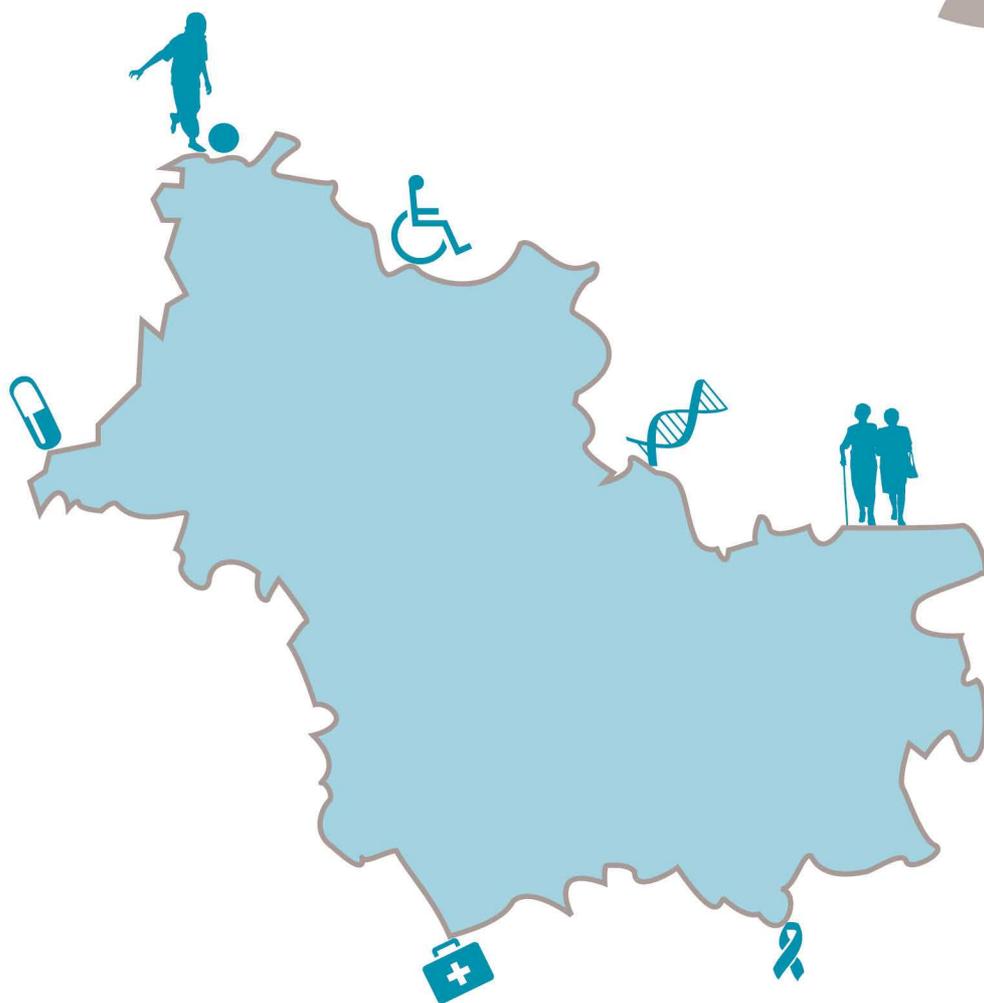


# Programme territorial de santé de Loir-et-Cher

2013 - 2016



Adopté par la Conférence de territoire le 9 décembre 2014  
Validé par le Directeur général de l'ARS du Centre le 23 janvier 2015

[www.ars.centre.sante.fr](http://www.ars.centre.sante.fr)

**ars**  
Agence Régionale de Santé  
Centre

# **SOMMAIRE**

<b>Préambule .....</b>	<b>3</b>
<b>1ère partie : l'identité du territoire .....</b>	<b>5</b>
1-1 Analyse des données.....	5
1-2 Les forces et faiblesses du territoire : le point de vue de la conférence de territoire .....	30
<b>2<sup>ème</sup> partie : La territorialisation des actions de santé.....</b>	<b>33</b>
2-1 Le rôle de la conférence de territoire.....	33
2-2 la structuration géographique du territoire.....	33
2-3 L'articulation entre le présent PTS et le dispositif de développement des contrats locaux de santé.....	36
<b>3<sup>ème</sup> partie : les priorités de mise en œuvre du PRS sur le territoire de Loir et Cher .....</b>	<b>38</b>
3-1 Définition de la notion de parcours.....	38
3.2 Le programme d'actions.....	39
3-3 Les modalités de suivi et d'évaluation du programme territorial de santé.....	47
<b>Glossaire des sigles.....</b>	<b>48</b>

## Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

Le territoire de la région Centre est vaste et étendu. Si les problèmes de santé rencontrés dans les territoires sont sensiblement les mêmes, ces problèmes s'y posent avec une acuité différente dans ses différents points. Les atouts et les faiblesses des territoires, dont il faut tenir compte pour organiser l'offre, sont également différents d'un territoire à l'autre.

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

- **programmer de manière transversale et territorialisée les actions à conduire pour atteindre la cible fixée dans les schémas et programmes thématiques.** Le PTS est un outil de programmation des actions à conduire sur un territoire donné sur l'ensemble des champs de compétences de l'ARS : promotion et prévention de 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 d'assurer l'**adéquation des démarches locales de santé avec le reste du PRS** sur le territoire concerné et de les réorienter si besoin.
- **associer les instances de démocratie sanitaire à la mise en œuvre de la stratégie régionale de santé.** Le PTS permet aux ARS d'intégrer dans les territoires concernés les **propositions des conférences de territoire** tout en les **resituant dans le cadre stratégique du projet régional de santé.** L'article L.1434-17 du Code de la santé publique dispose que 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.

Les propositions du PTS sont construites en complémentarité des autres plans afin d'éviter des redondances (principe de subsidiarité) et pour les décliner ou les renforcer lorsque cela est utile.

### **Méthodologie**

Les travaux ont été lancés par la délégation territoriale du Loir et Cher de l'ARS en lien avec les membres du bureau lors de la conférence de territoire du 17 janvier 2013.

Une démarche projet a été enclenchée afin d'identifier au niveau du diagnostic les filières de prise en charge qui rencontrent des difficultés, voire des ruptures de parcours au sein du département, et pour dégager des actions d'organisation de l'offre de soins et médico-sociale, de coordination des acteurs, de mutualisation et de coopération entre structures.

Pour mémoire, la conférence de territoire avait produit fin 2011 des fiches de diagnostic par thématiques en amont de la construction du PRS. Il a été convenu de capitaliser ces travaux de diagnostic qui ont permis d'identifier des problématiques prioritaires pour le Loir et Cher, notamment la démographie médicale, la filière gériatrique, la santé mentale.

L'équipe projet interne à la DT 41 a préparé les éléments de bilan (statistiques, dispositifs) et a assuré la consolidation du document type « programme territorial de santé » proposé par l'ARS.

Des groupes de travail ont été organisés au 1er trimestre pour actualiser le diagnostic territorial, identifier les ruptures dans le parcours des patients, proposer des fiches-actions relatives à des filières de prise en charge à améliorer. Il a été convenu d'associer des institutions extérieures à la conférence de territoire (services de l'Etat, caisses, services techniques du conseil général).

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

Le calendrier prévisionnel fixé est le suivant :

- bureau de la conférence du 13 décembre 2012 : lancement de la démarche, validation de la méthodologie, réflexions sur le diagnostic et les pistes d'actions,  
5 thèmes ont été identifiés : lutter contre la désertification médicale, améliorer la prise en charge du patient (notamment urgences, santé mentale, handicap, personnes en situation de précarité), consolider la filière gériatrique, développer les coopérations, promouvoir la prévention,
- conférence du 17 janvier 2013 : lancement de la démarche, validation de la méthodologie, présentation d'éléments du diagnostic territorial,

- constitution des groupes de travail en lien avec le bureau de la conférence pour le 25 janvier 2013 (animation confiée à un binôme, membre du bureau, représentants au niveau technique de la conférence de territoire, et partenaires extérieurs).
- groupes de travail (5 groupes, une dizaine de participants par groupe). Le format retenu est le séminaire de travail d'une journée : séminaires du 8 février (diagnostic, territoire pertinent) et du 25 mars (fiches-actions), réunissant de manière concomitante les groupes de travail avec des temps de restitution plénière ; la méthodologie visait à favoriser une cohésion entre les partenaires et une transversalité des actions entre les différents domaines d'intervention.
- restitution des fiches-actions au bureau de la conférence le 11 avril 2013, réajustement par messagerie avec les groupes de travail et les animateurs pour mi-mai 2013.
- validation du programme territorial de santé par la conférence de territoire : 27 mai 2013.
- validation par le Directeur Général de l'ARS : 25 juin 2013.

Le projet de programme territorial de santé a été présenté le 27 mai 2013 aux membres de la conférence de territoire du Loir et Cher qui en ont approuvé les priorités à l'unanimité.

Le Directeur Général de l'ARS du Centre a validé ce programme le 25 juin 2013.

Un bilan de mise en œuvre a été dressé à la conférence de territoire du 23 juin 2014, puis au bureau du 8 octobre.

Il a été convenu d'approfondir et d'investir les thématiques suivantes :

- l'addictologie,
- les urgences,
- les professionnels de santé,
- le handicap,
- la santé mentale,
- la périnatalité.

Les acteurs de santé (60 participants) ont été mobilisés le 6 novembre, le 13 novembre et lors d'un séminaire de travail le 18 novembre 2014 pour actualiser le diagnostic territorial et dégager des propositions d'actions.

Le PTS comporte désormais 11 objectifs et 51 fiches-actions ; les amendements ont été adoptés à l'unanimité par la conférence de territoire le 9 décembre 2014, et validés par le directeur général de l'ARS le 23 janvier 2015.

## **1ère partie : l'identité du territoire**

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

### **1-1 Analyse des données**

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

Pour rappel, le Loir et Cher est un département à tendance rurale et semi-rurale, situé entre 2 pôles régionaux équidistants (Tours et Orléans).

Il compte 327 868 habitants (1er janvier 2012) ; 48 % vivent en zone rurale (communes de moins de 2.000 habitants).

La croissance démographique du département est proche de la moyenne régionale ; à noter un taux conjoncturel de fécondité plus élevé : 2,22 en 2009 (2,04 en région).

Il convient de signaler la démarche prospective engagée par le conseil général : Loir et Cher 2020.

## Profil démographique du territoire de santé source INSEE 2013

Le Loir-et-Cher est un département à tendance rurale et semi-rurale situé entre deux pôles d'attraction régionaux que sont Tours et Orléans respectivement situés en Indre-et-Loire et Loiret. Au 1er janvier 2010, le département affiche une population de 330 079 habitants<sup>1</sup>.

**Tableau de répartition de la population par tranche d'âge dans le département du Loir-et-Cher et la Région Centre<sup>2</sup>**

	moins de 20 ans	20 à 59 ans	60 à 74 ans	75 ans et plus	Total
<b>Loir-et-Cher en nb</b>	76 579	162 574	51 301	37 414	327 868
<b>Région centre en nb</b>	609 882	1 304 893	371 274	252 541	2 538 590
<b>Loir-et-Cher en %</b>	<u>23,36</u>	49,59	<u>15,65</u>	<u>11,41</u>	100,00
<b>Région centre en %</b>	<u>24,02</u>	51,40	<u>14,63</u>	<u>9,95</u>	100,00

Le département du Loir-et-Cher est un territoire contrasté caractérisé par une population vieillissante comme le souligne le tableau ci-dessus. La part des plus de 60 ans s'élève à 27.1% soit 2.5 points de plus que la donnée régionale (24.6%) et 4.9 points au dessus de la donnée nationale (22.1%). Cependant, le département affiche un indicateur conjoncturel de fécondité de 220 enfants pour 100 femmes<sup>3</sup>, ce qui lui permet d'occuper la dixième place des départements français au regard de cet indicateur.

61,6 % de la population du Loir-et-Cher vit au sein des grandes aires urbaines. Le territoire s'articule autour des trois communes principales que sont Vendôme, Blois et Romorantin-Lanthenay. Les aires urbaines suscitées restent dynamiques malgré la forte attraction que représentent les villes de Tours et d'Orléans.

## Les indicateurs sociodémographiques

### Les personnes âgées

Une population plus âgée que la moyenne régionale (1er janvier 2012) :

- 20 ans : 23,3% (24% en région)
- + 75 ans : 11,5 % (10% en région)

Un vieillissement attendu de la population (1er janvier 2020) :

- 20 ans : 22,8% (24% en région)
- + 75 ans : 12 % (10,6 % en région)

### Les personnes handicapées

Au 31.12.2012 :

- le nombre d'allocataires de l'AAH en Loir-et-Cher est de 4 632 personnes, soit une part d'allocataires AAH pour 100 personnes de 20 à 64 ans de 2.5 proche de la moyenne nationale de 2.6 %.
- le nombre d'allocataires PCH et ACTP est de 1 323 personnes soit un nombre d'allocataires PCH + ACTP pour 1 000 personnes sur la population générale de 4.0 proche de la moyenne nationale de 4.1
- le nombre d'allocataires de l'AEH est de 1 116 enfants et jeunes adultes de 0 à 20 ans.

<sup>1</sup> STATISS 2013, INSEE

<sup>2</sup> INSEE, données populationnelles 2013

<sup>3</sup> Natalité en 2012 : comparaison départementale, INSEE

## Les personnes en situation précaire

Les indicateurs relatifs aux minima sociaux et à l'emploi sont proches de la moyenne régionale :

- taux de chômage (2014) : 8,8 % au second trimestre 2014, moins élevé que le niveau régional,
- allocataires du RSA (2013) : 53,5 ‰ (région 56,2 ‰),
- bénéficiaires de la CMU-C (2010) : 5,2% (contre 5,3% en région).

## Les indicateurs de santé

Le Loir et Cher est en surmortalité prématurée par rapport à la France hexagonale, de même que par rapport à l'ensemble de la région Centre. Environ un tiers des décès sont associés à des causes dites « évitables », c'est-à-dire des décès qui auraient pu être évités par une réduction des comportements à risque (tabagisme, alcoolisme, autres conduites à risques, etc.). Elle est par ailleurs plus importante au Nord et au Sud du département.

Le taux de mortalité prématurée est supérieur à la moyenne régionale dans trois domaines: tumeurs, appareil circulatoire, traumatisme, empoisonnement et causes externes, alcoolisme.

### *Taux standardisé de mortalité pour suicide*

Le taux de mortalité par suicide est supérieur au niveau régional : pour les hommes 33,7 (contre 32,6), pour les femmes 9,2 (contre 8,3).

L'indice comparatif de mortalité par suicide est de 134 pour le département, supérieur au niveau régional (118). Les suicides touchent pour la majorité des actifs.

### *Nombre de personnes traitées pour diabète*

Le taux de mortalité par diabète 2008/2010 est de 3735, supérieur au niveau régional (3608).

La CPAM a évalué à 15 037 le nombre de personnes diabétiques/325 183 habitants, soit 4,6% de la population en 2009, avec 1000 nouveaux cas/an.

### *Taux d'IVG, dont IVG chez les mineures*

La part des IVG concernant les mineures était nettement supérieure au niveau régional en 2009 (8,9% contre 7 %) pour s'en rapprocher en 2010 (7,1%). Cependant il demeure des difficultés d'accès aux IVG pour les mineures au niveau des arrondissements de Vendôme et de Romorantin-Lanthenay.

### *Données sur la périnatalité*

- **Données générales**

Le tableau suivant permet de dégager les spécificités du département sur la thématique de la périnatalité.

