictives en HC

- **Autres services de santé**

HAD ARAIR Santé : 103 lits sur la zone d'emploi de Tours

ASSAD-HAD en Touraine : 104 lits sur le département d'Indre-et-Loire

A.R.A.U.C.O. (70 postes) :

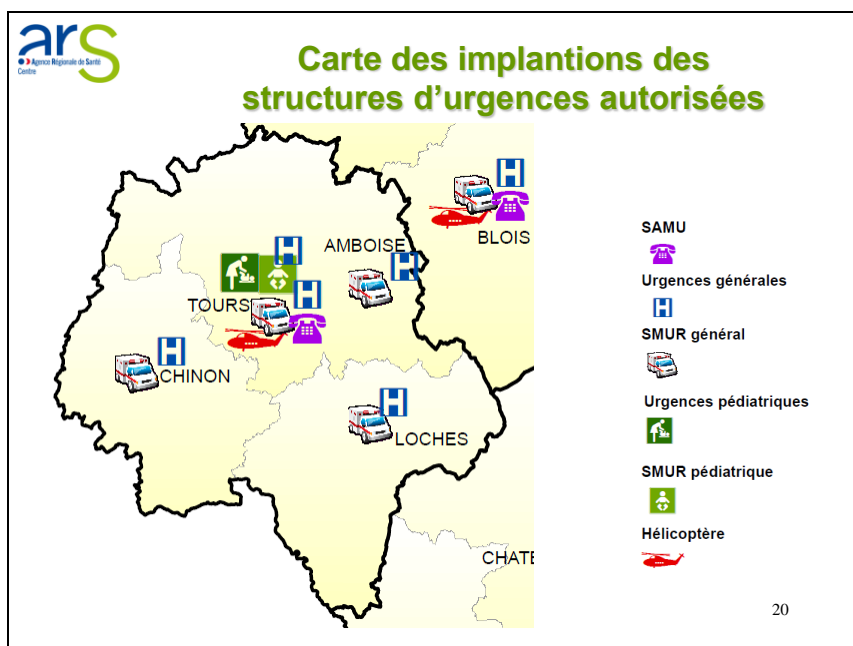
- 12 postes de dialyse basés sur le CH de Loches
- 6 postes de dialyse basés sur le CHIC
- 9 postes de dialyse basés sur le CH du Chinonais
- 43 postes répartis sur le CHRU, le PSLV, Joué-lès-Tours, Notre Dame d'Oé

USLD Psychiatrique : USLD psychiatrique en HC de **80 lits à Saint Cyr sur Loire**

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

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

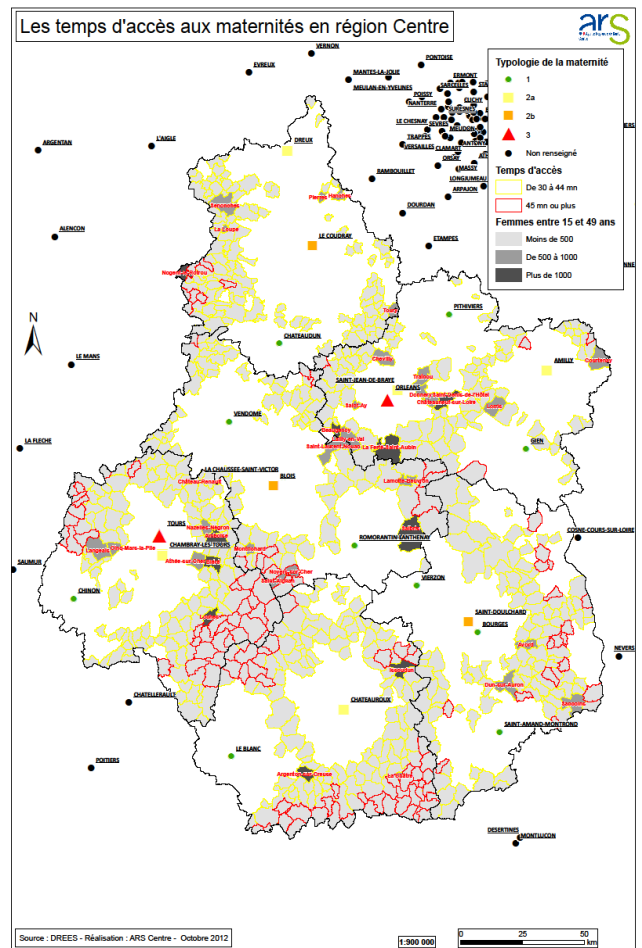
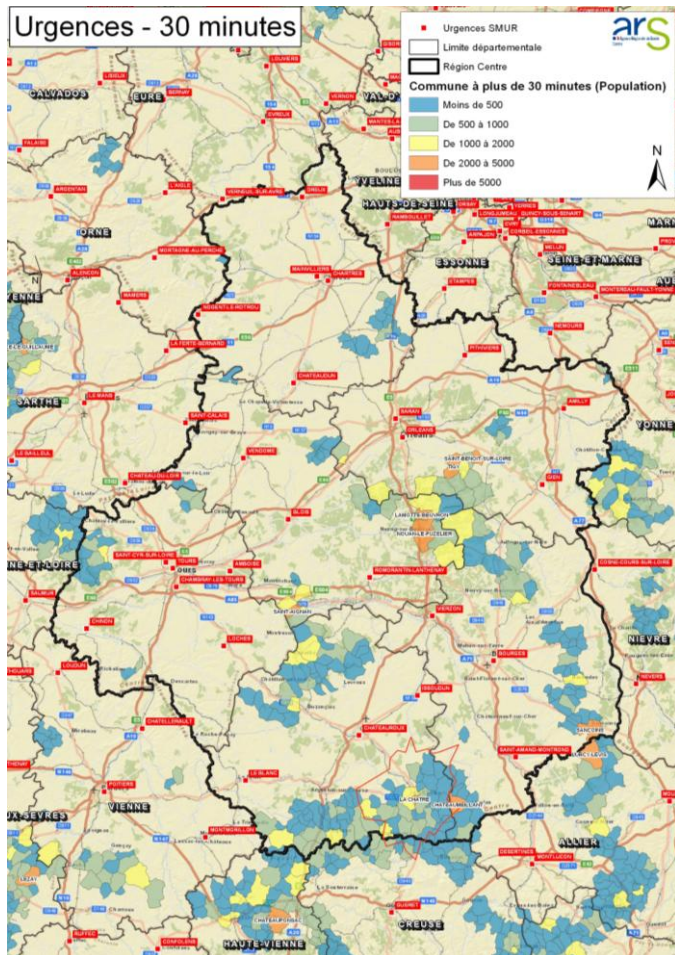
source : DREES -enquête SAE2011 , Insee pour le distancier



Le temps d'accès à un service des urgences est en moyenne de 17mn sur le département en raison d'un territoire urbain et dynamique. Toutefois 11 communes représentant 1% de la population, près de 6 000 habitants, s'en trouvent à plus de 30mn. Les communes en question (11) sont situées en limite du département, au nord ouest et au sud.

La question des correspondants du SAMU sera à étudier après la mise en service de l'antenne de SMUR du CHRU à la clinique de l'Alliance.

Le temps d'accès à une maternité est en revanche légèrement plus long. Il est de 20,2 mn en moyenne. 77, 5% de la population peut accéder à une maternité en moins de 30 mn ; 20% entre 30 à 44 mn et 2,3 % en plus de 45 mn.



- **Autres activités**
 - **Réseaux de santé**

Un nombre important de réseaux existent sur le département en majorité portés par le CHRU de par sa vocation régionale :

Réseaux de soins	Promoteur (Sites)
ASPED	Secteur mère-enfant
Centre de Coordination des Dépistages des Cancers (CCDC)	Hôpital Trousseau
Comité de Coordination en Cancérologie (3C)	Hôpital Bretonneau
Comité de Coordination Régional de Lutte Contre l'Infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (COREVIH)	Hôpital Bretonneau
Centres de Référence pour les Infections Ostéo-articulaires complexes du Grand Ouest (CRIOGO)	Hôpital Bretonneau
Equipe d'appui départementale en soins palliatifs d'Indre-et-Loire (EADSP)	Hôpital Bretonneau
France COAG (Patients atteints de maladies hémorragiques dues à des déficits héréditaires en protéines coagulantes)	Hôpital Trousseau
Hépatites virales de la région Centre	Hôpital Trousseau
OMEDIT Centre (Observatoire des Médicaments, des Dispositifs Médicaux et des Innovations Thérapeutiques de la Région Centre)	Hôpital Bretonneau
Réseau de Prévention du Suicide du Département d'Indre-et-Loire - VIES*37	Clinique Psychiatrique Universitaire
Réseau OncoCentre	Hôpital Bretonneau
Réseau Périnatal Centre	Hôpital Bretonneau
RHC Arlin (Réseau des hygiénistes du Centre)	Hôpital Bretonneau

Réseaux de soins	Promoteur (Sites)
Soins Palliatifs en région Centre	Hôpital Bretonneau
Ville Hôpital VIH 37	Hôpital Bretonneau
Réseau de prélèvement d'organes et de tissus de la région Centre Sud (CREDOT)	Hôpital Bretonneau
Oncologie 37	Association Oncologie 37
REPSO (réseau de prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adulte)	ANSEA
Maison des adolescents	Association Montjoie
Réseau diabète « Rediab Touraine »- antenne au CH Loches et CH Chinon	Réseau Rédiab Touraine
Oncocentre (réseaurégional)	CGS Oncocentre Chambray-Les-Tours
NeuroCentre(réseau régional pour les maladies neuro-dégénératives)	Association Neurocentre - Tours
Mains du Centre (réseau régional pour la chirurgie de la main)	Association SOS mains - St Jean

➤ Programmes d'éducation thérapeutique

Les établissements et autres structures ont développé 32 programmes d'éducation thérapeutique du patient sur le département d'Indre-et-Loire à savoir :

Promoteur	Titre du programme
Clinique Saint Gatien	Education thérapeutique du patient diabétique en ambulatoire
	Programme d'éducation thérapeutique du patient insuffisant cardiaque
Maison du diabète et de la nutrition de Tours	Education thérapeutique du patient diabétique
Centre Hospitalier Jean Pagès- Luynes	Programme d'éducation thérapeutique de l'insuffisance cardiaque du sujet âgé en unité de suite et de réadaptation
Réseau Neuro Centre*	Programme d'éducation thérapeutique du patient dans la Sclérose en Plaques et la Sclérose Latérale Amyotrophique
Comité départemental contre les maladies respiratoires	Education thérapeutique dans l'asthme et les allergies
Centre municipal de santé de Saint Pierre des Corps	Education thérapeutique du patient diabétique
Centre Bois Gibert	Education thérapeutique dans les maladies cardiovasculaires et chez les patients à haut risque
CHRU de Tours*	Education thérapeutique des patients vivant avec une infection par le VIH
	Education thérapeutique des patients insuffisants cardiaques
	Education thérapeutique des patients diabétiques
	Education thérapeutique des patients adultes atteints de la mucoviscidose
	Education thérapeutique des patients obèses candidats à la chirurgie de l'obésité
	Education thérapeutique des patients atteints de l'hépatite C
	Education thérapeutique des patients en stomathérapie
	Education thérapeutique du patient hémophile
	Projet de vie pour les patients insuffisants rénaux

Promoteur	Titre du programme
	chroniques
	Education thérapeutique des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde ou spondylarthropathie
	Education thérapeutique de l'enfant atteint de la mucoviscidose
	Groupe d'éducation thérapeutique du patient drépanocytaire ou atteint d'une autre pathologie du globule rouge intitulé « Bien connaître et mieux vivre la drépanocytose »
	Programme EDUMICI : programme d'éducation thérapeutique des patients vivant avec une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI)
	Education thérapeutique des patients atteints de douleurs chroniques (Atelier psycho éducatif bien être et Coping envers la douleur)
Pôle Santé Léonard de Vinci	« Mieux vivre avec une BPCO »
Espace du souffre	Education thérapeutique des patients dans le cadre de la réhabilitation respiratoire en soins externes
ARAIR Santé	Education thérapeutique des patients sous nutrition entérale en hospitalisation à domicile
	Education thérapeutique des patients diabétiques appareillés par pompe à insuline en hospitalisation à domicile
	Education thérapeutique des patients appareillés par ventilation non invasive
Centre d'examen de santé de Tours	Offre de service aux médecins traitants par les Centres d'exams de santé : Education thérapeutique des patients atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive - BPCO
	Offre de service aux médecins traitants par les Centres d'exams de santé : Education thérapeutique des patients diabétiques de type 2
CHIC Amboise/Château-Renault	Education thérapeutique du patient diabétique
	« Education thérapeutique du patient stomisé »
ARAUCO	« Education thérapeutique du patient insuffisant rénal chronique dialysé à l'ARAUCO »

* Structures financées par l'ARS du Centre pour la mise en place de programmes d'ETP

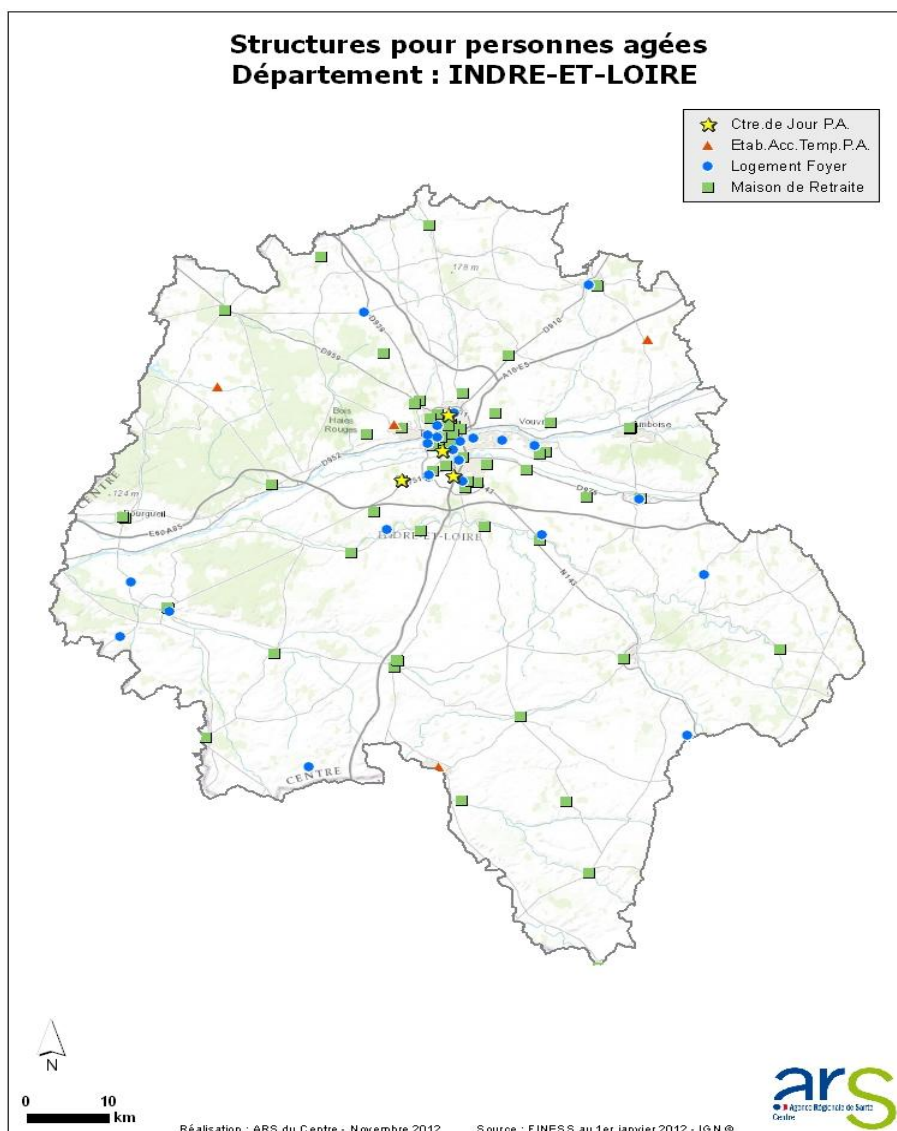
I.6.3 L'offre en faveur des personnes âgées

