



**Délégation départementale d'Indre-et-Loire**

# Diagnostic territorial de santé d'Indre-et-Loire

# Sommaire

Sommaire.....	2
Introduction.....	6
<b>1. Préambule : le projet régional de santé .....</b>	<b>6</b>
<b>1.1. Composition .....</b>	<b>6</b>
<b>1.1.1. Le cadre d'orientation stratégique.....</b>	<b>6</b>
<b>1.1.2. Le schéma régional de santé .....</b>	<b>6</b>
<b>1.1.3. Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies ..</b>	<b>6</b>
<b>1.2. Calendrier d'élaboration.....</b>	<b>7</b>
<b>2. Modalités d'élaboration du diagnostic régional de santé.....</b>	<b>7</b>
<b>3. Outils pour l'élaboration des diagnostics territoriaux partagés .....</b>	<b>9</b>
<b>3.1. Documentation .....</b>	<b>9</b>
<b>3.2. Orientations et travaux existants .....</b>	<b>9</b>
<b>4. Données démographiques .....</b>	<b>10</b>
<b>4.1. Population : données rétrospectives (ORS, 2015) .....</b>	<b>10</b>
<b>4.2. Indicateurs démographiques 2014 (37).....</b>	<b>12</b>
<b>4.3. Données prospectives (INSEE) .....</b>	<b>12</b>
<b>4.4. Quelques caractéristiques des personnes âgées.....</b>	<b>13</b>
<b>4.5. Quelques indicateurs sociaux.....</b>	<b>15</b>
<b>4.5.1. Chômage.....</b>	<b>15</b>
<b>4.5.3. Inégalités sociales et territoriales de santé de la région.....</b>	<b>16</b>
<b>5. Environnement.....</b>	<b>17</b>
<b>5.1. Eléments de diagnostic .....</b>	<b>17</b>
<b>5.2. Qualité de l'eau distribuée .....</b>	<b>18</b>
<b>5.2.1. Les pesticides dans les eaux .....</b>	<b>18</b>
<b>5.2.2. Qualité bactériologique des eaux destinées à la consommation humaine (source : La qualité bactériologique des eaux distribuées en région Centre-Val de Loire en 2015 – ARS Centre Val de Loire).....</b>	<b>20</b>
<b>5.2.3. Chlorure de vinyle monomère (CVM) .....</b>	<b>21</b>
<b>5.3. La pollution atmosphérique.....</b>	<b>22</b>
<b>5.4. L'ambroisie (source : ORS 2016) .....</b>	<b>24</b>
<b>5.5. Le bruit (Source : ORS – 2016).....</b>	<b>24</b>
<b>5.6. Installations industrielles (Source : ORS 2016).....</b>	<b>25</b>
<b>5.7. L'habitat indigne .....</b>	<b>26</b>
<b>5.8. Les intoxications au monoxyde de carbone .....</b>	<b>28</b>
<b>5.9. Actions prioritaires.....</b>	<b>30</b>

<b>6.</b>	<b>État de santé de la population.....</b>	<b>32</b>
6.1.	La mortalité générale .....	32
6.2.	La mortalité prématurée.....	32
6.2.1.	La mortalité par cancer.....	33
6.2.1.1.	Mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon.....	34
6.2.1.2.	Mortalité par cancer du sein.....	35
6.2.1.3.	Mortalité par cancer de la prostate.....	36
6.2.1.4.	La mortalité par cancer colorectal.....	37
6.2.2.	La mortalité par maladies de l'appareil circulatoire.....	38
6.2.3.	Autres causes de mortalité prématurée .....	38
6.2.3.1.	Mortalité par pathologies liées au tabac.....	39
6.2.3.2.	Mortalité par consommation excessive d'alcool .....	40
6.2.3.3.	Mortalité par suicide .....	41
6.2.3.4.	Mortalité par accidents de la circulation.....	41
6.2.3.5.	Mortalité prématurée par des causes extérieures (traumatismes et empoisonnement).....	42
6.3.	Principales causes de morbidité et en particulier la situation des 5 ALD les plus fréquentes .....	42
6.3.1.	ALD maladies cardio-vasculaires.....	43
6.3.2.	ALD diabète de type 1 et 2.....	44
6.3.3.	Les Affections Longue Durée tumeurs malignes .....	44
6.3.3.1.	ALD cancer du sein .....	45
6.3.3.2.	ALD cancer de la prostate .....	45
6.3.3.3.	ALD cancer côlon-rectum.....	46
6.4.	L'obésité .....	47
6.5.	Santé de la mère et de l'enfant.....	47
6.5.1.	Mortalité infantile.....	47
6.5.2.	Concernant l'amélioration des conditions de grossesse et de naissance .....	48
6.5.2.1.	Prématurité (source UREH juin 2014) .....	49
6.5.2.2.	Retards de croissance intra-utérins (RCIU) (source UREH juin 2014).....	50
6.5.2.3.	Mères mineures ou < 20 ans (source UREH juin 2014).....	50
6.5.3.	Concernant la prévention et la prise en charge des grossesses non désirées.....	50
6.6.	La santé des jeunes .....	51
6.6.1.	Les principales addictions chez les jeunes .....	51
6.6.1.1.	L'usage du tabac chez les jeunes de 17 ans .....	52
6.6.1.2.	L'usage de l'alcool .....	52
6.6.1.3.	La consommation de cannabis.....	53
6.6.2.	Problématique autour de la santé mentale des jeunes.....	53

6.6.3.	La santé sexuelle .....	54
6.6.4.	La santé bucco-dentaire .....	54
6.6.5.	L'audition .....	54
6.7.	Synthèse Etat de santé .....	55
6.8.	Pistes d'actions .....	56
7.	Santé mentale .....	57
7.1.	Quelques données de santé.....	57
7.2.	L'offre du territoire.....	58
7.3.	Secteur enfant .....	58
7.3.1.	Quelques constats.....	58
7.3.2.	Pistes d'actions .....	59
7.4.	Constats dans le secteur adulte.....	59
7.4.1.	Quelques données contextuelles.....	59
7.4.2.	Les pistes d'action sur le secteur adulte.....	61
8.	Démographie des professionnels de santé.....	61
8.1.	Focus sur les soins de premier recours .....	61
8.2.	Pistes d'actions .....	68
9.	Offres de soins et d'accompagnement.....	68
9.1.	Impacts du virage ambulatoire sur la restructuration de l'offre de soins .....	68
9.2.	La mise en place des GHT et la réorganisation de l'offre de soin dans le territoire.....	69
9.2.1.	Offre de soins publique .....	69
9.2.2.	Offre de soins privée .....	69
9.2.3.	Analyse des taux d'équipement .....	70
9.2.4.	La mise en place du Groupement Hospitalier de Territoire Touraine-Val de Loire .....	72
9.3.	Les prises en charge hospitalières non pertinentes et évitables (y compris dans les services d'urgence), des prises en charge hospitalière sans nuitée, et des hospitalisations prolongées non pertinentes.....	73
9.3.1.	Le recours à l'HAD.....	74
9.3.2.	Le dispositif PRogramme d'Accompagnement au Retour à DOmicile PRADO .....	74
9.4.	Dans une vision prospective, évolution de la population des personnes âgées, modalités de prise en charge et d'accompagnement .....	76
9.4.1.	Focus démographiques sur les Personnes âgées.....	76
9.4.2.	Point de situation de l'offre.....	77
9.4.3.	Pour répondre à cet enjeu du vieillissement, l'Indre et Loire présente les points forts suivants :	
	78	
9.5.	Dans une vision prospective, évolution de la population des personnes handicapées, modalités de prise en charge et d'accompagnement.....	79

<b>9.5.1. Secteur « Enfant »</b> .....	79
<b>9.5.2. Secteur « Adulte »</b> .....	81
<b>9.5.3. Priorités et actions départementales</b> .....	82
<b>9.6. Dans une vision prospective, évolution de la population des personnes en difficultés spécifiques, modalités de prise en charge et d'accompagnement</b> .....	83
<b>9.6.1. Dispositifs de prise en charge médico-sociale des Publics spécifiques</b> .....	83
<b>9.6.2. Les pistes d'actions</b> .....	85
Références bibliographiques.....	87
Liste des annexes .....	89
Index des sigles.....	93

# Introduction

## 1. Préambule : le projet régional de santé

### 1.1. Composition

Les modalités d'élaboration du futur projet régional de santé (PRS) sont décrites dans le décret n° 2016-1023 du 26 juillet 2016 relatif au projet régional de santé.

Le futur PRS sera composé de trois documents :

- Le cadre d'orientation stratégique (COS) sur 10 ans (2018-2028),
- Le schéma régional de santé (SRS) sur 5 ans (2018-2022),
- Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) sur 5 ans (2018-2022).

Des précisions sur ces trois documents, sur la base d'extraits du décret n° 2016-1023 du 26 juillet 2016, sont apportées ci-dessous (articles du code de la Santé Publique).

#### 1.1.1. Le cadre d'orientation stratégique

« Art. R. 1434-3.-Le cadre d'orientation stratégique détermine les objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans pour améliorer l'état de santé de la population, lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé, en particulier celles relatives à l'accès à la prévention, aux soins et à l'accompagnement médico-social.

#### 1.1.2. Le schéma régional de santé

« Art. R. 1434-4.-Le schéma régional de santé est élaboré par l'agence régionale de santé sur le fondement d'une évaluation des besoins. A cette fin, elle effectue **un diagnostic comportant une dimension prospective des besoins de santé, sociaux et médico-sociaux et des réponses existantes à ces besoins, y compris celles mises en œuvre dans le cadre d'autres politiques publiques.**

« **Le diagnostic porte également sur la continuité des parcours de santé, l'identification d'éventuels points de rupture au sein de ces parcours et les difficultés de coordination entre professionnels, établissements ou services.**

#### 1.1.3. Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies

« Art. R. 1434-11.-Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies détermine, à échéance de cinq ans :

- « 1° Les actions à conduire ;
- « 2° Les moyens à mobiliser ;
- « 3° Les résultats attendus ;
- « 4° Le calendrier de mise en œuvre ;
- « 5° Les modalités de suivi et d'évaluation

## 1.2. Calendrier d'élaboration

L'élaboration du PRS2 passe par différentes étapes :

- La définition des territoires de démocratie sanitaire (TDS) pour le 31/10/2016 ;
- L'installation des conseils territoriaux de santé (CTS) pour le 01/01/2017 ;
- **L'élaboration des diagnostics territoriaux partagés (DTP) et du diagnostic régional (échéance visée : mars 2017) ;**
- L'élaboration des trois documents composants le PRS2 (COS, SRS et PRAPS) pour une consultation obligatoire le 30/09/2017 et un PRS2 arrêté le 01/01/2018.

Ces différentes étapes sont illustrées par la figure suivante :

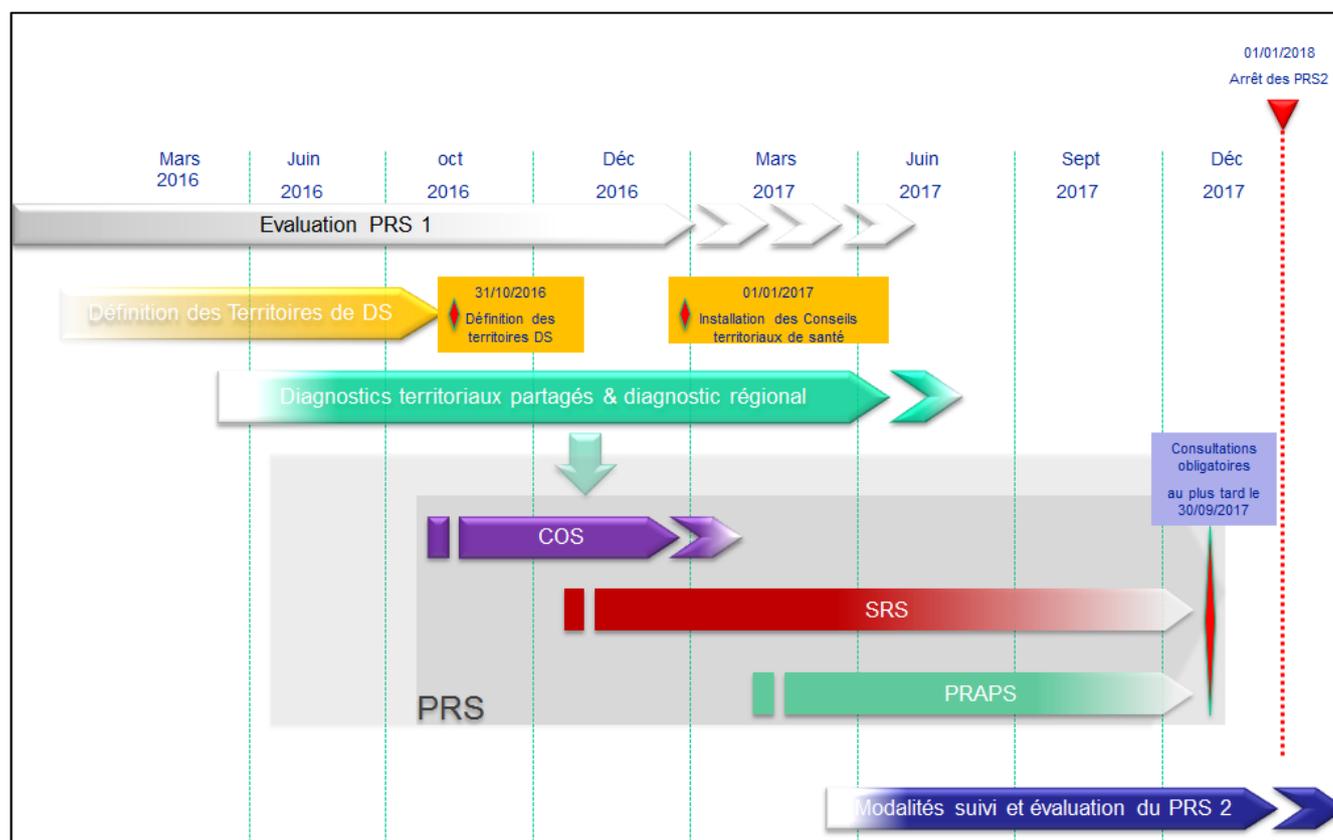


Figure 1 : Calendrier d'élaboration du PRS2

## 2. Modalités d'élaboration du diagnostic régional de santé

Le diagnostic régional doit être centré sur les spécificités de la région Centre-Val de Loire et permettra de faire des choix pour l'élaboration du PRS. Il ne s'agit pas d'un catalogue exhaustif de données mais de documenter les « intérêts à agir ». En outre, ce diagnostic régional doit intégrer une forte dimension prospective.

Ce diagnostic régional de santé sera, entre autre, basé sur les diagnostics territoriaux partagés élaborés pour chaque département. L'élaboration du diagnostic régional de santé suit les étapes données ci-dessous :

✓ **Etape 1 : Elaboration d'un canevas de diagnostic régional**

Un canevas de diagnostic régional a été élaboré par une équipe projet interne ARS « PRS2 », équipe composée de collaborateurs du siège et des délégations départementales. Ce diagnostic est déclinable par territoire de démocratie sanitaire c'est-à-dire à l'échelle du département.

**Le canevas de diagnostic régional comprend au total 13 « questions » valant intérêt à agir, pré identifiées au regard des données disponibles et des orientations de la direction générale. Ces 13 questions ont été réparties en six catégories :**

- **Environnement ;**
- **Etat de santé de la population ;**
- **Santé mentale ;**
- **Démographie des professionnels de santé ;**
- **Offres de soins et d'accompagnement.**

Pour chacune des questions, des indicateurs ont été pré-identifiés. Les inégalités sociales et territoriales de santé sont traitées de façon transversale, avec toutefois un focus spécifique sur la santé mentale.

✓ **Etape 2 : Elaboration d'un document martyr « diagnostic territorial partagé »**

Un document martyr par délégation départementale est ensuite élaboré sur la base des intérêts à agir identifiés dans le canevas de diagnostic régional.

✓ **Etape 3 : Concertations avec les Conseils Territoriaux de Santé (CTS) et les acteurs du territoire sur les diagnostics territoriaux partagés**

Les documents martyrs de chaque département ainsi élaborés seront ensuite enrichis par les CTS et les acteurs du territoire.

Une livraison stabilisée est attendue autour du 30 mars 2016. Au-delà, les contributions peuvent continuer et seront nécessaires pour préparer la mise en œuvre et le document définitif jusqu'au 30 juin 2016.

✓ **Etape 4 : Avis des CTS sur les diagnostics territoriaux partagés**

**La validation du DTP constitue une exigence réglementaire.**

Article 69 de la Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé : « Art L. 3221-2-IV. -Le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale sont arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis des conseils locaux de santé ou des

conseils locaux de santé mentale et du conseil territorial de santé mentionné à l'article L. 1434-10. Le diagnostic et le projet territorial de santé mentale peuvent être révisés ou complétés à tout moment. »

- ✓ **Etape 5 : Elaboration du diagnostic régional partagé**
- ✓ **Etape 6 : Concertation avec la CRSA et de l'Instance de Co-Construction sur le diagnostic régional partagé**

Le diagnostic régional partagé, basé notamment sur les diagnostics territoriaux partagés, sera également soumis à concertation auprès des membres de la CRSA. En outre, l'Instance de co-construction mise en place par la Directrice Générale est composée des grands décideurs régionaux (préfecture, conseil départementaux, les présidents des commissions de la CRSA et son président) Elle validera les grandes étapes de construction du PRS dont celle du diagnostic régional dès sa finalisation.

### **3. Outils pour l'élaboration des diagnostics territoriaux partagés**

#### **3.1. Documentation**

Une liste non exhaustive de documents ou bases de données réalisées ou existantes est dressée ci-après :

- Les inégalités sociales et territoriales de santé Centre-Val de Loire, ORS (2015) ;
- Le diagnostic régional santé environnement, ORS (2016)
- Les bases de données de l'INSEE
- Les données de l'Assurance Maladie
- Les schémas départementaux
- Le précédent projet régional de santé
- Les précédents programmes territoriaux de santé (PTS)
- Les contrats locaux de santé (CLS)
- Projet régional Santé Environnement (PRSE3)

#### **3.2. Orientations et travaux existants**

L'élaboration des diagnostics doit tenir compte des orientations et travaux menés en parallèle.

- **Réorientation de la stratégie de financement des actions de prévention et promotion de la santé (PPS) de l'ARS**

Dans le cadre de cette réorientation, un travail de synthèse basé sur les diagnostics territoriaux réalisés dans le cadre des Contrats Locaux de Santé en Touraine du Sud, Chinonais, Loire Touraine et Loire Nature ainsi que les problématiques de santé rencontrées dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville ont permis de dresser les priorités d'actions en prévention et promotion de la santé qui est repris présentement.

- **La structuration du futur SRS**

Le futur SRS sera structuré en axes transversaux et en parcours spécifiques (cf. tableau 1).