Indicateurs socio-sanitaires	Loir-et-Cher	Région Centre	Sources
Population	331 914	2 538 590	STATISS 2013
Femmes en âges de procréer (15-49 ans)	65 764	540 915	STATISS 2013
Taux de fécondité (‰)	55,8 ‰	55,2 ‰	STATISS 2013
Indicateur conjoncturel de fécondité	2,204	2,07	INSEE 2012
Taux de natalité (‰)	11 ‰	11,7 ‰	STATISS 2013
Taux de mortalité périnatale (‰)(moyenne 2008-2009-2010)	7,8‰	9,4 ‰	STATISS 2012
Taux de mortalité infantile (‰) (moyenne 2009-2010-2011)	3,0 ‰	3,0 ‰	STATISS 2013
Taux de mortinatalité (‰)	4,4 ‰ <sup>5</sup>	7,9 ‰	UREH 2014

<sup>4</sup>Natalité en 2012 : comparaison départementale, INSEE

<sup>5</sup> Mortinatalité 2011-2013, UREH juillet 2014.

Au regard des données moyennes régionales, le Loir-et-Cher affiche un taux de fécondité ainsi qu'un indicateur conjoncturel de fécondité légèrement au-dessus de la moyenne régionale, respectivement + 0.6 et 0.13 points. Il convient de souligner des taux de mortalité et de mortalité périnatale inférieur aux données régionales, respectivement -1.6 et -3.5 points.

- **Situation des grossesses non désirées.**

Pourcentage de jeunes mères par département d'habitation, Région Centre

Mères mineures Accouchements	2009		2010		2011		2012		2013	
	<20 ans	<18 ans	<20 ans	<18 ans						
<b>Loir-et-Cher</b>	2.97% (n=111)	0.64% (n=24)	2.89% (n=108)	0.78% (n=29)	2.63% (n=93)	0.73% (n=26)	3.03% (n=110)	0.74% (n=27)	2.76% (n=98)	0.39% (n=14)
<b>Région Centre</b>	2,79% (n=828)	0,63% (n=186)	2,69% (n=816)	0,57% (n=173)	2,41% (n=713)	0,49% (n=146)	2,53% (n=752)	0,56% (n=166)	2,28% n=658	0,56% (n=163)

Le Loir-et-Cher se caractérise par une proportion de jeunes mères âgées de moins de 20 ans comme de moins de 18 ans supérieure aux données régionales et ce depuis 2009, sauf exception en 2013 où la proportion de jeunes mères de moins de 18 ans était inférieure à la proportion régionale. Il convient de souligner cependant une diminution des données précitées entre 2009 et 2013, -0.21 points en ce qui concerne les jeunes mères âgées de moins de 20 ans et -0.25 points pour celles âgées de moins de 18 ans.

Tableau relatif à l'activité d'IVG par établissement

Etablissement	IVG médicamenteuses	IVG chirurgicales	Ensemble des IVG	IVG par médecins de ville conventionnés	Interruptions thérapeutiques de grossesse	Total IVG et ITH
CH Blois	432	356	788	0	6	794
CH Romorantin Lanthenay	50	0	50	4	2	52
Polyclinique La Chaussée Saint Victor	0	0	0	0	2	2
Clinique du Saint Cœur - Vendôme	53	0	53	0	0	53
<b>Loir-et-Cher</b>	<b>535</b>	<b>356</b>	<b>891</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>901</b>

Source : SAE 2012

Il ressort de l'analyse du tableau présenté ci-dessus que le centre hospitalier de Blois réalise 100% des IVG chirurgicales du département selon la SAE 2012 et représente 88.43% de l'ensemble des IVG. Le centre hospitalier de Romorantin-Lanthenay n'a réalisé aucune IVG chirurgicale en 2012.

60% des IVG dans le Loir-et-Cher sont des IVG médicamenteuses et seul 4 ont été réalisées par un médecin conventionné.

*Données sur les dépendances (alcool, tabac, drogues illicites, addictions sans substance)*

En termes d'évolution des consommations sur la période 2005 - 2010, les constats sont les suivants : Comme ailleurs en France et en région Centre, on note une augmentation de la fréquence des ivresses alcooliques, du tabagisme, de la consommation de cannabis et de l'expérimentation de cocaïne.

Bien que l'usage quotidien de l'alcool soit en baisse, les consommations d'alcool ponctuelles importantes chez les jeunes et les adultes sont en augmentation. Chez les jeunes, les consommations de produits évoluent peu sur la période 2008-2011, à l'exception de l'usage quotidien du tabac en augmentation.

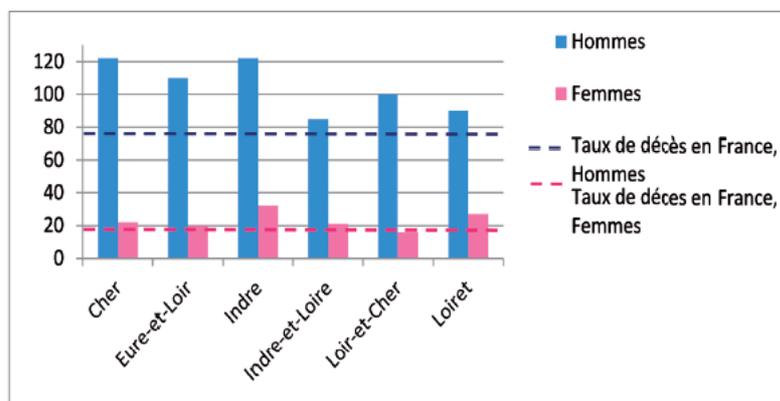
Comme le montre le tableau en annexe 1, sur la période 2007-2009, le département du Loir-et-Cher connaît un taux de surmortalité prématurée pour 100 000 habitants, toutes causes confondues, supérieur à la moyenne régionale et nationale pour les hommes comme pour les femmes : (hommes : Loir-et-Cher : 294, région : 280.5, France : 278,5 – femmes : Loir-et-Cher : 128.3, région : 126.2, France : 126.1).

Les conduites addictives contribuent fortement à ces mauvais résultats. Le tabac est la première cause de mortalité évitable de la région, principalement chez les hommes. La mortalité prématurée liée aux tumeurs (tabac et alcool) est supérieure à la moyenne régionale et nationale pour les hommes : Loir-et-Cher : 116.3, région : 109.1, France : 104.7.

La mortalité prématurée liée à l'alcoolisme est supérieur à la moyenne nationale chez les hommes et chez les femmes : hommes : Loir-et-Cher : 7.6, région : 8.2, France : 7.0 – femmes : Loir-et-Cher : 1.7, région : 1.9, France : 1.5.

La mortalité prématurée liée aux traumatismes, empoisonnements et causes externes est supérieure à la moyenne française chez les hommes comme chez les femmes. Elle inclut les accidents de la route : hommes : Loir-et-Cher : 60.7, région : 55.3, France : 49.2 – femmes : Loir-et-Cher : 16.1, région : 17.4, France : 15.3.

Figure 7 : Taux standardisés de décès par abus d'alcool pour 10 000 habitants, moyenne annuelle sur la période 2008-2010



Source : CépiDc

(source : état des lieux sur les addictions en région Centre- synthèse réalisée dans le cadre du dispositif d'appui au chef de projet régional MILDT région Centre. Décembre 2013).

Les taux de décès liés aux consommations d'alcool (abus, accident de la route) sont supérieurs de façon significative aux moyennes nationales dans les six départements de la région, et de façon particulièrement préoccupante pour le Loir-et-Cher, territoire plus rural, comme le soulignait déjà l'ORS en 2010 dans son rapport sur les inégalités territoriales de santé.

Tableau 4 : Mortalité (%) dans les accidents avec alcool - Années 2007 à 2011

France	Centre	Départements					
		Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret
29,9	28,0	30,1	27,1	34,7	26,8	25,6	27,5

Source : ONISR, ODICER, OFDT

(source : les grandes données de l'accidentalité en Loir-et-Cher 2012, direction des territoires du Loir-et-Cher, observatoire départemental de sécurité routière 41).

Concernant les décès par accident avec conducteur alcoolisé, En 2012 en Loir-et-Cher, 8% des accidents corporels ont impliqué au moins un conducteur ayant un taux d'alcool dépassant le taux légal (contre 10% les deux années précédentes).

23% des accidents mortels ont impliqué au moins un conducteur ayant un taux d'alcool dépassant le taux légal. La conduite sous l'emprise de l'alcool demeure la première cause infractionnelle de mortalité au volant.

#### *Données sur la santé mentale*

L'OMS estime qu'une personne sur cinq vivrait au cours de sa vie un trouble psychique. Et que 5 des 10 pathologies les plus préoccupantes au 21<sup>ème</sup> siècle concernent la psychiatrie : schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépression et troubles obsessionnels compulsifs.

Données générales : « Plus d'un tiers de la population française aurait souffert d'au moins un trouble mental au cours de sa vie, dont un cinquième dans l'année » (source : Etude d'impact annexée à la loi du 5 juillet 2011 sur les soins psychiatriques sans consentement).

En conséquence, parmi les 251.000 adultes de plus de 20 ans vivant dans le Loir-et-Cher, on peut estimer qu'au moins 84.000 personnes ont été, sont ou seront affectées par des troubles mentaux temporaires ou permanents. Et parmi ces 85.000 personnes, 17 000 personnes sont aujourd'hui affectées par l'une ou l'autre de ces pathologies mentales. Autre estimation, celle avancée par l'Unafam qui considère que 2% de la population souffre de troubles psychiques avérés (sous-ensemble du total des pathologies mentales) et nécessite une prise en charge adaptée, soit 6.600 personnes pour le Loir-et-Cher.

### **Les inégalités cantonales de santé** *(cartographie sur la base des travaux de l'ORS annexe 2 p. 10)*

Une étude confiée à l'ORS (Observatoire Régionale de la Santé) a conduit en 2010 à l'analyse de 57 indicateurs sociodémographiques, de mortalité, d'offre de soins, de séjours hospitaliers et d'admissions en affection de longue durée. Cette étude a permis de répartir les cantons du département en 5 classes, dont les caractéristiques sont les suivantes :

Canton de classe A : Socialement favorisés - Sous mortalité générale et prématurée - Offre de soins satisfaisante. Cette classe représente 13.9% de la population.

Canton de classe B : Villes centre forts contrastes sociaux - Surmortalité prématurée - Très bonne offre de soins. Cette classe représente 36.4% de la population.

Canton de classe C : Forte proportion de jeunes peu ou pas diplômés – Beaucoup de séjours hospitaliers et d'ALD - Sous mortalité générale - Bien desservis par les services hospitaliers. Absence de canton de classe C dans le Loir et Cher.

Canton de classe D : Faible offre de soins - Surmortalité par morts violentes. Cette classe représente 40.37% de la population.

Canton de classe E : Ruraux - Surmortalité générale et par suicide - Très faible offre de soins. Cette classe représente 9.33% de la population.

Le département du Loir-et-Cher réunit des cantons de typologie A B D E avec une majorité de cantons de typologie D.

3 Cantons sont de typologie E (Mondoubleau, Montoire sur le Loir, Montrichard).

Les 3 cantons de typologie B et pour partie D de la communauté de communes du Romorantinais et du Monestois sont couverts par une démarche de contrat local de santé : Blois, pays Vendômois, et communauté de commune du Romorantinais et du Monestois.

Dans les cantons B, D, E le 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) est supérieur à la moyenne régionale. Les principales causes identifiées sont les tumeurs, les affections de l'appareil circulatoire, les traumatismes et empoisonnements, des causes externes (suicides et accidents par mort violente) et l'alcoolisme.

La problématique suicide et accidents par morts violentes est toutefois majeure dans les cantons D et E.

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

La typologie D, majoritaire dans le Loir et Cher, met en évidence une problématique d'accessibilité géographique aux services. La réduction des inégalités de santé est conditionnée par l'action conjuguée de plusieurs acteurs :

- l'ARS : articulation des domaines ambulatoire et hospitalier, actions préventives de comportements à risques (addictions, alcool, tabac, accidents de la circulation),
- le Conseil général : maintien à domicile, transports, PMI,
- l'Etat : plan de prévention des accidents de la route.

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

La région Centre est l'une des régions de France les plus concernées par les non-conformités en pesticides et nitrates, les départements d'Eure-et-Loir et du Loiret étant particulièrement touchés. C'est dans ce contexte qu'une démarche a été engagée en juin 2010 par l'ARS du Centre, la DREAL et la DRAAF du Centre avec pour objectif l'amélioration de la qualité des eaux distribuées. Cette démarche, validée par le Comité Régional d'Administration (CAR) en octobre 2010, est construite sur un état des lieux de la situation ainsi que sur la mise en place de programmes d'intervention départementaux. Elle constitue l'action n°11 du projet d'action stratégique de l'Etat (PASE) 2011-2013.

La première phase de la démarche a consisté à réaliser un état des lieux de la qualité des eaux vis-à-vis des nitrates et pesticides établi en 2010, puis consolidé en 2011. Au niveau régional, 115 unités de distribution (UDI) non conformes ont été identifiées et 36 UDI présentaient une eau à la limite de la conformité. Ces 151 UDI sont alimentées par 144 captages (35 000 m<sup>3</sup>/j) et permettent d'alimenter près de 176 000 habitants.

La 2ème phase de la démarche a consisté en l'élaboration de programmes d'intervention départementaux dans chaque département de la région. Ces programmes ont deux objectifs. D'une part il s'agit d'identifier et de suivre les plans d'actions que les collectivités ou les porteurs de projets (communautés de communes, syndicat intercommunal d'eau potable, etc.) doivent mettre en œuvre en cas de non-conformité de l'eau distribuée. D'autre part il s'agit de définir les mesures à mettre en place par les services de la DDT (Direction Départementale des Territoires) et de la DTARS pour inciter les collectivités à mettre en œuvre un plan d'actions.

Ces programmes d'intervention départementaux s'inscrivent dans le prolongement des mesures déjà mises en œuvre dans les départements pour réduire les non-conformités récurrentes en nitrates et pesticides de l'eau distribuée.

Le programme d'intervention du Loir et Cher a été établi conjointement par la DDT41 et la DTARS 41 fin 2012. Il a été adopté lors du comité de pilotage stratégique de la MISEN – mission interservices de l'eau et de la nature, pilotée par la préfecture le 5 mars 2013.

### **Les eaux destinées à la consommation humaine.**

Sur le plan qualitatif, l'eau distribuée en Loir-et-Cher demeure globalement de bonne qualité (cf cartes en annexe, extraites de l'état des lieux de la qualité des eaux distribuées au 31 décembre 2011).

Pour les eaux destinées à la consommation humaine, la valeur limite en nitrates est fixée à 50mg/l. Dans le département de Loir-et-Cher, toutes les unités de distribution délivrent de l'eau conforme au regard des nitrates depuis 2003. Le syndicat de Sainte-Gemmes (227 habitants) distribue une eau dont la teneur est proche de la norme et reste donc à surveiller. La teneur moyenne en 2011 était de 47mg/l pour une norme fixée à 50mg/l.

Vis à vis des pesticides, 4 UDI sur 159 restent non conformes en 2011, ce qui concerne 0,5% de la population du département. La molécule qui présente les plus fortes concentrations à l'origine des

non conformités est la déséthyl-atrazine. Trois autres unités de distribution présentent une eau dont les teneurs en pesticides sont proches voire dépassent ponctuellement la norme de qualité : Averdon (1450 habitants) ; Vallières les Grandes (770 habitants) ; Ouzouer le Doyen (935 habitants).

### **La protection des captages d'eau.**

Sur les 188 captages AEP que compte le département fin 2011, seuls 166 sont considérés comme « protégés » (les autres rencontrent des problèmes de qualité, de vétusté de l'ouvrage ou ne répondent pas aux orientations du schéma directeur AEP du département). Fin 2011, 139 captages disposent d'un arrêté de déclaration d'utilité publique (D.U.P.) instaurant les périmètres de protection, soit 82 % des 166 captages protégés du département.

### **La prévention de la légionellose.**

Chaque année une dizaine de cas isolés de légionellose est déclarée en Loir-et-Cher (pour une cinquantaine en région Centre).