Nombre d'établissements accueillant des personnes âgées

	Centre de Jour	Etab. Accueil temporaire	Logement Foyer	Maison de Retraite	Ensemble
Indre-et-Loire	5	4	28	65	102
-Tours-Amboise	5	2	22	45	74
-Loches	0	1	2	7	10
-Chinon	0	1	4	13	18

Source: Finess au 15/11/2012

Structures pour personnes âgées Département : INDRE-ET-LOIRE



Accueil des personnes âgées

	Centre		Indre-et-Loire		Tours-Amboise		Chinon		Loches	
	Places autorisées	Places installées	Places autorisées	Places installées	Places autorisées	Places installées	Places autorisées	Places installées	Places autorisées	Places installées
Centre de Jour	162	162	83	83	83	83	0	0	0	0
Etab. Accueil temporaire	228	221	117	115	75	73	22	22	20	20
Logement Foyer	4 068	3 732	1457	1170	1340	1 063	78	74	39	33
Maison de Retraite	36 593	28 204	6128	6046	4153	4 094	1122	1 103	853	849
Ensemble	41 051	32 319	7785	7414	5651	5 313	1222	1 199	912	902

source : Finess au 15/11/2012

Taux d'équipement au 1.01.2012 pour 1 000 habitants de 75 ans et plus

Equipement	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre	France
Taux d'équipement en structures d'hébergement complet pour personnes âgées (lits maison de retraite, logements de logements-foyers, et lits hébergement temporaire, lits USLD)	128,6	125,9	122,0	125,4	129,6	123,2	125,6	126,6
Taux d'équipement en places de services de soins à domicile (SSIAD + SPASAD)	20,9	15,5	21,5	22,6	19,5	19,8	20,1	19,9
Taux d'équipement en lits médicalisés (lits d'EHPAD, lits d'USLD)	115,3	116,2	109,9	103,8	116,7	111,9	111,7	103,3

Sources : DREES - ARS - FINESS

Le taux d'équipement en lits médicalisés en Indre-et-Loire se trouve dans la moyenne nationale mais s'avère inférieur à la moyenne régionale (103,8 contre 111,7 pour 1000 hab.). Il existe 17 EHPAD publics autonomes, 5 EHPAD relevant d'un établissement de santé et 30 EHPAD privés. L'offre est majoritairement gérée par le secteur public (63% des places). L'offre est assez bien répartie sur le territoire hormis le canton de St Pierre des Corps,- situé en zone inondable-.

Le département est bien doté en places de services de soins à domicile avec un taux d'équipement de 22,6‰ contre un taux régional de 20,1‰.

S'agissant de la prise en charge de la maladie Alzheimer, le territoire est doté de :

- 1 unité d'hébergement renforcé médico-sociale de 14 places
- 4 Pôles d'Activités et de Soins Adaptés fin 2012. Un objectif de 10 PASA à l'horizon 2014 est fixé.
- 4 équipes spécialisées Alzheimer rattachées à des SSIAD couvrant l'ensemble du territoire
- 1 plate-forme de répit pour les aidants

Il est à noter l'installation en 2012 de deux Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) destinées à renforcer l'articulation des intervenants des champs sanitaire, social et médico-social autour de la personne en perte d'autonomie fonctionnelle et de ses aidants. Elles couvrent l'ensemble du territoire.

• EHPAD

Au 1 ^{er} /01/2013	LE GRAND TOURS	LE PAYS LOIRE TOURAIN	LE PAYS DE LA TOURAIN COTE SUD	LE PAYS DU CH1NONAIS	LE PAYS LOIRE NATURE
Hébergement Permanent (HP)	2486	1033	723+25*	720	381
HP Alzheimer	304	142	91	76	0
PASA / UHR	112	0	14	14	14
Hébergement temporaire	28	6	24	6	22
Accueil de jour	18	22	13	8	6
TOTAL	2836	1203	851+25*	810	423

*dont 25 places pour Personnes handicapées vieillissantes

• Accueil de jour itinérant

LE GRAND TOURS	PAYS LOIRE TOURAIN	PAYS DE LA TOURAIN COTE SUD	PAYS DU CHINONAIS	PAYS LOIRE NATURE
	Amboise - 2j Château Renault 1j St Martin le Beau 1 j	- Loches : 12 places - 1 J hebdo - Saint Flovier : 12 places - 1 J hebdo - Montrésor : 12 places - 1 J hebdo - Descartes : 12 places - 1 J hebdo	- L'île Bouchard : 7 places - 1 J hebdo - Chinon : 7 places - 1 J hebdo - Braslou : 7 places - 1 J hebdo	- Neuvy-le-Roi : 1J hebdo - Langeais : 1J hebdo

• Petites unités de vie

13 petites unités de vie (281 places) prennent en charge des personnes âgées non dépendantes sur le département

	LE GRAND TOURS	PAYS LOIRE TOURAIN	PAYS DE LA TOURAIN COTE SUD	PAYS DU CHINONAIS	PAYS LOIRE NATURE	TOTAL
Du studio au F2	85	41	40	98	17	281

- **Foyers logement**

872 places en foyer logement accueillent des personnes âgées non dépendantes, essentiellement sur l'agglomération tourangelle et sur le pays Loire Touraine à Bléré, Château Renault et Montlouis sur Loire.

	LE GRAND TOURS	PAYS LOIRE TOURAINE	PAYS DE LA TOURAINE COTE SUD	PAYS DU CHINONNAIS	PAYS LOIRE NATURE	TOTAL
Du F1 au F2	12 foyers 741 pl	3 foyers 131 pl	0 foyer	0 foyer	0 foyer	872

- **SSIAD**

Capacité installée au 1^{er} /01/2013	LE GRAND TOURS	PAYS LOIRE TOURAINE	PAYS DE LA TOURAINE COTE SUD	PAYS DU CHINONNAIS	PAYS LOIRE NATURE	TOTAL
	6 SSIAD 584 places	5 SSIAD 384 places	4 SSIAD 159 places	3 SSIAD 240 places	2 SSIAD 84 places	1451 Places

- **Coordinations gérontologiques**

21 coordinations gérontologiques sont implantées sur le département.

LE GRAND TOURS	PAYS LOIRE TOURAINE	PAYS DE LA TOURAINE COTE SUD	PAYS DU CHINONNAIS	PAYS LOIRE NATURE	TOTAL
5	3	4	6	3	21

- **Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des personnes atteintes d'Alzheimer (MAIA)**

Deux MAIA se partagent verticalement le département ; côté Est, la MAIA portée par l'ADMR et côté Ouest portée par l'ASSAD- HAD.

- **Familles d'accueil**

Au 1^{er} /01/2013	LE GRAND TOURS	PAYS LOIRE TOURAINE	PAYS DE LA TOURAINE COTE SUD	PAYS DU CHINONNAIS	PAYS LOIRE NATURE	TOTAL
	10	8	9	18	18	63

AU 1^{er} octobre 2012, les pôles autonomie ont été installés dans les Maisons Départementales de la Solidarité. Dans le Sud Touraine, le CLIC Sud Touraine a été maintenu et a intégré les missions du pôle autonomie pour le Pays de la Touraine Côté Sud.

I.6.4 L'offre en faveur des personnes handicapées

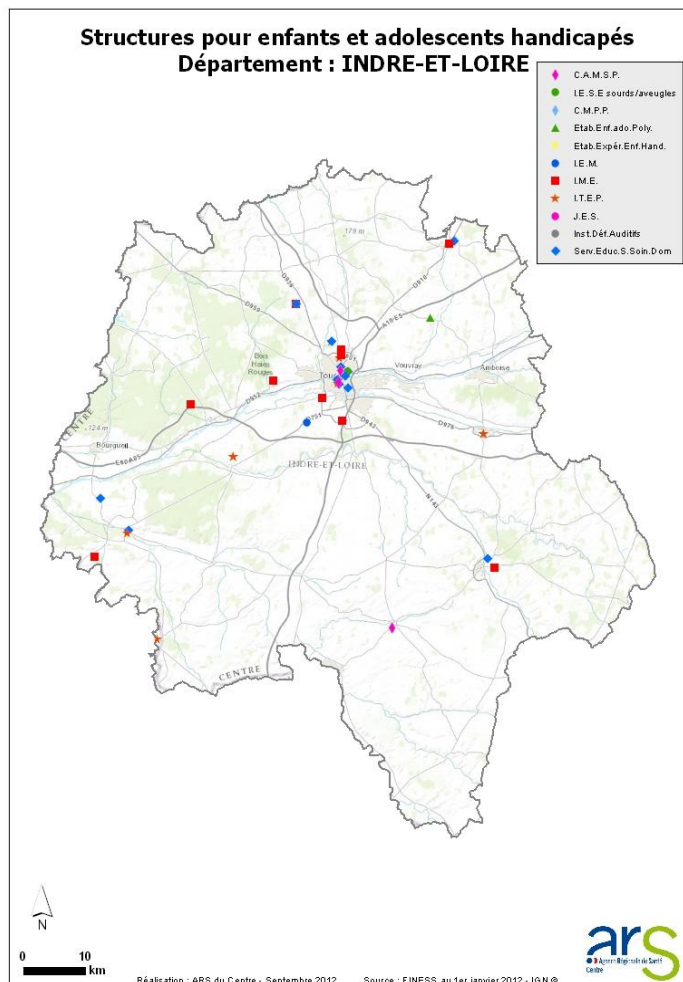
➤ **L'offre en faveur des enfants et adolescents handicapés**

Globalement, l'offre de service en établissements spécialisés pour les enfants handicapés est satisfaisante par comparaison avec le taux d'équipement national (7,9 ‰ au 1/1/2012/ 6,7‰) et se situe en 3^{ème} rang dans la région (7,3‰).

En service d'éducation spécialisée et d'aide à domicile, le constat est le même avec un nombre de places légèrement plus important que la moyenne régionale qui ne se distingue pas de la moyenne nationale.

Pour autant, les orientations tant en établissements qu'en services ne peuvent pas être toutes satisfaites.

- **Les établissements médico-sociaux**



Nbre d'établissements

	Région Centre	Indre et Loire	Grand TOURS	Chinonais	Touraine Côté Sud	Loire nature	Loire Touraine
C.A.M.S.P.	20	2	2		1 antenne	1 antenne	1 antenne
C.M.P.P.	16	1	1		1 antenne	1 antenne	1 antenne
Etab.Enf.ado.Poly.	10	1	0	0	0	0	1
Etab.Expér.Enf.Hand.	2	0	0	0	0	0	0
I.E.M.	5	1	1	0	0	0	0
I.M.E.	56	10	5	1	1	2	1
I.T.E.P.	21	7	3	2		1	1
Inst.Déf.sensoriels	2	1	1	0	0	0	0
Inst.Ed.Sen.Sour.Ave	1	0	0	0	0	0	0
Jardin Enfants Spéc.	6	0	0	0	0	0	0
SESSAD	63	15	9	2	1* + 1**	1	1
Ensemble	203	38	22	5	5	6	6

Source: FINESS au 19/11/2012

*pour déficients intellectuels

** pour TCC

	Indre et Loire	Grand Tours	Loire Touraine	Chinonais	Loire Nature	Touraine Coté Sud
C.A.M.S.P.	File active	File active 1150	File active 57	/	File active 54	File active 50
C.M.P.P.	File active	File active 1100	File active 112	/	File active 148	File active 100
Etab.Enf.ado.Poly	60	0	60	0	0	0
I.E.M.	60	60	0	0	0	0
I.ME	616	343	110	60	48	56
I.T.E.P.	318	201	20	85	12	0
Inst.Déf.Auditifs	50	50	0	0	0	0
Serv.Educ.S.Soins.Dom	509	350	29	62	30	49

• **Les structures de l'Education Nationale**

L'éducation nationale a ouvert un nombre conséquent de classes pouvant accueillir des enfants et adolescents handicapés en inclusion collective : 33 classes d'inclusion scolaire en primaire et 23 classes en lycée pour accueillir 2 357 enfants handicapés.

Scolarisation des enfants handicapés

❖ **Intégration des élèves handicapés dans les classes ordinaires**

	Nombre de Classes d'Inclusion Scolaire (CLIS)	Nombre d'Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire (ULIS)	Nombre d'élèves handicapés scolarisés	Nombre d'élèves accompagnés par un auxiliaire de vie scolaire
	33	23 dont 4 en lycée professionnel	2 357	492

Source : Service départemental de l'Education Nationale : données 2012

Le nombre d'élèves handicapés scolarisés (2 357) en inclusion individuelle s'accroît sensiblement de 2,08% de par une augmentation régulière de l'équipement en dispositifs collectifs de scolarisation en milieu ordinaire par la création de CLIS et ULIS. De même, on constate un nombre croissant d'accompagnements humains et une poursuite des attributions de matériel.

L'Indre-et-Loire scolarise en milieu ordinaire 27,2% des élèves handicapés en milieu ordinaire dans l'académie (8 543) à titre individuel.

Les CLIS et ULIS reçoivent en inclusion collective 621 enfants handicapés.

❖ **Scolarisation dans les structures du secteur médico-social**

Dans le département d'Indre et Loire, 7 établissements du secteur médico-social ont passé des conventions avec l'Education Nationale au titre desquelles celle-ci met des enseignants du secteur public à leur disposition, soit 3 IME, 2 ITEP, 1 IEM et un institut de rééducation et d'éducation pour la communication, l'ouïe et la vue. D'autres établissements de ce secteur ont passé un contrat simple avec l'Education Nationale.

La mise en place des unités d'enseignement dans les ESMS et les centres hospitaliers permet la scolarisation de 910 enfants.

Certains enfants accueillis en institution bénéficient également de temps de scolarisation dans des classes externalisées, installées dans des établissements scolaires avec des moyens des ESMS (professionnels).

Actuellement dans le département d'Indre et Loire il y a 3 classes externalisées d'ITEP dans des établissements scolaires, 4 classes d'IME et une de l'hôpital de jour.

Ces scolarisations partagées permettent à certains élèves de bénéficier d'une scolarisation partielle en milieu ordinaire.

Globalement, le département dépasse les objectifs fixés en matière de scolarisation des enfants handicapés avec 2.25% des jeunes scolarisés pour un attendu de 2.07%.
492 élèves étaient accompagnés d'un auxiliaire de vie scolaire (450 AVS).

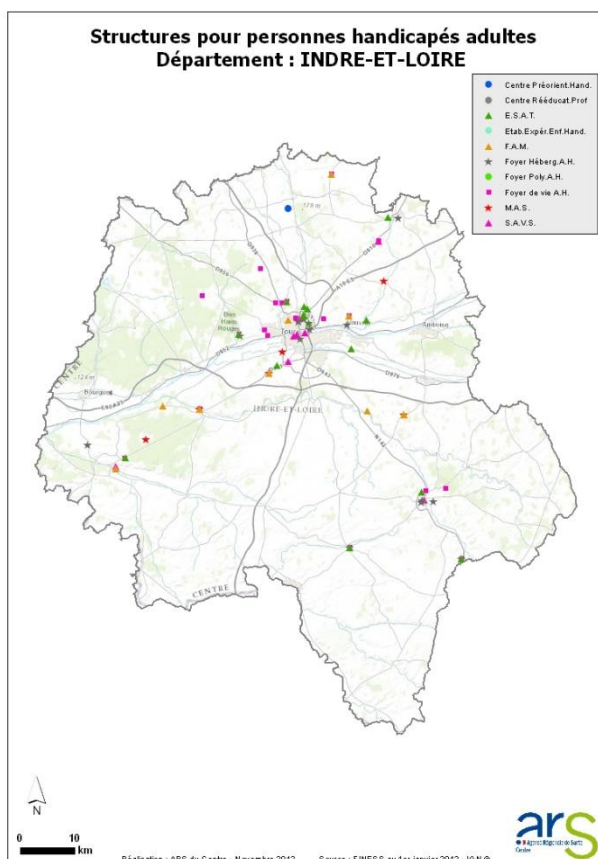
➤ **L'offre en faveur des adultes handicapés**

• **Les établissements pour adultes handicapés**

La situation sur le département est moins favorable en ce qui concerne l'offre d'accueil et de service envers le public adulte handicapé. En effet, le taux d'équipement en structure d'accueil y est légèrement inférieur à la moyenne régionale (4,2 ‰ adultes de 20 à 59 ans/ 4,8‰), les places en foyer d'accueil médicalisé étant celles dont le besoin est le plus prégnant. A noter, un nombre de places en ESAT satisfaisant.