**Tableau 1 : Axes transversaux et parcours spécifiques du futur SRS**

Axes transversaux	Parcours spécifiques
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accès au système de santé</li> <li>• Efficience du système de santé</li> <li>• Continuité des parcours de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes âgées</li> <li>• Autisme</li> <li>• Maladies neurodégénératives</li> <li>• Cancer</li> <li>• Santé mentale</li> <li>• Addiction</li> <li>• Handicap</li> </ul>

Les parcours spécifiques sont le choix de la direction générale de l'ARS. Le SRS contient des objectifs prioritaires à 5 ans selon des axes transversaux mais également selon des axes spécifiques.

Les parcours spécifiques ont été retenus sur la base des éléments suivants :

- Ils font l'objet d'un plan national et d'objectifs de Santé Publique nécessitant un suivi particulier ;
- Leur traitement dans ce cadre peut amener un effet de levier important pour le reste du système de santé ;
- Les parcours non traités dans ce cadre continuent à suivre leur cours et leurs problématiques sont traitées dans les axes transversaux ;
- Les parcours spécifiques ne seront traités que sur les aspects ne relevant pas des axes transversaux.

#### 4. Données démographiques

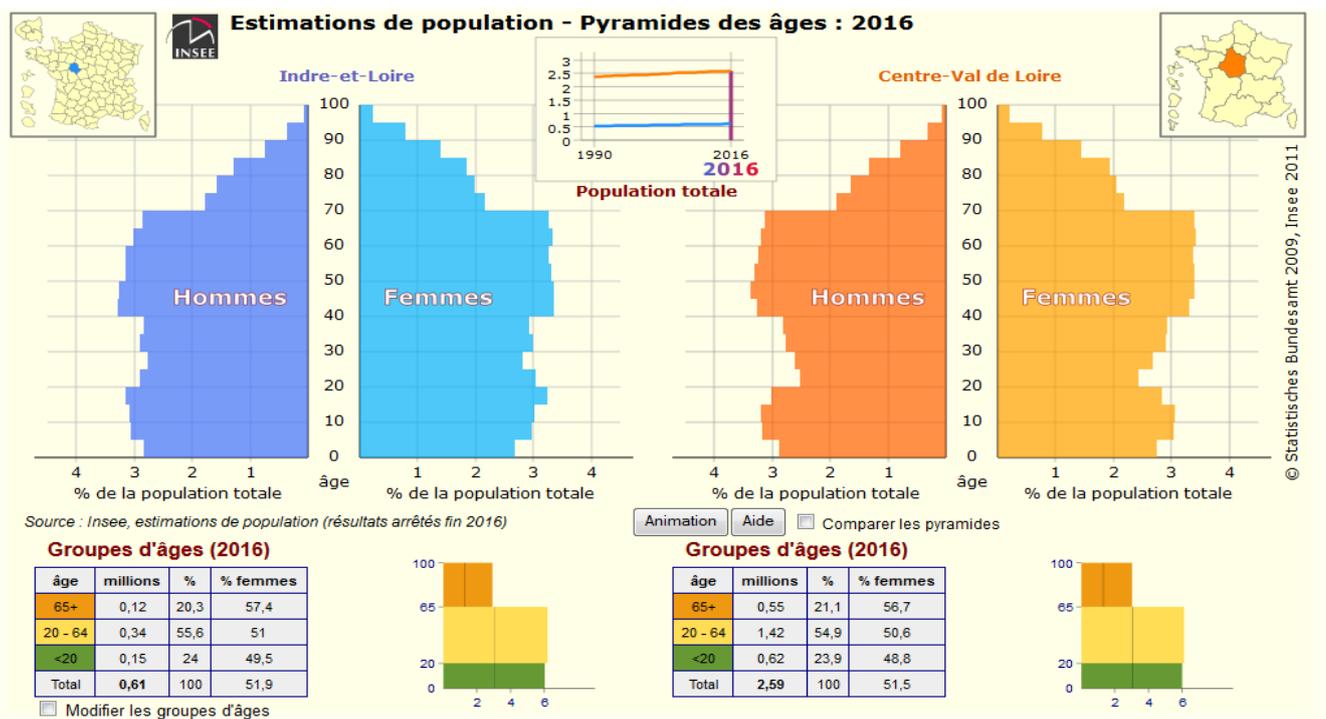
##### 4.1. Population : données rétrospectives (ORS, 2015)

Au recensement de 2014, la population d'Indre-et-Loire compte **603 924 habitants**, avec une densité de 98 habitants au km<sup>2</sup>. Au 1<sup>er</sup> janvier 2015, elle s'élève à 606 164 habitants. Le taux de progression de 2,63% en cinq années est le plus important de la région, avec un taux de croissance annuel moyen de + 0,52%, supérieur au taux régional (+ 0,30) et proche du niveau national. Ce dynamisme démographique du département est en partie dû à une forte attractivité du département mais également à un solde naturel constamment positif.

Avec près de 352 873 habitants, le pôle urbain de Tours qui compte 36 communes, concentre plus de la moitié de la population du département. Il est le plus important de la région Centre-Val de Loire et il constitue un pôle majeur du développement régional.

2 Populations municipales des départements				
Départements et région	2014	2009	Évolution 2009-2014	Évolution annuelle moyenne
Cher	310 270	311 022	- 0,2	- 0,05
Eure-et-Loir	433 762	425 502	1,9	0,39
Indre	226 175	232 268	- 2,6	- 0,53
Indre-et-Loire	603 924	588 420	2,6	0,52
Loir-et-Cher	333 567	327 868	1,7	0,35
Loiret	669 737	653 510	2,5	0,49
<b>Centre-Val de Loire</b>	<b>2 577 435</b>	<b>2 538 590</b>	<b>1,5</b>	<b>0,30</b>

Source : Insee, Recensement de la population



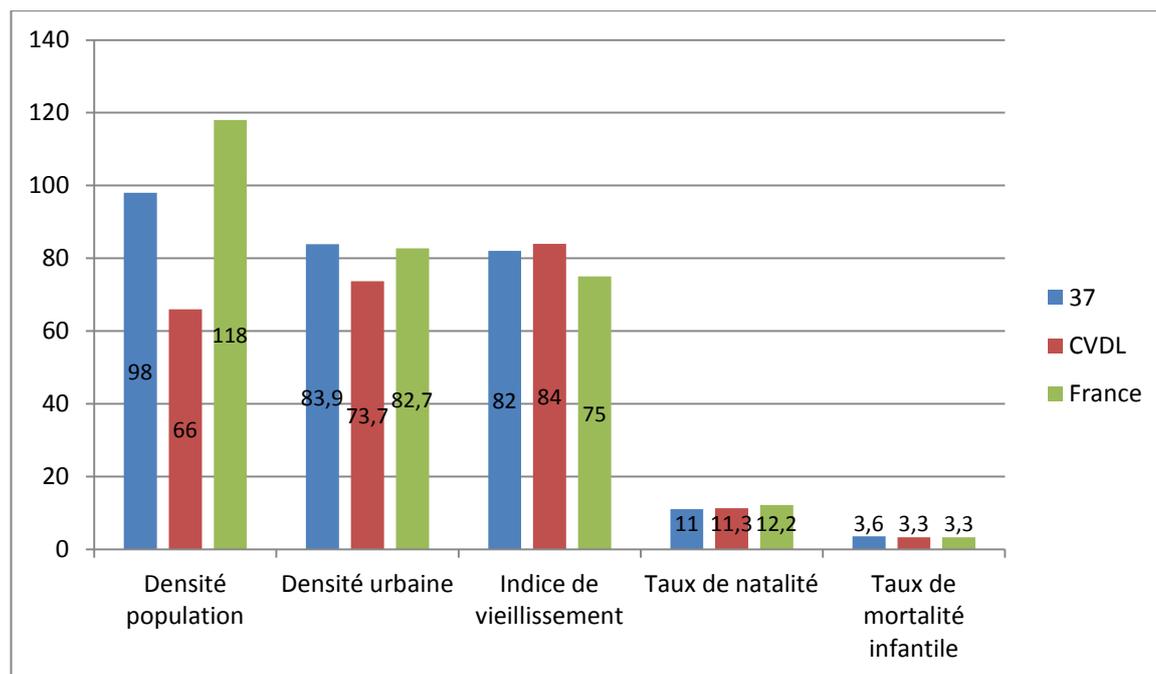
**Figure 2 : Pyramide des âges d'Indre-et-Loire (source Insee)**

Le département d'Indre-et-Loire se caractérise en 2016 par :

- 24 % de sa population âgée de moins de 20 ans (contre 23,9 % en région Centre-Val de Loire)
- 55,6 % de sa population âgée de 20 à 64 ans (contre 54,9 % en région Centre-Val de Loire)
- 20,3 % de sa population âgée de 65 ans et + (contre 21,1 % en région Centre-Val de Loire)
- Les femmes y sont plus nombreuses que les hommes (51,9% versus 51,5% à l'échelle régionale)

Au niveau infra départemental, sur la période 2003 – 2011, la population des Pays Loire Nature et Loire Touraine est relativement plus jeune qu'au niveau départemental, la proportion des personnes âgées de 75 ans et + y étant inférieure. A contrario, la population dans le Pays Loches Sud Touraine est nettement plus âgée ainsi que dans le Pays du Chinonais.

## 4.2. Indicateurs démographiques 2014 (37)



Source : CNSA

Densité de population : nombre d'habitants au km<sup>2</sup>

Indice de vieillissement de la population : rapport de la population de 65 ans et + pour 100 personnes de moins de 20 ans

Taux de natalité en 2013 : naissances domiciliées pour 1 000 habitants

Taux de mortalité infantile : décès de moins d'1 an/1 000 naissances (moyenne 2011-2012-2013).

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

- Un territoire avec une forte densité urbaine, supérieure à celles de la région et de la France
- Avec un indice de vieillissement (83.2 pour 1000 habitants en 2015 versus 86.4‰) et un taux de natalité (10.6 pour 1 000 habitants versus 10.7‰) légèrement inférieurs à ceux observés au niveau régional
- Mais un taux de mortalité infantile (4.1 pour 1 000 naissances) légèrement supérieur au taux régional (3.6 ‰) et national en raison de la présence du CHRU et de son hôpital pour enfant bien que le taux de mortalité générale soit plutôt favorable (9.2‰ versus 10.2‰ régional)

## 4.3. Données prospectives (INSEE)

### Projection de la population par âge en 2040

	Population totale		Evolution en %	Moins de 20 ans		Evolution en %	20-59 ans		Evolution en %	75 ans et +		Evolution en %
	2015	2040		2015	2040		2015	2040		2015	2040	
18	311 768	315 000	1,0	67 451	64 759	-4,0	147 734	132 457	-10,3	37 513	58 121	54,9
28	435 171	472 000	8,5	111 395	110 868	-0,5	215 035	213 515	-0,7	39 630	69 869	76,3
36	225 590	238 000	5,5	46 996	45 957	-2,2	103 510	97 422	-5,9	30 695	46 900	52,8
<b>37</b>	<b>606 164</b>	<b>688 000</b>	<b>13,5</b>	<b>145 566</b>	<b>154 395</b>	<b>6,1</b>	<b>300 596</b>	<b>313 918</b>	<b>4,4</b>	<b>62 676</b>	<b>109 053</b>	<b>74,0</b>
41	332 775	366 000	10,0	76 970	78 208	1,6	156 202	152 594	-2,3	39 834	67 014	68,2
45	670 906	728 000	8,5	170 762	170 602	-0,1	332 831	332 829	0,0	62 171	107 659	73,2
CVDL	2 582 374	2 807 000	8,7	619 140	624 789	0,9	1 255 908	1 242 735	-1,0	272 519	458 616	68,3
France	66 380 602	73 200 000	10,3	16 359 219	16 558 081	1,2	33 741 152	34 035 032	0,9	6 083 010	10 672 135	76,0

Source : INSEE

## Projection de la population en Indre-et-Loire en 2040 en %

Evolution et structure par âge de la population (au 1 <sup>er</sup> janvier)		
	2015	2040
Population totale (en milliers)	606 164	688 000
Classes d'âges (en %)		
Moins de 20 ans	24,0	22,4
20 – 59 ans	49,6	45,6
60 ans et plus	26,4	31,9
Dont 75 ans et +	10,3	15,9
Ensemble	100	100

Source : INSEE projections de population

Selon les dernières projections de population de l'Insee, si les tendances démographiques se poursuivaient, la population de l'Indre-et-Loire continuerait sa progression à un rythme soutenu avec un taux de 13,5 % pour atteindre environ 688 000 habitants en 2040. Le département connaîtrait ainsi le plus fort taux de croissance de la région (+0,5 % en moyenne annuelle) grâce à l'effet combiné de ses excédents naturels et migratoires. Il serait supérieur aux taux régional (8,7 %) et national (10,0 %).

Le vieillissement de la population s'accroîtrait.

En effet, l'arrivée aux âges élevés des générations nombreuses du babyboom, combinée à l'allongement de l'espérance de vie et à la structure par âge des flux migratoires, entraînerait une forte augmentation (74 %) du nombre de personnes âgées en Indre-et-Loire entre 2015 et 2040, représentant le 2<sup>ème</sup> taux le plus élevé de la région après l'Eure-et-Loir. En nombre absolu, c'est l'Indre-et-Loire qui comptera le plus de séniors âgés de 75 ans et plus (109 000).

- Une évolution de la population des jeunes de moins de 20 ans, de + 6, 1 %, la plus importante de la région et supérieure aux taux régional et national. Dans la région, seuls le Loir-et-Cher et l'Indre-et-Loire verraient la population des jeunes de moins de 20 ans augmenter. Cependant, ils ne représenteraient plus que 22,4 % de la population (contre 24,01 % en 2015)
- Une évolution des 20 – 59 ans de + 4,4 %, la plus importante de la région, supérieure aux taux régional et national, mais qui décroît en part relative (- 4%)
- Une forte évolution des 60 ans et plus qui représenteront 31,9% de la population contre 26,4% aujourd'hui.
- Une évolution de **74 %** des personnes de 75 ans et +.

L'indice de vieillissement augmenterait de 2 points : il passerait de 82 à 84.

### 4.4. Quelques caractéristiques des personnes âgées

Taux de personnes âgées de 75 ans et plus vivant seules à domicile en 2011 (en %) et son évolution (en %) depuis 2006

	Taux de personnes de 75 ans et plus vivant seules	Évolution (2006-2011)
Cher	38,4	7,7
Eure-et-Loir	37,1*	9,8
Indre	38,3	5,8
Indre-et-Loire	38,1*	13,3
Loir-et-Cher	36,8*	13,9
Loiret	37,9*	13,4
Région	37,8*	11,2
France hexagonale	38,7	10,6

\*Taux significatif au niveau national p<0,05

Source : Insee (17/2006, 2011) - Expédition : DES Centre-Val de Loire

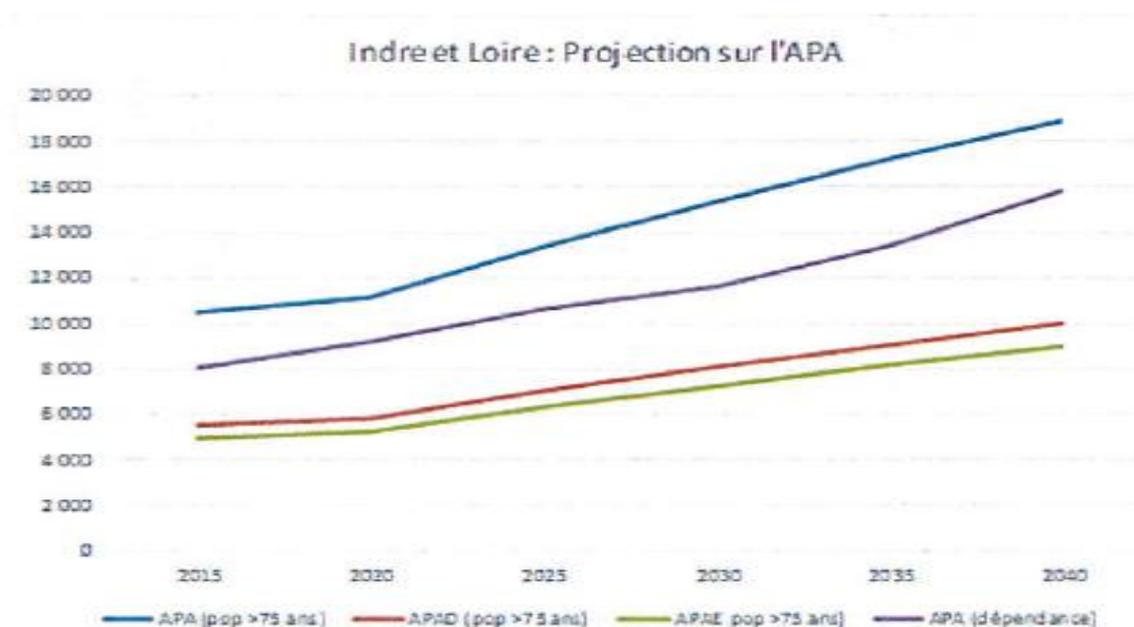
D'après l'observation sociale croisée des acteurs régionaux et départementaux (OSCARD) 2016,

- 90,4% des personnes de 75 ans et + d'Indre-et-Loire vivent en logement ordinaire (contre 89,8% pour le niveau régional et 90,3% au niveau national).
- 230 326 personnes soit 37,6% vivent seules à leur domicile (37,7% pour le niveau régional et 38,6% au niveau national)
- L'espérance de vie à 60 ans (23,7 ans pour les hommes et 28,4 ans pour les femmes) en Indre-et-Loire est plus élevée qu'au niveau régional et national.

### **Bénéficiaires de l'APA :**

En 2016, 13 198 personnes étaient bénéficiaires de l'APA, dont 6 679 personnes bénéficiaires de l'APA établissement (nombre de bénéficiaires payés) et 6 319 bénéficiaires de l'APA à domicile (droits ouverts),

### **Projection des bénéficiaires de l'APA en 2040**



D'après le modèle Omphale scénario central en 2010, seule projection disponible à ce jour, le nombre de bénéficiaires de l'APA pourrait atteindre 19 000 personnes en 2040, voire 24 000 selon un scénario très haut.

## 4.5. Quelques indicateurs sociaux

### 4.5.1. Chômage

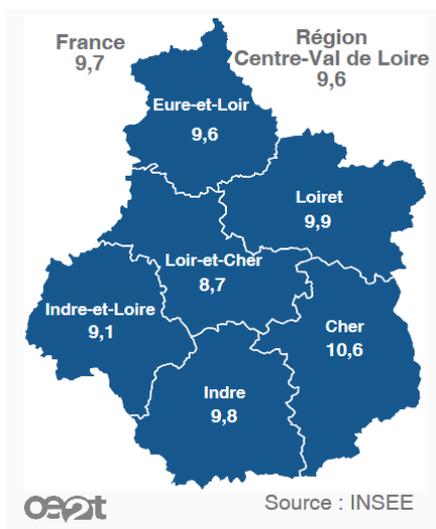


Figure 3 : Taux de chômage au 3<sup>ème</sup> trimestre 2016 en région Centre-Val de Loire (source Insee)

Au 3<sup>ème</sup> trimestre 2016, le taux de chômage en Indre-et-Loire est de 9,1 %. Il est inférieur à celui de la région CVL (9,6) et de la France métropolitaine (9,7 %).