Ces cas ont systématiquement fait l'objet d'une enquête 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 sur les recommandations d'usage (température de production supérieure à 60°C, entretien et détartrage régulier de la robinetterie, purge des réseaux non utilisés,...).

Chaque année, environ 9 établissements sanitaires et médico-sociaux font l'objet de contrôles et de prévention. Les cas nosocomiaux déclarés par des établissements sanitaires et médico-sociaux sont rares (uniquement 1 en 2011). De plus des actions d'information et de conseils sont faites lors de déclaration de concentrations élevées en légionelles sur les réseaux d'eau chaude sanitaire.

### **Les eaux de loisirs.**

Les eaux des piscines et de baignades naturelles sont globalement de bonne qualité. 73 établissements (piscines et baignades) font l'objet d'un contrôle sanitaire réglementaire. Un suivi spécifique est opéré pour la baignade artificielle de Mont près Chambord dans le cadre d'un protocole de gestion et de surveillance préfectoral mis en place depuis son ouverture compte tenu de l'absence d'encadrement réglementaire pour ce type de baignade.

Pour le Loir et Cher, le bilan annuel est globalement bon sur le plan microbiologique. Des efforts importants sont à réaliser par les exploitants pour garantir des eaux conformes sur le plan physico-chimique, notamment sur l'ajustement des produits de désinfection. A noter que le parc de piscines publiques dans le Loir et Cher est vétuste.

### **La prévention des risques auditifs.**

Une opération d'amélioration acoustique des bâtiments, cantines scolaires et salles de repos accueillant des enfants est réalisée depuis 2009 dans le département. A ce jour, 24 collectivités territoriales ont pu bénéficier de subventions de l'Etat.

Chaque année, entre 8 et 15 dossiers relatifs à des plaintes de bruit de voisinage sont traités en lien avec les collectivités territoriales.

Des outils de sensibilisation aux risques liés à l'écoute de la musique amplifiée sont mis à disposition des collèges et lycées du département (mallettes pédagogiques).

### **La lutte contre l'habitat insalubre et indigne.**

La lutte contre l'habitat indigne et non décent sous toutes ses formes (insalubrité, immeubles menaçant ruine) constitue un des enjeux prioritaires du Plan Départemental d'Actions pour le Logement des Personnes Défavorisées (PDALPD). La Caisse d'Allocations Familiales de Loir-et-Cher est maître d'ouvrage de la MOUS Habitat Indigne (Maîtrise d'œuvre Urbaine et Sociale) depuis le 1er janvier 2010.

A ce jour, plus de 90% des signalements concernent des logements non conformes aux règles d'hygiène du Règlement Sanitaire Départemental et/ou aux caractéristiques du logement décent (décret du 30 janvier 2002).

Le nombre d'arrêtés préfectoraux pris, toutes procédures confondues, est d'environ 2 par an entre 2003 et 2011, pour 284 signalements dont 150 logements visités.

Le nombre de signalements annuels varie de 26 à 53. Depuis la mise en place de la MOUS « Habitat indigne », les visites de logements signalés sont devenues systématiques.

En Loir et Cher, de 2000 à 2011, aucun cas de saturnisme infantile n'a été déclaré.

### **La prévention des risques liés à l'amiante dans les établissements sanitaires et médico-sociaux.**

Un bilan des contrôles menés depuis 2006 dans l'ensemble des établissements sanitaires et médico-sociaux du département a été finalisé fin 2011-début 2012. Il en ressort les éléments principaux suivants :

2 établissements présentent de l'amiante friable dont l'état de conservation (n=1) est jugé satisfaisant mais avec une surveillance à réaliser tous les trois ans.

90% des établissements possèdent des matériaux amiantés non friable (dalles de sol, conduites de ventilation ou pluviale, toit ou bardage en fibrociment), majoritairement en bon état et parfois en état dégradé.

88% des établissements ont une DTA (Directive Territoriale d'Aménagement) conforme à la réglementation, mais oublient de le présenter ou de le mettre à jour lors d'intervention sur les bâtiments.

### **L'ambrosie.**

Les principales pathologies engendrées du fait de la dispersion des pollens de cette plante invasive sont des rhinites, des conjonctivites, des trachéites urticaires, des eczémas et également des crises d'asthme chez les personnes sensibles.

Actuellement il n'existe pas de développement important d'ambrosie en Loir-et-Cher mais la région Centre est la troisième région Française impactée après les régions Rhône-Alpes et Auvergne. Les départements du Cher et de l'Indre sont particulièrement infestés. L'ambrosie progresse le long des cours d'eau et colonise progressivement les bords de Loire, infestant ainsi les départements du Loiret, du Loir-et-Cher et de l'Indre et Loire. Un problème lié à l'ambrosie pourrait donc émerger dans les années à venir.

## **L'offre disponible.**

### **1) L'offre ambulatoire.**

- **Médecins généralistes et professions paramédicales**

Au 29/08/2014, le Loir et Cher présente une densité de médecins généralistes libéraux de 84,52 pour 100 000 habitants, supérieure au niveau régional (81,47 pour 100 000 habitants). Cependant le département connaît depuis 2009 une forte baisse des ressources en médecins généralistes (de 319 à 280 MG entre 2009 à 2014). La proportion de médecins généralistes de moins de 55 ans en 2014 est la deuxième plus faible des départements de la région (43,57% pour le Loir et Cher contre 48,49% pour la région Centre, source RPPS/INSEE).

Le Loir et Cher connaît une répartition inégale des différents professionnels de santé. Le nouveau SROS ambulatoire fixé par arrêté du Directeur général de l'ARS du 27 octobre 2014, fait apparaître plusieurs bassins de vie répertoriés comme zones fragiles de premier recours : les bassins de vie de Mondoubleau, Beaugency, Lamotte-Beuvron, Salbris et Saint Aignan.

Ces zones fragiles varient selon les professions concernées, comme indiqué dans le tableau ci-dessous. Certains bassins de vie ont une dimension interdépartementale.

Professionnels concernés	Bassins de vie sous dotés	Bassins de vie très sous dotés
Médecins généralistes	Mondoubleau Lamotte-Beuvron Salbris Saint Aignan Beaugency	
Infirmiers	Lamotte Beuvron	Montoire-sur-le-Loir Montrichard Saint-Aignan
Masseurs kinésithérapeutes	Cloyes-sur-le-Loir Blois 1er canton (hors Blois) Blois 2ème canton (hors Blois) Bracieux	Mondoubleau Saint-Calais Montoire-sur-le-Loir Contres Salbris
Orthophonistes	Vineuil Montrichard	Saint-Calais Blois 1er canton (hors Blois) Blois 2ème canton (hors Blois) Mer Saint-Aignan Selles-sur-Cher Romorantin-Lanthenay Lamotte-Beuvron

La méthodologie retenue pour l'élaboration des nouvelles zones fragiles de premier recours a permis d'identifier le plus précisément possible les médecins qui contribuent effectivement à la médecine de 1er recours dans la région. Pour ce faire, ont été exclus du calcul de la densité médicale les médecins à exercice particulier (MEP) et les généralistes à faible activité. Les données utilisées étaient issues des bases de l'assurance maladie et plus particulièrement de SNIIRAM et d'ERASME, permettant de segmenter l'activité des médecins selon les indicateurs suivants :

- Nombre total de patients
- Nombre de patients l'ayant déclaré comme médecin traitant (MTT)
- Activité totale sur la base de liste d'actes (par code de prestation)
- Activité généraliste (par type de consultation)
- Prise en compte de l'âge des médecins (part des plus de 65 ans)
- Activité CCAM (classification commune des actes médicaux)

Ce zonage est étendu pour la reconnaissance de plusieurs zones éligibles aux mesures du Pacte territoire santé que les sont Contrats d'Engagements de Service Public (CESP) et les contrats de Praticiens Territoriaux de Médecine Générale (PTMG). Les différents bassins de vie sont bénéficiaires de ces incitations à l'installation dès lors que leur densité de médecins spécialistes et de médecine générale est inférieure à la moyenne régionale. Avec une moyenne régionale de 81,47 médecins pour 10 000 habitants, le Loir et Cher comporte 14 bassins de vie éligibles à ces dispositifs.

L'analyse des bassins de vie ouverts à ces deux dispositifs est revue trimestriellement à partir du Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS). Ce dispositif est étendu aux différentes ZUS du département.

Le Loir et Cher se caractérise par une permanence des soins ambulatoires (PDSA) qui se délite progressivement au fur et à mesure des départs à la retraite : des réquisitions dans certains secteurs jusque février 2012, une recherche d'une contractualisation quant à la gestion quotidienne des imprévus en journée, avec une expérimentation sur le vendômois et la vallée du Cher.

La révision du cahier des charges le 27 mai 2014 a conduit à réorganiser certains secteurs, à généraliser l'arrêt de la garde à 22 heures en semaine sur tout le département et à maintenir la PDSA jusqu'à minuit le samedi, dimanche et jours fériés.

Des secteurs sont particulièrement fragiles concernant la PDSA : Mondoubleau, Montrichard, Saint Aignan.

Dans le Loir-et-Cher, cinq maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) sont actuellement en fonctionnement. Elles sont implantées sur les communes de Mondoubleau, Oucques, Montrichard, Contres et Saint Amand Longpré. Les projets sont portés par la communauté de communes ou la municipalité, et sont financés par des crédits de l'Etat, des collectivités territoriales. Un pôle de santé s'est ouvert fin 2012 sur Selles-sur-Cher, financé directement par les professionnels de santé.

Des projets sont en cours de travaux :

- la MSP portée la commune de Châtres-sur-Cher,
- la MSP universitaire de Cheverny, portée par la commune de Cheverny

Des projets sont en cours de montage :

- la MSP de Mer, projet porté par la communauté de communes,
- la MSP de Noyers sur Cher, porté par la commune de Noyers sur Cher,
- la MSP de Saint Georges sur Cher, portée par les professionnels de Saint Georges sur Cher.

Enfin, le dispositif « PAIS » (*Plateforme Alternative d'Innovation en Santé*) a été initié en 2009 à Saint Georges sur Cher et ensuite étendu à Soing-en-Sologne, St Aignan et Dhuizon. L'intérêt de cette expérimentation réside dans la gestion des imprévus en journée, par la désignation d'un médecin chargé de cette mission chaque jour et par un filtrage en amont efficient via un secrétariat commun aux médecins participant au dispositif. Le dispositif mobilise 21 médecins généralistes.

- **Psychiatres**

Département	Nb de psychiatres	% par rapport au nb de psychiatres en région Centre	Densité psychiatres pour 100000 habitants	Nb de psychiatres de moins de 55 ans	% de psychiatres de moins de 55 ans
18	20	10,81%	6,42	7	35,00%
28	10	5,41%	2,32	1	10,00%
36	12	6,49%	5,21	4	33,33%
37	70	37,84%	11,79	28	40,00%
41	34	18,38%	10,26	9	26,47%
45	39	21,08%	5,91	9	23,08%
<b>Région</b>	185	100%	7,24	58	31,35%

ARS-RPPS- 28/08/2014

Le Loir-et-Cher se situe en 2<sup>ème</sup> position régionale en densité médicale pour les psychiatres, avec des taux supérieurs à la moyenne régionale.

Le nombre de psychiatres en exercice s'explique notamment par le fonctionnement des trois cliniques privées de psychiatrie institutionnelle.

Il est à noter que 73 % des psychiatres du Loir-et-Cher ont plus de 55 ans, ce qui peut constituer un risque en cas de difficultés de recrutement, notamment dans le secteur hospitalier et médico-social.

Dans le Loir-et-Cher, 5 maisons pluridisciplinaires de santé permettent un exercice médical regroupé ; elles sont installées : Mondoubleau, Oucques, Montrichard, Saint-Amand-Longpré, Contres ; des projets sont en cours à Châtres sur Cher, et à Cheverny. Elles ne comportent pas de professionnels spécialisés en psychiatrie mais certaines accueillent des psychologues (Contres - Montrichard - St Amand Longpré).

• **Gynécologues, pédiatres**

L'offre ambulatoire du Loir-et-Cher se caractérise par une concentration des professionnels de santé libéraux au sein des bassins de vie des 3 villes les plus importantes du département.

	Gynécologues (effectifs)	Pédiatres (effectifs)
<b>Bassin de vie de Blois</b>	9	7
<b>Bassin de vie de Vendôme</b>	4	3
<b>Bassin de vie de Romorantin-Lanthenay</b>	2	0
<b>Loir-et-Cher</b>	15	10

Source : Données RPPS mise à jour le 29 août 2014

Il ressort de l'analyse du tableau présenté ci-dessus, que le bassin de vie de Blois concentre 60% des gynécologues du département, 70% des pédiatres. Les bassins de vie de Vendôme et Romorantin-Lanthenay concentrent respectivement, 26.67% et 13.33% des gynécologues et 30% des pédiatres en ce qui concerne le bassin de vie de Vendôme. Le bassin de vie de Romorantin-Lanthenay se caractérise par l'absence de pédiatres.

Il convient de souligner que parmi les 15 gynécologues du département, 6 sont âgés de moins de 55 ans. Par conséquent à court moyen termes, 60% des gynécologues du département seront en position de prendre leur retraite. La situation est similaire en ce qui concerne les pédiatres puisque seul 3 pédiatres sont âgés de moins de 55 ans, soit 70% de l'effectif pouvant prendre sa retraite.

• **Sages-femmes**

Communes d'exercices	Répartition des sites d'implantation de sages-femmes
Ange	1
Blois	37
La chaussée Saint-Victor	15
Contres	1
Cour-Cheverny	2
Romorantin-Lanthenay	22
Saint-Amand Longpré	4
Vendôme	14
<b>Loir-et-Cher</b>	<b>96</b>

Source : RPPS 2014

Légende

-  : Bassin de vie de Montrichard
-  : Bassin de vie de Blois
-  : Bassin de vie de Contres
-  : Bassin de vie de Vendôme
-  : Bassin de vie de Romorantin-Lanthenay

Il convient de souligner qu'une sage femme peut cumuler plusieurs activités en termes de statut ou en termes de localisation géographique, ces données méritent d'être complétées du nombre d'ETP de sages-femmes.

Il ressort de l'analyse du tableau présenté ci-dessus les éléments suivants :

- Le bassin de vie de Blois concentre 54.17% des activités de sages-femmes du département
- Le bassin de vie de Romorantin-Lanthenay 22.92%
- Le bassin de vie de Vendôme 18.75%

Ces trois bassins de vie cumulent 95.84% des activités de sages-femmes du Loir-et-Cher. En dehors des 3 grandes villes du Loir-et-Cher, le reste du département apparaît comme défavorisé en activité de sages-femmes.

L'Assurance Maladie a mis en place le dispositif : Programme d'Accompagnement du retour à Domicile (PRADO) Maternité est proposé aux femmes qui le souhaitent, dès que l'hospitalisation n'est plus jugée nécessaire par l'équipe médicale de la maternité (critères d'éligibilité). Il ne concerne pas le retour précoce à domicile après accouchement.

Dans le cadre de ce programme, la sage-femme libérale choisie par la mère assure une prise en charge à domicile de la mère et de l'enfant : une 1<sup>ère</sup> visite a lieu le lendemain de la sortie de maternité et la seconde intervient 24 ou 48 heures après la première, à l'appréciation de la sage-femme. Si, lors de ces deux visites, aucune anomalie n'est repérée ni chez la mère ni chez le nouveau-né, les visites de la sage-femme sont arrêtées.

Dans le Loir-et-Cher, ce dispositif a été mis en place au sein des quatre maternités du territoire (Centre hospitalier de Blois, Romorantin-Lanthenay, Polyclinique de Blois et Clinique du Saint-Cœur). Entre 2013 et 2014 le nombre d'adhésion au PRADO a augmenté de 24,81%. Au premier semestre 2014, 13 sages-femmes libérales sont impliquées dans le dispositif.