Nombre d'établissements

TYPE D'ETABLISSEMENT	CENTRE	INDRE ET LOIRE	GRAND TOURS	PAYS DU CHINONNAIS	PAYS DE LA TOURAINE COTE SUD	PAYS LOIRE NATURE	PAYS LOIRE TOURAINE
Ctre Préorient. Hand.	2	1				1	
Ctre rééducat. prof.	3	1				1	
ESAT	78	11	4	1	3	0	3
Etabl.exper. AH	4	1	0	1	0	0	0
FAM	46	7	4	2	0	0	2
Foyer de vie AH	77	14	4	1	3	2	2
Foyer héberg.AH	66	15	7	1	2		1
Foyer Poly AH	5				0	0	0
MAS	23	6	4	2	0	0	1
SAVS	67	11	6	1	3	0	1
SAMSAH		3	3	0	0	0	0
Nombre total d'établissements	371	72	38	22	5	5	6



Nombre de places

Type d'établissement	INDRE ET LOIRE	GRAND TOURS	PAYS LOIRE TOURAINE	PAYS DU CHINONNAIS	PAYS LOIRE NATURE	PAYS DE LA TOURAINE COTE SUD
Ctre Préorient. Hand.	20	0	0	0	20	0
Ctre rééducation prof.	68	0	0	0	68	0
ESAT	1 255	509	340	99	0	303
Etabl.exper. AH	40 10	0	0	40	0	10
FAM	239	59	108	72	0	0
Foyer de vie	542	110	204	15	98	115
Foyer hébergement	494	199	39	57	0	199
MAS	194	91 dont 22 AT	40	63	0	0
SAVS	415	280	15	29	0	91
SAMSAH	60	60	0	0	0	0
Nombre total de places	3 337	1 414	667	343	216	663

2 GEM à Tours

Une équipe mobile accompagnant 100 personnes cérébro-lésées à domicile.

- **Unités pour personnes handicapées vieillissantes en EHPAD**

INDRE ET LOIRE	GRAND TOURS	PAYS LOIRE TOURAINE	PAYS DU CHINONNAIS	PAYS LOIRE NATURE	PAYS DE LA TOURAINE COTE SUD
	Tours 14			St Christophe/ le Nais : 20 pl.	Villeloin Coulangé : 15 pl. La Celle Guénand : 10 pl.

- **SSIAD PH**

INDRE ET LOIRE	GRAND TOURS	PAYS LOIRE TOURAINE	PAYS DU CHINONNAIS	PAYS LOIRE NATURE	PAYS DE LA TOURAINE COTE SU
	2 SSIAD 54 places	1 SSIAD 15 places	2 SSIAD 39 places	1 SSIAD 8 places	1 SSIAD 20 places

- **Familles d'accueil**

Nbre de FA au 27 mai 2011

INDRE ET LOIRE	GRAND TOURS	PAYS LOIRE TOURAINE	PAYS DU CHINONNAIS	PAYS LOIRE NATURE	PAYS DE LA TOURAINE COTE SUD
		6	9	12	4

I.6.5 L'offre en faveur des personnes en difficultés spécifiques

➤ Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)

Le CAARUD, géré par AIDES, et animé par 3,25 ETP de personnels est un dispositif à vocation départementale.

Le CAARUD est situé 310 rue d'Entraigues à Tours.

Les permanences d'accueils collectifs avec présence de l'infirmière ont lieu le mardi de 14h à 17h et le jeudi de 16h à 20h.

L'accueil individuel a lieu sur rendez vous du lundi au vendredi.

En outre, une présence dans différents lieux de Tours est assurée.

Le CAARUD assure également des permanences et des maraudes à Chinon, Loches, Amboise et Château-Renault,

Il se rend également sur les lieux festifs.

➤ Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)

Le CSAPA d'Indre-et-Loire géré par le CHRU de Tours, est un dispositif à vocation départementale, disposant de 26,1 ETP de professionnels médicaux, paramédicaux et sociaux.

A Tours il comprend un service plus spécifique aux consommations de produits illicites (ex CSST Port Bretagne) situé rue Richelieu et un service axé davantage sur l'alcoologie (ex CCAA) situé rue Jules Mourgault. Des consultations jeunes consommateurs (CJC) sont dispensées dans ces centres.

A Loches, le centre René Descartes a une vocation généraliste

Le CSAPA a une antenne généraliste à Amboise et Chinon, Enfin, il assure une permanence à la Maison de Santé Pluridisciplinaire d'Avoine. Il possède également une équipe mobile.

Enfin, le CSAPA assure des consultations jeunes consommateurs avancées sur rendez-vous à l'Espace Santé Jeunes et à la Maison des Adolescents à Tours, ainsi qu'au Foyer des Jeunes Travailleurs d'Amboise.

➤ Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT)

Le promoteur (Association CORDIA) de l'ACT a son siège social à Paris.

L'ACT en Indre et Loire est un dispositif à vocation départementale dont les 13 places sont concentrées sur Tours soit 6 places en collectif (105 rue de Boisdénier à Tours), et 7 places en diffus en appartements de type T1. Il emploie 3,8 ETP.

➤ Lit Halte Soins Santé (LHSS)

Les LHSS en Indre et Loire relèvent d'un dispositif à vocation départementale.

Les lits Haltes Soins Santé gérés par l'Entraid'Ouvrière au sein d'un CHRS, au nombre de 10, sont situés 5- 7 rue de la Chamberrie à Tours Nord. Ils emploient 6,6 ETP.

I.6.6 L'offre en promotion et prévention de la santé

I.6.6.1 Nutrition et activités physiques

➤ Institut Inter Régional pour la Santé (IRSA)

Ce promoteur reçoit un financement de l'ARS pour la réalisation d'ateliers nutrition.

➤ Sport Anim 37

Ce promoteur reçoit un financement de l'ARS pour la mise en place d'ateliers d'activités physiques pour un public (adolescents, adultes) en surcharge pondérale ou obèse.

- Culture Loisir Accueil et Animation en Chinonais

Des actions d'éducation à la santé, notamment dans le domaine des bonnes pratiques alimentaires, sont réalisées par ce promoteur, essentiellement à destination des jeunes.

I.6.6.2 Addictions

Les promoteurs suivants reçoivent un financement de l'ARS pour leurs actions :

- Alcool Assistance

Cette association propose un accueil, une aide à la décision et un accompagnement des personnes en difficulté avec l'alcool et ainsi qu'à leur entourage.

- Mouvement Vie Libre CD37

Cette association aide les personnes en situation d'addiction à recréer le mieux être de la personne ainsi que les liens familiaux.

- Association Promotion SANTE - Espace sante jeunes 37

Elle intervient par des actions de prévention aux addictions dans le cadre scolaire et extra scolaire au sein d'une coordination d'acteurs intervenant dans le domaine de l'addictologie en lien avec l'opératrice départementale en addictologie, rattachée à la Mutualité d'Indre et Loire.

- Barroco Théâtre37

Le théâtre, utilisé comme outil de prévention, intervient principalement en milieu scolaire, en lien avec d'autres acteurs fédérés dans une coordination départementale de prévention des addictions telles qu'ASSPRO SANTE.

Ces deux derniers promoteurs reçoivent un co-financement ARS/MILDT pour des actions menées dans les établissements scolaires.

La Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) apporte des subventions dans le cadre d'appels à projets à différents projets. Il peut tout particulièrement être fait référence au financement du RESEAU Indre et Loire de Soins aux Toxicomanes (RESIST 37) pour la mise à jour des connaissances des professionnels sur les produits de substitution à la drogue, pour favoriser le partenariat et pour améliorer la prise en charge des usagers.

En outre, la MILDT cofinance avec le Conseil Général, Tours + et des fonds dédiés à la politique de la Ville un poste d'opératrice départementale de prévention des conduites addictives, évoqué précédemment.

I.6.6.3 Education affective et sexuelle

- Mouvement Français du Planning Familial

Cette association est financée par l'ARS pour promouvoir et faciliter l'accès à l'information sur la santé sexuelle et reproductive au travers de permanences.

- Association pour le développement, la recherche en éducation pour la sante ADRES 37

L'association développe des actions d'éducation à la sexualité et de prévention des IST en milieu scolaire (Maisons familiales rurales, Centres de formation des apprentis, collèges et lycées).

I.6.6.4 Maladies transmissibles

- Mouvement Français pour le Planning Familial

Cette association est financée par l'ARS pour les interventions de prévention du VIH/SIDA et des hépatites auprès des personnes migrantes.

Elle réalise aussi des interventions auprès du public incarcéré (majeurs et mineurs) pour prévenir les risques liés à la vie carcérale - VIH et VHC- ainsi qu'auprès du public handicapé.

- Mairie de Tours

L'ARS contribue financièrement au fonctionnement d'un container de récupération de seringues usagées, installé place des Halles. Ce dispositif complète le programme d'échanges de seringues mis en place par le CAARUD.

En outre, les promoteurs **AIDES** et **SOS hépatites Centre Val de Loire** sont financés par l'ARS pour mener des actions sur l'ensemble du Territoire Régional.

➤ CDAG/CIDDIST

Ces actions recentralisées sont assurées dans le département par le Conseil Général.

Les Consultations de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) ont été créées en 1988 pour favoriser le dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) sans risque de stigmatisation. En application de l'article L.3121-2 du CSP, elles réalisent de façon anonyme et gratuite la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH ainsi que l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés.

Depuis l'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 prise pour l'application de loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), ces consultations participent à la lutte contre d'autres maladies transmissibles, notamment les hépatites virales B et C.

L'activité du CDAG en 2012 :

- 2 422 consultations
- 2 337 tests
- résultats positifs : 2 VIH, 10 hépatites B, 4 hépatites C.

Le Conseil Général gère le Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST).

Le CIDDIST intervient en milieu pénitentiaire, en CHRS, au CSAPA, à la Halte de jour. Il réalise également des interventions de prévention en milieu scolaire.

L'activité du CIDDIST en 2012 :

- 4 581 consultations
- 85 informations
- 31 traitements réalisés.

CDAG/CIDDIST fonctionnent sur rendez vous dans les locaux du 5 rue Jehan Fouquet à Tours. Le dépistage des IST a aussi lieu lors des consultations au Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF) sur rendez vous dans les Maisons Départementales de la Solidarité

➤ Tuberculose

L'IRSA gère le Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse (CLAT) d'Indre-et-Loire.

Dans ce cadre, il assure les vaccinations BCG à la maternité du CHRU deux demi-journées par semaine.

L'IRSA n'intervient pas encore à la maternité de Chinon, ni à celle du PSLV. En revanche, il doit se rendre au CH d'Amboise pour rencontrer les parturientes précocement sorties du CHU.

L'IRSA réalise le dépistage radiographique quasi systématique sur les personnes détenues sur prescription du médecin de l'UCSA.

Il réalise des actions de dépistage en faveur des publics précaires.

Les locaux de l'IRSA se situent au 45 rue de la Parmentière à La Riche mais une équipe mobile peut être mobilisée pour toute intervention dans le département.

➤ Vaccinations

Un centre de vaccination gratuit ouvert à tous est géré par le Conseil Général.

Il est basé au CDASP situé au 5 rue Jehan Fouquet à Tours et réalise environ 750 vaccinations par an. Des séances de vaccination sont organisées sur tout le territoire départemental. Elles sont réalisées par un médecin généraliste ou un médecin de PMI en collaboration avec une infirmière du Conseil Général. Les vaccins sont mis à disposition par le Conseil Général.

Les demandes de renseignement se font auprès des Mairies.

Un centre de vaccination pour les étudiants, pour assurer le contrôle et la mise à jour des vaccinations, est géré par la Médecine Universitaire (SUMPPS).

Il est situé au 60 rue du Plat d'Etain à Tours.

Enfin, le CHRU de Tours gère le centre de vaccinations internationales au 2 boulevard Tonnelé à Tours.

I.6.6.5 Santé Mentale et suicide

➤ Réseau VIES 37

Il assure essentiellement la formation au repérage du risque suicidaire.

➤ Centre Lesbien, Gay, Bi, Trans de Touraine

Il dispose d'un espace d'accueil et de permanences téléphoniques pour le mal-être des minorités sexuelles afin de réduire le risque suicidaire.

Il assure 2 permanences par semaine à Tours.

Au moyen de conférences et de colloques l'association informe et sensibilise le grand public sur le mal être des minorités sexuelles, notamment des jeunes afin de réduire le risque suicidaire.

➤ Association Promotion SANTE - Espace sante jeunes

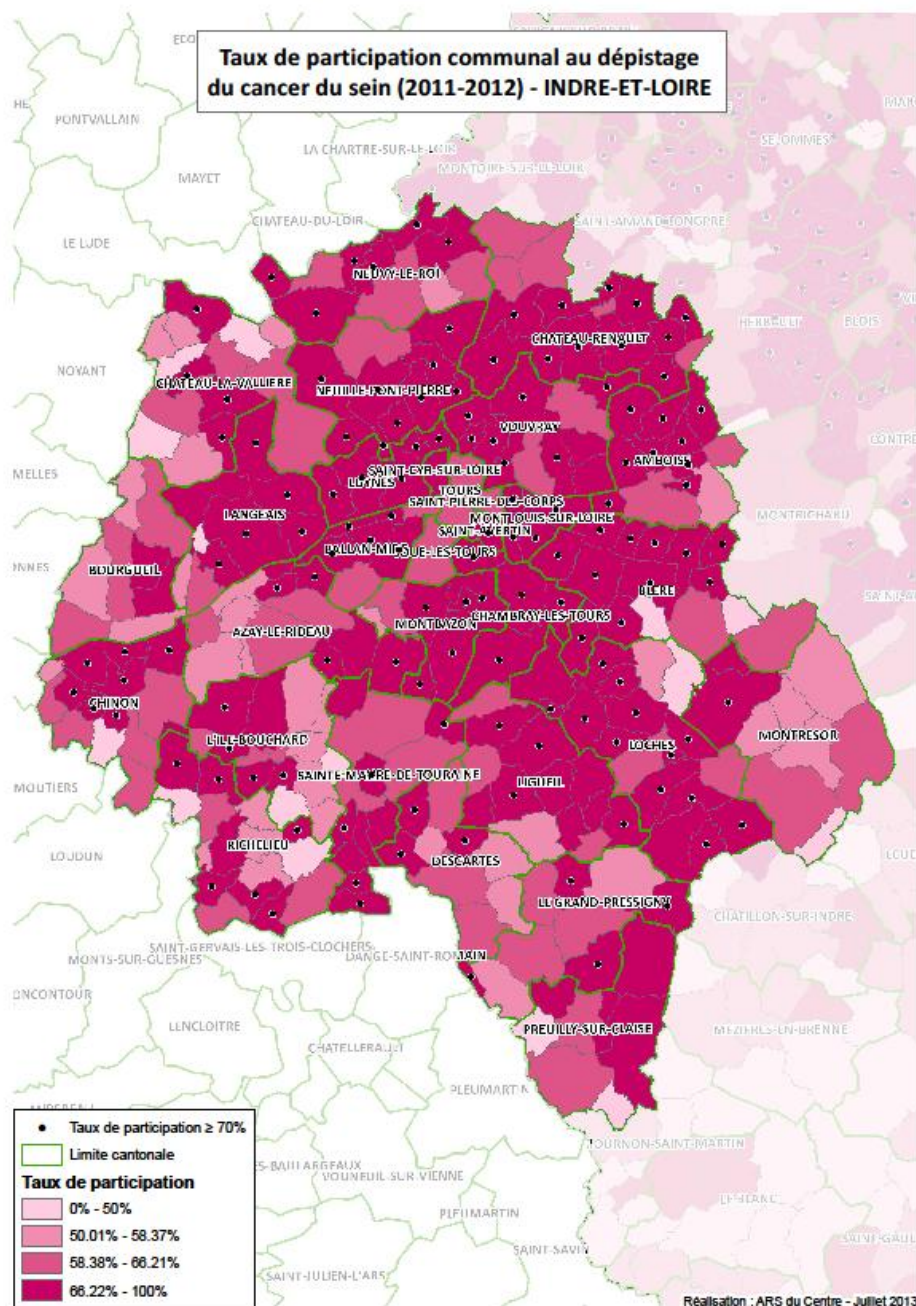
L'association organise des ateliers sur la santé et l'estime de soi, réalise des actions collectives en zones urbaines prioritaires et dans les lycées professionnels.