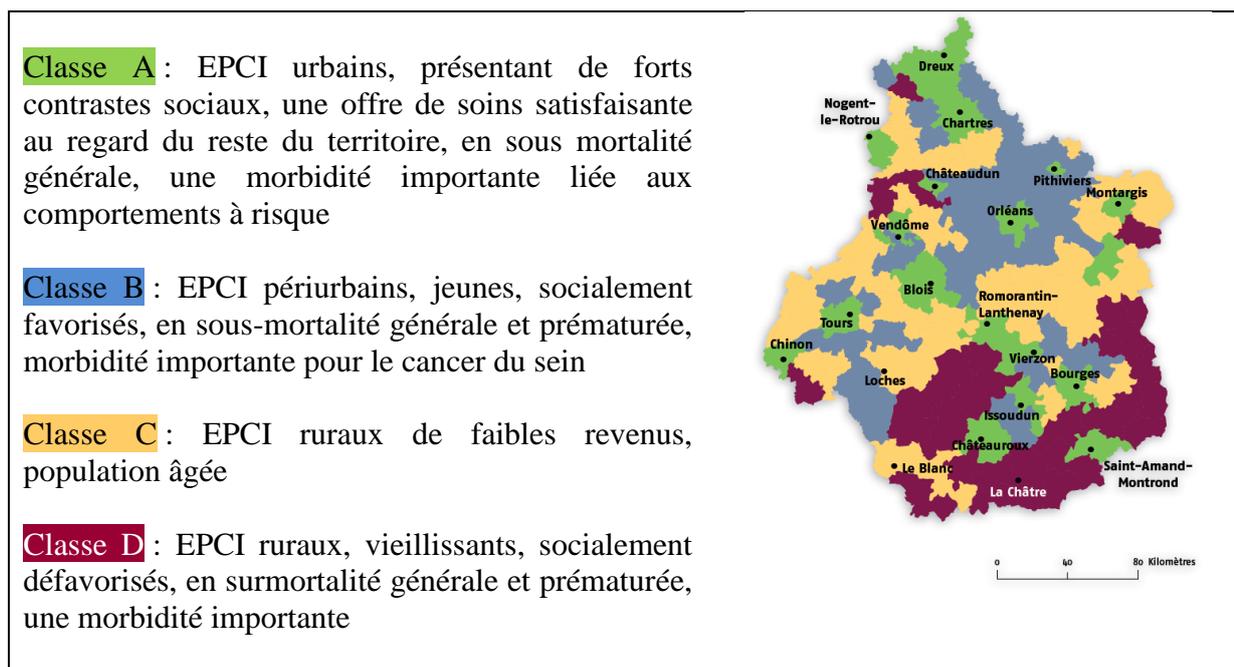
### 4.5.2. Indicateurs de pauvreté

La population tourangelle connaît un taux de pauvreté monétaire au 31/12/2013 de 11,6 % (12,3 % pour la région) qui considère qu'un individu (ou un ménage) est pauvre lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté. Le seuil de pauvreté étant déterminé à 60 % de la médiane de la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population.

L'Indre-et-Loire compte 19 048 allocataires au 31/12/2015 soit 6,1 % de la population dont 10 749 allocataires du RSA socle seul (majoré ou non) qui représentent 4,00% de la population.

34 665 allocataires de la CMUC sont dénombrés au 31/12/2014 (5,7 % de la population).

### 4.5.3. Inégalités sociales et territoriales de santé de la région



*Figure 4 : Résultats de la typologie en 4 classes après consolidation (ORS : 2015)*

L'étude menée par l'ORS en 2015 met en exergue les inégalités sociales et territoriales de santé de la région, tel que le montre la figure 4. Quatre « classes » ont été définies à l'échelle de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI), également appelé intercommunalité. Un EPCI désigne un regroupement de communautés territoriales (ex. : communauté de communes).

Le seul EPCI de classe D se situe dans le sud-ouest du département en pays Chinonais (cette classe D concerne des territoires ruraux, peu densément peuplés dont la population est vieillissante. Au regard des catégories socioprofessionnelles, les parts d'agriculteurs et d'artisans sont plus importantes qu'en moyenne en Région et inversement, celles des cadres et des professions intermédiaires y sont plus faibles. Ces territoires sont marqués par un fort taux d'inactivité et, parmi les actifs, beaucoup sont à la recherche d'un emploi. Les EPCI de cette classe présentent une surmortalité générale et prématurée, notamment par maladie cardiovasculaire, par cancer, par consommation excessive d'alcool et de tabac, ou encore par morts violentes, dont les suicides).

L'Indre-et-Loire compte quelques intercommunalités de classe B (EPCI périurbains, jeunes, socialement favorisés, en sous-mortalité générale et prématurée que ce soit par rapport à une consommation excessive d'alcool, par maladies cardio-vasculaires, par cancer ou encore par suicide, morbidité importante pour le cancer du sein et moins d'ALD pour le cancer du côlon) et une majorité d'EPCI de classe C (EPCI ruraux- 2ème couronne autour des zones péri urbaines- avec une forte proportion d'ouvriers, de faibles revenus, population âgée, pas de spécificité sur l'état de santé hormis une surmortalité par cancer du sein et moins d'hospitalisations pour cancer de la prostate).

## 5. Environnement

### 5.1. Eléments de diagnostic

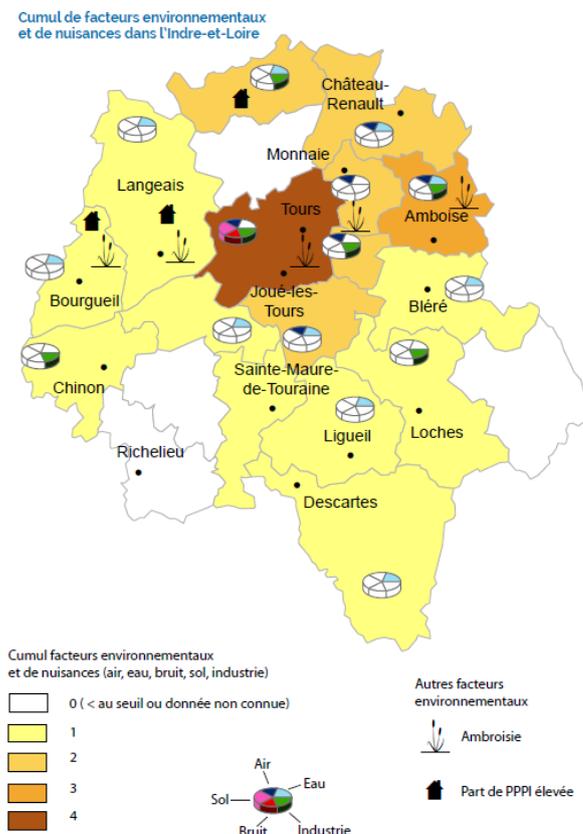


Figure 5 : Carte du cumul de facteurs environnementaux et de nuisances en Indre-et-Loire (ORS, 2016)

Afin de mettre en évidence les inégalités environnementales en Région, des cartographies ont été créées, représentant et résumant des zones de cumul de facteurs environnementaux et de nuisances. Pour ce faire, l'ORS Centre-Val de Loire s'est appuyé sur une étude réalisée par l'Institut d'aménagement et d'urbanisme et l'ORS Île-de-France sur l'identification des points noirs environnementaux.

La méthodologie cible les 5 sources de nuisances et de pollutions principales pour lesquelles les indicateurs les plus robustes étaient disponibles :

- le bruit routier : nombre de personnes exposées au bruit routier
- la qualité de l'air extérieur : moyennes annuelles en particules en suspension dont le diamètre est inférieur à 10 micromètres (PM<sub>10</sub>) et en dioxyde d'azote (NO<sub>2</sub>) en 2014
- la qualité de l'eau distribuée : taux de non-conformité bactériologique en 2014, teneurs en pesticides non conformes en 2014, teneurs en nitrates non conformes en 2014
- les sols : densité de sites et sols pollués fin 2015
- le tissu industriel : densité d'installations classées IED (installations classées soumises à la directive sur les émissions industrielles) fin 2015.

On retrouve dans le département de l'Indre-et-Loire le cumul de facteurs environnementaux et de nuisances en lien avec la qualité de l'eau distribuée, la qualité de l'air extérieur et la présence

d'installations classées IED (installations classées soumises à la directive sur les émissions industrielles).

### **Le sud du département**

D'une manière générale, le sud du département présente peu de facteurs cumulatifs environnementaux. Quelques spécificités démarquent cependant les différents territoires. Le pays Loches Sud Touraine présente quelques UDI ayant des taux de non-conformité bactériologique et un territoire ayant une densité d'installations classées IED supérieure à la moyenne régionale. Sur le pays du Chinonais, les facteurs environnementaux sont sensiblement les mêmes (eau et tissu industriel). Enfin, ces territoires ont également en commun la présence d'ambrosie pour ceux situés le long de l'axe ligérien.

### **Le nord et les territoires autour de l'agglomération de Tours Plus**

On retrouve sur ces territoires des densités d'installations classées IED supérieures au niveau régional. Des UDI ont également des eaux distribuées non conformes sur le plan bactériologique ou des teneurs non conformes en pesticides. Certains territoires, principalement le long des grands axes routiers structurants (A10), ont de fortes moyennes annuelles en PM<sub>10</sub> et NO<sub>2</sub>. Enfin, d'une manière générale l'ambrosie est également présente sur ces territoires.

### **Le cas particulier de l'agglomération de Tours Plus**

Sont observées sur l'agglomération des problématiques de qualité de l'air, avec des moyennes annuelles en PM<sub>10</sub> et NO<sub>2</sub> élevées, davantage de population exposée au bruit routier, des densités d'installations classées IED et de sites et de sols pollués supérieures à celles relevées au niveau régional.

## **5.2. Qualité de l'eau distribuée**

L'eau destinée à la consommation humaine dans le département d'Indre et Loire provient essentiellement des captages d'eau souterraine. Seules deux prises d'eau de surface sont utilisées pour la production d'eau potable (dans le Cher et la Loire).

Le département d'Indre-et-Loire est impacté par des problèmes de qualité d'eau distribuée dus principalement aux pesticides et à des non conformités sur le plan bactériologique.

### **5.2.1. Les pesticides dans les eaux**

Les effets des pesticides sur la santé sont surtout connus dans le cas d'intoxications professionnelles suite à l'exposition accidentelle à un produit concentré. A de très fortes doses, l'intoxication dite « aiguë » se manifeste par des troubles nerveux, digestifs, respiratoires, cardio-vasculaires ou musculaires. La connaissance des effets d'une exposition à de très faibles doses de pesticides et à long terme est encore aujourd'hui incomplète (notamment les effets associés à un cocktail de molécules). Certains pesticides sont suspectés d'être cancérigènes, voire mutagènes, et d'entraîner des effets néfastes sur le système nerveux central (Parkinson) et le foie. Ils sont également considérés comme des perturbateurs endocriniens. Les femmes enceintes et les jeunes enfants sont particulièrement vulnérables.

La limite de qualité est égale à 0,1 µg/L pour un pesticide et à 0,5 µg/L pour le total des pesticides.

Les pesticides ou produits phytosanitaires sont des substances chimiques utilisées pour lutter contre les maladies des cultures ou pour éliminer les adventices. La pollution des eaux par ces produits est liée à

leur entrainement par ruissellement ou érosion ou par infiltration. Le transfert des pesticides dans les rivières ou les nappes est influencé par leur solubilité dans l'eau, leur stabilité chimique, la nature du sol, la pluviométrie, ...

Pour l'année 2015, environ 1,1% de la population du département est concerné par la distribution d'une eau présentant des pesticides (seuls 2 UDI sur les 161). Les dépassements sont observés sur les secteurs de Fondettes et de Beaumont-La-Ronce, sur les paramètres tébutam<sup>1</sup>, flamprop-isopropyl<sup>2</sup> et atrazine déséthyl<sup>3</sup>.

Des anomalies ponctuelles, n'ayant pas nécessité de mesure de gestion ou de restriction d'usage, ont également été rencontrées (cf. figure 6).

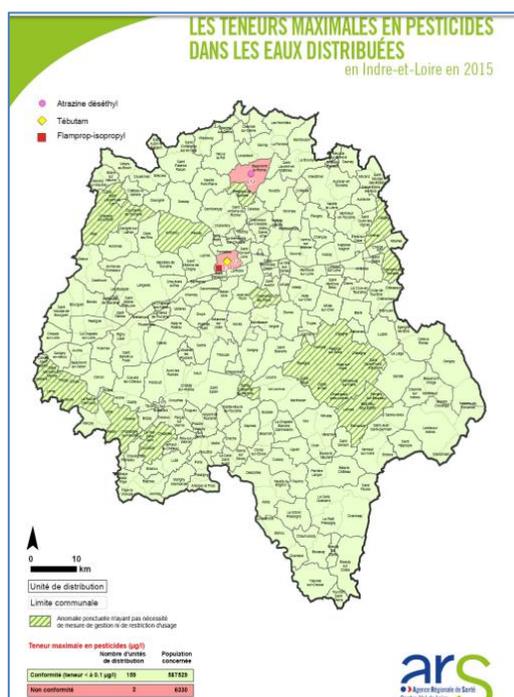


Figure 6 : les teneurs maximales en pesticides dans les eaux distribuées en Indre et Loire en 2015

Ces chiffres sont en amélioration constante au fil des années grâce notamment aux recours à de nouvelles techniques agricoles, à la réalisation d'interconnexions des réseaux d'eau, à la recherche de nouvelles ressources de meilleure qualité et à l'installation de stations de traitement.

Pour l'année 2016, la recherche de nouvelles molécules de pesticides dans le cadre du contrôle sanitaire de l'eau a conduit à des non-conformités durables (supérieures à 1 mois) pour 6 communes, réparties sur l'ensemble du département. Il s'agit de petites communes représentant 4 818 habitants, soit moins de 1% de la population départementale.

Comparativement à 2015, la population impactée est moindre, mais les communes concernées, de petite taille, disposent de moyens plus restreints pour remédier à ces situations.

<sup>1</sup> Herbicide utilisé sur les cultures d'oléagineux

<sup>2</sup> Herbicide

<sup>3</sup> L'atrazine-déséthyl est le premier métabolite de l'atrazine, qui est un herbicide utilisé principalement comme désherbant du maïs et plus modestement, en arboriculture.

On note enfin une nette amélioration depuis 2012-2013 : le nombre d'UDI présentant une eau non conforme en pesticides était de 16 UDI (soit 45 247 habitants) en 2012 et de 6 UDI (20 368 habitants) en 2013.

### 5.2.2. Qualité bactériologique des eaux destinées à la consommation humaine (source : La qualité bactériologique des eaux distribuées en région Centre-Val de Loire en 2015 – ARS Centre Val de Loire)

L'eau peut contenir des germes largement répandus dans l'environnement naturel, surtout dans le sol, et non spécifiques d'une contamination fécale. Leur présence peut révéler une vulnérabilité du captage ou du réseau d'adduction ou peut être interprétée comme une insuffisance ou une défaillance du traitement.

De nombreux micro-organismes (bactéries, virus, parasites) sont présents dans les eaux. Certains peuvent être à l'origine de maladies pour l'homme. Si les grandes épidémies d'origine hydrique (choléra, typhoïde) ne sont plus d'actualité, la qualité microbiologique des eaux demeure néanmoins une préoccupation sanitaire essentielle. Désormais, le risque infectieux se manifeste principalement sous la forme d'épisodes de gastro-entérites. Une seule exposition à un micro-organisme peut suffire à provoquer une maladie dont la gravité dépend de la quantité de germes, de leur virulence et de l'état de santé du consommateur. Par conséquent, l'eau destinée à la consommation humaine, à la préparation des aliments et à l'hygiène personnelle ne doit contenir aucun agent pathogène.

La non-conformité bactériologique (présence de germes Escherichia Coli ou entérocoques) des eaux destinées à la consommation humaine est appréciée à partir du dépassement de deux seuils : 30% de non-conformité pour les petites unités de distribution et 5% pour les grandes unités de distribution.

Entre 2007 et 2015, sur les 9 années, on recense 4 années pendant lesquelles 1 ou 2 unités de distribution ont présenté des non-conformités bactériologiques (30% de non conformités).

**La qualité bactériologique des eaux distribuées en région Centre-Val de Loire depuis 2007**

**Évolution du nombre d'unités de distribution non conformes à 30 % et de la population alimentée par une eau non conforme à 30 % en bactériologie depuis 2007**

Département		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Cher	Nombre d'UDI	0	1	0	1	0	0	0	0	0
	Population	0	40	0	26	0	0	0	0	0
Eure-et-Loir	Nombre d'UDI	7	1	4	3	5	0	1	0	0
	Population	1 285	46	1 311	840	1 447	0	269	0	0
Indre	Nombre d'UDI	0	0	0	0	0	0	1	0	0
	Population	0	0	0	0	0	0	118	0	0
Indre-et-Loire	Nombre d'UDI	0	0	1	1	0	0	2	0	1
	Population	0	0	821	683	0	0	1 769	0	847
Loir-et-Cher	Nombre d'UDI	5	0	0	0	1	0	0	0	0
	Population	4 350	0	0	0	50	0	0	0	0
Loiret	Nombre d'UDI	5	0	1	2	1	0	0	0	0
	Population	2 366	0	226	383	1 972	0	0	0	0
Région Centre-Val de Loire	Nombre d'UDI	17	2	6	7	7	0	4	0	1
	Population	8 001	86	2 358	1 932	3 469	0	2 156	0	847

**Figure 7 : évolution du nombre d'unités de distribution non conformes à 30% et de la population alimentée par une eau non conforme à 30% entre 2007 et 2015 – ARS CVL**

En 2015, 1 unité de distribution (desservant 847 personnes) a été concernée par plus de 30% de non-conformités bactériologiques et 5 unités de distribution (desservant 5 620 personnes) ont présenté un taux de non-conformité compris entre 5 et 30%.

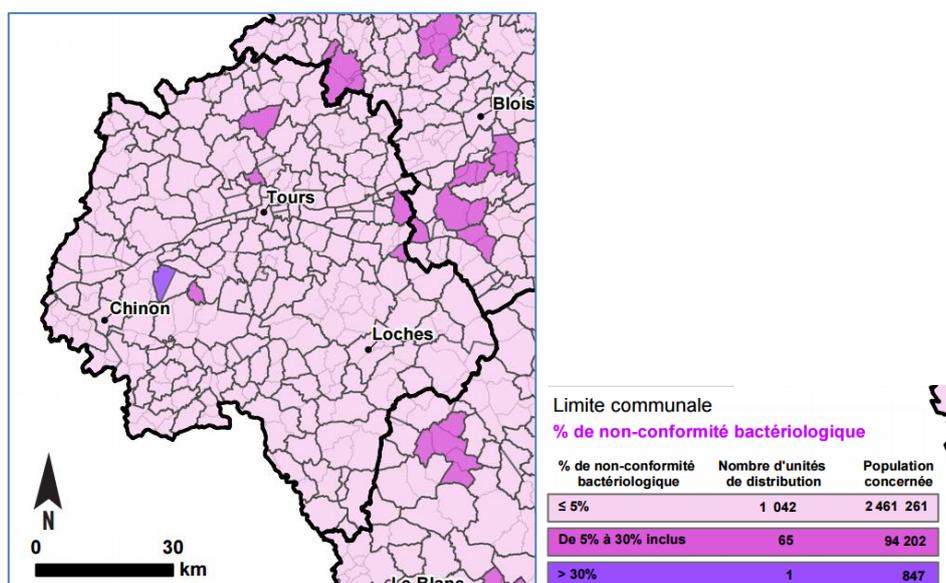


Figure 8 : Pourcentage de non-conformité par unité de distribution dans le département d'Indre-et-Loire

En 2016, 1 UDI (847 personnes) a été concernée par plus de 30% de non-conformité et 1 UDI de plus de 5 000 habitants a été concernée par plus de 5% de non-conformité. Enfin, 7 UDI de moins de 5 000 habitants ont présenté un taux de non-conformité compris entre 5 à 30% (13 473 habitants).