## **2) L'offre hospitalière** (voir cartographie en annexe).

Le Loir-et-Cher dispose de :

### ⇒ **7 établissements publics de santé :**

- 7 Centres hospitaliers :
  - Centre hospitalier de Blois
  - Centre hospitalier de Vendôme
  - Centre hospitalier de Romorantin-Lanthenay
  - Centre hospitalier de Saint-Aignan
  - Centre hospitalier de Montoire-sur-le-Loir
  - Centre hospitalier de Montrichard
  - Centre hospitalier de Selles-sur-Cher

### ⇒ **2 établissements de santé privés d'intérêts collectifs (ESPIC)**

Les établissements SSR La Menaudière et L'hospitalet

### ⇒ **13 établissements de santé privés à but lucratifs**

- 2 cliniques MCO :
  - Polyclinique de Blois
  - Clinique du Saint-Cœur
- 3 cliniques psychiatriques :
  - Clinique médicale du Centre
  - Clinique de Laborde
  - Clinique de la Chailles
- 2 établissements SSR :
  - THERAE
  - Institut Médical de Sologne
- 1 structure HAD, HAD portée par la SAS Le Noble Âge
- 1 structure pratiquant l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique : CIRAD (centre d'installation du rein à domicile)
- 3 cabinets d'imagerie médicale :
  - SCM Imagerie Saint-Martin
  - SELARL CIBER
  - SARL RMX 41
- 1 centre de radiothérapie : SCM centre de radiothérapie et de cancérologie.

La conclusion en 2012 des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les offreurs de soins a permis de les inscrire dans les filières de prise en charge sur le territoire en cohérence avec les objectifs du PRS.

Les centres hospitaliers de Blois, Vendôme, Romorantin-Lanthenay, Saint Aignan sur Cher et Selles sur Cher envisagent de renforcer leur coopérations à l'occasion de la révision de leur projets d'établissement à travers un projet médical commun.

- **La médecine d'urgence**

Etablissements	Activités
Centre hospitalier de Blois	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SU</li> <li>• SAMU</li> <li>• SMUR</li> <li>• HéliSMUR</li> </ul>
Centre hospitalier de Vendôme	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SU</li> <li>• SMUR</li> </ul>
Centre hospitalier de Romorantin-Lanthenay	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SU</li> <li>• SMUR</li> </ul>

Le Loir-et-Cher dispose de trois services d'urgences (Centre hospitalier de Blois, Centre hospitalier de Vendôme, Centre hospitalier de Romorantin-Lanthenay). Cette offre de médecine d'urgence assure une bonne couverture du territoire (accessibilité en moins de 30 minutes à une structure de médecine d'urgence en mobilisant les ressources interdépartementales).

Les données d'activité (annexe 1) montrent qu'entre 2010 et 2013, le nombre de passages aux urgences a augmenté de +16.64%

Les services de médecine d'urgence du territoire ont vu leur activité augmenter entre 2010 et 2013 :

- +16.85% de passages aux urgences pour le Centre hospitalier de Blois
- +21.75% de passages aux urgences pour le Centre hospitalier de Romorantin-Lanthenay
- +10.33% de passages aux urgences pour le Centre hospitalier de Vendôme.

Par ailleurs, le département dispose un service de soins non programmés à la Polyclinique de Blois assurant 10 000 passages par an en journée (service ouvert en semaine de 8h30 à 19h30, le samedi de 9h00 à 19h30).

- **Les maternités**

Le département du Loir-et-Cher compte 4 maternités :

- Centre hospitalier de Blois (niveau 2 b)
- Polyclinique de Blois (niveau 1)
- Centre Hospitalier de Romorantin-Lanthenay (niveau 1)
- Clinique Saint Cœur à Vendôme (niveau 1)

La maternité du Centre hospitalier de Blois représente 42.9% des accouchements du Loir-et-Cher en 2012, donnée en cohérence avec le statut de maternité de niveau 2b et le rang d'établissement de référence. Les maternités de niveau 1 représentent 57.10% des accouchements du territoire. Elles assurent un rôle important d'offre de prise en charge de proximité et sont confrontées à des difficultés quant à l'âge avancé des professionnels et à leur volume d'activité en baisse,.

Il ressort de l'analyse du graphique (annexe 1), que l'activité des maternités du Loir-et-Cher tant à se réduire depuis 2009, -3.17% d'accouchements sur le territoire.

Trois maternités voient leur activité se réduire entre 2009 et 2012 :

- -12.32% d'accouchements pour la Clinique du Saint-Cœur de Vendôme
- -5.5% pour le Centre hospitalier de Romorantin-Lanthenay
- -4% pour le Centre hospitalier de Blois.

Seule la Polyclinique de Blois voit son activité progresser sur la période considérée, +8% d'accouchements.

- **L'offre de soins en psychiatrie infanto-juvénile**

L'offre publique est gérée par les deux centres hospitaliers de Romorantin-Lanthenay et Blois qui intervient également sur l'arrondissement de Vendôme.

Le département dispose aussi d'une offre d'hospitalisation privée depuis l'ouverture par la clinique de Saumery d'une unité pour adolescents et jeunes adultes.

	Offre de soins du CH de Blois	Offre de soins du CH de Romorantin-Lanthenay	Offre de soins de la clinique de Saumery
Offre ambulatoire pour enfants et adolescents	Une activité de liaison avec la maternité  1 CMP intervenant sur les secteurs de Blois et Vendôme  1 CMPP (géré par l'AIDAPHI)	Une activité de liaison avec la maternité  1 CMP  1 CMPP (géré par l'AIDAPHI)	
Hospitalisation partielle enfants et adolescents	Activités de CATTTP Hôpital de jour (4 places) Accueil familial spécialisé (3 places)	Activités de CATTTP Hôpital de jour (25 places)	Hôpital de jour (10 places – en cours d'ouverture)
Hospitalisation complète enfants et adolescents	Compétence départementale (5 places en service de pédiatrie)		Unité de soins et d'intégration scolaire pour adolescents (15 lits)

Taux d'équipement – source : statiss 2013 (SAE 2012)	Hospitalisation complète			Equipements global (lits et places)		
	(lits)					
*1000 enfants de 0 à 16 ans inclus	Loir-et-Cher	Centre	France	Loir-et-Cher	Centre	France
-						
Psychiatrie infanto-juvénile*	0,3	0,2	0,2	0,8	1,00	0,9

La prise en compte dans le taux d'équipement des 15 places de cette unité place le département dans la situation des mieux dotés de la région Centre après l'Indre-et-Loire. Cependant il faut noter que cette unité a un recrutement régional, voire interrégional.

Si l'on examine la situation du secteur public, le Loir-et-Cher dispose de 5 lits d'hospitalisation complète, soit un équipement à peu près identique aux autres départements, Indre-et-Loire exceptée (31 lits).

L'hospitalisation de jour est très peu développée, contrairement aux pratiques des autres départements. Elle est de plus concentrée dans le sud du département (25 places sur les 29 places installées).

La Mission d'Appui en Santé Mentale a constaté en 2011 un équipement mal réparti en termes de modes de prise en charge et de moyens humains entre les deux centres hospitaliers :

- Blois et Vendôme disposent de plusieurs pédopsychiatres (6) intervenant principalement en ambulatoire. Le nombre de places d'hospitalisation est très réduit (4 de jour, 5 complet, 3 accueils familiaux non pourvus).

- Romorantin-Lanthenay fonctionnait en 2011 avec un seul pédopsychiatre mais une équipe paramédicale plus importante pour une prise en charge plus conséquente en hôpital de jour.

Les 5 lits d'hospitalisation complète du CH de Blois ont une vocation départementale. Ils fonctionnent dans le service de pédiatrie en coordination avec le service de pédopsychiatrie au sein du pôle mère-enfant. Ils ne peuvent recevoir de jeunes présentant un risque d'agressivité

**- L'offre de soins en psychiatrie générale**

L'offre publique est gérée par les trois centres hospitaliers de Blois, Vendôme et Romorantin-Lanthenay.

Le département dispose aussi d'une offre privée très importante liée à l'histoire de l'implantation de la psychiatrie institutionnelle, qui comprend trois cliniques dont l'attraction est interrégionale.

<i>Psychiatrie publique</i>	<b>Offre de soins du CH de Blois</b>	<b>Offre de soins du CH de Romorantin-Lanthenay</b>	<b>Offre de soins du CH de Vendôme</b>
Offre ambulatoire	1 CMP	1 CMP	1 CMP
Hospitalisation partielle	Activités de CATT Hôpital de jour (20 places) Accueil familial spécialisé (5 places)	Activités de CATT Hôpital de jour (45 places) Accueil familial spécialisé (18 places)	Activités de CATT Hôpital de jour (10 places)
Hospitalisation complète	80 lits	81 lits	40 lits
<i>Psychiatrie privée</i>	<b>Offre de soins de la clinique de La Chesnaie</b>	<b>Offre de soins de la clinique de La Borde</b>	<b>Offre de soins de la clinique de Saumery</b>
Hospitalisation partielle	Hôpital de jour (20 places)	Hôpital de jour (30 places)	Hôpital de jour (10 places)
Hospitalisation complète	101 lits	107 lits	42 lits

Le Loir-et-Cher dispose d'un nombre de places en psychiatrie adulte satisfaisant.

Toutefois les trois cliniques privées ne participent pas aux missions de service public et accueillent beaucoup de patients non domiciliés dans le département.

Dans le secteur public, les patients sont hospitalisés longtemps à défaut de perspective de sortie vers le secteur médico-social. Ces prises en charge par défaut sont un sujet de tension qui a des conséquences sur les relations entre les deux secteurs.

**- La prise en charge psychiatrique des détenus**

La Maison d'Arrêt de Blois dispose d'une Unité Sanitaire qui a pour mission d'assurer les soins aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et en milieu hospitalier. Un protocole d'accord est en cours d'élaboration entre la Maison d'Arrêt et le Centre Hospitalier de Blois pour des soins somatiques et les prestations psychiatriques.

La prise en charge psychiatrique (consultations psychiatriques, psychothérapies individuelles, entretiens infirmiers, thérapies de groupe,) est signalée comme insuffisante actuellement par la justice et le médecin intervenant au titre de soins somatiques qui notent des ruptures de soins liées aux difficultés pour le service de psychiatrie d'assurer la régularité des soins et au manque de coordination avec l'unité régionale UHSA.

**- L'offre dans le domaine des addictions**

	<b>CH de BLOIS (CHB)</b>	<b>CH de ROMORANTIN-LANTHENAY (CHRL)</b>	<b>CH. de Vendôme (CHV)</b>
<b>Equipe hospitalière de liaison et de soins en addictologie (ELSA)</b>	Présence d'une ELSA au CHB.	Pas d'ELSA. Des professionnels sont formés mais l'équipe de liaison n'est pas formalisée	Pas d'ELSA. Un médecin psychiatre serait formé et des sevrages simples résidentiels « alcool » sont réalisés

<b>Consultations hospitalières</b>	1 unité d'addictologie de liaison et 1 unité de coordination de tabacologie distinctes. Abandon des consultations hospitalières en addictologie en 2013 (reprises en 2014 sur injonction de l'ARS). Unité de tabacologie qui met en œuvre des actions de prévention primaire au détriment des consultations	Consultations d'addictologie orientées sur l'alcool	Pas de consultation spécialisée, pas de médecin spécialisé en addictologie
<b>Hospitalisations pour sevrage simple</b>	Pas de lits d'hospitalisation dédiés pour sevrages simples Pas d'unité d'hospitalisation de jour en addictologie		
<b>Unité d'hospitalisation pour sevrage et soins résidentiels complexes</b>	Pas d'unité de niveau 2 reconnue au niveau du département		
<b>Soins de suite de réadaptation</b>	Pas de SSR mention addictologie		

Une consultation jeunes consommateurs formalisée en 2004, rattachée au CH de Blois et hébergée à la maison des adolescents.

### 3) L'offre médico-sociale

#### a) en addictologie

	<b>Arrondissement de Blois</b>	<b>Arrondissement de Romorantin-Lanthenay</b>	<b>Arrondissement de Vendôme</b>
<b>CSAPA ANPAA</b>	Un centre	Une antenne à Romorantin, Saint Laurent Nouan et Saint Aignan	Une antenne à Vendôme
<b>CSAPA VRS</b>	Un centre	Une antenne	Une antenne
<b>CAARUD</b>	Accueils au sein du local collectif et individuel, tournées de rue « aller vers », programme d'échange des seringues (PES)	Toutes les pharmacies de ce secteur ont été sensibilisées à la réduction des risques.  A partir de 2014 : accueil pour entretiens individuels et aller vers les usagers et les partenaires	Toutes les pharmacies de ces secteurs ont été sensibilisées à la réduction des risques.  A partir de 2014 : accueil pour des entretiens individuels et aller vers les usagers et les partenaires

Les interventions auprès des détenus sont réalisées par l'éducateur spécialisé et un psychologue de VRS ; par un travailleur social, une éducatrice et une infirmière de l'ANPAA ; par un médecin pour les examens somatiques (2 addictologues (alcool et tabac) hospitaliers à l'UCSA) et un psychiatre (toxicomanie) du CH de Blois ; par le mouvement d'entraide Vie Libre.

Un médecin-relais a été désigné pour le Loir-et-Cher, il assure une interface avec la justice pour la mise en œuvre effective de la mesure d'injonction thérapeutique. Le dispositif nécessite une procédure coordonnée entre les acteurs en cours de construction.

## **b) L'offre médico-sociale pour personnes âgées.**

L'offre de prise en charge des personnes âgées dans le département est la suivante au 01/01/2013 :

Places EHPAD	Capacité autorisée	Capacité installée
HP	4 513	4 498
Dont HT non Alz.	57	57
Dont unité Alz.	423	408
Dont PASA	94	94
+ HT Alz.	51	51
+ AJ Alz. En EHPAD	72	72
+ Petite unité de vie	20	20
Places total EHPAD	4 656	4 641
AJ autonome	12	12
USLD en SSR	160	160
Places de SSIAD	775	775
Foyers logement	519	519
<b>PLACES TOTALES</b>	<b>6 122</b>	<b>6 107</b>

Le taux équipement en places d'EHPAD est globalement satisfaisant, et supérieur aux valeurs régionales.

Le taux d'équipement des SSIAD est inférieur à celui de la région et a justifié la création de 34 places. Il persiste une inégalité des taux d'équipement en infra-départemental.

Il convient de signaler que le département compte une majorité d'EHPAD publics, et quelques EHPAD de petite taille (40 lits), ayant conduit fin 2012 au regroupement de deux EHPAD sur l'arrondissement de Romorantin-Lanthenay.

## **c) L'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées.**

### **1) Enfance.**

Taux d'équipement par catégorie (en nombre de places installées)

Catégorie	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre
SESSAD	2,97	1,92	3,21	3,63	3,45	2,44	2,87
I.M.E.	5,40	5,97	5,59	4,34	4,89	4,44	4,94
I.T.E.P.	1,37	0,37	0,94	2,18	2,05	0,48	1,19
Etab.Enf.ado.Poly.	0,37	0,45	0,15	0,42	0,38	0,32	0,37
I.E.M.	0,79		1,29	0,42		0,34	0,38
Inst.Déf.Auditifs		0,47				0,59	0,24
Inst.Ed.Sensoriels.				0,35			0,08
Accueil Familial Spécialisé			0,44	0,07			0,05

Etab.Expérimentaux.		0,11	0,63				0,07
Jardin Enfants Spécialisé.		0,35			0,23	0,26	0,16
Total Général	<b>10,90</b>	<b>9,65</b>	<b>12,25</b>	<b>11,41</b>	<b>11,00</b>	<b>8,87</b>	<b>10,36</b>

Globalement l'offre départementale en équipement pour enfants et adolescents en situation de handicap est supérieure à la moyenne régionale au 31/12/2013. Le taux d'équipement en établissement est de 7.55‰ / (taux régional de 7.49‰). Le taux d'équipement en services est de 3.45‰ (Taux régional de 2.87‰).