Elle assure des permanences pour prévenir la souffrance psychique et favoriser l'accès aux soins des jeunes de 12 à 25 ans par un accueil adapté à la problématique adolescente (Lycée Nadaud, Choiseul, Marmoutier, Eiffel, Lycée agricole Chambray Les Tours et CFA Joué Les Tours)

I.6.6.6 Dépistage organisé des cancers

Le **Centre de Coordination des Dépistages des Cancers (CCDC)** organise depuis 2003 le dépistage du cancer du sein et le dépistage du cancer colorectal. Le CCDC a également été retenu pour mettre en place un programme pilote de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus à partir de 2010.

Il participe aux campagnes nationales mars bleu et octobre rose.



I.6.6.7 Maladies Chroniques

➤ **Centre Municipal de Santé de Saint Pierre des Corps**

Il réalise une action de lutte contre le surpoids et l'obésité dans le cadre de la prévention du diabète de type 2.

➤ **Education thérapeutique du patient (ETP)**

Une planification de l'offre dans une logique de réduction des inégalités sociales de santé pourrait faciliter l'accès des populations vulnérables (milieu rural, personnes en situation précaire, milieu carcéral, etc.).

C'est dans ce sens que certains acteurs de l'ETP du département, ont décidé de se réunir et d'agir en constituant le Comité de liaison en Education Thérapeutique (CLET).

Ainsi le CLET constitue la réunion informelle d'acteurs qui se sont identifiés dans le champ de l'ETP.

I.6.6.8 Accès aux droits et aux soins

L'ARS finance une Permanence d'Accès aux Soins de santé (PASS) somatique à l'hôpital Trousseau et une PASS psychiatrique à l'hôpital Bretonneau. Une PASS somatique fonctionne aussi au CHIC.

En outre, les promoteurs associatifs financés par l'ARS à ce titre sont :

➤ **Entr'Aide Ouvrière : CASOUS** place Gaston Paillhou à Tours

Le financement de temps infirmier permet l'accès, la médiation et la coordination des soins. L'infirmier réalise 2 fois par semaine une permanence aux haltes de jour.

Le cabinet médical du CASOUS, par la présence de médecins, de psychiatres, d'infirmiers bénévoles et salariés, assurent un suivi de médecine générale pour des personnes sans domicile. Il réalise à cette occasion une prise en charge globale en intégrant de la prévention et de la promotion de la santé.

➤ **Centre de soins Porte Ouverte au Centre de Vie du Sanitas**

Il assure :

- des consultations de santé précarité, accueil et soins médicaux (*généralistes, ophtalmologiques, dermatologiques, gynécologiques*) paramédicaux, dentaires
- une distribution gratuite de médicaments à des malades dépourvus de couverture sociale
- un accompagnement à l'accès aux soins et aux droits.

➤ **Emergence** : au Centre de Vie du Sanitas

Le financement de temps d'assistante sociale doit permettre l'accueil, l'aide et l'accompagnement des publics exclus et dépourvus de droits sociaux, dans les démarches d'ouverture des droits afin de faciliter leur accès aux soins.

➤ **Mouvement Français pour le Planning Familial**

Il assure l'accompagnement des femmes précaires et victimes de violences dans une démarche d'accès aux soins.

I.6.6.9 Les actions du Conseil général

➤ Maison départementale de la Solidarité.

Dans chaque Maison de la Solidarité, le Conseil Général assure des missions de PMI qui s'étendent de la grossesse à la naissance, du développement de l'enfant dans ses premières années jusqu'à la prévention portant sur la sexualité et la contraception.

➤ Le Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF)

Les CPEF sont des lieux d'accueil, de consultation médicale, d'écoute et de réponse aux questions liées à la sexualité et à la vie affective.

Le médecin reçoit les femmes en consultation. Il prescrit, si besoin, et délivre une contraception pour les mineures et les majeures sans ressources.

La conseillère conjugale et familiale reçoit tous les adolescents, les couples et les familles pour répondre à leurs questions sur la sexualité, les relations de couple ou familiales.

I.6.6.10 Ingénierie, information, formation et coordination

➤ Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé (F.R.A.P.S.)

L'antenne 37 de la FRAPS est financée par l'ARS pour réaliser les missions suivantes :

- La documentation en éducation et promotion de la santé ;
- Le conseil et l'accompagnement méthodologique c'est-à-dire le soutien et l'accompagnement des acteurs dans l'élaboration et la mise en œuvre de leurs projets ;
- La formation ;
- La coordination territoriale du Collectif Local d'Education Thérapeutique (CLET), du Groupement d'Amélioration de l'Aide Alimentaire (G3A), du Réseau de Lutte Sida (RLS) et assure la coordination de la Semaine Européenne de la Vaccination (SEV) en lien avec l'ARS.

➤ **Atelier Santé Ville (A.S.V.) de Tours**

L'Atelier Santé Ville est l'outil de développement du volet santé du Contrat Urbain de Cohésion Sociale de la Ville (CUCS). Il est porté par la Mairie de Tours et vise à promouvoir la santé des habitants en proposant des axes d'intervention prioritaires à partir d'un diagnostic et accompagne les acteurs du territoire dans la mise en œuvre de ce projet de façon concertée et coordonnée.

Sont concernés en priorité les quartiers du Sanitas (8 775 personnes) et de l'Europe (2 974 personnes), mais peuvent être aussi concernés les quartiers des Fontaines (3 163 personnes), les Rives du Cher (2 572 personnes), Maryse Bastié (2 492 personnes) et, la Bergeonnerie (1 908 personnes).

Le programme local établi est le suivant :

- La réduction des freins à l'accès aux soins
- La mise en place d'actions de sensibilisation et de prévention adaptées
- La prévention des conduites à risques et la promotion de l'équilibre alimentaire
- La santé mentale et la souffrance psychique : accompagner la détresse morale et favoriser le développement de conditions favorables au bien être
- Le renforcement de la coordination des différents professionnels intervenant sur les quartiers prioritaires.

II. Les forces et faiblesses du territoire : le point de vue de la conférence de territoire

L'Offre sanitaire : Offre de soins en établissements et services

Points forts	Points faibles
<ul style="list-style-type: none"> • Existence du CHRU • Offre publique et privée de soins diversifiée de qualité • Bon partenariat du CHRU avec les Centres Hospitaliers de proximité de Loches et de Chinon, notamment pour le maintien de certaines activités de soins par le partage de praticiens hospitaliers et régionaux de Poitiers, Limoges, Angers, Nantes, au niveau du Grand Ouest (UGO) • Des domaines d'excellence au CHRU (greffes, autisme, chirurgie de la main.) • Un regroupement des cliniques privées de l'agglomération tourangelle avec au Sud le Pôle de Santé Léonard de Vinci (PSLV) et au Nord la Clinique de l'Alliance • Coopération public-privé ? • Lecture possible du DMP par le SAMU 37 • Existence de plusieurs filières gériatriques plus ou moins complètes • Bonne couverture en HAD • Expérimentation de la télémédecine • Bon fonctionnement du réseau de soins palliatifs • Bonne couverture des services d'accueil des urgences • Bonne couverture en réseaux de santé • Panel étendu dans les modalités de soins prodigués par les SSR, à l'exception de l'onco-hématologie 	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté d'accès aux services de soins pour les habitants du Pays Loire Nature (<i>accès à plus de 30 minutes à un service d'accueil des urgences, en attente de l'ouverture d'une antenne SMUR à l'Alliance</i>) • Des filières gériatriques peu lisibles et incomplètes • Insuffisance de lits gériatriques et absence d'externalisation de consultations spécialisées pour les personnes âgées dépendantes vivant à domicile et en EHPAD • Seulement 2 USLD pour tout le département (une à vocation psychiatrique sur l'agglomération tourangelle, privée, et une pour PA polypathologiques, publique, à Chinon) • Non optimisation des moyens humains et manque de lisibilité de la prise en charge psychiatrie infanto-juvénile et adulte • Absence de lits de pédopsychiatrie pour enfants de moins de 12 enfants, en dehors de ceux très spécifiques du CH de Chinon • Absence de lits de médecine communautaire • Filière Addictologie hospitalière incomplète • Absence d'une structure de SSR à orientation onco-hématologique • Implantation du CHRU sur plusieurs sites • Absence historique de CHS en psychiatrie
Opportunités	Défis à relever
<ul style="list-style-type: none"> • Equipement du CHRU de Tours en télémédecine • Expérimentation PAERPA • Réseau de santé gérontologique Outil Trajectoire 	<ul style="list-style-type: none"> • Développer la création des DMP • Conforter les filières gériatriques du département • Réfléchir l'offre de soins psychiatriques infanto-juvénile et adulte • Réorganiser les urgences du CHRU

L'Offre sanitaire : Offre ambulatoire

Points forts	Points faibles
<ul style="list-style-type: none"> • Département le mieux doté de la région Centre dans toutes les catégories de professionnels de santé (sauf infirmières, pédicures-podologues) • Des densités de médecins généralistes et de médecins spécialistes supérieures à la moyenne française (et les plus fortes de la région) • Présence du CHRU et donc de nombreuses filières de formations médicales et paramédicales (faculté de médecine, IFSI, IFAS,) • Ouverture de 8 maisons de santé pluridisciplinaires depuis 2010 et d'1 pôle de santé dans le Lochois en cours. • 13 centres de santé (dont 7 centres de soins infirmiers, 5 centres de santé dentaire et 1 centre municipal polyvalent unique en région Centre) • Maillage départemental important en transports sanitaires (67 véhicules de plus que le quota en 2012) 	<ul style="list-style-type: none"> • Une répartition hétérogène des médecins et des autres professionnels de santé sur le territoire. Certaines zones sont très bien dotées (Tours, Amboise) et d'autres plus démunies (Truyes, Descartes, Yzeures-sur-Creuse) • Une très faible densité d'infirmiers libéraux (88 infirmiers pour 100 000 habitants contre 139 au niveau national) avec une répartition inégale sur le territoire • Une densité de masseurs-kinésithérapeutes en dessous de la moyenne nationale (même si elle est la plus forte de la région Centre) • Participation relative à la permanence des soins avec des secteurs ruraux non couverts les soirs et les nuits • Nombre trop important de secteurs de PDSA • Faible maillage en maisons de santé pluridisciplinaires dans le nord du département (seule 1 MSP à Château-la-Vallière pour 7 dans le sud du département) • Grand nombre de carences en transports sanitaires régulés par le SAMU (2 392 trajets assurés par le SDIS en 2012, soit environ 6 carences par jour avec une plus forte proportion les samedis et dimanches). Ce chiffre a augmenté de 185% depuis 2006.
Opportunités	Défis à relever
<ul style="list-style-type: none"> • Des projets de MSP à Ligueil en 2014 (acquis) et à Château-Renault (accord de principe de la communauté de communes), un projet de pôle de santé autour d'une MSP à Sainte-Maure-de-Touraine, sur le site de l'hôpital de Sainte Maure de Touraine en réflexion accompagnée • Projet de l'ATSU 37 de création d'un coordonnateur ambulancier pour structurer la régulation ambulancière du département et limiter les carences – demande de financement sur les crédits du Fonds d'Intervention Régional) 	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir le développement des maisons médicales de garde adossées aux centres hospitaliers afin de renforcer la PDSA • Développer les exercices regroupés dans les zones les moins dotées • Conforter les MSP fragiles

L'Offre médico-sociale : Personnes âgées

Points forts	Points faibles
<ul style="list-style-type: none"> • Une offre en EHPAD et en SSIAD bien répartie • 4 filières gériatriques couvrant le territoire de santé d'Indre-et-Loire • Emergence d'une offre pour personnes handicapées vieillissantes • Couverture totale du territoire par les MAIA • Couverture du territoire par les SSIAD et les Equipes Spécialisées Alzheimer • Existence d'une UHR médico-sociale (installée à Luynes) • Existence d'une plate-forme de répit • Un accueil de jour itinérant en milieu rural 	<ul style="list-style-type: none"> • Une offre en hébergement à suivre sur l'agglomération tourangelle en raison du vieillissement à venir • Un Pays (Loire Nature) dépourvu d'unité sécurisée pour personnes âgées dépendantes atteintes de la maladie Alzheimer ou maladies apparentées • Certaines filières gériatriques sont à développer. • Financement d'une place en SSIAD insuffisante (le montant n'a jamais été actualisé) • Des reconstructions d'EHPAD à prévoir
Opportunités	Défis à relever
<ul style="list-style-type: none"> • Equipement de certains EHPAD en télémédecine • Expérimentation PAERPA • Ouverture de 2 EHPAD sur le territoire du « Grand Tours » à Tours et Montlouis sur Loire 	<ul style="list-style-type: none"> • Développer le DMP • Adapter l'offre en établissements et services face à l'augmentation importante annoncée de PA afin de favoriser le maintien à domicile le plus longtemps possible • Vieillir en bonne santé • Solvabiliser les personnes âgées pour une prise en charge en EHPAD d'un coût trop élevé au regard de leurs ressources

L'Offre médico-sociale : Enfants handicapés

Points forts	Points faibles
<ul style="list-style-type: none"> • Développement des antennes CAMSP & CMPP pour se rapprocher des lieux de vie des usagers • Restructuration des ESMS dans le cadre des CPOM et des groupements de coopération pour adapter l'offre aux besoins • Bonne couverture en ITEP sur le département • Eventail des prises en charge possible pour tous les types de handicaps (déficiences intellectuelle, motrice, polyhandicap, sensorielles) • Augmentation du nombre de places pour enfants autistes depuis 2010 • Création d'un service d'accueil temporaire pour adolescents autistes 12-20 ans – (à Seully) • Nombreuses classes d'inclusion scolaire : 33 CLIS et 22 ULIS • Implantation du Centre de Ressources Autisme (CRA) sur le département permettant un diagnostic de plus en plus précoce des enfants présentant des troubles de la sphère autistique 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de places en IME et SESSAD (majorité des listes d'attente sur le Pays « Grand Tours » -> 55% en IME et 47% en SESSAD • Nombreux jeunes maintenus en IME au titre de l'amendement Creton faute de place en foyer de vie, FAM et MAS • Maintien d'enfants en hôpital de jour de pédopsychiatrie faute de place en IME • Manque de places en classes d'inclusion (ULISS) pour les troubles neuro-sensoriels
Opportunités	Défis à relever
<ul style="list-style-type: none"> • Le plan régional de l'autisme 2013-2017 avec le plan régional d'action pour l'autisme en réflexion • Expérimentation de l'outil « OB-SERVEUR » (OB : Observatoire Besoins) actuellement en test à Metz pour une connaissance des besoins en réel 	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir à chacun une prise en charge adaptée à ses besoins dans des délais raisonnables • Améliorer la connaissance des besoins pour faire évoluer l'offre et l'adéquation entre les besoins et l'offre