Des efforts importants ont été mis en œuvre depuis plusieurs années par les collectivités pour améliorer la qualité bactériologique des eaux distribuées : les cas de non-conformité bactériologique importante pouvant être dus à des défauts de maîtrise des traitements de désinfection ou à une eau brute particulièrement chargée en matière organique ou ayant une forte turbidité ont fortement diminué ces dernières années. En revanche, même si leur nombre reste limité, des cas de contaminations importantes liées à des refoulements d'eaux de captages privés dans le réseau public sont régulièrement observés : à titre préventif, le contrôle des installations privées des abonnés dont la consommation est anormalement faible est indispensable.

### 5.2.3. Chlorure de vinyle monomère (CVM)

Le chlorure de vinyle est un composé chimique de synthèse utilisé essentiellement dans la fabrication de plastique, PVC ou polychlorure de vinyle. Il n'existe aucune source naturelle de ce composé, celui-ci est fabriqué par l'homme. Le chlorure de vinyle monomère (CVM) dans l'eau destinée à la consommation humaine est issue de la dégradation des canalisations en PVC d'avant 1980. La température de l'eau, le linéaire des tronçons de canalisations en PVC et les longs temps de séjour de l'eau dans ce type de réseaux, favorisent la migration de ces molécules dans l'eau (Instruction N°DGS/EA4/2012/366 du 18 octobre 2012).

Le chlorure de vinyle est classé comme cancérigène certain. C'est un facteur de risque de l'angiosarcome hépatique. Il est également mis en cause dans les carcinomes hépatocellulaires (InVS, 2010).

Dans le cadre du contrôle sanitaire, l'ARS a engagé une campagne de recherche du chlorure de vinyl monomère (CVM). 345 prélèvements ont été réalisés en 2015 ayant mis en évidence 13 situations non-conformes et conduit à 1 restriction d'usage. En 2016, les 310 prélèvements réalisés ont mis en évidence 29 situations non-conformes et ont conduit 8 maitres d'ouvrages à engager des actions pour remédier à ces non conformités.

### 5.3. La pollution atmosphérique

La contribution des polluants atmosphériques dans la morbidité et la mortalité au sein de la population est admise. La pollution de l'air entraîne une augmentation des maladies respiratoires et cardiovasculaires et est source de surmortalité. Le CIRC (Centre International de Recherche sur le Cancer) a classé la pollution de l'air extérieur comme étant cancérigène certain pour l'homme. Les particules fines, ou  $PM_{2,5}$  ont été étudiées séparément et classées également dans ce groupe.

La qualité de l'air extérieur est surveillée par l'association Lig'air qui possède 4 stations de mesures sur le département : Tours, Tours la Bruyère, Joué-lès-Tours, Chanceaux-sur-Choisille. Les paramètres réglementaires suivis sont : le dioxyde d'azote ( $NO_2$ ), l'ozone ( $O_3$ ), les particules fines de diamètre inférieur à 10 micron ( $PM_{10}$ ) et les particules fines de diamètre inférieur à 2,5 micron ( $PM_{2,5}$ ).

Concernant l'exposition à la pollution atmosphérique, l'agglomération tourangelle est particulièrement concernée, ainsi que, dans une moindre mesure, les EPCI à l'est de l'agglomération et l'extrême sud et l'extrême ouest du département (cf. cartes ci-dessous).

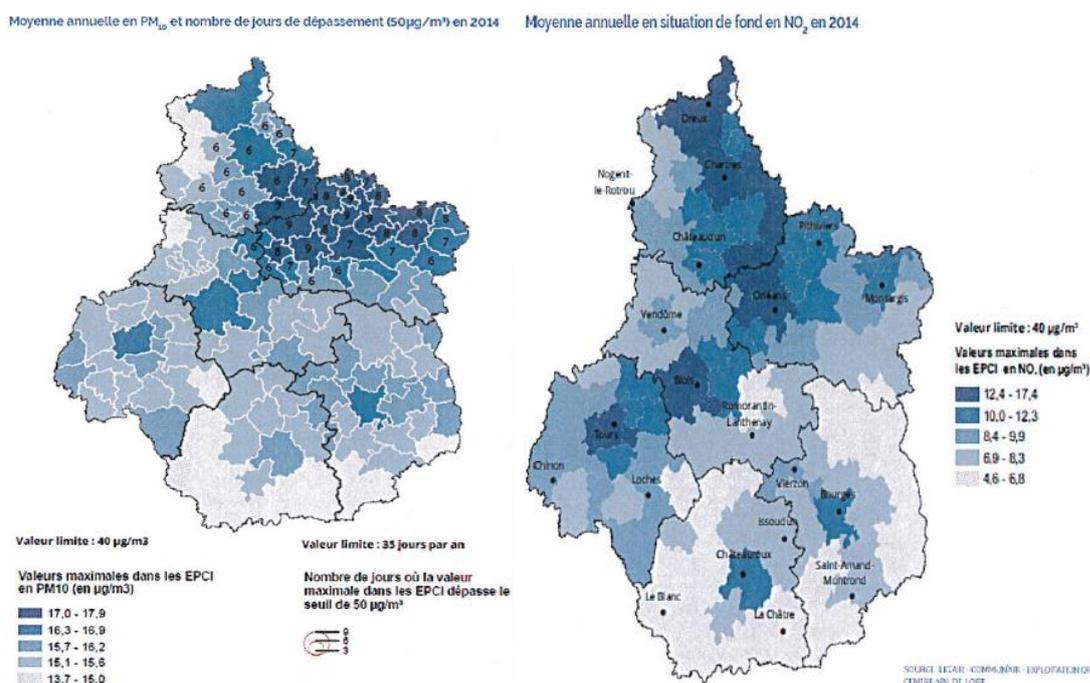


Figure 9 : moyenne annuelle en  $PM_{10}$  et nombre de jours de dépassement en 2014 (ORS 2016)

Figure 10 : moyenne annuelle en  $NO_2$  et valeurs maximales en 2014 (ORS 2016)

Une étude de l'InVS a permis d'estimer l'impact sanitaire à court terme et à long terme de la pollution atmosphérique urbaine dans l'agglomération de Tours, en se basant sur des données recueillies entre 2008-2010 (Source : *Etude Invs - Évaluation de l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique urbaine dans l'agglomération de Tours, 2008-2010 - Impact à court et à long terme mars 2013*).

Cette étude permet d'estimer, s'agissant de l'impact à court terme, que chaque année, au moins 5 décès prématurés, 9 hospitalisations pour motifs respiratoires et 5 hospitalisations pour motifs cardiaques seraient attribuables aux particules PM10 dans la zone d'étude (cf. carte ci-dessous).

Par ailleurs, concernant l'impact à long terme dans l'agglomération de Tours, le respect de la valeur guide préconisée par l'OMS, pour les PM<sub>2,5</sub>, permettrait d'éviter annuellement 83 décès (soit 58 décès/100 000 habitants/année) et de gagner entre 3 et 15 mois d'espérance de vie pour les personnes âgées de 30 ans.

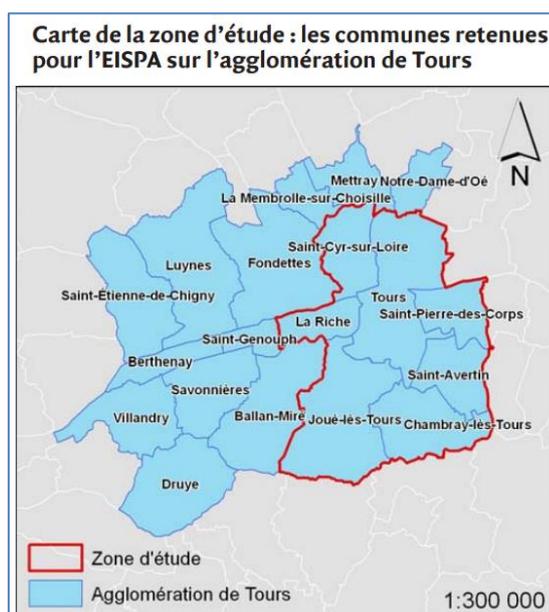


Figure 11 : zone de l'étude de l'Invs - *Évaluation de l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique urbaine dans l'agglomération de Tours, 2008-2010 - Impact à court et à long terme mars 2013*

Concernant le dioxyde d'azote, il existe une problématique d'exposition chronique aux abords des axes routiers. Ainsi, la moyenne annuelle en NO<sub>2</sub> a dépassé à plusieurs reprises la valeur limite fixée à 40 µg/m<sup>3</sup>, sur les stations trafic situées à Tours et Orléans entre 2009 et 2015. Ces dépassements ont conduit à la mise en place d'un **Plan de protection de l'atmosphère (PPA)** sur les 2 agglomérations en 2014, afin de mettre en œuvre des mesures visant à réduire les émissions d'oxydes d'azote et ainsi de respecter la valeur réglementaire annuelle.

L'évaluation de la qualité de l'air par modélisation montre que le risque de dépassement de la valeur limite en NO<sub>2</sub> n'est pas localisé uniquement dans les environnements des stations trafics de Lig'Air. Il est localisé aux abords des grands axes routiers et aux centres-villes.

#### 5.4. L'ambroisie (source : ORS 2016)

L'ambroisie est une espèce dite invasive ou envahissante, à fort pouvoir allergisant. Elle se développe sur les sites fortement transformés par les activités humaines (jardins, espaces verts, infrastructures routières et ferroviaires, chantiers, etc.), dans les cultures de printemps (maïs, tournesol), dans le colza, les intercultures (céréales à pailles), les jachères, etc.

Au moment de sa floraison elle libère du pollen, responsable de réactions allergiques multiples (manifestations qui s'apparentent au rhume des foins : rhinite, conjonctivite, trachéite, asthme, urticaire ou eczéma). Les allergies commencent en général vers la mi-août et peuvent se prolonger jusqu'en octobre, avec un maximum d'intensité en septembre. On estime entre 6% et 12% la part de la population sensible à l'ambroisie.

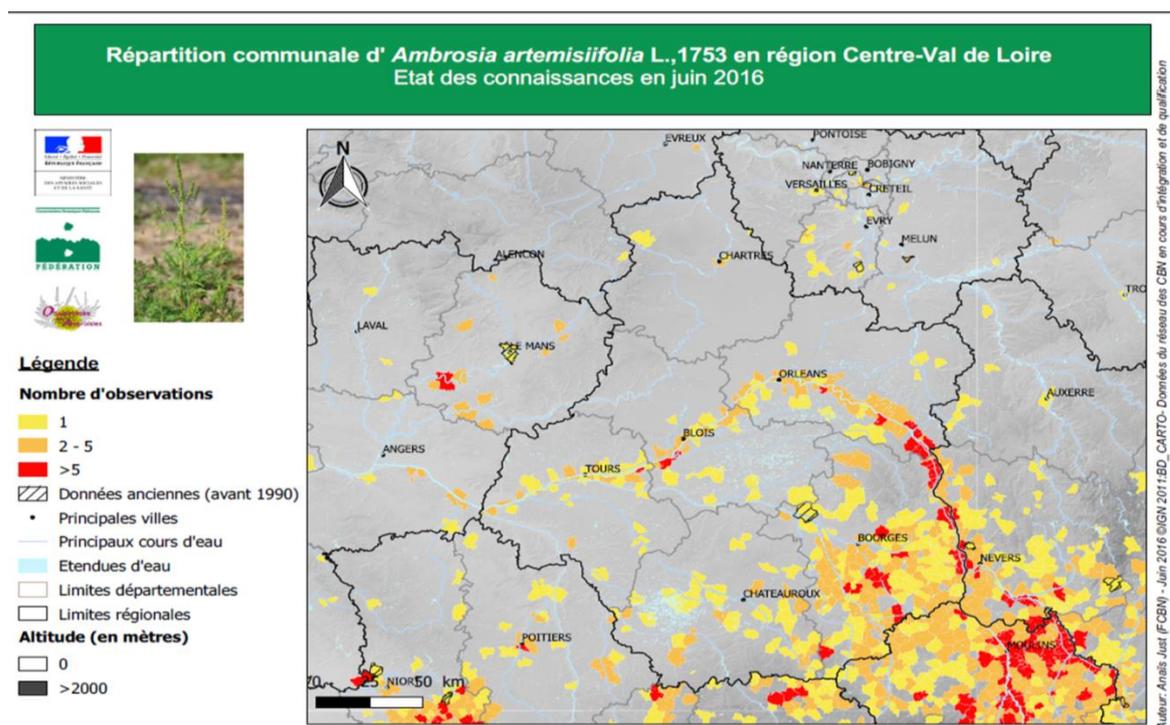


Figure 12 : répartition communale de l'ambroisie en région Centre Val de Loire – juin 2016

Dans le département d'Indre-et-Loire, l'ambroisie se retrouve principalement sur l'axe ligérien.

#### 5.5. Le bruit (Source : ORS – 2016)

L'Afnor définit le bruit comme « toute sensation auditive désagréable ou gênante, tout phénomène acoustique produisant cette sensation, tout son ayant un caractère aléatoire qui n'a pas de composantes définies ».

Outre les troubles auditifs, allant de la fatigue auditive à la surdité, l'exposition au bruit peut également être associée à des troubles cardiovasculaires, de l'hypertension artérielle, du sommeil, du stress ou une baisse des performances cognitives (sommolence, irritabilité, difficulté de concentration et d'apprentissage). Selon l'OMS (2011), le bruit constituerait la deuxième cause de morbidité derrière la pollution atmosphérique parmi les facteurs de risques environnementaux en Europe.

Les sources de bruit sont multiples : le bruit de voisinage, des activités et le bruit des transports. Ce dernier représenterait en France près de 80 % du bruit émis dans l'environnement. Pour 54 % des Français (source : enquête TNS Sofres de mai 2010 « les Français et les nuisances sonores » - Ministère

du développement durable), le bruit des transports est la principale source de nuisance loin devant les bruits de comportements qui gêneraient 21 % de la population.

Les indicateurs de niveau sonore utilisés dans le cadre de la réglementation européenne sont exprimés en dB(A) mais ils traduisent une notion de gêne globale ou de risque pour la santé :

- le Lden caractérise le niveau d'exposition au bruit durant 24 heures : il est composé des moyennes des indicateurs mesurant les niveaux sonores sur les périodes 6h-18h, 18h-22h et 22h-6h, auxquels une pondération est appliquée sur les périodes sensibles du soir pour tenir compte des différences de sensibilité au bruit selon les périodes.
- le Ln représente quant à lui le niveau sonore moyen mesuré pour la période de la nuit.

Les seuils réglementaires sont depuis le 4 avril 2006 de 68 dB(A) en Lden et 62 dB(A) en Ln.

À l'échelle de la Région, on dénombre un peu plus de 50 000 personnes exposées à un niveau sonore lié aux bruits routiers dépassant le seuil de 68 dB(A) en Lden, dont près de 25 000 en Indre et Loire soit 50% de la population régionale (respectivement 15000 personnes pour le seuil de 62 dB(A) en Ln et 8 000 personnes en Indre et Loire).

Concernant les établissements d'enseignements exposés, on en dénombre 58 exposés à un niveau sonore supérieur au seuil de 68 dB(A) en Lden, dont 30 en Indre et Loire (respectivement 9 pour le seuil de 62 dB(A) en Ln dont 6 en Indre et Loire).

Dans l'agglomération de Tours, ce sont 46 700 habitants exposés au bruit routier en 24h (valeur limite supérieure à 68 dB(A) en Lden), ainsi que 49 établissements d'enseignement et 6 établissements de santé et 15900 habitants en période nuit (valeur limite supérieure à 62 dB(A) en Ln), 19 établissements d'enseignement et 3 établissements de santé. Concernant le bruit routier, les dépassements sont essentiellement situés sur la commune de Tours (pour 75% des dépassements) mais également par ordre décroissant au niveau des communes de Joué-lès-Tours (3700 personnes), Saint-Pierre-des-Corps (2200 personnes), Chambray-lès-Tours (1200 personnes), Saint-Cyr-sur-Loire (1100 personnes), La Riche (1100 personnes) et dans une moindre mesure pour les autres communes. Les dépassements liés au bruit routier sont essentiellement dus aux infrastructures de transit (réseau national et autoroutier) mais également aux axes structurants majeurs traversant le centre-ville de ces communes. Tous types de bruits confondus (routier, ferroviaire, industriel, aéronefs), ce sont plus de 90 000 personnes (près de 34% de la population) qui sont potentiellement exposées à niveau de bruit ambiant dépassant 65 dB(A) selon l'indicateur global Lden (24h) et 42600 personnes (soit près de 16% de la population) sont potentiellement exposées la nuit à des niveaux sonores moyens supérieurs à 60 dB(A).

## **5.6. Installations industrielles** (Source : ORS 2016)

La directive relative aux émissions industrielles (IED) (directive 2010/75/UE) définit au niveau européen une approche intégrée de la prévention et de la réduction des pollutions émises par les installations industrielles et agricoles entrant dans son champ d'application. Fin 2015, 290 établissements de la Région sont soumis à cette directive, dont 42 en Indre-et-Loire.

La région Centre-Val de Loire compte fin 2015, 0,7 installations classées IED pour 100 km<sup>2</sup> (1,3 en France hexagonale).

La densité d'installations classées IED en Indre-et-Loire est comparable à la valeur régionale. L'agglomération Tours Plus présente une densité particulièrement élevée (entre 2 et 4,2).