Toutefois, concernant les établissements, l'offre est concentrée sur certains types de handicap (déficience intellectuelle, autisme, troubles de la conduite et du comportement, polyhandicap). C'est pourquoi, afin de proposer une prise en charge de proximité aux jeunes présentant un handicap moteur, auditif et visuel, des SESSAD ont été développés.

Le département est historiquement bien équipé en ITEP (2.05‰ pour un taux régional de 1.19‰). Leur restructuration a permis le développement de 2 SESSAD TCC et d'un SESSAD pro. A partir d'octobre 2014, l'ITEP d'Herbault évolue vers l'accueil temporaire de jeunes handicapés psychiques

On constate que l'équipement en IME est inférieur à la moyenne régionale (4.89‰ pour 4.94‰). Le département dispose néanmoins d'un dispositif de prise en charge précoce des jeunes enfants présentant un retard psychomoteur important avec le jardin d'enfant spécialisé.

Les structures de dépistage (CAMSP) et de prise en charge psychopédagogique (CMPP) n'ont pas les moyens de couvrir l'ensemble du territoire départemental.

Du fait des places d'IME et de SESSAD installées au cours de ces dernières années, le taux départemental pour les autistes est supérieur à la moyenne régionale (0.94‰ pour 0.51‰)

Il est à noter que le Vendômois est sous doté par rapport aux autres territoires infra-départementaux en nombre de places d'IME, du fait de l'absence d'ITEP et de section pour polyhandicapés.

## 2) Adultes.

Taux d'équipement par catégorie (en nombre de places installées)

Catégorie établissement	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre
Centre.Préorientation.Professionnelle.				0,07	0,11		0,03
E.S.A.T.	3,92	3,55	4,32	4,13	3,73	3,61	3,84
Centre.Rééducation Professionnelle	0,56			0,22	0,70		0,21
M.A.S.	0,60	0,40	1,67	0,64	0,90	0,54	0,69
F.A.M.	1,05	1,27	1,13	0,81	1,37	0,78	1,01
S.A.M.S.A.H.	0,11	0,48	0,27	0,23	0,41	0,24	0,29
Total général	6,25	5,70	7,39	6,11	7,22	5,16	6,06

L'offre sur le territoire du Loir-et-Cher est diversifiée tant en termes de structures (MAS, FAM, foyer de vie, SAMSAH, SAVS, ESAT, SSIAD), et modalités d'accueil (Internat, accueil temporaire, accueil de jour) et de public.

Un taux d'équipement en Maison d'Accueil Spécialisé (MAS) (polyhandicap et handicap psychique) supérieur au taux régional à partir de janvier 2013 avec l'ouverture d'une MAS pour handicapés psychiques de 45 places à Naveil.

Le premier taux d'équipement en Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) et le second en Service d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) les plus élevés de la région Centre, dont 2 établissements à vocation interrégionale (déficients auditifs avec troubles associés à Oucques et grands handicapés physiques à Montoire-sur-le-Loir) .

Un taux d'équipement en ESAT inférieur au taux régional, dont 2 établissements à vocation interrégionale (déficients auditifs à Oucques et handicapés moteurs à Lunay).

Le taux d'équipement en places spécifiques de Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) pour personnes handicapées le plus élevé de la région, qui couvre l'ensemble des cantons.

La présence d'un des trois centres de rééducation professionnelle et d'un des deux centres de pré-orientation situés en région Centre (Les Rhuets à Vouzon).

L'intervention de trois Groupes d'Entraide Mutuelle à Blois et Vendôme dont deux pour handicapés psychiques et un pour personnes présentant les séquelles d'un traumatisme crânien.

Le taux d'équipement départemental en structures d'hébergement (2.27‰) est supérieur au taux d'équipement moyen régional (1.70‰) avec notamment une présence forte des FAM et section de FAM jointe à des FO.

Le taux d'équipement du Loir-et-cher pour la prise en charge d'adultes autistes est inférieur au taux régional : 0.19‰ pour 0.20 ‰.

#### **4) L'offre en prévention.**

##### ***- L'offre dans le domaine de l'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de précarité.***

Le département dispose d'établissements et de services sociaux :

- 142 places en CHR, 84 places en pension de familles, 20 places de stabilisation, 20 places pour hommes en abri de nuit, 54 places d'hébergement d'urgence pour familles.
- Un accueil de jour pour personnes à la rue et personnes souffrant d'isolement.
- Une équipe mobile santé précarité avec une triple dimension : sociale (éducateur CIAS du Blaisois), santé (infirmière Osons nous soigner), addictions (animatrice Vers un réseau de soins).

Des établissements et services spécifiques pour publics en situation précaire sont également mobilisés :

- 3 lits halte soins santé,
- une équipe psychiatrie précarité (EMPP) rattachée au CH de Blois,
- des permanences d'accès aux soins (PASS) gérées par le CH de Blois et par le CH de Vendôme

*Porteur(s) d'actions de prévention : ACEP Tsigane 41, Osons Nous Soigner.*

- **L'offre dans le domaine des addictions**

**Prévention primaire et repérage, prévention tertiaire**

	<b>Arrondissement de Blois</b>	<b>Arrondissement de Romorantin</b>	<b>Arrondissement de Vendôme</b>
<b>Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA 41)</b>	Ecoles élémentaires, collèges, lycées, CFA, entreprises, structures médico-sociales, manifestations publiques  Stages de prévention en lien avec la justice, interventions en direction des publics en situation de précarité		
<b>Association Vers un Réseau de Soins (VRS)</b>	Ecoles élémentaires, collèges, lycées, prévention en milieu d'apprentissage, entreprises, stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants		
<b>Alcool Assistance « La Croix d'Or »</b>	- Permanences d'accueil et d'écoute à MAROLLES, dans les locaux de l'ANPAA à BLOIS, au centre hospitalier de BLOIS - Groupes de parole à VINEUIL, à la maison des associations à Blois - Actions extérieures (pique nique, marche...) à Marolles, Blois Vienne, et Bracieux		Permanences d'accueil et d'écoute à VENDOME
	Permanence téléphonique en continu, visites à domicile à la demande		
<b>« Vie Libre »</b>	Réunions mensuelles d'échange, permanences physiques à l'hôpital de Blois et à la demande	Réunions mensuelles d'échange à Romorantin, Saint Aignan, permanences physiques à l'hôpital de Romorantin et à la demande	Réunions mensuelles d'échange à Vendôme et Mondoubleau
	Permanences téléphoniques, visites à domicile : à la demande des malades alcooliques ou de leur entourage lorsque les rencontres aux réunions mensuelles ne sont pas possibles, rencontres individuelles et/ou collectives à la maison d'arrêt, rencontre des personnes sous main de justice durant les permanences ou à leur domicile		
	AA et NA et Alanon,		

- **L'offre dans le domaine de la santé mentale.**

**Les acteurs de la prévention et de l'accès aux soins en santé mentale**

Les maisons relais et résidences accueil : sous compétence de la DDCSPP, 7 structures d'accueil (59 places) proposent un accueil de longue durée à des personnes en situation de précarité nécessitant pour certaines des soins psychiatriques et/ou un accompagnement médico-social. Compte tenu de leur population, les Soleillades de Selles-sur-Cher (25 places) et la Résidence-Accueil de Vineuil (10 places) qui assurent principalement un hébergement, un soutien aux tâches ménagères et des activités sociales, sollicitent un renforcement des liens avec les professionnels du soin et de l'accompagnement des personnes handicapées psychiques, et pourraient participer ainsi à la prise en charge partagée de personnes désocialisées ayant eu un parcours d'hospitalisation.

- **Les Groupements d'entraide mutuelle : Deux GEM fonctionnement à Blois (AMILA) et à Vendôme. Ils** aident des personnes en souffrance psychologique, en les sortant de l'isolement sociale à travers des activités de loisirs.

- **L'équipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) créée en 2009 : Sous la responsabilité d'un médecin psychiatre,** un Psychologue (0.5 ETP), un Infirmier (1 ETP), et un Educateur Spécialisé

(0.5 ETP) apportent une réponse aux besoins en santé mentale des publics en situation de précarité et d'exclusion. Elle vise en premier lieu ces personnes, en souffrance psychique et en rupture de soins, qui ne sont pas prises en charge, en les « amenant vers les soins ». En second lieu, l'EMPP dirige son action vers les professionnels de première ligne, dont les acteurs sociaux, confrontés à ces problématiques afin de leur apporter aide et conseil pour leur permettre de mieux appréhender les troubles psychiques des usagers auxquels ils sont confrontés. Elle intervient essentiellement à Blois.

- **L'Union Nationale des Amis et des Familles de Malades Psychiques (UNAFAM 41)** mène des actions d'information et d'entraide sur les maladies psychiques. En partenariat avec les psychiatres du Loir-et-Cher et leurs équipes de soignants, l'ARS, et le Conseil général, elle organise une semaine annuelle de conférences sous le thème « Pour mieux connaître la maladie psychique et l'avancée de la recherche ». Elle anime un atelier d'entraide Prospect à destination des personnes qui se sentent concernées et touchées par les troubles d'un proche et par l'étrangeté ou l'imprévisibilité des comportements de celui-ci.

- **L'association Osons Nous Soigner (ONS) :**

En partenariat avec de multiples acteurs du tissu associatif (Maison Relais, les CIAS, ANPAA 41, le Secours Populaire...) et des structures médico-sociales (CHRS, CAF...), l'association a mis en place des modalités de soutien et d'orientation permettant de prendre en compte la souffrance psychique constituant un frein à l'insertion sanitaire, sociale et professionnelle. Elle s'associe aux tournées de rue avec l'Equipe Mobile de Psychiatrie Précarité du CMP tous les 15 jours, la mise en place d'un soutien psychologique pour les personnes en détresse qui expriment l'envie de passer à l'acte immédiatement, ou l'apport d'un soutien technique aux bénévoles et professionnels.

- **Les Missions Locales de Blois, Vendôme et Romorantin :** Grâce à des psychologues, elles assurent une écoute et un accompagnement psychologique des jeunes de 16 à 25 ans sortis du système scolaire et rencontrant des difficultés d'insertion sociale et/ou professionnelle. L'objectif est qu'ils améliorent leur bien-être, restaurent leur image de soi, et de manière générale de lever les freins psychologiques qui bloquent l'insertion des individus. Leur action favorise l'accès aux soins.

- **Le Groupe Opérationnel Santé Précarité institué dans le cadre du CLS Blois** regroupe les acteurs intervenant auprès des personnes en situation de grande exclusion (*médiateurs ville de Blois, Police nationale et municipale ; DDCSPP, CPAM ; UPAS ; PASS de Blois et Romorantin-Lanthenay ; ONS ; CIAS (travailleurs sociaux) ; Equipe mobile santé précarité de Blois ; ANPAA ; UNAFAM ; ASLD ; pompiers ; Croix Rouge ; Equipe mobile psychiatrie précarité*

- la **Coordination prévention suicide Vendôme** : la LIPS (Liaisons Interprofessionnelles de Prévention du Suicide), santé mentale en vendômois

- **le Service d'Information, Médiation et Accès au Droit (SIMAD)** : Le SIMAD intervient auprès des personnes souffrant de pathologies mentales dans le but de rompre le sentiment de solitude en mettant à disposition un lieu d'accueil. Le cas échéant, il accompagne dans les procédures administratives les individus

- **L'Association Croix Marine** : L'association organise des journées d'information. Elle anime des ateliers thérapeutiques et gère des appartements thérapeutiques sur l'agglomération bloisaise. Elle est mobilisée notamment par les cliniques psychiatriques en alternative à l'hospitalisation.

- **Le Pôle Handicap Psychique (PHP) de la Mutualité française Indre Touraine** qui a mis en place des ateliers pour permettre aux personnes en difficultés psychiques d'être plus autonomes pour gérer leur état de santé et de développer leurs compétences psychosociales.

- **L'offre dans le domaine de la périnatalité**

L'Agence Régionale de Santé du Centre finance un promoteur en prévention et éducation à la santé en ce qui concerne les problématiques de surcharge pondérale et d'obésité.

D'autres structures œuvrent sur le territoire pour la santé du jeune enfant, la prévention et prise en charge des grossesses non désirées, l'accompagnement de la grossesse à la naissance.

Thématique	Promoteur en prévention et éducation à la santé	Objectif	Description de l'action
Nutrition et activité physique	CCAS de Romorantin-Lanthenay	Favoriser une meilleure prévention de la santé des personnes en situation de précarité et isolées fréquentant l'épicerie sociale de la ville par l'éducation nutritionnelle et l'activité physique.	Sensibiliser par l'éducation nutritionnelle les publics précaires à une alimentation équilibrée pour changer au moins une de leur habitude ; Motiver ce public à la nécessité d'une activité physique. Initier pour ce public un projet de jardins pédagogiques et le mettre en place en 2012.
	Assurance maladie Santé active	Mettre la population en capacité à être acteur de santé.	Proposition d'un parcours d'éducation en santé sur la nutrition ouvert à tous, gratuit, animé par des PS
	Assurance maladie 123 Mangeons	Education en santé des enfants en surpoids et des parents	Action mise en œuvre par le Centre d'examen de santé suite à détection de situations individuelles

<b>PMI</b> Protection maternelle et infantile	Conseil général	18 lieux de consultations sont répartis sur le département : Blois (6), Mer, Ouzouer le Marché, Contres, Montrichard, Saint Aignan, Salbris, Romorantin-Lanthenay (2), Dhuizon, Lamotte-Beuvron, Vendôme, Mondoubleau	<p>La PMI est passée d'une logique de lutte contre la mortalité infantile à un objectif de prévention et de promotion de la santé des futurs parents, de la mère et du jeune enfant et d'accompagnement des parents pour un soutien à la parentalité. Les missions de ce service 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.</p> <p>Dans le cadre de la Direction Enfance Famille, les missions du service de PMI sont assurées au sein du service central de PMI, dans chaque Unité de Prévention et d'Action Sociale et pour la planification et l'éducation familiale, par convention avec les centres hospitaliers ou des médecins libéraux du département.</p> <p><b>Ces missions se déclinent en :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- promotion de la santé des femmes enceintes et des jeunes mères, avec la mise en place en 2008 de l'entretien prénatal précoce (E.P.P.) dit du quatrième mois de grossesse en conformité avec la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance,</li> <li>- promotion de la santé et du développement de l'enfant dans ses différents milieux de vie,</li> <li>- contrôle de la qualité des modes d'accueil des jeunes enfants : agrément, formation et suivi des assistants maternels, autorisation d'ouverture et suivi des structures d'accueil collectif,</li> <li>- participation aux missions de protection de l'enfance et à la protection des mineurs en danger,</li> <li>- recueil d'informations en épidémiologie concernant la mère et l'enfant,</li> <li>- aide à la vie de couple et à la fonction parentale,</li> <li>- prévention de la santé sexuelle des adolescents et des femmes par la promotion de la contraception afin de réduire les grossesses précoces et les grossesses non désirées,</li> <li>- prise en charge des demandes d'IVG, permettant d'offrir aux adolescents et aux femmes un service optimal d'accès à l'IVG et de préserver ainsi leur santé sexuelle et leurs vies.</li> </ul> <p><b>Les consultations médicales préventives des enfants de 0-6 ans</b> sont un lieu privilégié d'observation, de surveillance et de dépistage précoce des handicaps. C'est également un lieu de soutien à la parentalité. Elles sont réalisées par les médecins de PMI assistés de puéricultrices.</p>
--	-----------------	---	---

			<b>Les bilans médicaux en écoles maternelles des enfants de 3-4 ans</b> effectués dès les premières années de scolarité ont pour objectif de prévenir et dépister divers troubles pouvant nuire au développement de l'enfant et aux apprentissages scolaires.
--	--	--	---