L'Offre médico-sociale : Adultes handicapés

Points forts	Points faibles
<ul style="list-style-type: none"> • Offre variée et proche des ratios nationaux • Présence sur le département de deux structures expérimentales favorisant l'insertion en milieu ordinaire (Institut du MAI et SIPROMES), d'un CRP permettant la réinsertion professionnelle et d'un service d'accompagnement pour adultes cérébro-lésés (FAM) • 2 GEM pour personnes présentant un handicap psychique sur l'agglomération tourangelle • Ouverture en 2014 d'une Unité d'Évaluation, de Réentraînement et d'Orientation Sociale et Professionnelle • Emergence d'une offre pour Personnes Handicapées Vieillissantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de places en FAM et MAS • le Pays « Loire Nature » est dépourvu d'ESAT, FAM et MAS • Nombre important de personnes (101 en 2012) en inadéquation d'orientation (en FV avec orientation FAM) • Manque de structures pour personnes handicapées vieillissantes malgré l'existence de 3 unités dédiées en EHPAD • Défaut de connaissance des structures d'accueil temporaire et SAMSAH • Manque de places permettant le maintien à domicile de type SSIAD • Manque de GEM sur le reste du département
Opportunités	Défis à relever
<ul style="list-style-type: none"> • Réflexion et groupe de travail régional et départemental (pilote par le CG) sur la problématique des personnes handicapées vieillissantes. La Création de structures spécifiques PHV permettrait de répondre aux demandes de jeunes adultes maintenus dans les IME au titre de l'Amendement Creton • Expérimentation de l'outil « OB-SERVEUR » (OB : Observatoire Besoins) actuellement en test à Metz pour une connaissance des besoins en réel 	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer l'adéquation entre les besoins et l'offre • Partenariat à développer avec le secteur social en matière d'hébergement pour maintien à domicile encadré pour les personnes ayant un handicap psychique (ex : résidences d'accueil) • Améliorer la connaissance des besoins et l'adéquation entre l'offre et les besoins

Prévention – Promotion de la Santé / Personnes à difficultés spécifiques

Points forts	Points faibles
<ul style="list-style-type: none"> • Forte concentration des actions de prévention en milieu urbain • Maladies transmissibles : existence d'un réseau de lutte contre le SIDA • Addictologie : un CSAPA unique et polyvalent • Existence d'un Collectif Local d'Education Thérapeutique (CLET) • Bon dynamisme des équipe de prévention du cancer ; bons résultats en matière de prévention du cancer du sein (proche du taux cible) 	<ul style="list-style-type: none"> • Addictologie : manque d'un promoteur portant des actions de prévention en entreprise • Lisibilité insuffisante des acteurs et peut être de coordination
Opportunités	Défis à relever
<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place des contrats locaux de santé • Nouvelle politique de la ville • Addictologie : un CSAPA prêt à s'impliquer sur des actions de formation auprès de professionnels et d'information en entreprise 	<ul style="list-style-type: none"> • Recenser tous les acteurs en prévention promotion de la santé. • Tisser un réseau, mettre en relation, coordonner afin d'éviter des doublons • Coordination nécessaire des acteurs (ADRES 37, ASPRO et MFPF 37) pour les interventions en milieu scolaire. • Accès aux soins des plus démunis à garantir dans l'agglomération Tourangelle : assurer la coordination et le financement des dispositifs • Réduction des Risques : poursuivre la montée en charge du CAARUD et maintenir les interventions dans les sous-préfectures

Points forts	Points faibles
<ul style="list-style-type: none"> • Eau potable : La qualité globale de l'eau potable dans le département qui se caractérise par peu de non conformités bactériologiques et une reconquête de la qualité nitrates et pesticides La couverture à plus de 90% des captages par des arrêtés préfectoraux de Déclaration d'Utilité Publique de Périmètre de Protection de Captage • Eaux de loisirs : les eaux de loisirs (piscines et baignades) sont de bonne qualité • DASRI : une bonne couverture départementale en matière de collecte des DASRI des patients en auto-traitement (PAT) assurée par les collectivités locales 	<ul style="list-style-type: none"> • Eau potable : Multiplicité des maîtres d'ouvrages (117 UGE) qui alourdit la gestion et le contrôle sanitaire. • Sécurisation de la ressource en eau potable : un certain nombre de communes dépendent pour leur alimentation en eau de la nappe du Cénomaniens. L'objectif de réduction à l'horizon 2015 étant de 20% des prélèvements dans le Cénomaniens dans l'agglomération tourangelle • Pollution atmosphérique : des dépassements fréquents des seuils limite de polluants atmosphériques (NOx) dans l'agglomération tourangelle • Lutte contre l'habitat indigne : L'absence d'Agence Départementale d'Information sur le Logement • Prévention du risque « légionelle » : la réglementation en vigueur ne semble pas uniformément mise en œuvre par les gestionnaires d'établissements (médico-sociaux, santé, tourisme, ERP...)
Opportunités	Défis à relever
<ul style="list-style-type: none"> • Pollution atmosphérique La révision en 2013 du Plan de Protection de l'Atmosphère (PPA) et du Plan de Déplacement Urbain(PDU) de l'agglomération tourangelle • Qualité de l'air intérieur : L'existence d'un réseau de Conseillers Médicaux en Environnement l'intérieur (CMEI) au sein de l'association ARAIR œuvrant notamment dans le département • Prévention du risque « légionelle » : la diffusion de l'instruction ministérielle du 30/01/2013 va permettre de rappeler aux gestionnaires d'établissements leur obligation dans ce domaine • DASRI : La mise en place par l'éco-organisme DASTRI d'ici à la fin 2013 de la filière dite « REP » de collecte des DASRI des PAT devant assurer une couverture homogène du territoire 	<ul style="list-style-type: none"> • Lutte contre l'habitat indigne Définir des modalités efficaces de fonctionnement du Pôle départemental de Lutte contre l'Habitat Indigne (PDLHI) avec comme enjeux principaux : le repérage des situations, l'implication de tous les acteurs potentiels • Lutte contre les intoxications oxycarbonées : L'amélioration de la sensibilisation des services déclarant les intoxications oxycarbonées à l'occasion de la réunion annuelle d'information des déclarants • Lutte contre les nuisances sonores : la programmation de contrôles du respect de la réglementation relative à la diffusion de musique amplifiée dans les discothèques • Lutte contre les plantes invasives : réussir la veille en matière de prolifération des plantes invasives

Les forces et les faiblesses du territoire de santé d'Indre et Loire, telles que décrites dans les tableaux ci-dessus, constituent une synthèse de l'observation réalisée plus finement sur les territoires infra départementaux à partir des lutins portés en annexe 1. Si le PTS définit le plan d'actions, sa mise en œuvre nécessitera la prise en compte des spécificités de l'offre et de la demande en Santé en infra départemental pour mener une politique territorialisée prenant en compte les réalités du terrain.

2ème partie : La territorialisation des actions de santé

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

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

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

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

Néanmoins, il importe de prendre en compte pour la mise en œuvre de la déclinaison des actions de santé contenues dans le PRS - en infra-départemental -, les territoires de projets les plus pertinents au regard de l'existant ; au plus près des habitudes de vie des populations en s'appuyant sur les dynamiques des acteurs de terrain.

Le rôle de la Conférence de Territoire

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

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

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

La structuration géographique du territoire

Les territoires relevant du code officiel géographique

La commune et l'intercommunalité



Le schéma départemental de coopération intercommunale

Département Indre-et-Loire

Etablissements publics de coopération intercommunale à fiscalité propre



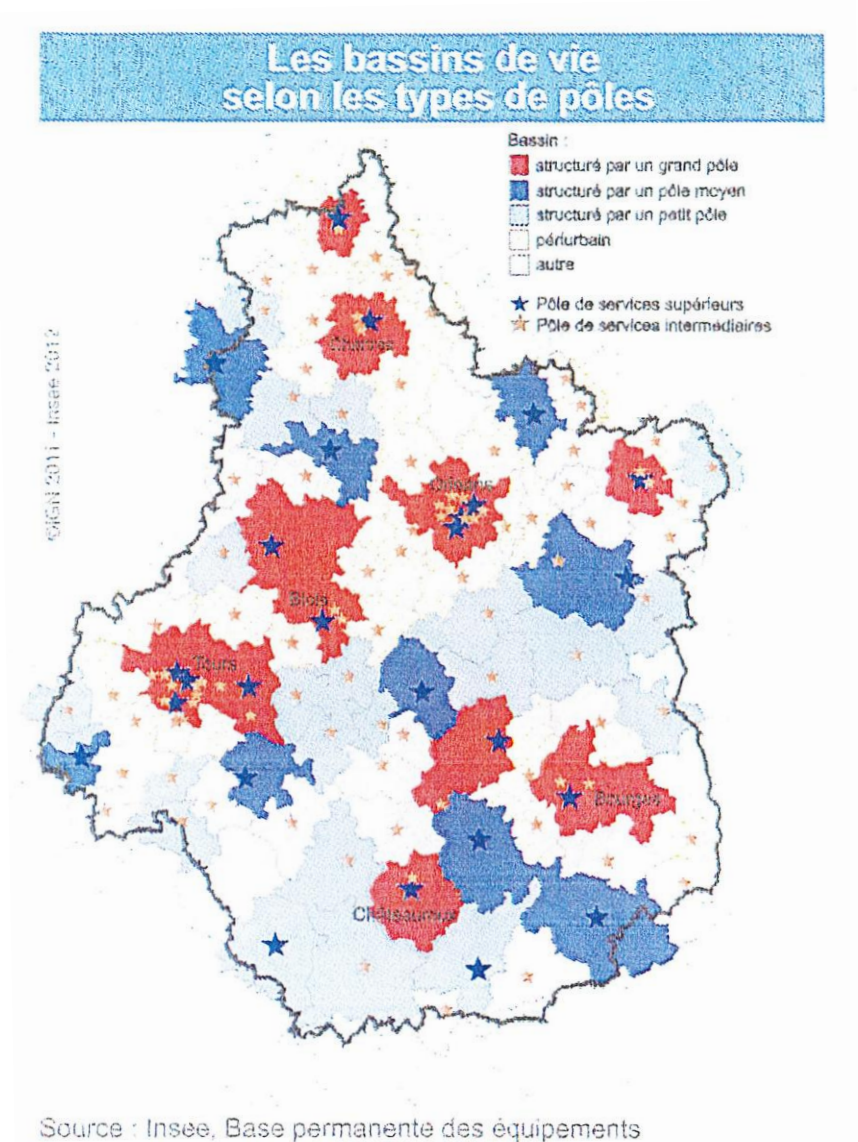
La zone d'emploi

Les Zones d'emploi 2010



Les outils complémentaires de l'INSEE

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



Les bassins de vie de grands pôles (en rouge) auxquels on peut rajouter les périurbains (en Jaune) : des équipements nombreux et d'accès rapide.

Pour l'Indre-et-Loire, il s'agit du grand bassin Tours - Amboise et la zone péri-urbaine de Tours-, sur lesquels la population a accès à l'ensemble des équipements de vie courante et à ceux de gamme supérieure (lycée, hôpital, supermarché...).

Les bassins de vie de pôle moyen (en violet) : un bon niveau d'équipement

Il s'agit des unités urbaines comptant entre 5 000 et 10 000 emplois ; en l'occurrence, Loches et Chinon.

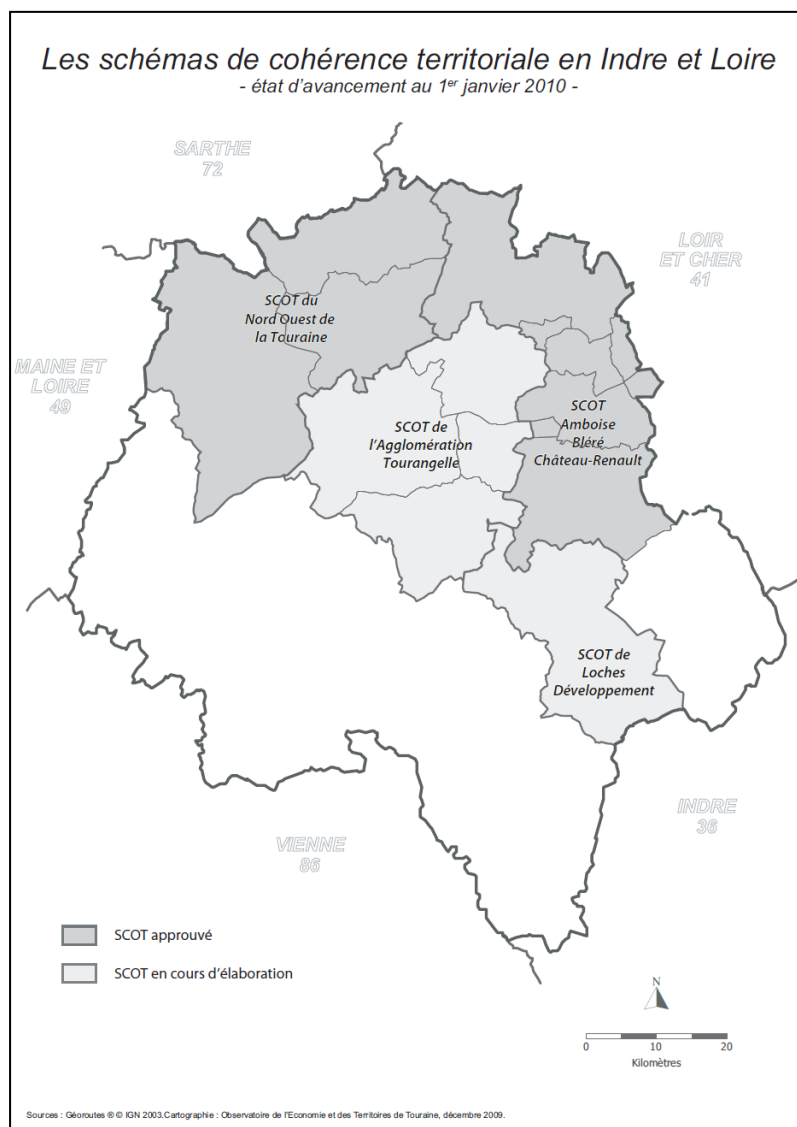
Des bassins de vie de petit pôle (en bleu clair) : plutôt bien équipés

Ils consistent en des unités urbaines dotées d'au moins 1 500 emplois comme Bourgueil, Sainte Maure de Touraine, Descartes ou Bléré.

Les Bassins de Vie
Département : INDRE-ET-LOIRE



Les schémas départementaux de coopération intercommunale : carte des Schémas de Cohérence Territoriaux



Le SCOT de Loches Développement (datant de 2003) a vocation à être révisé afin de concerner l'ensemble du Pays de la Touraine Côté Sud.

La démarche d'élaboration d'un SCOT est en cours de lancement sur le Pays du Chinonais.

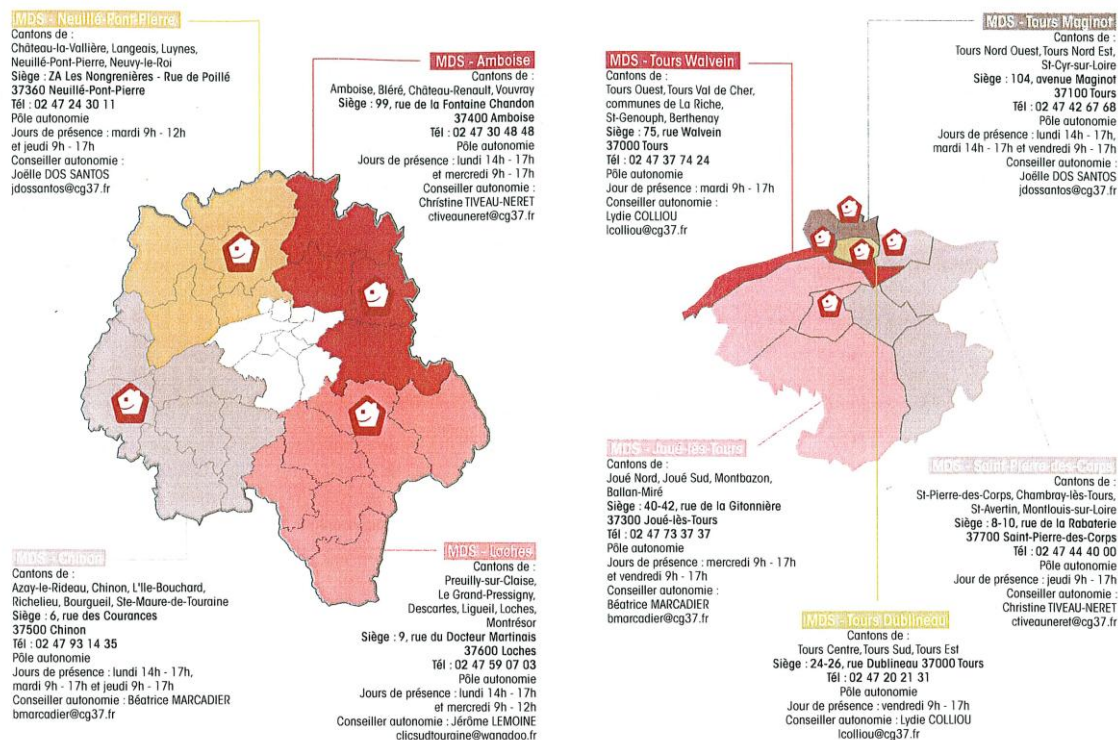
Le SCOT de l'agglomération tourangelle est en cours d'approbation (un SDO est en cours d'application actuellement).