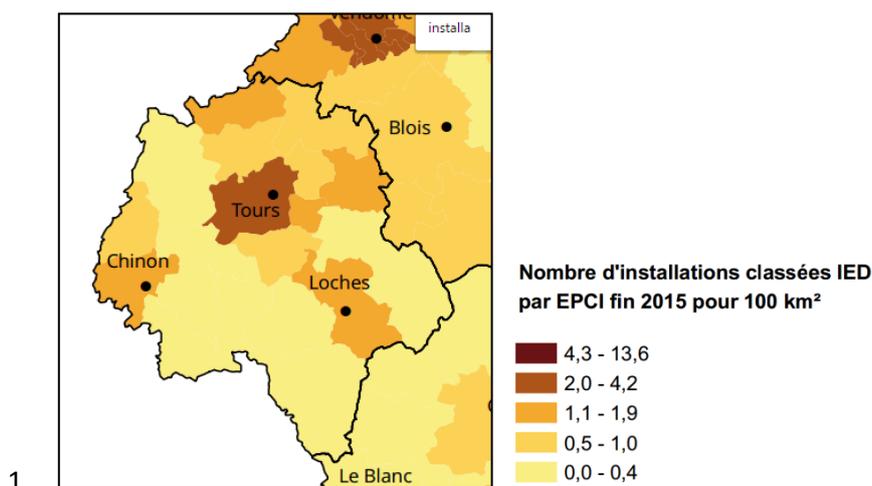


Figure 13 : Nombre d'installations classées IED par EPCI fin 2015 pour 100 km<sup>2</sup> en Indre-et-Loire

## 5.7. L'habitat indigne

L'habitat indigne recouvre par définition (cf. Loi n° 90-449 du 31 mai 1990 visant à la mise en œuvre du droit au logement) :

- des logements dont l'état, ou celui du bâtiment dans lequel ils sont situés, expose les occupants à des risques manifestes pouvant porter atteinte à leur sécurité physique ou à leur santé ;
- des locaux ou installations utilisés aux fins d'habitation et impropres par nature à cet usage.

L'habitat indigne relève de la police du préfet ou du maire (ou du président de l'EPCI en cas de transfert ou délégation des polices selon les situations).

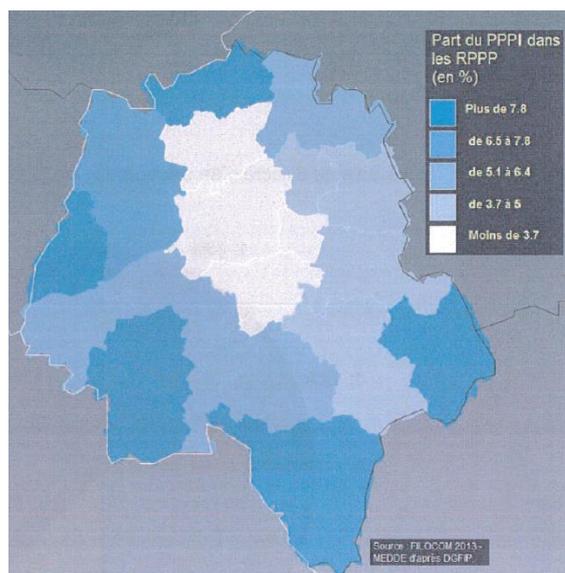
L'habitat, lorsqu'il est insalubre, peut provoquer ou accentuer de nombreuses pathologies, selon l'état du logement et l'utilisation qui en est faite : saturnisme lié aux peintures au plomb dégradées, maladies respiratoires liées à l'humidité et au manque d'aération, maladies infectieuses favorisées par des équipements sanitaires insuffisants, mal-être et troubles psychiques en cas de logements trop exigus ou sans ouverture sur l'extérieur, accidents domestiques accrus par la présence d'installations électriques défectueuses, par l'instabilité de planchers, plafonds, escaliers...

Il existe en France plus de 400 000 logements occupés considérés comme indignes, c'est-à-dire insalubres et/ou dangereux.

Le fichier Filocom (Fichier des logements par commune) est un outil de pré-repérage des logements indignes qui permet de hiérarchiser les territoires en fonction du nombre et de la densité du PPPI (parc privé potentiellement indigne) de chacun et de caractériser les situations d'habitat indigne.

La Région Centre-Val de Loire compte en 2015, 48 483 logements potentiellement indignes dans le parc privé soit 5,0% de l'ensemble du parc de résidences principales privées. L'Indre-et-Loire en compte 3,9%, une proportion moindre qu'au niveau régional.

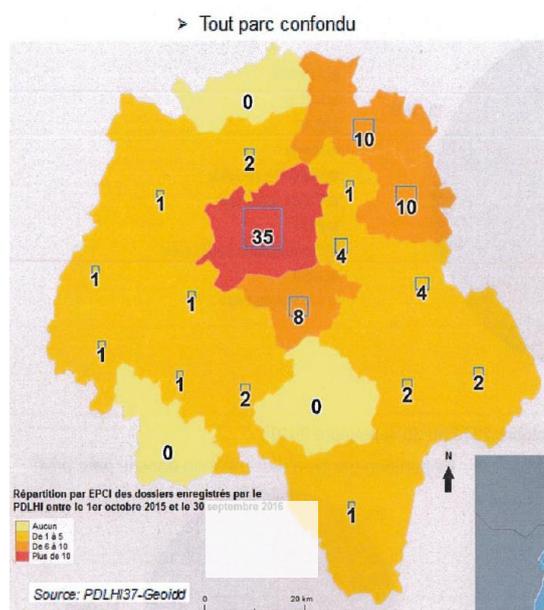
La carte suivante présente le parc privé potentiellement indigne dans le département.



**Figure 14 : Parc privé potentiellement indigne (PPPI) dans les résidences principales du parc privé (données FILOCOM 2013, MEDDE d'après DGFIP)**

En Indre-et-Loire, un Pôle départemental de lutte contre l'habitat indigne a été créé en 2013. Ce pôle rassemble les services de l'Etat, le Conseil départemental, l'ARS-DD37, l'Anah, le SCHS de Tours, la communauté d'agglomération Tours plus (future « Tours métropole »), l'association des maires d'Indre-et-Loire, la CAF, la MSA, l'UNPI. Le PDLHI a établi des fiches type, visant à faire remonter des situations de désordres dans le logement, à compléter par les occupants ou par les professionnels qui ont connaissance de situation (travailleurs sociaux notamment).

Entre le 1<sup>er</sup> octobre 2015 et le 30 septembre 2016, 86 dossiers ont été enregistrés et se concentrent sur l'agglomération tourangelle, puis sur la CC du Castelrenaudais, la CC du Val d'Amboise et sur l'est de la CC Touraine Vallée de l'Indre.



**Figure 15 : Répartition géographique des 86 dossiers enregistrés par le PDLHI**

Sur 86 dossiers enregistrés, 45% relèvent de la non-décence, 11% de l'incurie ou de la suspicion d'incurie (accumulation de déchets dans et hors le logement). Par ailleurs, 74% concernent le parc privé et 24% le parc public.

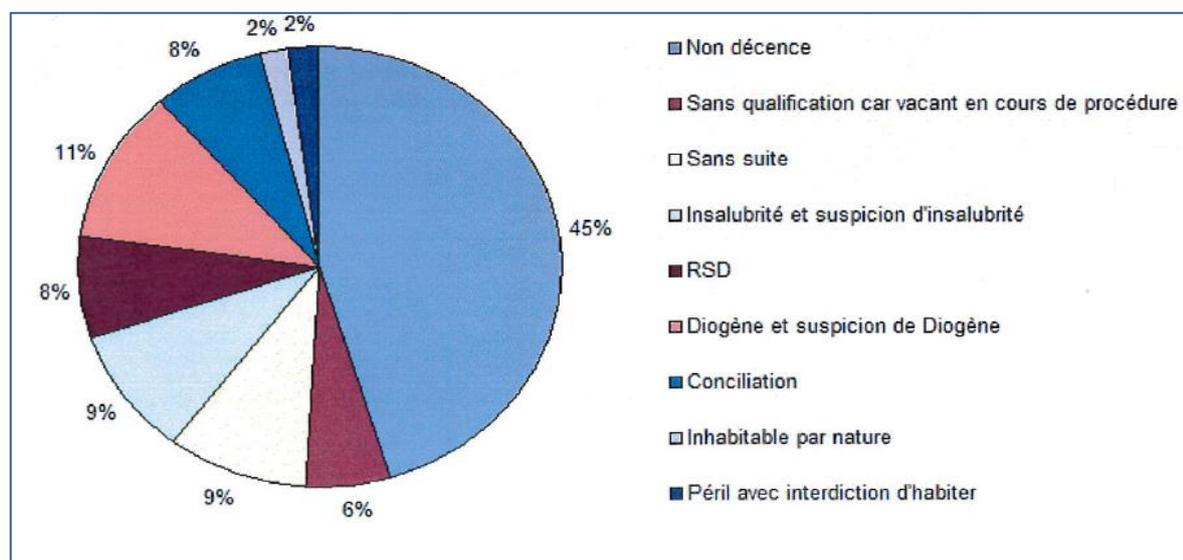


Figure 16 : Caractérisation des dossiers enregistrés par le PDLHI

## 5.8. Les intoxications au monoxyde de carbone

Le monoxyde de carbone (CO) est un gaz inodore, incolore et non irritant. On dénombre chaque année en France environ 1 400 épisodes d'intoxications au monoxyde de carbone à l'origine d'une centaine de décès. Le CO est produit lors de la combustion incomplète de matière carbonée (gaz naturel, bois, charbon, butane, essence, fioul, pétrole, propane), notamment lors du mauvais fonctionnement d'appareils de chauffage ou de production d'eau chaude sanitaire.

Le CO constitue la première cause de mortalité accidentelle par toxique en France, avec une centaine de décès par an en moyenne. La mise en place du système de surveillance des cas avérés et soupçonnés d'intoxication au CO a été généralisée à toute la France au 1er janvier 2005. Depuis, la lutte contre ces intoxications mobilise de nombreux organismes (services d'incendie et secours, SAMU, SMUR, gestionnaires de réseau gaz, administrations..) et suppose une action coordonnée des services lors de tout signalement d'intoxication.

Tout cas avéré ou suspecté d'intoxication au CO fait l'objet d'une enquête médicale par le Centre AntiPoison d'Angers ainsi que d'une enquête environnementale de l'ARS afin de rechercher la cause de l'intoxication et éviter tout risque de récurrence. Sont exclues les intoxications liées au tabagisme, à la consommation de chicha et aux incendies.

En Indre-et-Loire, le nombre d'intoxications apparaît variable d'une année à l'autre. A noter en 2016, très peu de situations signalées et en 2015 en revanche, un grand nombre d'intoxications relevées, en

lien avec une intoxication collective dans une cave champignonnière, où étaient utilisés des groupes électrogènes.

	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre de cas	10	10	9	14	2
Nombre de personne décédée	-	-	-	1	-
Nombre de personnes victimes	25	41	58	184	7

Ces intoxications sont généralement dues à un mauvais usage de chauffages d'appoint ou de défaut d'entretien des chaudières, et correspondent essentiellement à la période hivernale d'octobre à mars.

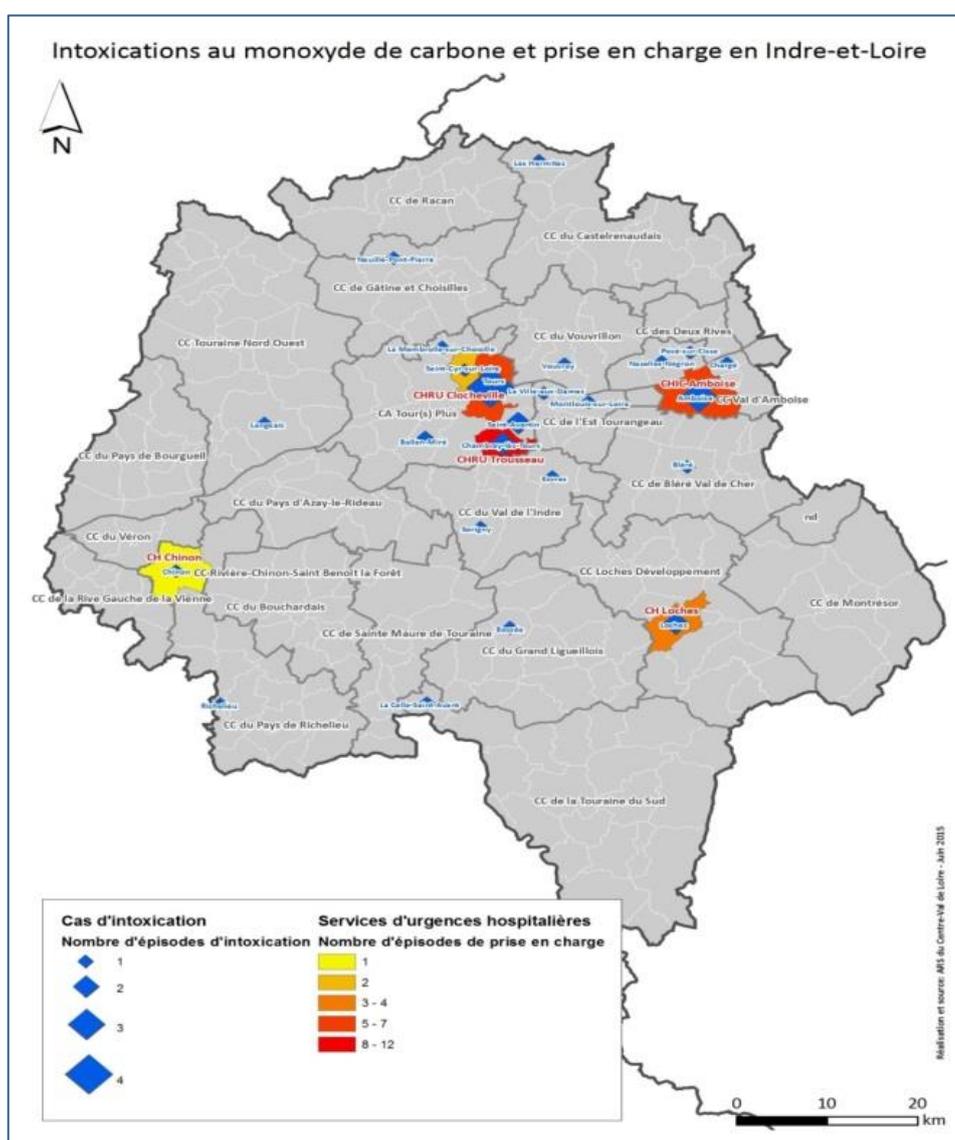


Figure 17 : Répartition géographique des cas d'intoxication et de prises en charges (données 2012-mi 2015)

## 5.9. Actions prioritaires

Globalement, les éléments suivis font ressortir :

<p><b><u>Points forts</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une situation globalement satisfaisante, avec une tendance à l'amélioration.</li> <li>- Moins de facteurs environnementaux que dans d'autres départements de la région.</li> </ul>	<p><b><u>Points faibles</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une vigilance à maintenir et renforcer sur certains territoires ou sur certaines problématiques :</li> <li>- Un cumul de facteurs sur l'agglomération tourangelles : bruit, air, sols, industries....</li> </ul> <p>Qualité de l'eau distribuée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- malgré une nette amélioration sur les pesticides*, des non conformités retrouvées chaque année sur des communes réparties sur l'ensemble du département, avec plus de difficulté pour les petites communes pour remédier aux situations</li> <li>- des dépassements bactériologiques : entre 0 et 2 UDI concernées par +30% dépassements selon les années</li> </ul>
<p><b><u>Opportunités / leviers</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le PRSE 3</li> <li>- La révision de la réglementation de la pollution atmosphérique.</li> </ul>	<p><b><u>Freins</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque de leviers des acteurs de santé.</li> </ul>

\* 2 UDI concernées en 2015, soit 6 000 personnes contre 16 UDI soit 45 000 personnes en 2012

Les pistes d'actions qui peuvent être dégagées de ces éléments de diagnostic rejoignent le programme d'actions fixé par le 3ème plan régional santé environnement de la région Centre-Val de Loire.

Le PRSE3 approuvé en février 2017 prévoit en effet 34 actions qui seront mises en œuvre dans les cinq années à venir, de 2017 à 2021, et qui sont regroupées en 4 thèmes : « air intérieur », « air extérieur », « eau et substances émergentes » et « santé, environnement et territoires ». Elles portent d'une part sur l'amélioration des connaissances et d'autre part sur la réduction des expositions environnementales.

Elles s'inscrivent pleinement dans un des enjeux forts du PRS2 qui est d'agir sur les déterminants de santé.

Un des enjeux pour les années à venir, pour le département d'Indre-et-Loire comme pour les autres départements de la région, est la **préservation de la qualité des eaux brutes et distribuées** en vue de la consommation humaine, qui constitue un des objectifs du PRSE3. Cet objectif se traduit notamment

par l'action n°21 « protection des captages d'eau potable » et l'action n°19 « mise en place de plans de gestion de la sécurité sanitaire des eaux ». On peut souligner que les plus petites communes ont généralement davantage de difficultés à faire face aux problèmes de qualité d'eau et requièrent un accompagnement et la mise à disposition d'outils et de moyens adéquats. La loi NOTRe (loi portant sur la Nouvelle Organisation Territoriale de la République) élargit les compétences exercées par les EPCI à fiscalité propre, rendant la compétence « eau » (production, distribution) obligatoire pour les communautés de communes et communauté d'agglomération à compter du 1er janvier 2020, avec la possibilité de prendre ces compétences dès 2017. A terme, cette réforme devrait permettre de rationaliser l'exploitation des installations à l'échelle des nouvelles structures compétentes.

Un autre objectif du PRSE3, qui devra se concrétiser dans le département d'Indre-et-Loire, est la **promotion de la santé environnementale**, couvrant tous les milieux d'exposition (eau, air, sols...). Il s'agit ainsi de permettre aux collectivités, aux professionnels et au grand public de se saisir de sujets liés à la santé et à l'environnement afin que des actions adaptées au contexte local soient mises en œuvre, par exemple à l'échelle d'un quartier (cf. action n°27) ou sur les territoires des Contrats locaux de santé (cf. action n°32). Ces actions peuvent porter notamment sur la lutte contre l'habitat indigne (repérage et résorption) et la sensibilisation au concept d'environnement et d'urbanisme favorables à la santé.

S'agissant de l'axe du PRSE3 portant spécifiquement sur l'air intérieur, on peut mettre en exergue l'action n° 8, à décliner dans le département d'Indre-et-Loire, qui vise à améliorer la qualité de l'air intérieur au domicile des personnes vulnérables (femmes enceintes, patients souffrant de pathologies respiratoires ou allergiques...), en promouvant l'intervention de Conseillers en environnement intérieur (CEI) et en sensibilisant les professionnels intervenant auprès de ces personnes. C'est également au travers de cet axe « air intérieur » que sont abordées les problématiques d'amiante, de plomb (saturnisme) et de bruit, en prévoyant de sensibiliser les gestionnaires des établissements recevant de jeunes enfants aux risques qui en sont liés. **L'accent est donc mis sur les enfants, ceux-ci étant plus vulnérables en raison de leur développement.**

Enfin, **la qualité de l'air extérieur et la pollution atmosphérique** constituent une problématique qui préoccupe de plus en plus les collectivités et le grand public, compte tenu des enjeux sanitaires qui y sont liés. L'amélioration de la qualité de l'air extérieur, vis-à-vis de la pollution de fond, se traduit en particulier pour le département de l'Indre-et-Loire par la mise en œuvre et le suivi du Plan de protection de l'atmosphère (PPA) de l'agglomération tourangelle. Une évolution de la réglementation relative à la gestion des pics de pollution est par ailleurs attendue et pourrait intervenir dès 2017, permettant d'agir plus tôt et de manière plus contraignante. Le PRSE3 prévoit en outre des actions visant à améliorer les connaissances sur la qualité de l'air extérieur (action n°14 portant sur la surveillance des pesticides dans l'air et action n°15 sur les mesures de particules fines aux abords des axes routiers) ainsi que des actions spécifiques sur les pollens allergisants et pour endiguer la progression de l'ambrosie. La lutte contre l'ambrosie est effectivement, comme le montrent les éléments de diagnostic présentés ci-avant, un sujet prégnant pour les territoires du département d'Indre-et-Loire situés à proximité de l'axe ligérien et qui tend à se développer.