Dénomination	Porteur	Localisation	Missions
<b>CPEF</b> Centre de planification et d'éducation familiale	Conseil général	CPEF sur le territoire : <ul style="list-style-type: none"> <li>• CPEF au sein du CH de Blois</li> <li>• CPEF au sein du CH de Vendôme</li> <li>• CPEF au sein du CH de Romorantin</li> <li>• CPEF au sein de la Maison des Adolescents à Blois</li> <li>• CPEF de Saint-Aignan sur Cher</li> </ul>	Le Conseil Général assume ses compétences en matière de planification et d'éducation familiale en conventionnant avec les centres hospitaliers de Blois, Vendôme et Romorantin-Lanthenay, permettant le fonctionnement de consultations au sein de ces établissements ainsi qu'à Saint-Aignan et à la Maison des adolescents. Leurs missions : <ul style="list-style-type: none"> <li>- consultations médicales relatives à la maîtrise de la fécondité, afin d'éviter les grossesses non désirées, en particulier chez les jeunes,</li> <li>- diffusion d'informations et d'actions individuelles et collectives de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale, notamment dans les établissements scolaires du second degré,</li> <li>- préparation à la vie de couple et à la fonction parentale, entretiens de conseil conjugal et familial,</li> <li>- entretiens préalables à l'Interruption Volontaire de Grossesse (I.V.G.) toujours obligatoires pour les mineurs,</li> <li>- entretiens relatifs à la régulation des naissances faisant suite à une I.V.G.,</li> <li>- accueil et accompagnement des femmes victimes de violence,</li> <li>- information et dépistage des infections sexuellement transmissibles, notamment auprès des mineurs.</li> </ul> Parallèlement, afin de décentraliser les missions des C.P.E.F., notamment pour les jeunes domiciliés en milieu rural (problème des moyens de transport, amplitudes horaires d'ouverture insuffisantes), le Conseil Général a passé des conventions avec les médecins libéraux acceptant d'assurer des consultations de contraception pour les mineurs, sans avance de frais de leur part, ainsi qu'avec des pharmacies et des laboratoires.
<b>Plate forme IVG</b>	Fédération Régionale du Planning Familial-Centre		Le Planning Familial a comme préoccupation fondatrice la défense des droits en matière de contraception et d'IVG.. La Fédération Régionale du Planning Familial - Centre est investie au sein du groupe de travail IVG-contraception animé par l'Agence Régionale de Santé du Centre. La mise en place de cette plate-forme s'inscrit dans la continuité de l'ensemble des actions publiques menées par les acteurs du réseau pour l'application de la loi 2001. Selon le rapport d'activité de 2013, 4.92% des appels provenaient du Loir-et-Cher.
<b>Planning familiale 41</b>			Favoriser le dépistage et la prévention des IST et informer sur les vaccinations (hépatite B et HPV) auprès des populations précaires, des populations à risque.  Communication sur les moyens de contraceptions

**- L'offre dans le domaine des maladies transmissibles, des maladies chroniques, de la nutrition**

- 3 Centre d'information, de dépistage et de Diagnostic des Infections sexuellement transmissibles et (CIDDIST),
- 3 centres de vaccination,
- 3 Centres de Lutte Anti-Tuberculose (CLAT).

- **Porteur(s) d'actions de prévention dans le domaine des maladies chroniques** : Association Française des diabétiques de Loir-et-Cher.
- **Porteur(s) d'actions de prévention dans le domaine de la nutrition** : CCAS de Romorantin-Lanthenay, croix marine, Union Régionale pour l'habitat des Jeunes (URHAJ), mutualité française Centre.

- **Coordinations départementales.**

- Quatre coordinations territoriales des acteurs en éducation pour la santé / promotion de la santé sont pilotées par l'antenne du Loir et Cher de la FRAPS (Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé) Elles portent sur les thèmes de la nutrition et l'activité physique ; les addictions ; la vie affective et sexuelle ; la santé mentale et prévention du suicide.
- La coordination santé précarité de la ville de Romorantin Lanthenay.
- La coordination prévention suicide Vendôme.

- **Réseaux de santé.**

- Le **réseau santé nutrition diabète 41 (RSND)** ;
- Le **réseau départemental spécialisé en addictologie : « rézo addictions 41 »**  
Ce réseau départemental spécialisé en addictologie regroupe en 2014 70% des médecins généralistes. Il a une mission d'appui aux médecins généralistes et aux équipes de premiers recours pour la prise en charge des patients en situation addictologique complexe.  
3 priorités sont définies :  
1. Organiser et planifier le parcours de santé et le suivi du patient en situation complexe, en lien avec l'équipe de soins de premier recours.  
2. Apporter un appui aux différents intervenants (professionnels de santé de premier recours, professionnels sociaux et médico-sociaux, famille ou entourage proche) auprès du patient.  
3. Favoriser une bonne articulation entre la ville et l'hôpital (entrée et sortie d'hôpital) et avec les intervenants des secteurs sanitaire, médico-social et social.
- La **maison des adolescents (MDA)** : créée le 1er octobre 2007 et gérée par le centre hospitalier de Blois. Elle couvre en priorité l'agglomération de Blois, son objectif étant de s'étendre sur l'ensemble du département (en 2012 sa file active était de 502 adolescents). Les actions menées sont de l'accueil primaire et secondaire et des entretiens téléphoniques. Elle a commencé à intervenir à Vendôme.

*Données quantitatives MDA 2012 : (rapport IGAS 2013)*

MDA	Nb habitants du territoire	File active	Nb adolescents accompagnés/orientés	% de filles	Nb de rencontres avec ados	Parents/familles reçus
BLOIS	341 000	502	363	72%	1181	97

- **Réseau territorial de cancérologie ONCO 41.**

## **1-2 Les forces et faiblesses du territoire : le point de vue de la conférence de territoire.**

Afin d'alimenter le diagnostic régional du PRS, la conférence de territoire a fourni en novembre 2011 des travaux qui ont permis d'identifier des sujets majeurs pour le département du Loir et Cher, notamment la démographie médicale, la prise en charge des personnes âgées, la santé mentale.

Les partenaires ont actualisé ces travaux lors de séminaires du 8 février et du 25 mars 2013, en intégrant la dimension de parcours et de gradation des soins, et de maillage du territoire. Ce diagnostic territorial a été actualisé en novembre 2014 pour plusieurs parcours.

Sans reprendre le diagnostic territorial, qui a fait l'objet de fiches par filière de prise en charge (*annexe 2*), les caractéristiques principales du territoire qui impactent les questions de santé sont les suivantes :

- un département à tendance rurale (Perche, Beauce, Sologne), à équidistance de 2 pôles régionaux (Tours et Orléans),
- un département touché par le vieillissement de la population,
- des facteurs de santé défavorables, en particulier le suicide, l'alcoolisme, les conduites à risque, le diabète,
- un département considéré globalement comme bien équipé au niveau de l'offre ambulatoire, sanitaire, médico-sociale, avec des disparités infra-départementales, au détriment du Nord, et de l'Est,
- une démographie médicale fragile, avec une forte proportion de médecins de plus de 55 ans,
- des ruptures de parcours identifiés dans plusieurs filières,
- une médecine de proximité qui ne parvient pas à répondre complètement aux demandes de soins non programmés,
- des tensions au niveau des urgences, en partie liées à l'accueil des personnes âgées,
- des difficultés de prise en charge des jeunes en souffrance psychique (absence de places en d'hospitalisation complète adaptée à l'ensemble des besoins pour les enfants et adolescents),
- des blocages pour l'accueil d'enfants en IME, saturés par des jeunes en aménagement Creton,
- des acteurs bien implantés dans le champ de l'addictologie, avec une complémentarité et une territorialisation des interventions à développer,
- des difficultés d'accès aux IVG sur l'ensemble du territoire,
- des dispositifs à revisiter au niveau du public et/ou de la zone géographique d'intervention, notamment : maison des adolescents, lits halte soins santé, équipe mobile psychiatrie précarité, permanences d'accès aux soins de santé,
- un réseau local constructif avec les services de l'Etat, du conseil général, les caisses, les associations et établissements, avec des dynamiques locales : PAIS, coordinations territoriales (plateforme vivre autonome 41, FRAPS, santé précarité sur Romorantin-Lanthenay, suicide sur le Vendômois).

### **Les faits marquants du parcours de soins urgents**

En amont des urgences

- Une défaillance du système de continuité et permanence des soins ambulatoires pour la prise en charge des soins non programmés
- Le recours au 15 et aux structures d'urgence intervient pour des questions ne relevant pas de l'urgence vitale.

Les urgences hospitalières

- Des structures de médecine d'urgence embolisées par des soins qui relèvent de la médecine ambulatoire
- Un manque d'attractivité du métier d'urgentiste (7 postes d'urgentistes non pourvus)
- Des difficultés de prise en charge de la personne âgée poly-pathologique

En aval des urgences

- Des tensions sur les lits d'UHTCD
- Des difficultés de disponibilité des lits MCO, psychiatrie
- Un manque de lits de médecine gériatrique

### **Les faits marquants du parcours des personnes handicapées**

- Un développement assez important d'ESMS depuis une quinzaine d'années et un taux d'équipement supérieur à la moyenne nationale et régionale sur la plupart des équipements.
- Des carences d'équipements dans certains domaines bien repérés (le nord pour les enfants et adultes polyhandicapés, le sud Sologne pour le CMPP, le nord et le sud pour le CAMSP les places de SESSAD pour déficients intellectuels et autistes, un IEM pour jeunes handicapés moteurs l'accompagnement des adultes autistes) qui nécessitent, à défaut de création de places nouvelles, une restructuration de l'offre en vue d'une performance accrue.
- Cependant, un dépistage et une prise en charge encore insuffisante des très jeunes enfants et de ceux atteints de troubles spécifiques (autisme, troubles de l'apprentissage) ;
- Des listes d'attente à l'admission en IME alors que de jeunes adultes de + de 20 ans restent sous statut de l'amendement creton faute de place sur le secteur médico-social « adultes handicapés ».
- une faiblesse de la coordination dans le domaine de l'insertion sociale et professionnelle des jeunes adultes handicapés
- des difficultés de coordination et de coopération entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire, notamment pour la prise en charge des personnes présentant des troubles psychiques ;
- un accès et une régularité des soins, notamment dans le champ des adultes handicapés, insuffisamment organisés ;
- un dispositif à destination des personnes handicapées vieillissantes n'offrant pas la palette suffisante pour répondre à tous les besoins

### **Les faits marquants du parcours en santé mentale**

- Un taux d'équipement départemental en hospitalisation complète pour adultes supérieur à la moyenne nationale et régionale ; mais une part importante relevant de l'activité de cliniques privées ne participant pas aux missions de service public.
- Un taux d'équipement départemental moyen en pédopsychiatrie qui masque les disparités d'équipement entre les deux secteurs.
- Une couverture territoriale en psychiatrie libérale ambulatoire supérieure à la moyenne régionale mais des médecins âgés.
- Une carence en hospitalisation complète qui touche la population 12-18 ans et entraîne une prises en charge inadaptée des jeunes et de fortes tensions entre les acteurs.
- Un manque de coordination entre les établissements de santé entraînant des ruptures de parcours notamment pour les hospitalisations en urgence, et les relais.
- Une méconnaissance persistante entre les acteurs de santé et le secteur social et médico-social des modes et des limites d'interventions
- 
- Un dépistage et une prise en charge encore insuffisante des très jeunes enfants et de ceux atteints de troubles spécifiques (autisme, troubles de l'apprentissage) ;
- Une augmentation de la population âgée souffrant de troubles psychiques
- Une population carcérale insuffisamment prise en charge

### **Les faits marquants de la prise en charge des conduites addictives**

- Concernant les décès par accident avec conducteur alcoolisé, en 2012 en Loir-et-Cher, 8% des accidents corporels ont impliqué au moins un conducteur ayant un taux d'alcool dépassant le taux légal (contre 10% les deux années précédentes). 23% des accidents mortels ont impliqué au moins un conducteur ayant un taux d'alcool dépassant le taux légal.
- Les actions de prévention doivent être articulées au mieux sur le territoire, et particulièrement sur les zones rurales, en prenant en compte les publics cibles du plan gouvernemental.
- La formation de personnes ressources pour le repérage et l'orientation vers les structures de soins est à structurer.
- Le réseau de santé addictologique de Loir-et-Cher qui mobilise 70% des médecins généralistes favorise la coordination des soins ambulatoires mais l'articulation ville-hôpital reste à renforcer.
- L'accès aux soins de proximité est de plus en plus difficile du fait d'une démographie en recul des professionnels de santé du premiers recours, notamment des médecins généralistes.
- Les moyens dévolus aux consultations jeunes consommateurs (CJC) du Loir-et-Cher ne permettent pas de proposer ce dispositif aux jeunes de Romorantin- Lanthénay et Vendôme.
- La structuration récente d'une unité hospitalière de liaison addictologique de recours sur le centre hospitalier de Blois, pivot de la prise en charge des conduites addictives en Loir-et-Cher.
- La mise en place des filières hospitalières de soins en addictologie prévues par le Plan national 2007-2011 relatif à la prise en charge et à la prévention des addictions n'a pas été achevée en Loir-et-Cher (pas d'unité addictologique de niveau 2 sur le territoire) ; l'offre de prise en charge (consultations, ELSA) est concentrée sur Blois.
- Les mouvements d'entraide du Loir-et-Cher ne sont pas suffisamment intégrés dans la prise en charge médicale.
- Le niveau des effectifs des deux CSAPA spécialisés ne permet pas l'accès à des soins complets pour les populations de Romorantin-Lanthénay et Vendôme.
- La réduction des risques proposée aux usagers de drogues est en cours de développement, mais reste fragile en milieu rural.
- Le dispositif addictologique dédié aux personnes sous « main de justice », bien que faiblement doté, apparaît complet.

### **Les faits marquants du parcours en périnatalité**

- Quatre maternités assurant une bonne couverture territoriale.
- Une concentration de l'offre ambulatoire sur l'agglomération de Blois, et des praticiens âgés dans les maternités
- Une difficulté d'accès aux IVG sur l'ensemble du département, avec une faible implication des médecins
- Une dynamique d'acteurs pour agir en prévention et de manière territorialisée.

## 2<sup>ème</sup> 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 portent et des évolutions du projet dans le temps. Les contours du territoire d'action varient également en fonction du sujet traité (offre de premier recours, prévention et promotion de la santé, accompagnement médico-social, etc...) et souvent du degré de spécialité de l'offre concernée.

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

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

### ***2-1 Le rôle de la conférence de territoire.***

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

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

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

### ***2-2 La structuration géographique du territoire.***

La forme du département de Loir-et-Cher, étirée nord-ouest/sud-est rend difficile la perception d'une entité départementale. L'orientation des trois vallées principales qui coupent le Loir-et-Cher en trois zones génère des flux interdépartementaux plutôt que départementaux. D'où l'importance de l'axe Vendôme-Blois-Romorantin, seul lien fédérateur de ces trois tronçons aux caractéristiques différentes : Perche, Beauce, Sologne.

**Les territoires relevant du code officiel géographique** (voir carte en annexe 1)

La commune et l'intercommunalité.

La zone d'emploi.

## **Les outils complémentaires de l'INSEE.**

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

Le nouveau découpage centré sur les équipements et non plus sur les flux domicile-travail, situe à 28 le nombre de bassins de vie dans le département.

## **Le schéma départemental de coopération intercommunale.**

Le département comptait 21 communautés de communes.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2014, le département compte 17 EPCI, suite à la fusion de certaines intercommunalités courant 2013. A noter qu'il persiste des discontinuités territoriales dans le Vendômois, et qu'une concertation est menée entre le Pays de Vendôme et le Vendômois Rural.

La taille minimale des EPCI devrait passer de 5000 à 20 000 habitants, ce qui devrait impacter le prochain schéma départemental de coopération intercommunale d'ici fin 2016.