Le SCOT Amboise Bléré Château Renault devrait entrer en révision prochainement.

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

La structuration géographique des services du Conseil général

Carte des Maisons Départementales de la Solidarité d'Indre-et-Loire – pôles autonomie



Les grands bassins de vie du Conseil régional (cf. supra)

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 ainsi qu'à Amboise-Château-Renault. Le CHRU vient en appui des centres hospitaliers de proximité mais aucune communauté hospitalière de territoire n'est formalisée entre les établissements hospitaliers du département.

Le zonage pluri professionnel qui détermine les zones fragiles

Les zonages professionnels (sages-femmes, IDE, chirurgiens dentistes, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes)

Nouveau zonage en cours pour les zones prioritaires pour l'installation des praticiens territoriaux en médecine générale destiné à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé

Autres zonages thématiques

(ex : psychiatrie, SSIAD...)

Territoires MAIA



Eléments de prospectives

Au même titre que les autres politiques publiques, la territorialisation des interventions est recherchée pour structurer les actions dans le domaine de la santé. Elle est vue comme un gage de cohérence dans le sens où elle est adaptée aux réalités locales et une véritable plus value en est attendue pour les usagers.

La conférence de territoire a estimé que les territoires les plus adaptés en milieu rural pour porter une politique globale en santé sont les **pays**, instances rodées à la dynamique de projets dans maints domaines d'aménagement du territoire dont celui de l'offre de santé qui constitue désormais une de leurs préoccupations majeures pour le maintien de la population sur leurs territoires, appuyés en la matière par le Conseil régional.

De surcroît, les pays se superposent parfaitement aux zones retenues par le Conseil général pour l'installation des Maisons de la Solidarité.

Elle mandate l'ARS pour mener des contrats locaux de santé avec les pays. **Ont été priorisés par la conférence de santé pour promouvoir des contrats locaux de santé avec les collectivités locales intéressées, les territoires ruraux. L'agglomération tourangelle et le pays du Val de l'Indre, « regroupés » dans l'appellation le « Grand Tours » n'est pas considérée comme prioritaire pour développer un contrat local de santé en raison de la concentration et de la proximité de l'offre de santé, ce qui n'exclut pas le fait qu'elle ait besoin d'être coordonnée.**

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.

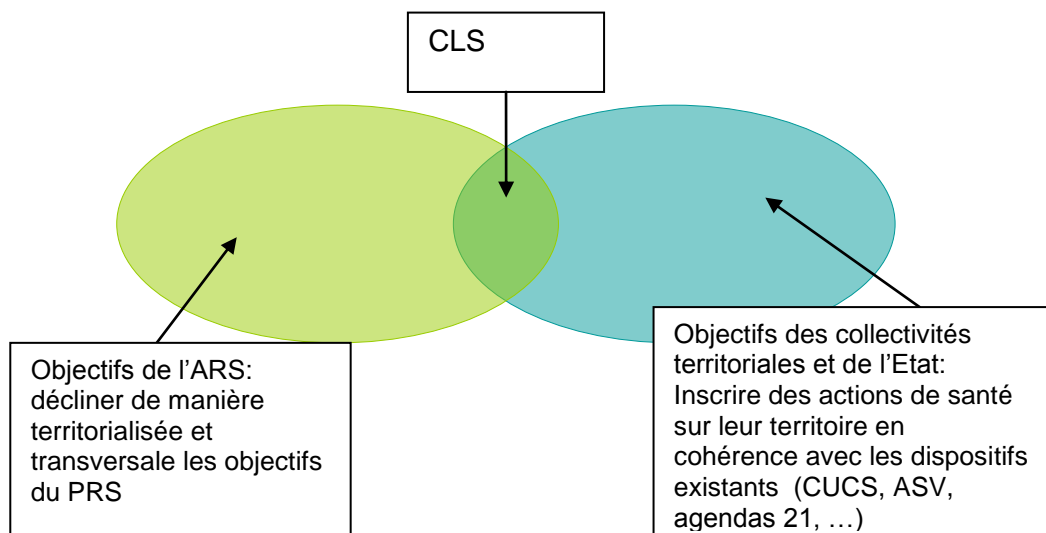
Le Contrat Local de Santé a vocation à soutenir l'élaboration et la mise en œuvre de projets locaux de santé, notamment portés par les élus locaux, en veillant à leur articulation et leur cohérence avec les priorités et objectifs du projet régional de santé. Ces projets, qui reposent sur des diagnostics 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 au titre de sa politique de réduction des inégalités de santé entre territoires notamment au moyen 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, étudié précisément dans les lutins versés en annexe 1 du PTS.

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



3ème partie : Les priorités de mise en œuvre du PRS sur le territoire d'Indre-et-Loire

Le présent PTS n'a pas pour objectif de décliner de façon systématique les actions relevant du PRS. Outil conçu comme évolutif et opérationnel, sa première rédaction sera par ailleurs complétée ultérieurement en intégrant au fur et à mesure les fruits des travaux menés par la conférence de territoire, des points d'avancée de l'expérimentation du PAERPA, des contrats locaux de santé négociés sur chaque territoire infra départemental tels que voulus par la Conférence de Territoire, et des feuilles de route abouties sur certaines thématiques de santé, ...

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 2012-2016 des établissements de santé dont le récapitulatif par activités de soins est porté en annexe 2. D'autres peuvent être déclinées sur le territoire régional sans nécessiter une nouvelle réflexion territorialisée compte tenu de la précision des schémas.

En revanche, le PTS est à considérer comme devant jouer 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.

I. 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).

II. Le programme d'actions pour les différents parcours

La notion de parcours de santé tient lieu de fil conducteur dans le PTS. Elle suscite la transversalité entre les domaines de la prévention, du sanitaire, du médico-social au niveau des territoires infra départementaux.

Repenser la Santé en termes de parcours suppose un bouleversement dans la prise en compte du patient. Ainsi la prise en charge globale et continue des patients et usagers au plus proche de leur lieu de vie, imposée essentiellement par la progression des maladies chroniques, nécessite une évolution de notre système de santé historiquement centré sur le curatif.

L'optimisation des parcours des patients et des usagers s'impose ainsi progressivement comme un axe transversal structurant du système de santé.

C'est dans cet esprit et plus précisément au vu de l'identification de quelques points de rupture dans trois parcours de soins sur les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes souffrant de pathologies mentales que les axes de travail ont été arrêtés par la Conférence de Territoire, car jugés prioritaires.

Dans ce changement de paradigme, les systèmes d'information constituent un élément socle transversal à tous les parcours de santé Il en est de même pour la prévention dont les actions seront développées dans le cadre des contrats locaux de santé pour répondre au mieux aux besoins constatés qui découleront du diagnostic de santé de la population locale.

II.1 Les moyens de coopération

La prise en charge des patients et des usagers dans un parcours de soins suppose une coopération des acteurs de santé pour une meilleure complémentarité des prises en charge.

II.2 Les ressources humaines

Le département d'Indre et Loire dispose d'un atout majeur qui réside dans l'implantation sur son territoire, du CHRU -et de ses instituts de formation- et de la faculté de médecine. Le CHRU n'est pas pour autant préservé de la pénurie de certains professionnels de santé, médicaux (anesthésistes-réanimateurs, urgentistes, addictologues...) et non médicaux (masseurs kinésithérapeutes...) mais il demeure toutefois attractif par rapport aux autres établissements de santé publics du département d'Indre et Loire et hors territoire de santé, dont il étaye certaines activités de soins par un partage de praticiens.

Les établissements médico-sociaux connaissent également des difficultés dans la prise en charge de leur public en raison de postes vacants.

Un sondage mené en 2013 par la délégation territoriale auprès des établissements médicalisés pour personnes âgées dans le département montre des difficultés dans le recrutement de médecins coordonnateurs, d'ergothérapeutes, de masseurs-kinésithérapeutes, d'infirmiers et d'aides-soignants.

Un travail sera à mener sur :

- Les postes durablement vacants dans les établissements de santé et dans les établissements médico-sociaux, pour lesquels des partenariats pourraient être recherchés pour mutualiser les recrutements
- La pyramide des âges des effectifs dans les établissements
- Les activités menacées par l'insuffisance, voire l'absence de certains professionnels constituent des points de non conformité,

afin de définir les actions appropriées à déployer notamment la promotion de l'Observatoire régional des formations (ORFE) pour fiabiliser un outil d'observation partagée dans le secteur sanitaire, social et médico-social, analyser les évolutions des emplois et des métiers, anticiper les besoins sur les territoires et adapter l'appareil de formation.

II.3 Les Systèmes d'Information

La notion de parcours implique le partage d'information entre les professionnels de santé et sociaux participant à la prise en charge du patient. Ainsi, le développement des systèmes d'informations doit s'attacher en priorité à **une messagerie sécurisée** compatible entre les différents professionnels.

Le partage d'information passe également, par l'interopérabilité des systèmes d'information de la médecine de ville et la médecine hospitalière. Dans cet esprit, le développement du **DMP 2^{ème} génération intégrant le volet médical de synthèse (VMS)** est l'outil privilégié de la prise en charge des pathologies chroniques -dont les personnes âgées-.pour permettre le partage d'information entre les différents professionnels. Il doit être compatible avec leurs systèmes d'information respectifs Son déploiement mérite d'être intensifié pour asseoir une pratique professionnelle avant la croissance exponentielle attendue du nombre de personnes très âgées sur le département.

Le GCS Télésanté Centre est missionné pour en faciliter le déploiement par un soutien des professionnels notamment en EHPAD et en SSIAD, le DLU (dossier de liaison d'urgence) mis en place pour chaque résident en EHPAD en constituant le VSM.

L'accompagnement est déployé prioritairement sur la zone d'expérimentation du PAERPA (Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie) menée sur le territoire de la Touraine coté Sud. et des bassins de vie d'Amboise et Bléré (bassins d'expérimentation du VMS) pendant le 2ème semestre 2013 pour être ensuite étendu au reste du département le 1^{er} semestre 2014 (cf. fiche action visant l'ouverture et l'alimentation des DMP avec le DLU/VSM)-

La télémédecine, autre élément structurant facilitant l'accès aux soins de proximité et la mise en réseau des professionnels de santé autour de la prise en charge d'un patient sans avoir à le déplacer, lui permettant ainsi de disposer d'une consultation spécialisée ou d'une expertise, notamment par transmission d'images.

Deux vagues de financement sur 2011 et 2012 ont permis l'équipement des établissements suivants :
En 2011 :

- Le CHRU de Tours
- La MSP du Véron à Avoine
- L'EHPAD du Parc à Chambray les Tours
- L'EHPAD Debrou à Joué les Tours
- L'hôpital de Sainte Maure de Touraine
- L'EHPAD des Amarantes à Tours

En 2012 :

- L'EHPAD du CH de Chinon
- L'EHAD Balthazar Besnard à Ligueil
- L'EHPAD du CH de Loches
- L'EHPAD le Dauphin à Preuilly-sur-Claise

En 2013, les autres EHPAD du territoire d'expérimentation seront couverts (Abilly, la Celle Guénand, Cormery)

A été priorisée par le groupe de travail constitué sur la problématique des personnes âgées, la promotion de la télémédecine pour les spécialités de géro-psycho-geriatrie, gériatrie et dermatologie selon 3 étapes :

- La détermination ou la précision, pour chaque structure cible, des spécialités de recours les plus sollicitées et éligibles à l'organisation de téléconsultations
- La mise en place effective de la télémédecine au sein de l'EHPAD Debrou, de l'EHPAD des Amarantes et du CHRU de Tours, comme première phase de déploiement d'un démontrable
- Le déploiement généralisé au sein des autres structures

sachant que parmi les freins repérés, figurent ceux tenant à la rémunération du médecin consultant à distance et à la disponibilité du temps médical lors de la généralisation de cette modalité d'exercice.

Ces projets structurants requièrent l'implication des professionnels, des fédérations pour leur adhésion et l'utilisation de ces nouveaux outils ainsi que l'accompagnement des collectivités territoriales pour l'accès au très haut débit sur le territoire afin de rendre possible la télémédecine dans les territoires ruraux.

III. Les différents parcours

En sus des différentes actions résultant des feuilles de route validées et portant, pour mémoire, sur les soins de premier recours, les filières gériatriques et le PRAPS, la Conférence de Territoire a initié une réflexion sur des points de rupture repérés dans le parcours de soins

- des personnes âgées
- des personnes handicapées
- des personnes souffrant de pathologies mentales.

Les objectifs poursuivis ont visé à :

- **Assurer une meilleure lisibilité des dispositifs et des acteurs en infra départemental**
- **Susciter l'adaptation de l'offre sanitaire et médico-sociale aux besoins**
- **Rechercher des articulations entre acteurs du secteur sanitaire et du secteur médico-social.**

Le plan d'actions est décliné dans les tableaux récapitulatifs qui suivent, et traduit plus précisément dans les fiches-actions portées en annexe 3.

III.1 Les soins de premier recours

Les mesures du Pacte territoire Santé, plan pour lutter contre les déserts médicaux, déclinées en 12 engagements s'articulant autour de trois objectifs :

- Changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins
- Transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé
- Investir dans les territoires isolés

sont la toile de fonds du travail mené par l'ARS.

Ambu -37-01-	Réorganiser la permanence des soins ambulatoires (PDSA) sur le territoire d'Indre et Loire
Contexte	Division du département en 25 secteurs (3 urbains et 22 ruraux) sans que cette organisation apporte une réponse satisfaisante aux besoins de la population, compte-tenu des carences constatées sur certains secteurs Existence de 2 maisons médicales de garde (MMG) sur Tours et Loches
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> - Fusionner les secteurs actuels afin de diminuer la fréquence des gardes et d'augmenter le nombre de patients concernés - Renforcer la PDSA en soirée - Mailler le territoire en MMG Créer une organisation expérimentale pour les visites spécifiques
Echéance	2014
Ambu -37-02-	Accompagner les projets de MSP émergents sur le territoire d'Indre et Loire, et notamment dans le nord et le nord ouest du département
Contexte	Fonctionnement actuel de 9 MSP sur le département et 3 autres en cours de construction. Grande majorité des projets localisés au sud de la Loire. Zone nord du département, non répertoriée comme sous-dotée en termes de démographie médicale et paramédicale actuellement, mais avec un accès aux soins de premier recours peu satisfaisant et devant donc susciter une attention particulière.
Objectif	Soutenir et accompagner les projets émergents répondant au cahier des charges régional
Echéance	2015-2016
Ambu -37-03-	Poursuivre la veille active sur l'émergence et l'avancement des projets d'exercices regroupés sur le département notamment leur fonctionnement en pôle de santé pluridisciplinaire dans la Touraine du Sud
Contexte	9 MSP effectivement ouvertes sur le département et 3 autres actuellement en

	cours de construction. 1 pôle de santé pluridisciplinaire- et 1 en projet - 13 centres de santé recensés sur le département. Existence de zones sous dotées ou très sous dotées dans les différents zonages professionnels
Objectif	Soutenir et accompagner les projets émergents d'exercice regroupé répondant au cahier des charges régional
Echéance	2014-2016

III.2 Les filières gériatriques

La prise en charge de la personne âgée est un enjeu majeur pour le département d'Indre et Loire en raison des évolutions annoncées en termes de démographie dans les 30 prochaines années, et un des axes de travail prioritaires pour la Conférence de Territoire.