## 6. État de santé de la population

Les indicateurs de mortalité et de nouvelles ALD peuvent nous permettre de mieux appréhender l'état de santé de la population en Indre-et-Loire.

### 6.1. La mortalité générale

L'espérance de vie, en 2012 était, pour la région Centre-Val de Loire de 78,5 ans pour les hommes et de 84,9 ans chez les femmes. Le taux de mortalité générale était ainsi identique en région Centre-Val de Loire qu'au niveau national. Néanmoins, la Région Centre-Val de Loire qui bénéficiait d'une situation plus favorable par rapport au niveau national sur la période 1993-2001 présente désormais des taux de mortalité proches du niveau national (832,7 décès pour 100 000 habitants en France métropolitaine).

Au cours de la période 2003-2011, le département d'Indre-et-Loire enregistre une diminution de la mortalité générale de 17,1 pour 100 000 habitants. C'est la baisse la plus importante au niveau régional.

Les territoires les plus en difficulté sont les communautés de communes de Richelieu et de Sainte-Maure-de-Touraine.

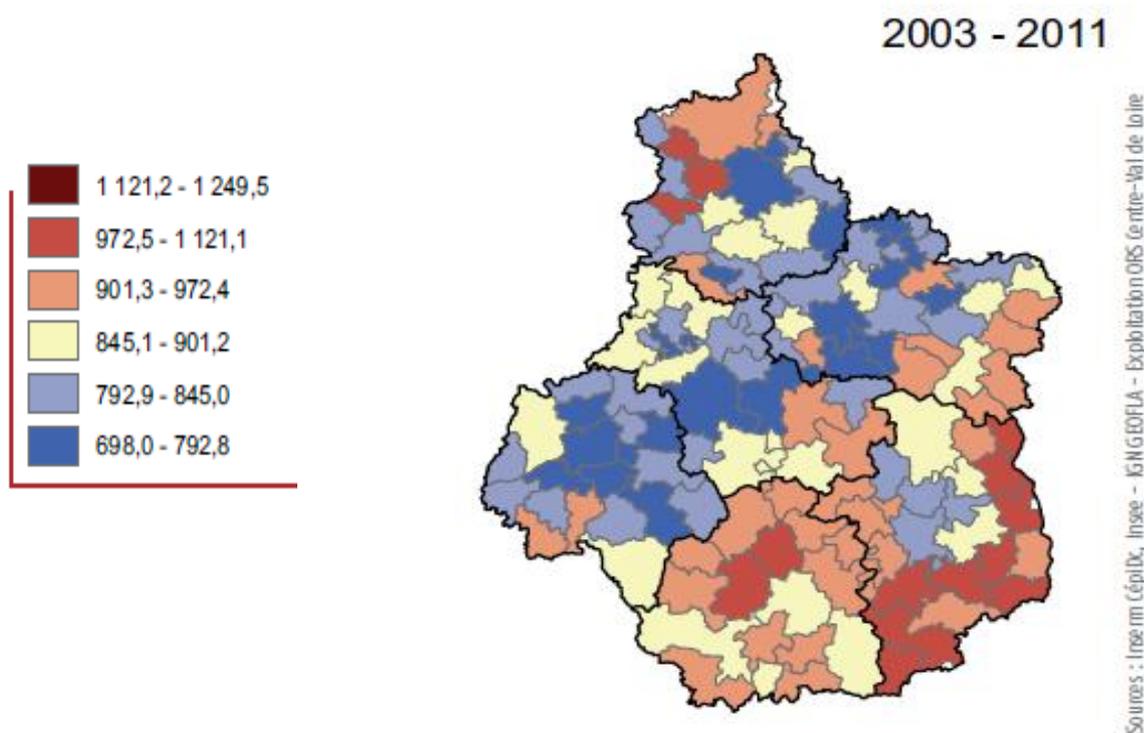


Figure 18 : Taux standardisés de mortalité générale pour 100 000 habitants (ORS 2015)

### 6.2. La mortalité prématurée

Sont qualifiés de décès prématurés les décès survenant avant l'âge de 65 ans. Pour l'Indre-et-Loire, le taux standardisé de mortalité prématurée pour 100 000 habitants est de 188,5 sur la période 2003-2011 (ORS 2015) et a connu une nette amélioration de -17,4%, par rapport à la période 1993-2001, plus importante qu'au niveau régional (-15,7 %) mais moindre qu'au niveau de la France métropolitaine (-18,2 %).

La mortalité prématurée est plus marquée dans le sud et l'ouest du département (cf. figure 19) par rapport au nord et l'est (axe ligérien) qui présentent un taux de mortalité prématurée nettement plus favorable.

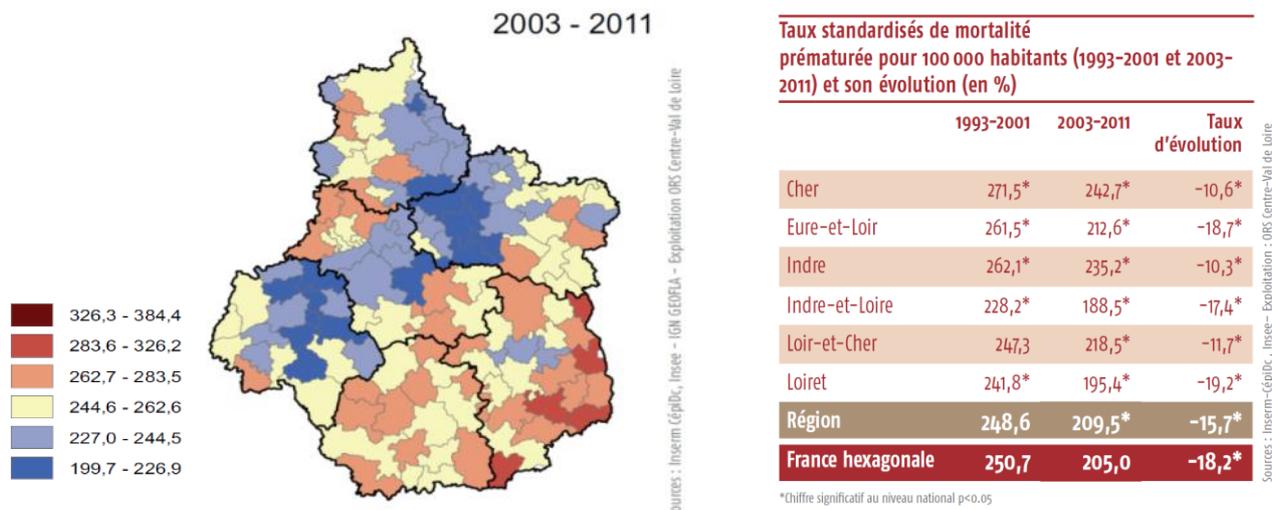


Figure 19 : Taux standardisés de mortalité prématurée pour 100 000 habitants (ORS : 2015)

	Centre	Indre-et-Loire	Pays du Chinonais	Pays Loire Nature	Pays Loire Touraine	Pays Loches Sud Touraine	Agglo
	2003 - 2011	2003 - 2011	2002 - 2010	2003 - 2011	2003 - 2011	2002 - 2009	
Taux standardisé / 100 000 habitants	209,5	188,5	225,4	195	176,4	217,9	NC

Les principales causes de mortalité prématurée sont présentées : cancers, maladies de l'appareil circulatoire, mais également ce que l'on qualifie de causes extérieures.

### 6.2.1. La mortalité par cancer

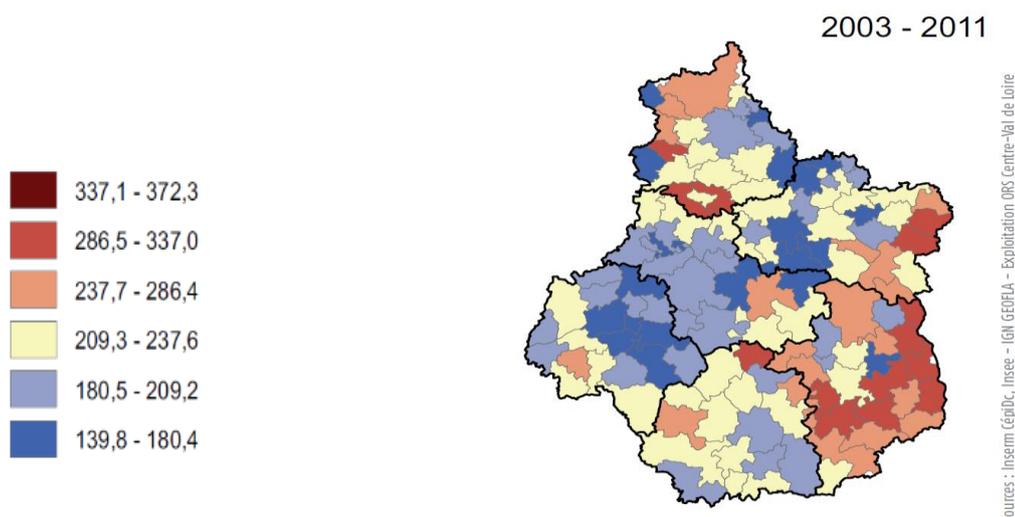


Figure 20 : Taux standardisés de mortalité par cancer pour 100 000 habitants (ORS : 2015)

En Indre-et-Loire, le taux standardisé de mortalité par cancer pour 100 000 habitants est de 229,7 sur la période 2003-2011, situation plus favorable qu'au niveau national. La baisse constatée de 12 %

par rapport à la période 1993-2001 est quasi équivalente à celle observée au niveau national et supérieure au score régional (-8,9 %).

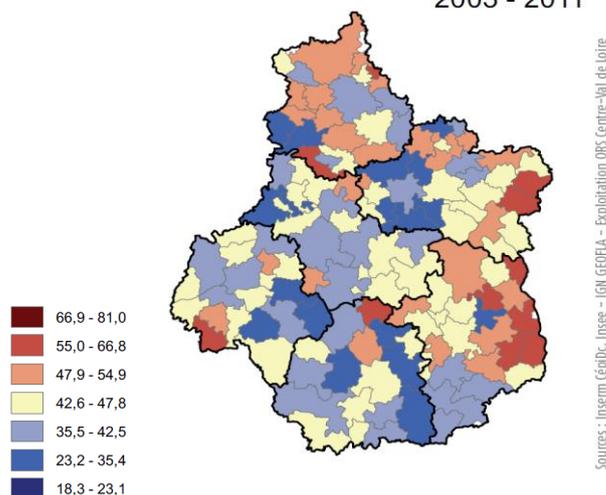
	Région	Indre-et-Loire	Pays du Chinonais	Pays Loire Nature	Pays Loire Touraine	Pays Loches Sud Touraine	Agglo
	2003 - 2011	2003 - 2011	2002 - 2010	2003 - 2011	2003 - 2011	2002 - 2009	
Nombre décès/an			135	101	233	169	NC
Taux standardisé / 100 000 habitants	243,5	229,7	255,0	246	225,3	248,4	NC

La mortalité par cancer représente près d'un tiers de l'ensemble des décès masculins sur les Pays ruraux, avec un taux de mortalité nettement plus défavorable que celui observé à l'échelle du département et même de la région, à l'exception du Pays Loire Touraine, qui présente un taux significativement inférieur.

La mortalité par cancer touche davantage les hommes (33,4%) que les femmes (24,1%). Cela s'observe sur l'ensemble des territoires d'Indre-et-Loire couverts par un contrat local de santé.

### 6.2.1.1. Mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon

2003 - 2011



**Figure 21 : Taux standardisés de mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon pour 100 000 habitants (ORS : 2015)**

Alors qu'une réduction du taux d'évolution de la mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon est constatée en France métropolitaine (-0,5 %), une légère augmentation est observée en Indre-et-Loire (+1,8%) avec 42,4 décès prématurés pour 100 000 habitants sur la période 2003-2011.

	Région	Indre-et-Loire	Pays du Chinonais	Pays Loire Nature	Pays Loire Touraine	Pays Loches Sud Touraine	Agglo
	2003 - 2011	2003 - 2011	2002 - 2010	2003 - 2011	2003 - 2011	2002 - 2009	
Nombre décès / an			39	17	44	24	NC
Taux standardisé / 100 000 habitants	43,6	42,4	46,2	42,7	42,7	38,0	NC

Le cancer de la trachée, des bronches et du poumon est la 1<sup>ère</sup> cause de cancer sur l'ensemble des Pays périphériques au centre du département - données non connues pour l'Agglomération tourangelle - (),

avec un taux de mortalité comparable au taux départemental et régional, sauf le Pays Loches Sud Touraine qui présente un taux inférieur.

### 6.2.1.2. Mortalité par cancer du sein

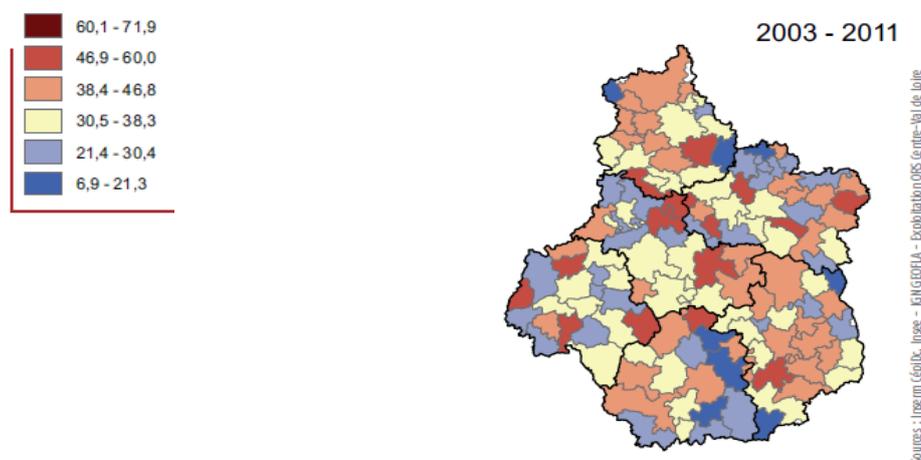


Figure 22 : Taux standardisés de mortalité par cancer du sein pour 100 000 habitantes (ORS 2015)

Le cancer du sein est la 1<sup>ère</sup> cause de cancer chez la femme. La région Centre-Val de Loire enregistre en moyenne 517 décès liés au cancer du sein chez la femme. En Indre-et-Loire, le taux standardisé de mortalité lié au cancer de sein est sensiblement inférieur aux niveaux régional et national, avec 34,8 décès pour 100 000 habitants.

	Région	Indre-et-Loire	Pays du Chinonais	Pays Loire Nature	Pays Loire Touraine	Pays Loches sud Touraine	Agglo
	2003-2011	2003-2011	2002-2010	2003-2011	2003-2011	2002-2009	
Nombre décès / an			17	8	16	12	NC
Taux standardisé / 100 000 habitants	36,4	34,8	37,3	40	31,1	36,1	NC

A l'exception du Pays Loire Touraine et de l'agglomération de Tour(s) Plus, l'ensemble des territoires ruraux souffrent d'une très forte mortalité pour cancer du sein.

#### → Focus sur le dépistage organisé du cancer du sein

Le dépistage organisé du cancer du sein concerne l'ensemble des habitantes du territoire français âgées de 50 à 74 ans, invitées à venir se faire dépister tous les 2 ans. Ce dépistage est entièrement pris en charge par l'assurance maladie.

	Région	Indre-et-Loire	Pays du Chinonais	Pays Loire Nature	Pays Loire Touraine	Pays Loches Sud Touraine	Agglo
	2012-2013	2012-2013	2009 - 2010	2003 - 2011	2003 - 2011	2009-2010	
Taux de participation	63%	62,2%	61,6%	68,1%	70,9%	52,3%	NC

On observe qu'en Indre-et-Loire, le dépistage de cancer du sein est globalement réalisé par une majorité de femmes concernées. Néanmoins, les territoires du Pays du Chinonais et Loches Sud Touraine sont en-deçà des taux de participation départementaux et régionaux.

En revanche, le territoire Touraine Loire Nature enregistre un taux standardisé de mortalité liée au cancer du sein très important, malgré une participation plutôt encourageante des habitantes de ce territoire.

### 6.2.1.3. Mortalité par cancer de la prostate

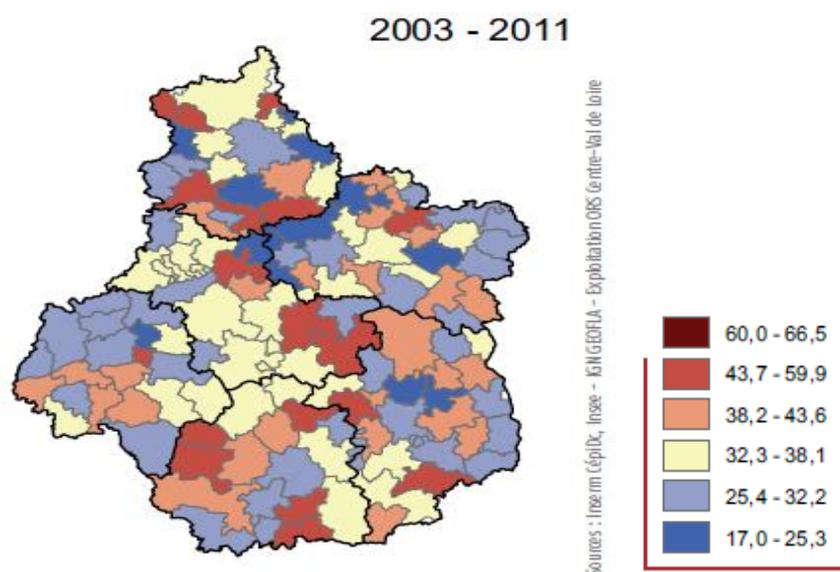


Figure 23 : Taux standardisés de mortalité par cancer de la prostate pour 100 000 habitants (ORS 2015)

Le taux de mortalité standardisé pour cancer de la prostate de la région est significativement supérieur au niveau national (29,1 pour 100 000 habitants) de même que pour le département d'Indre-et-Loire.

	Région	Indre-et-Loire	Pays du Chinonais	Pays Loire Nature	Pays Loire Touraine	Pays Loches Sud Touraine	Agglo
	2003 - 2011	2003 - 2011	2002 - 2010	2003 - 2011	2003 - 2011	2002 - 2009	
Nombre décès / an			19	6	18	14	NC
Taux standardisé / 100 000 habitants	33,5	33,1	54,3	27,9	34	49,9	NC

Dans tous les territoires de l'Indre-et-Loire – hors l'agglo Tours Plus car non connu - le cancer de la prostate est la deuxième cause de décès des hommes après le cancer du poumon. Travaillant sur de petits nombres, les chiffres relativement élevés sur les pays du chinonais et Loches-Sud Touraine doivent prendre en considération le fait que les diagnostics réalisés sont antérieurs aux autres diagnostics car lors de la réalisation du diagnostic de santé (période retenue 2002-2010), s'il apparaissait que le pays du Chinonais présentait une surmortalité pour cancer de la prostate par rapport aux données départementales, régionales et nationales, il n'en est pas de même pour le Pays Loches Sud Touraine pour lequel les taux correspondaient aux données départementales.