Par ailleurs, le décret n° 2014-213 du 21 février 2014 portant sur la délimitation des cantons dans le département de Loir-et-Cher acte le redécoupage des cantons ; leur nombre est porté à 15, il est divisé de moitié.

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

La structuration géographique des services du Conseil général s'appuie sur 5 maisons départementales de cohésion sociale (Blois-agglomération, Nord Loire, Sud Loire, Romorantin-Lanthenay et Vendôme).

Les grands bassins de vie du Conseil régional : un travail est actuellement engagé sur le bassin de vie de Romorantin-Lanthenay.

Le conseil régional met en œuvre la démarche « ambitions 2020 » au niveau de bassins de vie. Pour le Loir et Cher, 3 bassins de vie sont définis autour des agglomérations et pôles de centralité que sont Blois, Vendôme, Romorantin-Lanthenay.

## **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 confortée par le choix de l'ARS de retenir le département comme territoire de santé. Les territoires infra départementaux correspondent aux zones d'attractivité des établissements de santé installés dans les villes de sous-préfectures.

Le Loir et Cher comprend trois zones (arrondissement de Vendôme, arrondissement de Blois, arrondissement de Romorantin) avec un centre hospitalier au milieu (une zone ligérienne et deux zones rurales).

Le département compte 5 pays : Vendômois, Beauce Val de Loire, des Châteaux, Grande Sologne, Vallée du Cher et Romorantinais.

Au niveau des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, il convient de signaler que le département comprend une zone déficitaire pour les médecins généralistes : Mondoubleau.

Le Loir et Cher ne comprend pas de communautés hospitalières de territoire.

Le découpage en psychiatrie est le suivant :

- psychiatrie générale : 3 secteurs, correspondant aux 3 arrondissements,
- pédopsychiatrie : 2 secteurs (inter-secteur Nord qui s'appuie sur le CH de Blois, un inter-secteur sud qui s'appuie sur le secteur de Romorantin)

La carte d'intervention des SSIAD est découpée en 17 zones.

Un atelier santé ville est géré par la ville de Blois.

## **Eléments de prospectives.**

Les groupes de travail ont interrogé systématiquement le niveau de territoire pertinent d'intervention selon les filières.

Il ressort qu'elles s'organisent souvent autour des 3 arrondissements, au regard de la présence des 3 centres hospitaliers.

Il convient cependant de signaler des habitudes de travail des acteurs, et d'accès aux soins des habitants tournées vers des départements limitrophes :

- le Nord (Mondoubleau, Droué) vers la Sarthe,
- le Nord Est (Mer) vers le Loiret,
- le Sud Ouest (Montrichard, Saint Aignan) vers l'Indre et Loire,
- l'Est (Salbris, Lamotte Beuvron, Romorantin-Lanthenay) vers le Loiret ou le Cher.

Un bassin de santé de proximité apparaît important à délimiter autour des médecins généralistes ; plusieurs découpages sont évoqués : cantons, bassins de vie (anciens et nouveaux de l'INSEE, ceux du conseil régional) qui ne sont pas appropriés au niveau local.

Il convient aussi d'évoquer les secteurs définis pour la permanence des soins ambulatoires (PDSA) : actuellement 9 secteurs pour la semaine, 9 secteurs pour le week-end ; une révision du zonage SROS est suggérée par les professionnels du premier recours.

Les acteurs se réfèrent plus facilement à l'intercommunalité (pour rappel 15 zones sont envisagées).

Afin de favoriser le parcours du patient, il convient de se référer à une échelle qui soit repérable pour le patient (proche des cantons) ; un rayonnement de 20-30 minutes apparaît être raisonnable.

Les gardes s'organisent à une échelle intercommunale.

Pour les autres soins, notamment spécialisés, ils sont accessibles autour des 3 centres hospitaliers, voire au chef lieu de département, ou en interdépartemental (exemple unité neuro-vasculaire).

L'accès aux urgences à moins de 30 minutes apparaît assuré dans le département, en mobilisant des moyens infra et interdépartementaux.

Pour la filière gériatrique, l'organisation autour des 3 arrondissements a été retenue, après avoir exploré le découpage des 5 maisons de cohésion sociale. Le département est désormais couvert par 3 MAIA.

Dans le domaine des personnes handicapées, des pratiques d'orientation sont également tournées vers les départements voisins pour les zones limitrophes : Indre et Loire et Loiret. Par ailleurs, le rayonnement de référence des services est environ de 30 km.

Pour les actions de prévention, une territorialisation est recherchée par plusieurs intervenants, avec une réflexion qui paraît à approfondir. L'ancrage sur les trois arrondissements ne semble pas suffisant, et des territoires non couverts sont notamment signalés :

- au Nord : Ouzouer le Marché, Oucques, Josnes,
- au Sud : Contres, Montrichard et Pontlevoy,
- à l'Est : Lamotte Beuvron et Salbris .

Une réflexion apparaît à poursuivre, par exemple autour des 5 zones définies par le Conseil général.

En conclusion, l'organisation pour l'offre hospitalière, médico-sociale, de premier recours (pour les spécialistes) est principalement fondée sur 3 zones intermédiaires recoupant les 3 arrondissements, en lien avec la zone d'attractivité des 3 centres hospitaliers.

Compte tenu de la position géographique du Loir et Cher entre les 2 pôles régionaux de Tours et Orléans, la référence à 5 zones, recoupant plus ou au moins les 5 pays, ou les 5 maisons de cohésion sociale du Conseil général est parfois suivie.

Pour le premier recours, une dizaine de bassins de proximité se dessinent, qu'il convient de confirmer compte tenu de la coexistence de plusieurs découpages bassins de vie et de la révision de l'intercommunalité en cours, voire avec une étude des zones de patientèles.

Les territoires de projet des 3 Contrats Locaux de Santé sont valorisés pour décliner des expérimentations et des bonnes pratiques. L'opportunité d'un contrat local de santé pour la vallée du Cher et la Sologne est évoquée.

### ***2-3 L'articulation entre le présent PTS et le dispositif de développement des contrats locaux de santé.***

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

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

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

L'ARS du Centre a impulsé, dès sa mise en place, l'outil du 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 pour lesquels 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 constituent l'un des moyens d'intervention mis en place avec les collectivités territoriales à un niveau géographique plus fin.

Dans le Loir et Cher, deux CLS sont conclus : Ville de Blois (2011) et Pays du Vendômois (2012).

Les axes du CLS de la ville de Blois signé le 14 décembre 2011 entre la préfecture, l'ARS du Centre et la ville de Blois sont :

- axe 1 : Faciliter l'accès aux droits et aux soins ;
- axe 2 : Prévenir, Dépister, Promouvoir la santé ;

- axe 3 : Favoriser le bien-être et la santé mentale ;
- axe 4 : Favoriser l'autonomie et la prise en charge des personnes âgées ;
- axe 5 : Maintenir et attirer, sur la ville de Blois, des professionnels de santé ;
- axe 6 : Mieux vivre dans sa ville : vivre dans un environnement sain et agréable.

Le CLS du pays Vendômois signé entre l'ARS, le pays, le conseil régional, la préfecture s'articule autour de 2 axes et 5 priorités :

- Axe 1. La valeur ajoutée d'un travail local de proximité : rôle du territoire.
  - Connaitre, se connaître.
  - Promouvoir l'attractivité du Pays Vendômois pour les professionnels de Santé.
- Axe 2. Le parcours Santé d'un habitant : prise en charge d'une personne malade ou d'un habitant :
  - Les actions de prévention.
  - L'accès aux soins pour tous.
  - Le suivi de la prise en charge.

Un contrat a été signé entre l'ARS, la communauté de communes du Romorantinais- Monestois, le conseil régional, la préfecture, le centre hospitalier de Romorantin-Lanthenay le 16 décembre 2013, il comprend 3 axes stratégiques et 12 fiches actions :

Axe Stratégique n° 1 Lutter contre la désertification médicale et assurer la continuité des soins

Axe Stratégique n° 2 Conforter la position du centre hospitalier de Romorantin-Lanthenay comme pôle ressource en termes d'offre de soins

Axe Stratégique n° 3 Rendre lisible les actions de prévention envers la population et coordonner les acteurs

## **3<sup>ème</sup> partie : les priorités de mise en œuvre du PRS sur le territoire de Loir et Cher.**

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

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

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

### ***3-1 Définition de la notion de parcours.***

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

Penser une prise en charge des personnes en terme de parcours sur le long terme s'inscrit dans la logique de plusieurs grandes lois de la décennie précédente qui placent l'utilisateur au centre de la prise en charge, 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 n°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, responsables de la majorité des dépenses et de leur évolution, et qui nécessitent une prise en charge transversale avec de multiples intervenants.

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

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

## 3-2 Le programme d'actions.

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

Les acteurs ont dégagés au travers des travaux des groupes 5 axes stratégiques, qui se déclinent en des fiches-actions transversales, et des fiches-actions par filière de prise en charge.

- 1) Rendre lisibles les dispositifs pour les acteurs, et le public.
- 2) Favoriser la coordination des acteurs en confortant les lieux existants, et leur professionnalisation.

Des fiches-actions ont été proposées par les groupes de travail, comme des prérequis d'un parcours de soins cohérent et coordonné.

- 3) Promouvoir la prévention à tous les stades.
  - **Prévention primaire** : actions visant à réduire la fréquence d'une maladie ou d'un problème de santé dans une population saine, par la diminution des causes et des facteurs de risque. L'incidence correspond à l'apparition de nouveaux cas.
  - **Prévention secondaire** : actions visant à la détection et au traitement précoces d'une maladie ou d'un problème de santé. La prévention secondaire consiste à identifier la maladie ou le problème de santé à son stade le plus précoce et à appliquer un traitement rapide et efficace pour en circonscrire les conséquences néfastes.
  - **Prévention tertiaire** : actions visant à réduire la progression et les complications d'une maladie avérée ou d'un problème de santé. Elle consiste en mesures destinées à réduire les incapacités, les invalidités et les inconvénients et à améliorer la qualité de vie. La prévention tertiaire constitue un aspect important des soins médicaux et de la réhabilitation.

Le dimension de la prévention est à intégrer dans chacun des parcours et apparaît en sous-action de manière plus ou moins développée dans cette 1<sup>ère</sup> version du programme.

Des sujets pouvant impacter plusieurs filières, le suicide, le diabète, la santé environnementale, sont présentés dans un axe transversal de promotion de la prévention.

La conférence de territoire souhaite apporter une vigilance particulière à la prévention à destination des jeunes enfants, notamment face à l'emprise d'internet qui peut avoir des conséquences sur la structuration de l'enfant et du futur adulte.

- 4) Consolider le maillage territorial, aller vers le public.
- 5) Développer les coopérations (système d'information, ressources humaines) et organiser des activités à vocation départementale.

Le PTS comporte 11 objectifs et 51 fiches-actions à l'issue de l'actualisation menée au second semestre 2014 ; pour rappel, la version socle élaborée au premier semestre 2013 comptait 10 objectifs et 35 fiches-actions (annexe 3).

**Objectif 1 - Préalable : améliorer la lisibilité des dispositifs et la coordination des acteurs.**

Action	Pilote	Partenaires	Calendrier
1.1 : Améliorer la lisibilité des filières de prise en charge.	ARS	Associés : CG, CPAM, MSA, FRAPS, Associations, ESMS, Etablissements de santé, Etablissements et services sociaux, MDPH Potentiels : ASEPT Berry Touraine, ordres des professions libérales, organismes de formation et de l'insertion professionnelle	2013/2014
1.2 : Améliorer la coordination des acteurs en confortant les instances existantes.	ARS	Associés : Collectivités territoriales, CG, Associations, FRAPS, ESMS, Etablissements de santé, Etablissements et services sociaux et médico-sociaux, MDPH, caisses (CPAM, MSA, RSI) Potentiels : organismes de formation et de l'insertion professionnelle, professionnels libéraux, secteur mutualiste, aidants familiaux	2013/2016

**Objectif 2 - Relever le défi des professionnels de santé.**

Action	Pilote	Partenaires	Calendrier
2.1 : Faciliter l'installation des médecins généralistes.	ARS, CG	Associés : CPAM, CDOM, les CH, DUMG - faculté de médecine, collectivités territoriales	2013/2016
2.2 : Développer la médecine de proximité et promouvoir l'établissement de santé hors les murs.	ARS, CPAM, MSA	CDOM, CG, les 3 CH, exercices regroupés	2013/2014
2.3 : Favoriser les protocoles de coopération entre les professionnels de santé.	ARS (pour les libéraux) Chaque établissement (pour les professionnels en interne)	Ordres des professionnels de santé	2013/2014
2.4 : Développer les exercices regroupés.	ARS, Etat, collectivités territoriales	CDOM, CG, collectivités territoriales	2013/2015
2.5 : Développer les coopérations de la médecine de proximité avec le champ social.	ARS/CG	CPAM, MSA, CARSAT, CDOM, les CH, les associations	2014/2015

### Objectif 3 – Améliorer la prise en charge aux urgences

Action	Pilote	Partenaires	Calendrier
3.1 : sensibiliser sur le recours et le rôle des urgences	ARS/SAMU	Etablissements autorisés médecine d'urgence, Ets MCO, SSR, Psy, ESMS, CODAMUPS, CDOM, URPS, Conseil général, CPAM	2015
3.2 : renforcer la coordination avec le premier recours	ARS	Etablissements autorisés médecine d'urgence, Ets MCO, SSR, Psy, ESMS, CODAMUPS, CDOM, URPS, CPAM, Conseil général	2015/2016
3.3 : optimiser l'organisation des urgences et l'articulation avec l'aval	3 CH sites d'urgence, clinique site de soins non programmés	Etablissements autorisés médecine d'urgence, Ets MCO, SSR, Psy, ESMS, CODAMUPS, CDOM, URPS, Conseil général	2015/2016
3.4 : constituer et animer le réseau territorial des urgences	ARS, à terme le CHB	Etablissements autorisés médecine d'urgence, Ets MCO, SSR, Psy, ESMS, CODAMUPS, CDOM, URPS, Conseil général	2015

### Objectif 4 - Consolider la filière gériatrique.

Action	Pilote	Partenaires	Calendrier
4.1 : Organiser la filière gériatrique au niveau infra départemental.	ARS, à terme 3 CH	CH (pôle gériatrique, service des urgences), EHPAD, CG, Plateforme 41 / MAIA, SSIAD, services aide à domicile	2013
4.2 : Renforcer le repérage des situations de fragilité.	Pôle gériatrique du CHB	ARS, CG, CH, EHPAD, Vivre autonome 41	2014/2016
4.3 : Mettre en place un conseil téléphonique gériatrique.	3 CH	Associés : ARS, CG, Potentiels : CDOM, CDOI, Plateforme Vivre Autonome, MAIA	2013/2014
4.4 : Améliorer la coordination entre les unités d'accueil et d'urgence (UAU), l'hospitalisation à domicile (HAD), EHPAD.	HAD	Associés : Services d'urgences du CH Blois, de la polyclinique, du CH Vendôme, du CH Romorantin-Lanthenay, CH, EHPAD Potentiels : Urgences des départements limitrophes.	2014
4.5 : Accompagner le déploiement de la télémédecine et optimiser l'utilisation du DLU dans les EHPAD.	ARS	Ordre des médecins, CPAM, généralistes et spécialistes libéraux, médecins coordonnateurs, directeurs et infirmiers des EHPAD.	2013 /2014