Trois axes de travail se dégagent actuellement :

↳ Conforter et structurer les filières gériatriques

Pour adapter les dispositifs de prise en charge des Personnes Agées à l'évolution démographique de demain, les mesures visent à une structuration territoriale de la prise en charge des personnes grâce au développement des filières gériatriques.

Il s'agit de rendre lisibles et accessibles les dispositifs pour patients et professionnels, de 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 des troubles cognitifs, le risque de chutes, les troubles de nutrition, une mauvaise observance médicamenteuse etc.)
2. Limiter le recours à l'hospitalisation en urgence pour les PA à domicile
3. Limiter le recours en hospitalisation en urgence pour les PA en EHPAD.

Les SROS médico-social et sanitaire du PRS de l'ARS du Centre intègrent comme objectif le développement des filières gériatriques.

Sur le département, 4 établissements de santé ont été identifiés comme établissement support d'une filière gériatrique. Il s'agit du CHRU, du CHIC d'Amboise Château-Renault, du CH du Chinonais et du CH de Loches qui disposent d'une structure d'urgence, avec une labellisation de leur filière gériatrique en 2012 pour les 3 premiers.

Toutefois, les capacités d'hospitalisation sur Tours sont insuffisantes en court séjour gériatrique au regard des besoins de la population.

Il est également relevé que l'offre est à identifier et à développer sur la zone de Loches.

Les dispositifs composant la filière gériatrique de chaque établissement support sont repérés dans le tableau ci-après :

Zone d'emploi	Consult°	Pôle évaluation	Court séjour	EMG	CS mémoire	SSR	HAD	USLD
Tours	X	X	X	X	X Lab CMRR	X	X	X par convention
Amboise/ Château- Renault	X	X	X sur chaque site		X Lab	X	X	
Chinon	X /+-		X		X Lab	X	X	X
Loches	X /+-	X /+-	X /+-		X	X	X	

↳ Prévenir le passage aux structures des urgences des personnes âgées

Lors de sa séance plénière du 30 avril 2013, la Conférence de Territoire a souhaité travailler sur le traitement de la situation de l'urgence chez la personne âgée, facteur fréquent de rupture dans la prise en charge. Elle a ainsi confié à un groupe de travail ad hoc le soin d'apporter des réponses à la question : « **Comment réserver les services d'urgence à la prise en charge des urgences vitales** »

des personnes âgées », ou autrement dit « comment prévenir le passage aux urgences des personnes âgées » vivant à domicile et en EHPAD.

La volonté de traiter en parallèle cette question avec la surcharge d'activité du service des urgences de l'Hôpital Trousseau a fait que le groupe de travail constitué pour aborder la question, a ainsi limité ses réflexions à Tours et à son agglomération. Toutefois, ces modalités d'actions ont légitimement vocation à être, pour la plupart d'entre elles, étendues aux autres filières gériatriques, et le sont déjà pour certaines.

Certaines actions proposées par le groupe bien que justifiées ne sont pas retenues dans le programme d'actions du PTS car non soutenables financièrement, telles l'augmentation de capacité du court séjour gériatrique du CHRU et l'équipe mobile extra hospitalière sur l'agglomération tourangelle.

Le plan d'actions (PA-37-..) est décliné comme suit pour les deux premiers axes de travail :

PA -37-01-	Evaluer le service rendu par le numéro de téléphone unique des filières gériatriques
Contexte	Manque de lisibilité des services rendus par le numéro de téléphone unique des filières gériatriques Numéro de téléphone unique du CHRU de Tours dédié principalement aux hospitalisations (géré par deux médecins), alors que la réponse pourrait être plus large.
Objectif	Prévenir le traitement dans l'urgence d'une hospitalisation
Echéance	1 ^{er} semestre 2014 pour le CHRU 2014 et s. pour les autres établissements
PA -37-02-	Organiser la communication et l'accès à l'information pour les professionnels de santé concernant la prise en charge des personnes âgées
Contexte	Manque de lisibilité des dispositifs dédiés aux personnes âgées : filière gériatrique du CHRU en particulier, services spécialisés, hébergement temporaire en EHPAD Difficulté d'accès à certaines informations dont notamment la liste des médecins référents du CHRU
Objectif	Faciliter l'information entre les établissements de santé, les professionnels de santé libéraux et les EHPAD du territoire de santé Alimenter/Actualiser le ROR
Echéance	2016
PA -37-03-	Ouvrir des DMP et alimenter les DMP avec le DLU/VSM
Contexte	Difficulté pour le SAMU de disposer des informations médicales nécessaires, notamment les nuits (EHPAD : pas ou peu d'IDE dans les EHPAD, à domicile peu de médecins généralistes d'astreinte, à l'exception de SOS Médecins sur l'agglomération), pour évaluer l'état de santé et définir la réponse adaptée
Objectif	Adapter l'orientation et la prise en charge à l'état de santé des personnes âgées par le régulateur du SAMU
Echéance	EHPAD Debrou : Octobre/Novembre 2013 EHPAD Les Amarantes (Korian) : Deuxième semestre 2014 Autres établissements : 2014
PA-37-04-	Promouvoir la télé-médecine pour les spécialités de géro-psycho-geriatrie, gériatrie et dermatologie
Contexte	Difficulté d'hospitaliser au moment opportun les personnes âgées dans certains services de spécialités pilotes (dermatologie, gériatrie, géro-psycho-geriatrie) Equipement des EHPAD et des CH, en particulier du CHRU de Tours Eviter le transport des personnes âgées fragiles
Objectif	Prévenir le traitement dans l'urgence d'une hospitalisation ou le transfert au service d'accueil des urgences
Echéance	EHPAD Debrou : Phase de déploiement Septembre/Octobre/Novembre 2013 EHPAD Les Amarantes (Korian) : intervention pour le déploiement de la SDSL le 17/09/2013, réception du matériel le 03/10/2013 et installation du wifi dans l'établissement pour permettre la mobilité du matériel en 2014 Déploiement sur le territoire de santé : 2014 et s.

PA -37-05-	Etudier l'opportunité d'un temps infirmier partagé par grand secteur dans les EHPAD et au domicile
Contexte	Difficulté de répondre de façon adaptée à un problème médical la nuit à domicile et dans les EHPAD
Objectif	Faciliter le maintien et le retour des personnes âgées en EHPAD et à domicile après passage aux urgences
Echéance	1 ^{er} semestre 2014
PA -37-06	Promouvoir l'HAD
Contexte	Difficulté de répondre de façon adaptée à un problème médical la nuit
Objectif	Faciliter le maintien et le retour des personnes âgées en EHPAD et à domicile après passage aux urgences
Echéance	2014-2016
PA-37-07-	Former les AS en EHPAD et en SSIAD à un bilan rapide de la personne âgée dans les situations d'urgence
Contexte	Difficulté de réalisation d'un bilan rapide lors d'un problème nocturne (prise des constantes, gestes de premiers secours) Difficulté de transmission d'informations professionnelles utiles au SAMU Difficulté de prise en charge des troubles cognitifs des personnes âgées dans les services d'urgence
Objectif	Eviter les transferts inutiles aux urgences Améliorer la prise en charge des personnes âgées
Echéance	1 ^{er} semestre 2014
PA-37-08-	Créer une unité d'hospitalisation de médecine communautaire en aval des urgences de l'hôpital Trousseau (Tours)
Contexte	Maintien des personnes âgées aux urgences sur une durée et dans des conditions inadaptées
Objectif	Limiter le temps de passage des personnes âgées au service d'accueil des urgences
Echéance	Décembre 2014
PA-37-09	Renforcer l'offre territoriale en lits d'USLD
Contexte	Existence sur le territoire de santé : - d'une USLD généraliste au CH du Chinonais de 124 lits - d'une USLD psychiatrique privée à Saint Cyr-Sur-Loire
Objectif	Créer une USLD au CHRU de Tours
Echéance	2016
PA -37-10-	S'assurer qu'il existe une convention entre les établissements de santé support de la filière gériatrique et les EHPAD
Contexte	La filière gériatrique implique de nombreux partenariats dont les modalités sont formalisées par conventions. Celles-ci sont inscrites dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens et font l'objet d'une évaluation annuelle. Les conventions entre les établissements de santé supports et les EHPAD définissent les conditions sous lesquelles l'hôpital peut accueillir les résidents sans passage aux urgences ainsi que les modalités de retour d'hospitalisation.
Objectif	Faciliter l'accès direct des personnes âgées dans les services d'hospitalisation des établissements de santé porteur de la filière gériatrique
Echéance	2013-2014

↳ L'expérimentation du PAERPA

L'ARS du Centre a été retenue pour l'expérimentation « Parcours de santé des Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie » (PAERPA) sur le territoire sud-est du département d'Indre et Loire en raison d'une offre diversifiée de services, de l'existence de pratiques de coordination et d'actions innovantes associées à une mobilisation active des partenaires. Le démarrage opérationnel a débuté au 1^{er} septembre 2013. Cette expérimentation s'inscrit en application de l'article 70 de la LFSS de 2012 complété par l'article 48 de la LFSS 2013, permettant la mise en place d'expérimentations de

nouveaux modes d'organisation, sur un territoire donné, pour une approche plus globale et continue de la prise en charge de la personne au plus près de son lieu de vie.

Ce dispositif pilote a pour objectif de « *faire en sorte qu'une population reçoive les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment. Le tout au meilleur coût [...].* A ces fins, le projet doit veiller à :

- Améliorer la qualité de vie des personnes et de leurs aidants,
- Adapter les pratiques professionnelles au parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie,
- Créer les conditions favorables à la transversalité et à la coordination des acteurs.

Le cahier des charges vise l'**ensemble des personnes âgées de 75 ans et plus** dont l'état est susceptible de s'altérer pour des raisons d'ordre médical et/ou social notamment en raison des 4 facteurs majeurs d'hospitalisation : les problèmes liés aux médicaments (iatrogénie, observance et insuffisances de traitement), la dénutrition, la dépression et les chutes.

Dans le cadre d'un parcours de santé, l'association d'une optimisation diagnostique et thérapeutique, l'éducation des patients et une meilleure coordination entre les professionnels doivent permettre une prévention efficace de ces facteurs d'hospitalisation.

Les dispositifs de coordination à mettre en place prévoient :

- *Une coordination clinique de proximité (CCP)* au cœur du dispositif, organisée par le médecin traitant composée d'une équipe pluridisciplinaire autour de la PA (a minima IDE et pharmacien en sus du médecin traitant) et élaborant le Plan Personnalisé de Santé (PPS) dans le respect du libre choix du praticien par la personne,

- *Une coordination territoriale d'appui (CTA)* agissant sur sollicitation des personnes âgées ou de leurs aidants ou des professionnels de proximité pour les orienter au mieux vers les ressources sanitaires, médico-sociales et/ou sociales du territoire.

Ces deux coordinations formalisées doivent s'appuyer sur la mobilisation des établissements de santé,, médico-sociaux et sociaux pour la gestion des transitions ville-hôpital-EHPAD.

Les partenaires décideurs et financeurs engagés dans la démarche PAERPA seront signataires d'une convention dans laquelle les engagements réciproques seront actés avec la déclinaison d'un plan d'actions.

Contexte	L'ARS est site pilote avec 8 autres régions pour développer l'expérimentation Parcours de santé des Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA)
Action 37-11	<p>❶ Mettre en œuvre les instances de pilotage prévues et prendre en compte autant que faire ce peut les instances existantes de pilotage (MAIA)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un comité stratégique, instance décisionnelle et d'évaluation réunissant, a minima, l'ARS, le Conseil Général, les organismes d'assurance maladie, la fédération des URPS et les usagers (CISS) avec une co-présidence ARS / CG. • Un comité tactique, niveau opérationnel, rassemblant l'ensemble des représentants des professionnels de santé des 3 secteurs, qui sera mis en place, après la réalisation d'un diagnostic partagé. Ce comité tactique s'appuiera sur la table tactique de la MAIA en cours de mise en place. <p>❷ Réaliser un diagnostic des initiatives et coordination locales, de l'offre et des besoins liés à la prise en charge de la personne âgée dans le cadre des travaux déjà engagés par la Conférence de Territoire, la filière gériatrique, le contrat local de santé sur le Sud Touraine,...</p> <p>❸ Mettre en oeuvre un plan d'actions déclinant les priorités qui pourraient s'articuler autour de 4 axes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prévenir et identifier les risques de rupture dans le parcours de santé de la personne âgée en risque de perte d'autonomie <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifier et définir, de manière partagée, les critères de

fragilité à retenir pour minimiser et harmoniser les pratiques professionnelles, notamment autour de quatre facteurs majeurs d'hospitalisation de cette population, à savoir : problèmes liés au médicament, dénutrition, dépression et chutes

➤ Mutualiser et développer les travaux et moyens des partenaires (ARS, Conseil Général, CARSAT,...) afin de mettre en place des actions de prévention auprès des usagers et de leurs aidants, et des actions de formation auprès des professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux sur les bonnes pratiques professionnelles, les facteurs de risques) ;

➤ Mobiliser l'ensemble des prestations sociales et médico-sociales existantes pour l'aide à la prise en charge de la personne âgée dans une logique de parcours.

- **Optimiser la coordination et la coopération des opérateurs en santé pour et autour de la personne âgée en risque de perte d'autonomie.**

Cet axe s'inscrit dans une démarche de structuration territoriale de la prise en charge des personnes âgées afin de rendre plus lisibles et accessibles les dispositifs existants pour les personnes âgées et les professionnels.

➤ Formaliser progressivement les filières gériatriques des deux centres hospitaliers du territoire (Loches et Amboise), en lien avec le CHRU de Tours, hôpital de référence et les secteurs social et médico-social ;

➤ Mettre en œuvre les modalités conventionnelles entre intervenants à domicile, établissements de santé et médico-sociaux dans le cadre d'une facilitation du parcours de santé et de l'optimisation du recours aux urgences et des sorties d'hospitalisations ;

➤ Développer les niveaux de coordination et de coopération prévus au cahier des charges national (CCP, CTA) en s'appuyant sur les structures existantes et en spécifiant les rôles et les missions de chacune (MAIA, CLIC,...).

➤ Renforcer les pratiques coopératives, le partage et l'échange des informations au service de l'accessibilité et de l'efficacité des prestations délivrées aux usagers. Les moyens et techniques offerts par les systèmes d'information et de développement des activités de télémédecine constitueront des leviers au service de ces organisations.

- **Développer et structurer la circulation d'informations entre les opérateurs de santé dans un espace de confiance et sécurisé.** Un volet système d'information structurant les échanges autour de :

➤ L'interopérabilité des applications en e-santé et l'échange de données

➤ L'optimisation du système de santé autour du patient,

➤ L'accès aux soins sur l'ensemble du territoire

sera à mettre en place.

Dans ce cadre, le contenu et la forme des données personnelles qu'il est essentiel de partager entre partenaires d'une prise en charge sont définis. Plusieurs documents principaux ont été ciblés :

○ Le plan personnalisé de santé (PPS) spécifiant la situation sociale et sanitaire de la personne (hors diagnostic médical)

○ Le volet de synthèse médical (VSM) pour les médecins traitants et le dossier de liaison d'urgence (DLU) pour les résidents d'EHPAD donnant une photographie de l'état de santé de la personne

○ Le compte rendu d'hospitalisation (CRH) afin de faciliter la transition ville-hôpital.