L'Indre-et-Loire enregistre le plus fort taux de diminution de mortalité par cancer de la prostate entre la période 1993-2001 et la période 2003-2011 (-19 décès pour 100 000 habitants).

#### 6.2.1.4. La mortalité par cancer colorectal

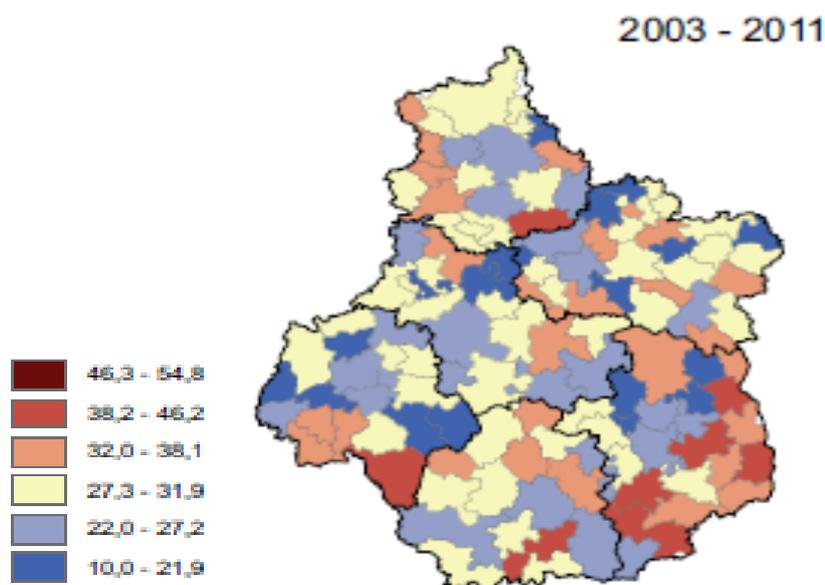


Figure 24 : Taux standardisés de mortalité par cancer du colon-rectum pour 100 000 habitants (ORS 2015)

En Indre-et-Loire, le taux standardisé de mortalité par cancer du côlon-rectum est de 25,7 pour 100 000 habitants sur la période 2003-2011 soit le taux le plus faible de la région, inférieur au taux régional et national.

	Région	Indre-et-Loire	Pays du Chinonais	Pays Loire Nature	Pays Loire Touraine	Pays Loches Sud Touraine	Agglo
	2003 - 2011	2003 - 2011	2002 - 2010	2003 - 2011	2003 - 2011	2002 - 2009	
Nombre décès / an			25	11	28	22	NC
Taux standardisé / 100 000 habitants	27,7	25,7	27,9	27,9	27,2	31,4	NC

Le cancer colorectal est la 2<sup>ème</sup> cause de décès dans l'ensemble des pays – hors agglomération pour laquelle l'information n'est pas disponible, avec un taux de mortalité comparable au taux départemental et régional. Le Pays Loches Sud Touraine est concerné par une plus forte mortalité par ce cancer.

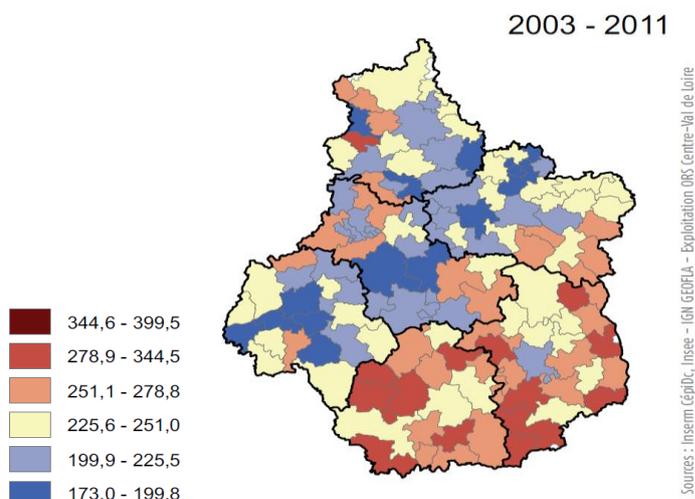
#### → Focus sur le dépistage organisé du cancer côlon-rectum

Le dépistage organisé du cancer colorectal concerne l'ensemble des personnes âgées de 50 à 74 ans. Elles sont invitées à réaliser un test de dépistage tous les 2 ans. Le dépistage est gratuit. L'objectif est de sensibiliser les populations les plus concernées au risque du deuxième cancer le plus meurtrier.

	Région	Indre-et-Loire	Pays du Chinonais	Pays Loire Nature	Pays Loire Touraine	Pays Loches Sud Touraine	Agglo
	2013-2014	2013-2014	2009 - 2010	2003 - 2011	2003 - 2011	2009-2010	
Taux de participation	36,1%	37,2%	31,9%	32,3%	36,1%	32,8%	NC

Le très faible taux de participation dans le Pays du Chinonais particulièrement, mais également dans l'ensemble des territoires ruraux couverts par un CLS, à l'exception du Pays Loire Touraine est constaté.

## 6.2.2. La mortalité par maladies de l'appareil circulatoire



**Figure 25 : Taux standardisés de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire pour 100 000 habitants (ORS 2015)**

L'Indre-et-Loire présente le meilleur taux standardisé de mortalité par **maladies de l'appareil circulatoire** (199,8 pour 100 000 habitants contre 225,2 dans la région et 230,0 pour la France ; une baisse significative de - 31,3 % par rapport à la période 1993-2001 plus performant que le taux constaté en Région (-26,6%) et qu'au niveau de la France métropolitaine (-29.6%).

	Région	Indre-et-Loire	Pays du Chinonais	Pays Loire Nature	Pays Loire Touraine	Pays Loches Sud Touraine	Agglo
	2003 - 2011	2003 - 2011	2002 - 2010	2003 - 2011	2003 - 2011	2002 - 2009	
Nombre décès / an			227	101	237	180	NC
Taux standardisé / 100 000 habitants	225,2	199,8	238,6	234,4	217,6	238,1	NC

En infra-départemental, on constate que les maladies de l'appareil circulatoire (les cardiopathies ischémiques et les AVC) constituent la première cause de mortalité chez les femmes (près d'un tiers des décès prématurés) dans l'ensemble des Pays pour lesquels un diagnostic a été réalisé dans le cadre des contrats locaux de santé. Ces maladies constituent en revanche la deuxième cause de mortalité chez les hommes dans tous les pays (un quart des décès prématurés).

## 6.2.3. Autres causes de mortalité prématurée

Trois causes extérieures de mortalité prématurée seront étudiées au regard des données significatives qu'elles peuvent apporter : le tabac, l'alcool, le suicide.

### 6.2.3.1. Mortalité par pathologies liées au tabac

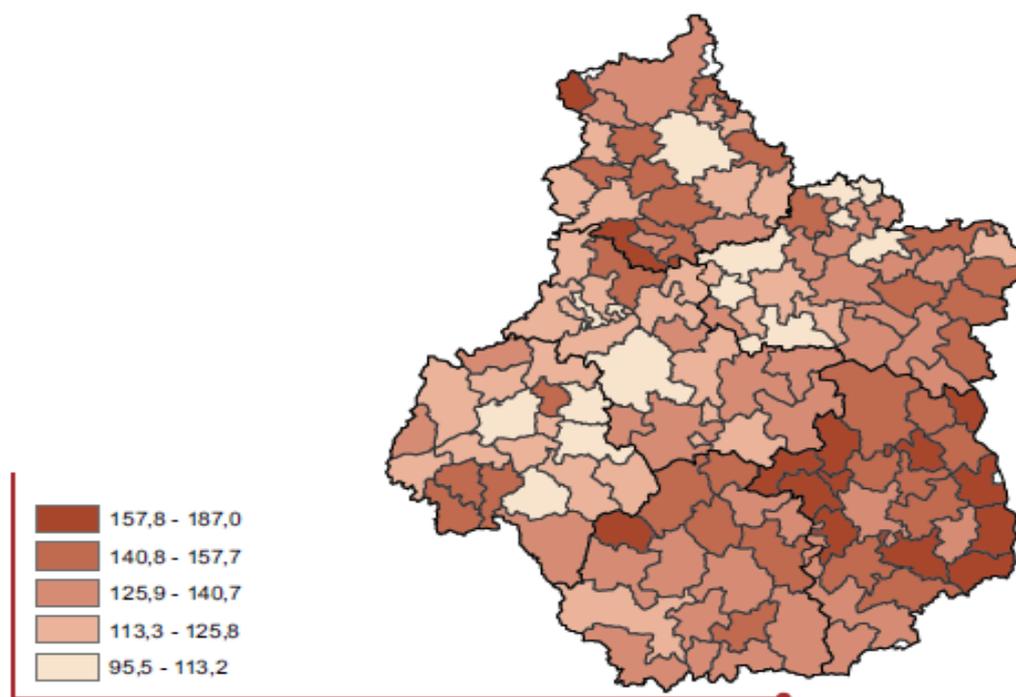


Figure 26 : Taux standardisés de mortalité par pathologies liées au tabac pour 100 000 habitants (2003-2011)

Plusieurs pathologies peuvent être imputées au tabac comme causes initiales : cardiopathies ischémiques, cancer de la trachée, des bronches et du poumon, ainsi que des co-morbidités, notamment les Broncho-Pneumopathies Chroniques Obstrucives (BPCO).

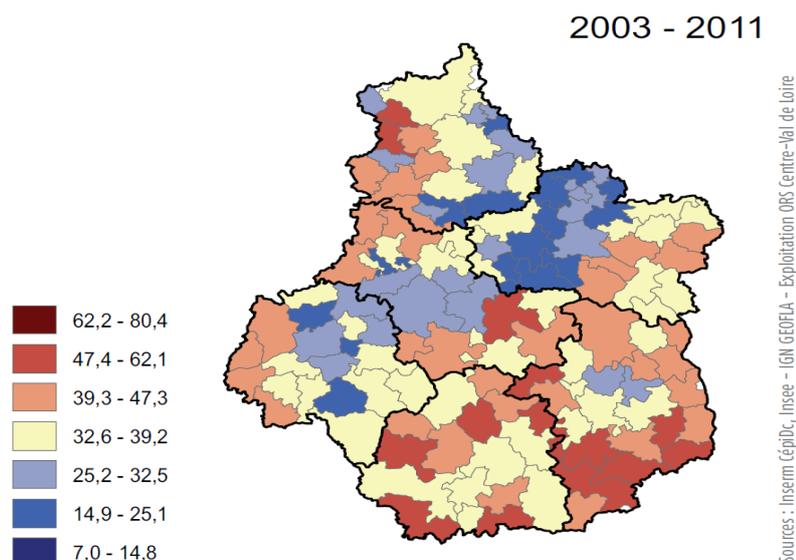
En région Centre-Val de Loire, le taux de mortalité des pathologies liées au tabac représente 3 686 décès par an en moyenne sur la période 2003-2011, soit un taux standardisé de mortalité par ces pathologies de 127,6 pour 100 000 habitants.

L'Indre-et-Loire enregistre le taux le plus bas de mortalité pour pathologies liées au tabac de la Région avec un taux standardisé de 113,8 pour 100 000 habitants.

	Région	Indre-et-Loire	Pays du Chinonais	Pays Loire Nature	Pays Loire Touraine	Pays Loches Sud Touraine	Agglo
	2003-2011	2003-2011	2002-2010		2003-2011	2002-2009	NC
Nombre décès / an	3686	738	111	51	115	81	NC
Taux standardisé / 100 000 habitants	127,6	113,6	122,3	120,7	108,1	114,3	NC

On observe là encore que les territoires ruraux sont particulièrement touchés par la mortalité due à ces pathologies liées au tabac. Néanmoins, les données des Pays et départementales restent très en-deçà du niveau régional.

### 6.2.3.2. Mortalité par consommation excessive d'alcool



**Figure 27 : Taux standardisés de mortalité par consommation excessive d'alcool pour 100 000 habitants (ORS 2015)**

La consommation excessive d'alcool entraîne des pathologies telles que des cancers des voies aérodigestives, des psychoses alcooliques, des cirrhoses du foie. En moyenne, cela représente 930 décès prématurés par an en région Centre-Val de Loire sur la période 2003-2011. L'axe ligérien présente une situation plutôt favorable comparativement aux autres territoires de la région.

L'Indre-et-Loire enregistre une diminution des décès liés à la consommation excessive d'alcool (- 22,7) pour 100 000 habitants entre la période 1993-2001 et la période 2003-2011, la plus forte enregistrée au niveau régional.

	Région	Indre-et-Loire	Pays du Chinonais	Pays Loire Nature	Pays Loire Touraine	Pays Loches Sud Touraine	Agglo
	2003- 2011	2003- 2011	2002-2010	2003- 2011	2003-2011	2002-2009	NC
Nombre décès / an	930	189	34	37		23	NC
Taux standardisé / 100 000 habitants	34,3	31	40,1	37,1	30,2	36,9	NC

Les territoires ruraux sont particulièrement touchés par la mortalité pour pathologies liées à l'alcool. On constate également que les hommes sont majoritairement plus concernés que les femmes ; dans le département, sur la période 2002-2009, 155 hommes sont décédés de pathologies liées à une consommation excessive d'alcool et seulement 40 femmes.

### 6.2.3.3. Mortalité par suicide

2003 - 2011

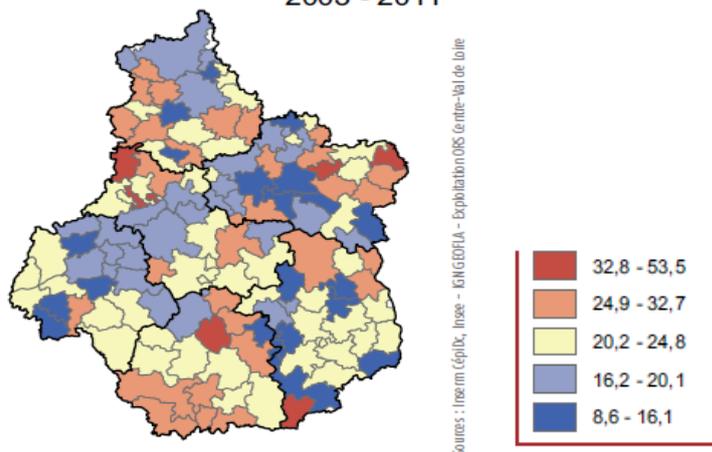


Figure 28 : Taux standardisés de mortalité par suicide pour 100 000 habitants (ORS 2015)

En région Centre-Val de Loire, pour l'année 2012, les suicides représentaient 492 décès par an en moyenne (20,4 décès pour 100 000 habitants). Ce chiffre serait sous-estimé d'environ 20%. En Indre-et-Loire, le taux standardisé de suicides est de 18,8 pour 100 000 habitants. Les territoires les plus ruraux sont particulièrement touchés par cette problématique, alors que l'agglomération de Tour(s) Plus enregistre des taux beaucoup plus bas, proches de la moyenne nationale.

Le suicide cause en Indre-et-Loire plus de décès prématurés que les accidents de la circulation. Chez les jeunes, le suicide constitue la deuxième cause de décès après les accidents de la circulation.

	Région	Indre-et-Loire	Pays du Chinonais	Pays Loire Nature	Pays Loire Touraine	Pays Loches Sud Touraine	Agglo
	2012	2012	2002 - 2010	2003 - 2011	2003 - 2011	2002 - 2009	2005-2013
Nombre décès / an	492	115	17	8	19	12	47
Taux standardisé / 100 000 habitants	18,3	18,6	21,6	20,2	18,8	21	16,1

### 6.2.3.4. Mortalité par accidents de la circulation

2003 - 2011

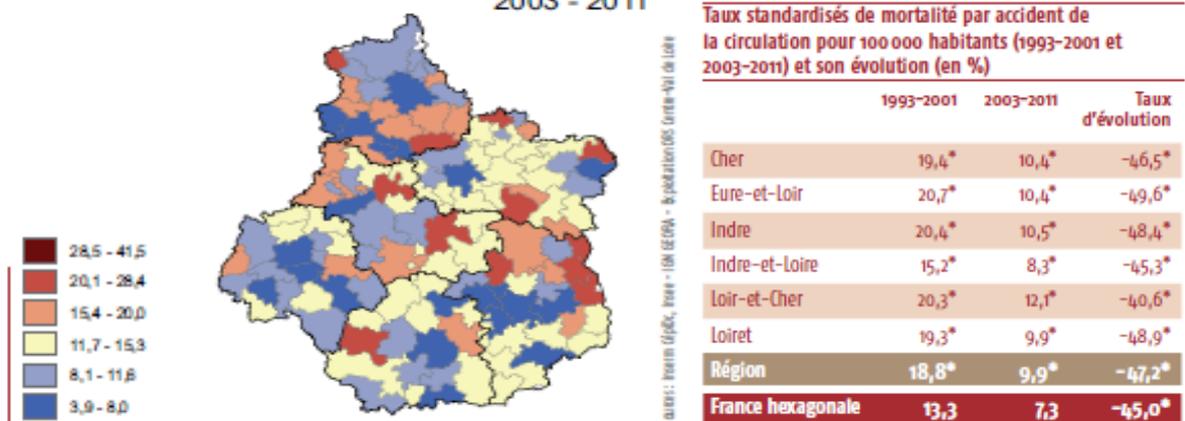


Figure 29 : Mortalité par accidents de la circulation pour 100 000 habitants (ORS 2015)

En Indre-et-Loire, le taux standardisé de mortalité par accident de la circulation pour 100 000 habitants est de 8,3 sur la période 2003-2011 (ORS 2015). Une importante réduction de la mortalité par rapport à la période 1993-2001 est constatée avec un taux d'évolution de - 45,3 %, inférieur à celui de la Région (- 47,2 %) mais équivalent à celui de la France métropolitaine (- 45,0 %). Les taux de mortalité les plus faibles se situent dans les grands centres urbains et leurs périphéries.

	Région	Indre-et-Loire	Pays du Chinonais	Pays Loire Nature	Pays Loire Touraine	Pays Loches Sud Touraine	Agglo
	2003 - 2011	2003 - 2011	2002 - 2010	2003 - 2011	2003 - 2011	2002 - 2009	
Nombre décès / an	246		6	5	11	NC	NC
Taux standardisé / 100 000 habitants	9,9	8,3	12,1	11,0	12,1	NC	NC

Le taux de mortalité est globalement supérieur au taux départemental et régional pour l'ensemble des Pays, à l'exclusion du Pays Loches Sud Touraine et de l'Agglomération tourangelle.