### Objectif 5 : Améliorer l'accès à la prévention et aux soins des publics vulnérables

Action	Pilote	Partenaires	Calendrier
5.1 : Améliorer le maillage et la couverture	ARS	Associés CG - CH – ESMS – gestionnaires CAMSP,	2014/2016

territoriale des dispositifs d'accès aux soins sanitaires et médico-sociaux		SAMSAH - HAD	
5.2 : Améliorer l'accès et la continuité des soins des populations vulnérables, en situation de précarité	URIOPSS/ONS	Associés : CG, services sociaux, PMI professionnels libéraux, SDIS, ESMS ; établissements de santé, CPAM	2014/2016
5.3 : Améliorer la prise en charge des soins dentaires des personnes handicapées et personnes âgées.	ARS/MDPH	Associés : CPAM, MSA, CG, ordre des chirurgiens-dentistes, associations, établissements Potentiels : Mutualité Française	2013/2014
5.4 : Renforcer le lien entre les acteurs de la santé et du social pour les publics en grande précarité.	DDCSPP/ ARS	Associés : ONS, ASLD (dont le SIAO), CCAS, CIAS, MCS, CPAM, Emmaüs solidarité, VRS, CH Blois, Bio solidaire, PACT 41, France Terre d'Asile, FJT, autres associations... Potentiels : professionnels de la santé (services psychiatriques de hôpitaux, des cliniques), CMP, SAMSAH	2013

#### Objectif 6 - Améliorer la continuité du parcours des personnes souffrant d'un handicap.

Action	Pilote	Partenaires	Calendrier
6.1 : Eviter les ruptures et les blocages dans le parcours des personnes handicapées	ARS/CG	ESMS, Education Nationale, ASE, MDPH, CFA, Cap Emploi	2013/2015
6.2 : Améliorer le dépistage et l'accompagnement précoce des jeunes enfants handicapés	ARS/CG	Associés : CAMSP, services de pédiatrie, CMP, PMI, SESSAD, Education Nationale, réseau périnatalité, Potentiels : crèches	2014/2015
6.3 : Adapter les actions de prévention aux besoins des personnes handicapées et de leur entourage	ARS Mairie de Blois	Associés : Etablissements et services médico-sociaux du champ du handicap, MDPH, FRAPS, Réseau Addictions, ANPAA, VRS, Potentiels : GEM, associations d'usagers, Etablissements scolaires et de formation professionnelle,	2015/2016
6.4 : Améliorer l'accompagnement des personnes handicapées dans leur vie affective, sexuelle et leur parentalité	ARS/ Conseil Général	Associés : ESMS, Planning familial, URIOPSS, PMI, services sociaux, de la protection de l'enfance Potentiels : réseau périnatalité, CMP, psychiatrie,	2015/2016

		réseau de parentalité	
6.5 : améliorer l'offre de formation professionnelle et l'employabilité des personnes handicapées	ARS/ DASEN	Associés : MDPH, DIRECCTE, AGEFIPH, Cap Emploi, ESMS, CRP, ESAT, Entreprises adaptées, Tandem,  Potentiels : Conseil régional, CFA, CFAS, lycées professionnels	2015/2016
6.6 : Développer les coopérations entre les différents partenaires concernés par la gestion des situations de violence en IME-ITEP	ARS	Associés : le SARIA, les IME, les ITEP, les services de psychiatrie et de pédopsychiatrie, l'Education Nationale, la MDPH, l'ASE, l'URIOPS	2013/2016
6.7 : Mieux prendre en charge les personnes en situation de handicap vieillissantes	ARS /CG/MDPH	Associés : Associations gestionnaires secteurs PH / PA.	2015- 2017

#### Objectif 7 - Assurer la continuité du parcours en santé mentale.

Action	Pilote	Partenaires	Calendrier
7.1 : Renforcer la coordination des acteurs et l'accompagnement des 12-25 ans présentant des difficultés complexes et multiples	ARS	Associés : équipes de psychiatrie et de pédopsychiatrie publiques et privées- Maison des Adolescents- services de pédiatrie  ESMS, Education Nationale, CG, ASE, MDPH, Associations de familles (UNAFAM, TANDEM...)  Potentiels : CFA, Cap Emploi,	2013/2015
7.2 : Mettre en œuvre une continuité du parcours santé mentale pour les adultes	ARS	Collectivités territoriales (dont celles pilotant un CLS), établissements de soins et médico-sociaux, association d'aidants (dont Unafam) Hôpitaux et cliniques, établissements médico-sociaux, Unafam, ONS, collectivités territoriales	2013/2015
7.3 : Mettre en place un conseil en santé mentale	Une collectivité territoriale,  Un groupement de coopération sanitaire (en fonction des dispositions de la future	Potentiels : Maisons de cohésion sociale, CIAS, associations, usagers (dont UNAFAM) , familles,, police, justice, établissements de santé, services psychiatriques, professionnels de soins libéraux, bailleurs, établissements et services médico-sociaux, CPAM,	2015-2016

	loi de santé)	MSA, Education Nationale, GEM, réseaux de santé, maisons de quartier,	
7.4 : Améliorer la prise en charge des détenus	CH Blois (unité sanitaire)	Mobilisés : ARS, CH Blois, Maison d'arrêt de Blois, ANPAA, VRS, justice	2015-2016

### Objectif 8 - Structurer la filière addictions.

Action	Pilote	Partenaires	Calendrier
8.1 : Prévenir et repérer les conduites addictives	ARS en lien avec la FRAPS	ANPAA 41, VRS, 3 CH, rézo addictions 41 (MG ADDOC), DSDEN, structures d'accueil des jeunes, des femmes enceintes, des populations précaires, la maison d'arrêt, la PMI, les mouvements d'entraide, les structures du handicap, CPAM, collectivités territoriales	2014/2015
8.2 : consolider la prise en charge hospitalière des conduites addictives sur les 3 arrondissements	les trois Centres Hospitaliers, REZO addiction 41(MG ADDOC)	CG, CPAM, 5 SSR de la région, mouvements d'entraide, ANPAA 41, VRS	2014 / 2016
8.3 : Faciliter la prise en charge médico-sociale et réduire les risques en addictologie	ANPAA, VRS REZO addiction 41 (MG ADDOC)		(1) 31 mars 2014 (2) Fin 2016 (3) en cours
8.4 : Améliorer la prise en charge des conduites addictives pour les personnes sous main de justice	CH de Blois (unité sanitaire)	La justice, la maison d'arrêt, les 3 CH, le Rézo addictions 41, les mouvements d'entraide, les 2 CSAPA, le médecin relais, la justice	30 juin 2014 Fin 2014

### Objectif 9 – Améliorer la prise en charge de la périnatalité et de la petite enfance.

Action	Pilote	Partenaires	Calendrier
9.1 : Consolider l'éducation à la vie affective et sexuelle et l'accès à la contraception	Mouvement français du planning familial (MFPF)	Associés : DSDEN, CG, ARS, CPEF, CIVG  Potentiels : ordre des pharmaciens, syndicats départementaux des pharmaciens, CPAM, FRAPS	2016
9.2 : Garantir l'accès à l'IVG sur le territoire	Conseil Général et ARS	Associés : établissements de santé (hôpitaux, cliniques), CPEF, CIVG  Potentiels : médecins généralistes et	2015

		gynécologues, sages-femmes libérales, structures d'exercice regroupé	
9.3 : Améliorer le suivi des grossesses et du post-partum en renforçant l'articulation ville/maternités et l'accessibilité géographique	ARS	Potentiels : mutualité Française, représentants des ordres (médecins, sage femme, maternités, structures d'exercice regroupé, CPAM, CG, MFPF, réseau santé nutrition diabète 41 pour le diabète gestationnel, AFD	2015/2016
9.4 : Améliorer l'accompagnement à la parentalité et à la santé du jeune enfant (0-6 ans)	DSDEN /PMI	Mobilisés : ARS, CPAM, établissements de santé Potentiels : CAF, FRAPS, USEP, CCAS/CIAS, DDCSPP, CG, municipalités, réseau périnatalité dont réseau « grandi en région Centre »	2015/2016

#### Objectif 10 - Promouvoir la prévention.

Action	Pilote	Partenaires	Calendrier
10.1 : Garantir les relais locaux dans le domaine de la prévention	ARS	CG, FRAPS, Education nationale, médecine universitaire, associations (ONS, réseaux...)	2013/2015
10.2 : Renforcer la prévention du suicide	ARS	<u>Tout public</u> : CIAS, FRAPS (coordination départementale santé mentale), CPAM, MSA, gendarmerie, infirmières libérales <u>15/24 ans</u> : DSDEN (Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale), DDCSPP, la maison des adolescents (MDA), CFA, missions locales, BIJ, PIJ. UNAFAM, associations de parents, REAAP réseau d'écoute et d'appui à la parentalité de la CAF <u>Personnes âgées</u> : MSA, coordination territoriale pour l'autonomie, Vivre autonome 41 Services d'aide à domicile, CG (Conseil Général) : travailleurs sociaux des maisons de la cohésion sociale...	2014/2015
10.3 : Développer la complémentarité des acteurs au niveau de la prévention et de la prise en charge des diabétiques	CPAM 41 et RSDN41	Associés : AFD41, ARS, établissements de santé Potentiel : Conseil Général	2013/2014

10.4 : Favoriser la formation des professionnels de santé dans le domaine santé environnement et promouvoir la santé environnementale auprès des collectivités	ARS	Professionnels de santé, Collectivités territoriales (communes, conseil général, conseil régional)	2014/2016
10.5 : Lutter contre l'habitat indigne et insalubre	ARS	Collectivités locales, travailleurs sociaux du conseil général, PACT41, ADIL, DDT, CAF, MSA	2013/2016
10.6 : Poursuivre l'action de sensibilisation au traitement acoustique des établissements sensibles accueillant du public	ARS	DDT de Loir et Cher – DREAL centre	2013/2016
10.7 : Poursuivre la sensibilisation du jeune public aux risques liés à l'écoute de musique amplifiée	ARS	Mobilisé : Direction de l'académie  Potentiel : Mutualité Française	2013/2016

#### Objectif 11 - Développer les coopérations.

Action	Pilote	Partenaires	Calendrier
11.1 : Organiser une équipe mobile pour la prise en charge de la douleur	CH Blois	Associés : ensemble des acteurs du champ sanitaire	2013/2016
11.2 : Mettre en place une filière accidents vasculaires cérébraux	CH Blois	Associés : l'ensemble du secteur médico-social et du sanitaire (SSR La Ménaudière, SSR L'Hospitalet...)	2013/2016
11.3 : Consolider le dispositif territorial de soins palliatifs	CH de Blois	Tous les établissements de santé et du médico-social du 41 ; les associations d'usagers et de bénévoles à l'accompagnement ; le comité départemental des soins palliatifs	2013/2016
11.4 : Développer les coopérations entre le sanitaire et le médico-social en disposant d'une GPEC partagée	URIOPSS	Ensemble des acteurs du champ sanitaire et du médico-social	2013/2015
11.5 : Favoriser les échanges entre les professionnels de santé via le système d'information de santé	GCS télésanté centre	Associés : ARS, établissements sanitaires et médico-sociaux de la vallée du Cher, les établissements d'Amboise expérimentant la mise en place du volet médical de synthèse, les médecins généralistes libéraux  Les collectivités territoriales	2013/2014

### **3-3 Les modalités de suivi et d'évaluation du programme territorial de santé.**

#### **Le suivi.**

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

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

Les modalités de suivi du PTS responsabilisent les pilotes des différentes fiches-actions : ils ont été destinataires d'une lettre de mission les légitimant dans la coordination des acteurs, ils adressent un tableau de bord à l'ARS 3 fois par an, ils peuvent échanger avec des référents désignés au sein du bureau de la conférence de territoire et de la délégation territoriale de l'ARS.

#### **L'évaluation.**

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

Ces indicateurs pourront être ajustés au fur et à mesure des restitutions périodiques.

## Glossaire des sigles.

**AAH** : Allocation Adulte Handicapé  
**AAEH** : Association d'Aide à l'Education de l'Enfant Handicapé  
**ACT**: Appartement de Coordination Thérapeutique  
**ACTP** : Allocation compensatrice pour tierce personne  
**AEP** : Alimentation en Eau Potable  
**ALD**: Affection Longue Durée  
**ARS**: Agence Régionale de Santé  
**ASLD** : Association d'Accueil, de Soutien et de Lutte contre les Détresses  
**AVC** : Accident Vasculaire Cérébral  
**CAARUD** : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues  
**CAF**: Caisse d'Allocations Familiales  
**CCAS**: Centre Communal d'Action Sociale  
**CDAG**: Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit  
**CDAPH** : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes handicapées  
**CDC** : Communauté de Communes  
**CG**: Conseil Général  
**CH**: Centre Hospitalier  
**CHRS** : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale  
**CIAS** : Centre Intercommunal d'Action Social  
**CIDDIST**: Centres d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles  
**CLAT**: Centre de Lutte Anti Tuberculose  
**CLS**: Contrat Local de Santé  
**CMP**: Centre Médico Psychologique  
**CMU**: Couverture Maladie Universelle  
**CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie  
**CPEF** : Centre de planification et d'éducation familiale (CPEF),  
**CPER** : Contrat de Projet Etat-Région  
**CPOM** : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens  
**CSAPA**: Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie  
**CV** : Centre de Vaccination  
**DDCSPP**: Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations  
**DDT** : Direction Départementale des Territoires  
**DG ARS**: Directeur Général de l'ARS  
**DLU** : Dossier de Liaison d'Urgence  
**DRAAF** : Direction régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt  
**DREAL** : Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement  
**DT ARS** : Délégation Territoriale de l'ARS  
**DTA** : Directive Territoriale d'Aménagement  
**DUMG** : Département Universitaire de Médecine Générale  
**EHPAD**: Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  
**EMPP**: Equipe Mobile Psychiatrie Précarité  
**ESAT** : Etablissement et Service d'Aide par le Travail  
**ESMS** : Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux  
**FEADER** : Fonds européen agricole pour le développement rural

**GEVA** : Guide d'Evaluation des besoins de compensations de la personne handicapée

**IDE** : Infirmier Diplômé d'Etat

**IME** : Institut Médico-éducatif

**ITEP** : Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique

**IVG** : Interruption volontaire de grossesse

**FIR** : Fonds d'Intervention Régional

**FRAPS** : Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé

**HAD** : Hospitalisation à Domicile

**HPST**: Hôpital Patient Santé Territoire

**IST**: Infection Sexuellement Transmissible

**IVG** : Interruption Volontaire de Grosse

**MAIA**: Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer

**MDPH** : Maison Départementale des Personnes Handicapées

**MILDT**: Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies

**MMG**: Maison Médicale de Garde

**MOUS** : Maîtrise d'œuvre Urbaine et Sociale

**MSA** : Mutualité Sociale Agricole

**MSP**: Maison de Santé Pluridisciplinaire

**ORS** : Observatoire Régional de Santé

**PAIS** : Plate forme Alternative Innovation Santé

**PASA** : Pôle d'Activité et de Soins Adaptés

**PCH** : Prestation de compensation du handicap

**PDAHI** : Plan Départemental Accueil Hébergement Insertion

**PDALPD** : Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées

**PDSA** : Permanence Des Soins Ambulatoire

**PRIAC** : Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

**PRS** : Plan Régional de Santé

**PTS** : Programme Territorial de Santé

**RPPS** : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

**RSA** : Revenu de Solidarité Active

**SAE** : Statistique annuelle des établissements de santé

**SAFED** : Service d'Accompagnement Familial et d'Education Précoce

**SESSAD** : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile

**SNIIRAM** : Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie

**SMUR** : Service Mobile d'Urgence de Réanimation

**SROSMS** : Schéma Régional d'Organisation des Services médico-sociaux

**SRP** : Schéma Régional de Prévention

**SSEFIS** : Service de Soutien à l'Education Familiale et à l'Intégration Scolaire

**SSIAD** : Service de Soins Infirmiers à Domicile

**SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation

**URHAJ** : Union Régionale pour l'habitat des Jeunes

**ULSD** : Unité de Soins de Longue Durée

**UNAFAM** : Union Nationale de Familles ou d'Amis de Personnes Malades et Handicapés Psychiques

**URPS** : Union Régionale des Professionnels de Santé

## **ANNEXES**

**Annexe 1 : Données**

**Annexe 2 : Fiches diagnostic**

**Annexe 3 : Fiches actions**