Les référentiels et systèmes nationaux (DMP et messagerie sécurisée en santé) seront privilégiés. Il s'agira de :

▪ mobiliser les professionnels de santé libéraux et en établissement

▪ développer les modalités d'organisation et/ou des outils de circulation d'informations entre les différents acteurs en santé et plus particulièrement pour les professionnels de santé libéraux et les instances de coordination du projet pilote, telles que la MAIA,

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ de rendre interopérables les systèmes d'informations des différents acteurs et développer la transmission d'informations entre les secteurs sanitaire, médico-social et social. <p style="text-align: center;">- Promouvoir un parcours de santé de la personne âgée viable</p> <p>Le principe de subsidiarité qui consiste à s'appuyer sur les financements existants afférents aux différents dispositifs de politique publique relatifs au parcours de santé des personnes âgées dans une logique de coordination voire d'intégration des financements s'applique. Toutefois, dans le cadre de l'expérimentation, les enjeux seront :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Cibler les actions innovantes ou les prestations spécifiques à l'amélioration du parcours de santé de la personne âgée en risque de perte d'autonomie. Chaque financement s'effectuera sur la base d'une convention dûment signée entre les différents acteurs. ○ Prendre en compte la notion d'équilibre financier du modèle organisationnel et économique du dispositif et engendrer, à terme, des gains d'efficience dans les prises en charge médicale, sociale et de service rendu à la personne, ○ Recueillir et partager les données, travaux et moyens de chaque partenaire afin d'établir et analyser la cartographie des financements sur le territoire pilote et mettre en place un système de chaînage et de reporting des données relatives aux parcours de santé de la personne âgée en risque de perte d'autonomie, ○ Participer à l'évaluation médico-économique qui s'appuiera sur des indicateurs financiers, de processus, d'état de santé, de satisfaction, de pratiques cliniques et de qualité de soins sur la base d'une méthodologie nationale et de travaux territoriaux..
Levier	Accompagnement de l'ANAP Accompagnement financier
Echéance	2013-2017

III.3 L'accès aux soins des plus démunis

Le PTS décline en actions (PRAPS-37-..) les objectifs stratégiques définis par le PRAPS, soit :

➤ « **Améliorer la lisibilité des dispositifs en direction des plus démunis** »

Action PRAPS -37-01-	Apporter une lisibilité des dispositifs de prise en charge des publics précaires au plus près du terrain par l'intermédiaire des CCAS
Contexte	Insuffisance de lisibilité des dispositifs de prise en charge des publics précaires au plus près des acteurs et des publics concernés
Objectif	Permettre aux CCAS d'orienter les personnes vers les dispositifs existants
Echéance	2014-2015
Action PRAPS -37-02-	Améliorer la connaissance des dispositifs d'accès aux soins et à la prévention des publics précaires
Contexte	Connaissance insuffisante des modalités d'accès aux soins et de prise en charge des publics précaires dans les établissements de santé, et plus particulièrement dans les établissements sanitaires ne disposant pas de PASS. Actions de prévention à orienter davantage vers les publics précaires. Prise en compte particulière nécessaire des publics précaires par les réseaux de santé
Objectif	S'assurer que le public précaire ait accès aux soins et à la prévention sur l'ensemble du territoire
Echéance	2014-2016
Action PRAPS -37-03-	Contribuer à l'amélioration de la visibilité et de la coordination des dispositifs d'accès aux soins et à la prévention des publics précaires
Contexte	Un PARADS peu actif actuellement dans le département alors qu'il pourrait être le lien adapté pour renforcer le lien « santé-social ».

	Manque de visibilité des dispositifs à destination des publics précaires à coordonner avec les autres offres de soins.
Objectif	S'assurer que le public précaire ait un accès aux soins et à la prévention sur l'ensemble du territoire
Echéance	2014-2016

➤ « Améliorer la coordination des acteurs »

Action PRAPS -37-04-	Identifier les instances de coordination en lien avec le PRAPS sur le territoire de santé
Contexte	Existence d'initiatives dans le champ du PRAPS auxquelles la DTARS n'ait pas associée. Synthèse et analyse des données relatives au champ de compétences du Conseil Général par l'Observatoire social créé à son initiative en 2011, n'intégrant pas les données statistiques de l'ARS
Objectif	Investir le travail inter-institutionnel en cours pour l'alimenter des priorités d'actions de la DTARS 37
Echéance	Fin 2014
Action PRAPS -37-05-	Contribuer à la coordination des acteurs dans le champ de l'habitat indigne
Contexte	Participation nécessaire de la DTARS 37 aux travaux du PDALPD dont la lutte contre l'habitat indigne constituant une priorité de l'ARS Renforcement nécessaire de la coordination des services en matière de lutte contre l'habitat indigne afin de traiter au mieux les situations et de prendre en compte les difficultés sociales associées souvent aux dysfonctionnements matériels constatés dans le logement
Objectif	Créer les conditions d'une réponse adaptée aux situations d'habitat indigne
Echéance	2012-2016
Action PRAP-37-06-	Organiser la complémentarité des dispositifs de soins existant dans l'agglomération tourangelle spécifiques à la prise en charge des plus démunis
Contexte	Budgétisation au sein du CHRU de crédits fléchés pour une PASS somatique permettant notamment un temps médical de 0,2 ETP Existence depuis 2002 d'un cabinet médical géré par l'Entr'Aide Ouvrière au sein du CHRS de Tours Centre travaillant en collaboration avec la PASS du CHU Financement assuré jusqu'en 2012 par des crédits d'aide sociale à l'hébergement d'urgence supprimés en 2013, avec en relais une subvention exceptionnelle de l'ARS pour financer en 2013, sur des crédits du Fond d'Intervention Régional (FIR), un mi-temps médical Réflexion à mener sur l'organisation d'un dispositif commun et les mutualisations possibles
Objectif	Nécessité de garantir au patient une consultation médicale le plus rapidement possible pour éviter les passages inappropriés aux structures d'urgence Organiser un regroupement administratif des dispositifs pour faciliter la mise en œuvre d'un suivi médical partagé : <ul style="list-style-type: none"> - Dossier commun du patient (création des DMP) - Permanence des soignants - Possibilité aux équipes d'intervenir sur les 2 sites Eviter les doublons d'exams et renforcer l'efficacité de recours aux spécialistes
Echéance	1 ^{er} trimestre 2014
Action PRAPS 37-07-	Développer des actions de prévention de la santé ciblées en direction des publics précaires
Contexte	Existence possible de maladies chroniques dues à une alimentation inadéquate et à une insuffisance d'activité physique

	Inégalité d'accès aux soins et à la prévention des plus démunis favorisée par la situation d'insécurité alimentaire
Objectif	Soutenir les actions visant à la sensibilisation des femmes sur les risques de surpoids et d'obésité dès la grossesse. Soutenir les actions autour de la « nutrition à petit budget » auprès des jeunes adultes
Echéance	2014-2015
Action PRAPS 37-08-	Garantir la poursuite des soins aux sortants de la maison d'arrêt de Tours
Contexte	Poursuite des soins apportés aux détenus après leur sortie de la maison d'arrêt comme facteur de chance pour une meilleure intégration
Objectif	Evaluer l'effectivité de la poursuite des soins mise en place par l'unité sanitaire pour les détenus sortant de la maison d'arrêt
Echéance	Fin 2014
Action PRAPS 37-09-	Intensifier les actions en promotion de la santé menée auprès des gens du voyage
Contexte	Insuffisance du travail de sensibilisation mené auprès des gens du voyage, tout particulièrement sur l'éducation à la santé
Objectif	Faire passer auprès des gens du voyage les messages de prévention
Echéance	2012-2016

III.4 La santé mentale

La Conférence de Territoire dans sa séance du 30 avril 2013 a retenu comme seconde priorité, le champ de la santé mentale, et plus précisément « Faciliter l'accès aux soins de psychiatrie » en identifiant une seconde source de rupture dans le parcours de santé des usagers. Elle a ainsi confié à un groupe de travail le soin de réfléchir sur la question : « **Comment organiser un relais après un passage aux urgences psychiatriques non suivi d'une hospitalisation ?** ».

En fait, le groupe de travail en abordant cet axe de travail a porté sa réflexion sur la situation de crise, comment la prévenir et comment la traiter ? Il a dégagé des actions qui seront à reconsidérer telles que la création d'un service téléphonique dédié et celle d'une équipe mobile généraliste dédiée aux semi-urgences, dans le cadre de la feuille de route sur la santé mentale restant à concevoir, au vu de la note de cadrage régionale en cours de réflexion sur ce parcours. Toutefois l'action suivante (SM-37-01-) peut d'ores et déjà être retenue dans le présent PTS car préparatoire aux travaux ultérieurs.

Action SM- 37-01	Etablir un état des lieux de l'offre de soins en santé mentale sur le territoire de santé
Contexte	Répartition de l'offre de soins psychiatriques entre 4 établissements de santé publics et 3 cliniques psychiatriques
Objectif	Rendre lisible l'offre de soins en santé mentale
Echéance	2014-2015

III.5 Les personnes handicapées

La Conférence de Territoire dans sa séance du 30 avril 2013 a retenu une troisième priorité portant sur le champ du handicap, et plus précisément sur l'objectif « Renforcer la coordination des acteurs sur le secteur du handicap ». Elle a identifié une source de rupture dans le parcours de santé des personnes handicapées pouvant résulter de la difficulté à établir une complémentarité entre le secteur sanitaire, et plus précisément la psychiatrie, et le secteur médico-social. Elle a ainsi confié à un groupe de travail le soin de réfléchir sur la question : « **Quelle coopération entre la psychiatrie et les établissements médico-sociaux pour améliorer la fluidité du parcours et la qualité de la prise en charge ?** ».

Un autre sujet s'inscrivant dans la logique de ce questionnement, et soumis également à l'aval de la CT a pu être abordé par le groupe de travail car constituant une action à même de contribuer au maintien d'une prise en charge en période difficile, soit : « **Quelles modalités opérationnelles des accueils temporaires pour répondre efficacement aux demandes de répit des aidants ?** »

Certaines actions proposées par le groupe ne peuvent être retenues, telles que la création de lits pédopsychiatriques pour les enfants de moins de 12 ans, supposant une redéfinition de l'offre de soins en psychiatrie infanto-juvénile et une attribution de moyens nouveaux. Bien que répondant à un besoin constaté sur le territoire, elle nécessite une réflexion sur la pertinence des moyens d'hospitalisation existant sur le département en psychiatrie infanto-juvénile.

Les actions (PH-37-..) suivantes ont ainsi émergé de cette réflexion sur ces deux axes de travail. Elles ont vocation à compléter les actions qui résulteront de la feuille de route dédiée au handicap.

Action PH-37-01-	Permettre la fluidité des parcours des enfants handicapés en redéployant des places en ESMS dans les limites de l'enveloppe départementale et en développant les coopérations
Contexte	Existence de listes d'attente dans les ESMS
Objectif	Permettre une réponse aux besoins dans des délais raisonnables pour permettre une prise en charge adaptée
Echéance	2014-2016
Action PH-37-02-	Organiser un groupe de travail inter-institutionnel sur la prise en charge financière des prises en charge complexes
Contexte	Manque de lisibilité des financements assurés par les organismes d'assurance maladie dans les cas de prises en charge multiples (frais de transport, aides techniques...)
Objectif	Améliorer la coordination des prises en charge financières dans les cas de prises en charge complexes
Echéance	2015
Action PH-37-03-	Elaborer et mettre en service une fiche de liaison pour les hospitalisations des personnes handicapées
Contexte	Passages et coopération difficiles entre les secteurs sanitaire et médico-social
Objectif	Créer une fiche de liaison facilitant l'entrée et la prise en charge dans un établissement de santé à l'image du DLU
Echéance	2014-2015
Action PH-37-04-	Diffuser l'information sur les lieux d'accueil temporaire de la région Centre auprès des parents d'enfants handicapés
Contexte	Difficulté de repérage des places d'accueil temporaire par les parents d'enfants handicapés
Objectif	Faciliter l'accès aux structures proposant un dispositif d'accueil temporaire y compris pour un accueil ponctuel de WE
Echéance	2014
Action PH-37-05-	Initier des actions visant à proposer des temps de répit aux parents d'enfants handicapés
Contexte	
Objectif	Créer des places d'accueil temporaire par l'utilisation d'excédents des ESMS pour permettre un accueil ponctuel d'enfants handicapés en WE, après évaluation des besoins
Echéance	2014-2016
Action PH-37-06-	Initier une politique de formation du type « formation de formateurs »
Contexte	Insuffisance de formation et de sensibilisation des personnels médico-sociaux à l'éducation pour la santé, à l'hygiène de vie et à la prévention des facteurs de risques
Objectif	Installer progressivement une culture de prévention dans les EMS (prévention

	bucco-dentaire, relais des campagnes de prévention nationales...)
Echéance	2014-2016

III.6 Les addictions

La thématique des addictions sera abordée lors de la prochaine actualisation du PTS avec l'intégration des actions découlant de la feuille de route départementale, définie au vu de la note de cadrage régional qui reste concevoir. Toutefois le Bureau de la Conférence de territoire a d'ores et déjà proposé la réalisation des actions suivantes qu'il conviendra de rendre lisible également dans la future feuille de route.

Action Addict -37-01-	Etablir un état des lieux de l'offre de soins sanitaire et médico-sociale pour les addictions sur le territoire de santé
Contexte	Manque de lisibilité des offres de soins médico-sociale et sanitaire des addictions sur le territoire de santé
Objectif	Rendre lisible les offres de soins médico-sociale et sanitaire des addictions sur le territoire de santé et leur complémentarité
Echéance	2014
Action Addict-37-02-	Améliorer l'offre de prévention des addictions dans le département
Contexte	Peu d'actions accompagnées par l'ARS Absence de promoteur formé aux interventions dans le milieu professionnel
Objectif	Améliorer l'offre d'actions de prévention des addictions dans le département, tout particulièrement en milieu professionnel
Echéance	1 ^{er} semestre 2014 : détermination des besoins du territoire 2015-2016 : Mise en œuvre des actions correspondantes

III.7 La médecine d'urgence

Les mesures d'amélioration d'accès aux soins urgents et non programmés sont issues de la confrontation des objectifs nationaux issus du CSP, de l'instruction de juillet 2012 relative au temps d'accès à des soins urgents en moins de 30 minutes, engagement 9 du Pacte Territoire Santé avec essentiellement la promotion de la fonction de médecin correspondant du SAMU, des objectifs régionaux issus du SROS-PRS 2012-2016 et des CPOM des établissements de santé.

Territorialement, les pistes de travail seront définies par la feuille de route qui résultera de la note de cadrage régionale sur la médecine d'urgence présentée à la validation du CODIR de l'ARS du Centre le 20 décembre 2013.

En application de ces orientations nationales et régionales, une action sera à mettre en œuvre en 2014, à savoir l'accompagnement de la mise en fonctionnement d'une antenne du SMUR du CHRU de Tours à la clinique de l'Alliance afin de couvrir le Nord-Ouest du département dont certaines communes sont distantes de plus de 30 minutes d'une structure d'urgence.

III.8 La santé environnementale

La santé environnementale ne compte pas au nombre des feuilles de route retenues en 2014. Pourtant elle constitue un axe fort d'intervention de l'ARS qui exerce des pouvoirs de police en la matière mais également une mission de prévention. Ainsi la note de cadrage régional du collège SPE a défini deux thématiques prioritaires à décliner en fiche action, à savoir :

Diminuer l'impact de l'écoute de musique amplifiée :

Action SPE-37-01-	Poursuivre la sensibilisation du jeune public aux risques liés à l'écoute de musique amplifiée
Contexte	Expositions volontaires au bruit dues à la musique amplifiée écoutée via les casques baladeurs ou à l'occasion de concerts, essentiellement par les jeunes (34% écoutent plusieurs fois par semaine de la musique avec des écouteurs, dont

	1/3 à volume fort ou très fort. Cette exposition volontaire concerne majoritairement les personnes les moins diplômées (<i>source Deuxième Plan Régional Santé Environnement 2010-2014</i>)
Objectif	Promouvoir auprès des collèges et des lycées la mise à disposition de mallettes pédagogiques S'appuyer sur des personnes relais dans le cadre du Pédagoson
Echéance	2014 et s.

Promouvoir la santé environnementale auprès des collectivités :

Action SPE-37-02-	Promouvoir la santé environnementale auprès des collectivités
Contexte	La réduction des risques sanitaires liés aux plantes invasives ainsi que l'amélioration du repérage et du suivi des sites et sols pollués sont peu pris en compte dans la révision des documents de planification ni lors des réunions du plan de protection de l'atmosphère (PPA)
Objectif	Poursuivre la sensibilisation des collectivités au champ santé environnementale pour une meilleure prise en compte de ce domaine dans leurs plans et projets
Echéance	A partir de 2014