### 6.2.3.5. Mortalité prématurée par des causes extérieures (traumatismes et empoisonnement)

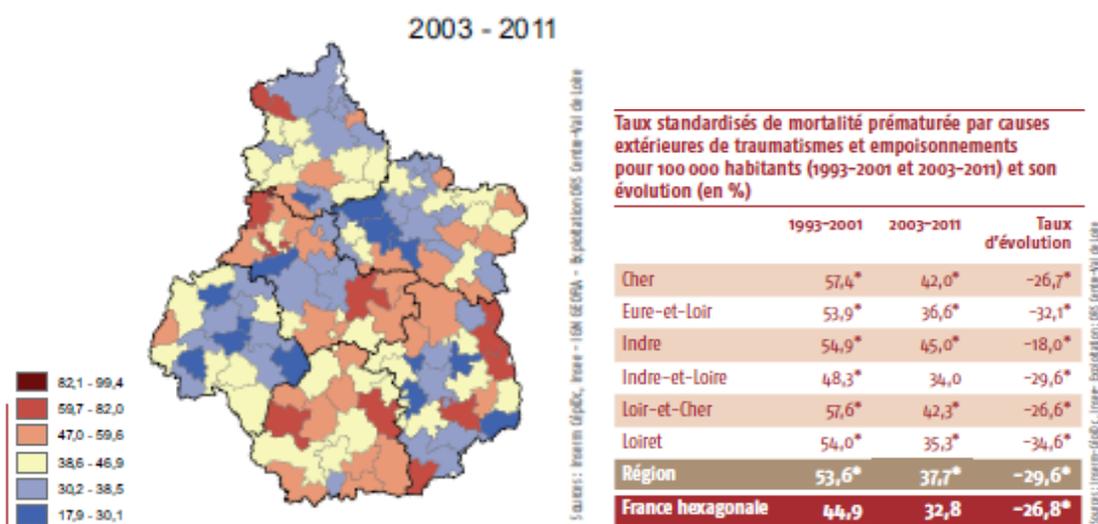


Figure 30 : Taux standardisé de mortalité prématurée par des causes extérieures traumatismes et empoisonnements.

En Indre-et-Loire, le taux standardisé de mortalité prématurée par des causes extérieures, traumatismes et empoisonnements est le plus faible de la région avec un taux de 34,0 pour 100 000 habitants, inférieur au taux régional (37,7) mais supérieur au taux national (32,8).

### 6.3. Principales causes de morbidité et en particulier la situation des 5 ALD les plus fréquentes

D'autres données, telles que les Affections Longues Durée, permettent de mieux connaître l'état de santé de la population.

Le dispositif des ALD permet de prendre en charge des patients souffrant d'une maladie chronique et/ou nécessitant un traitement prolongé et/ou une thérapeutique particulièrement coûteuse.

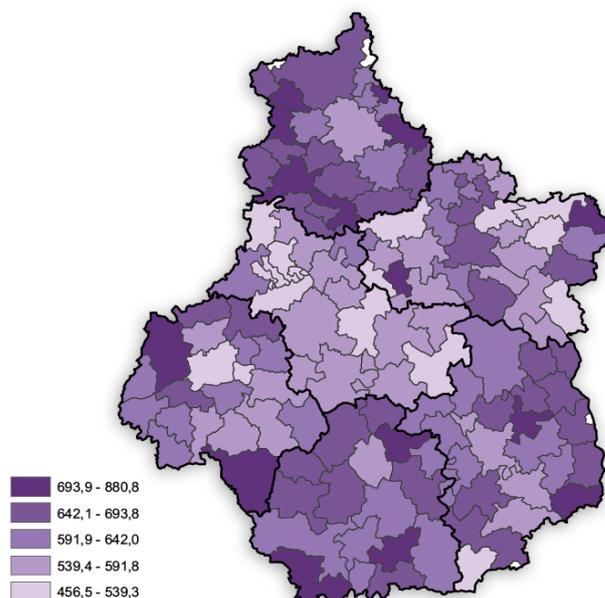
Globalement, le taux standardisé de nouvelles ALD toutes causes entre 2010 et 2013 reste très inférieur aux données nationales et dans les plus bas taux au niveau régional (deuxième taux le plus bas après le Loir-et-Cher avec un taux standardisé de 2111,2 nouvelles ALD pour 100 000 habitants).

**Effectifs des personnes prises en charge pour affection de longue durée  
(Régime général en 2015)**

Département	MCV	Diabète	Cancers		
			Sein	Prostate	Côlon
Indre-et-Loire	3 350	21 980	5 029	3 127	1 495

Source : CPAM - service de l'ELSM de Tours

### 6.3.1. ALD maladies cardio-vasculaires



**Figure 31 : Taux standardisés de nouvelles admissions en ALD pour maladies cardio-vasculaires pour 100 000 habitants (ORS 2015)**

En Indre-et-Loire, le taux standardisé de nouvelles admissions en ALD pour maladies cardio-vasculaires est de 571,6 pour 100 000 habitants (2010-2013), inférieur à celui de la région (590,0) et de la France (604,4). Pour rappel, le taux de mortalité prématurée est de 199,8 pour 100 000 habitants dans le département, soit plus du tiers du taux d'admission en ALD.

	Région	Indre-et-Loire	Pays du Chinonais	Pays Loire Nature	Pays Loire Touraine	Pays Loches Sud Touraine	Agglo
	2003 - 2011	2003 - 2011	2005 - 2010	2005 - 2013	2005 - 2013	2005 - 2010	
Nombre nouvelles admissions / an			713	237	581	585	NC
Taux standardisé admissions / 100 000 habitants	590,0	571,6	810,7	586,4	568,5	873,7	NC

Le taux de nouvelles admissions en ALD pour maladies cardio-vasculaires est plus élevé dans les Pays du sud et de l'ouest du département avec un taux nettement supérieur à ceux du département et de la région.

### 6.3.2. ALD diabète de type 1 et 2

C'est de loin, la pathologie chronique la plus répandue sur le territoire de santé en nombre de bénéficiaires d'une ALD.

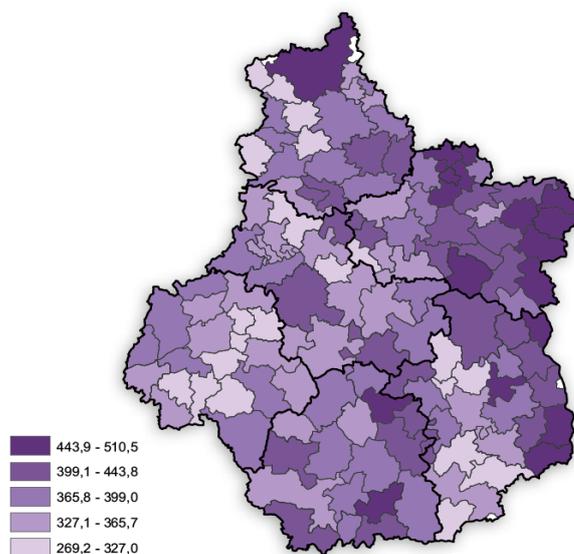


Figure 32 : Taux standardisés de nouvelles admissions en ALD pour diabète de type 1 et 2 pour 100 000 habitants (ORS 2015)

En Indre-et-Loire, le taux standardisé de nouvelles admissions en ALD pour diabète de type 1 et 2 est de 338,9 pour 100 000 habitants (2010-2013), inférieur à celui de la région (380,3) et de la France (367,6).

	Région	Indre-et-Loire	Pays du Chinonais	Pays Loire Nature	Pays Loire Touraine	Pays Loches Sud Touraine	Agglo
	2003 - 2011	2003 - 2011	2005 -2010	2005 - 2013	2005 - 2013	2005 - 2010	
Nombre nouvelles admissions / an			281	145	330	220	NC
Taux standardisé admissions / 100 000 habitants	380,3	338,9	337,2	365,1	326,1	359,7	NC

Les taux les plus marqués par rapport à la moyenne départementale se situent au nord-ouest et dans le sud du département en Pays Loire Nature et en Touraine Côté Sud.

### 6.3.3. Les Affections Longue Durée tumeurs malignes

De manière générale, sur le département de l'Indre-et-Loire, le taux standardisé de nouvelles ALD pour tumeurs malignes entre 2010 et 2013 est de 494 pour 100 000 habitants, le taux régional étant de 498. Seuls les départements du Loir-et-Cher et du Loiret présentent des taux inférieurs à celui d'Indre-et-Loire. Selon le rapport de l'ORS sur les inégalités sociales et territoriales, le nombre de personnes nouvellement admises en ALD pour cause de cancer est plus important que celui pour diabète. Cependant, la durée de vie des personnes avec diabète étant plus longue que celle des personnes avec tumeurs, l'effectif global de la population diabétique est plus élevé.

### 6.3.3.1. ALD cancer du sein

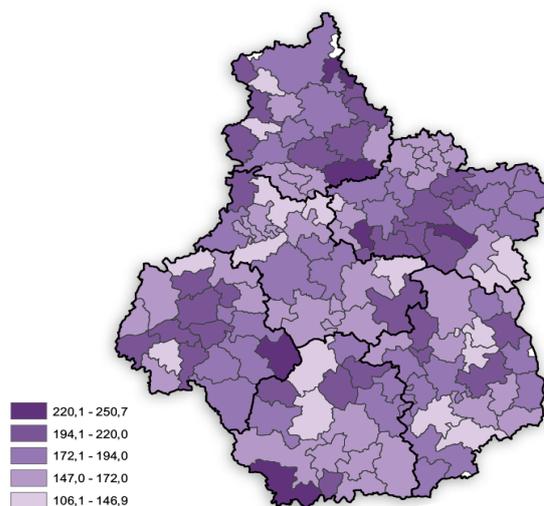


Figure 33 : Taux standardisés de nouvelles admissions en ALD pour cancer du sein pour 100 000 habitants (ORS 2015)

L'Indre-et-Loire présente le taux standardisé le plus élevé de la région pour les nouvelles admissions en ALD pour cancer du sein : 198,2 pour 100 000 habitants (2010-2013), versus 182,4 pour la région et 184,4 pour la France.

	Région	Indre-et-Loire	Pays du Chinonais	Pays Loire Nature	Pays Loire Touraine	Pays Loches Sud Touraine	Agglo
	2003 - 2011	2003 - 2011	2005 - 2013	2005 - 2013	2005 - 2013	2005 - 2010	
Nombre nouvelles admissions / an			80	42	96	49	NC
Taux standardisé admissions / 100 000 habitants	182,4	198,2	187,8	183,6	190,3	162,0	NC

En infra départemental, dans l'ensemble, le taux d'admission en ALD pour cancer du sein sur les pays couverts par un CLS, hors TOURS Plus et pays Indre-et-Cher pour lesquels les données n'ont pas été recherchées en l'absence de diagnostic territorial, est plus faible que le taux départemental en particulier pour le Pays Loches Sud Touraine qui présente un taux très nettement inférieur. On peut déduire de ces données que le taux d'admission en ALD pour cancer du sein sur l'agglomération tourangelle serait bien supérieur au taux départemental.

### 6.3.3.2. ALD cancer de la prostate

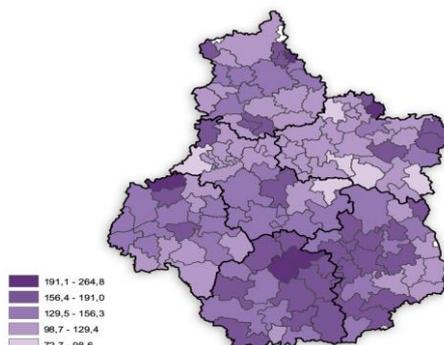


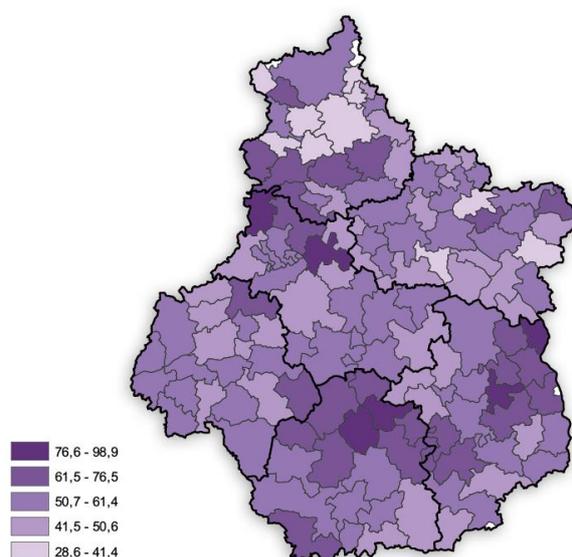
Figure 34 : Taux standardisés de nouvelles admissions en ALD pour cancer de la prostate pour 100 000 habitants (ORS 2015)

C'est le deuxième cancer pour lequel la demande d'ALD est la plus importante avec un taux standardisé de nouvelles admissions en ALD pour cancer de la prostate de 141,8 pour 100 000 habitants (2010-2013), équivalent à celui observé en) et en France.

Les zones rurales sont plus impactées.

	Région	Indre-et-Loire	Pays du Chinonais	Pays Loire Nature	Pays Loire Touraine	Pays Loches Sud Touraine	Agglo
	2003 - 2011	2003 - 2011	2005 - 2013	2005 - 2013	2003 - 2011	2005 - 2010	
Nombre nouvelles admissions / an			71	36	79	54	NC
Taux standardisé admissions / 100 000 habitants	140,4	141,8	177,4	156,4	153,9	178,2	NC

### 6.3.3.3. ALD cancer côlon-rectum



**Figure 35 : Taux standardisés de nouvelles admissions en ALD pour cancer du colon-rectum pour 100 000 habitants (ORS 2015)**

En Indre-et-Loire, le taux standardisé de nouvelles admissions en ALD pour cancer du côlon-rectum est de 48,8 pour 100 000 habitants (2010-2013), inférieur à celui de la région (52,6) et de la France (52,3).

Là encore, les taux les plus élevés se trouvent dans les ECPI plus ruraux du département à l'exclusion du Pays Loire Touraine.

	Région	Indre-et-Loire	Pays du Chinonais	Pays Loire Nature	Pays Loire Touraine	Pays Loches Sud Touraine	Agglo
	2003 - 2011	2003 - 2011	2005 - 2013	2005 - 2013	2003 - 2011	2005 - 2010	
Nombre nouvelles admissions / an			50	21	51	38	NC
Taux standardisé admissions / 100 000 habitants	52,6	48,8	58,4	48,1	50,4	57,0	NC

## 6.4. L'obésité

En région Centre-Val de Loire, la prévalence de l'obésité est de 16,9%, bien au-dessus du niveau national. En 15 ans, la progression en région a été de 7,1 points contre 6,5 au niveau national selon les données de l'enquête Obépi Roche 2012, 32,2% des français de plus de 18 ans seraient en surpoids (Indice de Masse Corporelle supérieur à 25) et 15% en situation d'obésité (IMC supérieur à 30).

	1997	2000	2003	2006	2009	2012
France entière	8,5%	10,1%	11,9%	13,1%	14,5%	15,0%
Région Centre	9,8%	10,7%	13,6%	13,7%	17,7%	16,9%

	Evolution 1997-2000	Evolution 2000-2003	Evolution 2003-2006	Evolution 2006-2009	Evolution 2009-2012	Evolution 1997-2012
France entière	+18,8%	+17,8%	+10,1%	+10,7%	+5,3%	+76,5%
Région Centre	+9,2%	+27,1%	+0,7% +	+29,2%	-4,5%	+72,4%

A partir de ces données, Obécentre, le centre spécialisé sur l'obésité en région Centre-Val de Loire a estimé qu'en Indre-et-Loire, environ 57 000 personnes seraient en obésité modérée (IMC entre 30 et 34,5), qu'environ 16 000 seraient en obésité sévère (IMC entre 35 et 39,9) et qu'environ 6 000 seraient en obésité morbide (IMC supérieur à 40), au regard des chiffres rapportés par l'enquête Obépi. Or, l'obésité conduit au développement de pathologies telles que l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie et le diabète de type 2 entre autres.

## 6.5. Santé de la mère et de l'enfant

### 6.5.1. Mortalité infantile

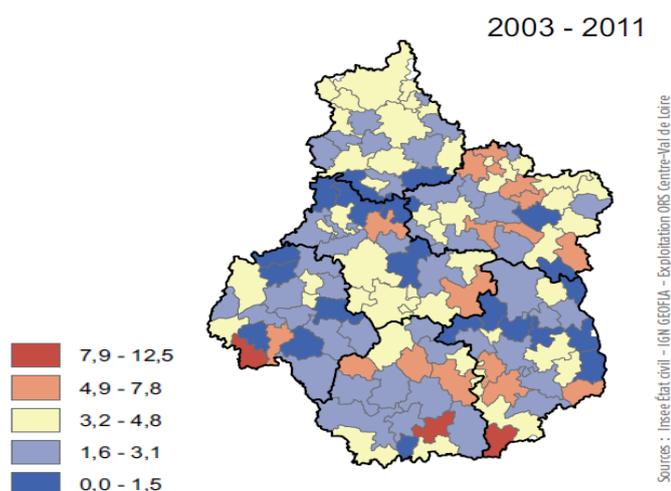


Figure 36 : Taux de mortalité infantile pur 1 000 naissances vivantes (ORS 2015)

Au cours de la période 2003-2011, l'Indre-et-Loire affiche le 2<sup>ème</sup> meilleur rang régional, légèrement inférieur à la moyenne régionale, soit une baisse de -28,8 par rapport à la période 1993-2001.

Le taux le plus élevé se situe dans le sud-ouest du département (Pays du Chinonais). Ces taux sont à interpréter avec précaution eu égard aux faibles effectifs (décès cumulés d'enfants sur la période considérée).

	Région	Indre-et-Loire	Pays du Chinonais	Pays Loire Nature	Pays Loire Touraine	Pays Loches Sud Touraine	Agglo
	2003 - 2011	2003 - 2011	2002 -2010	2003 - 2011	2003 - 2011	2002 - 2010	
Nombre décès enfants moins 1 an / an			25	11	27	9	NC
Taux standardisé / 1 000 enfants	3,1	3.0	3.4	2,2	2,5	1,9	NC

Cependant, le taux de mortalité infantile semble avoir évolué défavorablement ces dernières années puisque sur la période 2012-2014, il est de 4,4 décès de moins d'un an pour 1000 naissances (Cf. Tableau ci-dessous).

#### Les indicateurs de périnatalité en Indre et Loire

Indicateurs Périnatalité	37	Région	France
<b>Naissances domiciliées en 2013</b>	6 594	29 147	779 883
<b>Naissances domiciliées en 2014</b>	6 718	29 012	779 279
<b>Taux de natalité 2014 - naissances pour 1000 habitants</b>	11,1	11,3	12,2
<b>Taux de fécondité 2014 - Naissances pour 1000 femmes de 15 à 49 ans</b>	50,8	54,3	55,1
<b>Taux de mortalité infantile - Décès de moins d'1 an pour 1000 naissances (moyenne 2012-2013-2014)</b>	4,4	3,6	3,4
<b>Nombre d'accouchements</b>	6 652	26 531	747 247
<b>dont césariennes (% des accouchements)</b>	1 327 (20%)	4 845 (18,3%)	150 611 (20,2%)
<b>Nombre IVG (hors IVG médicamenteuses en ville et ITG)</b>	1 201	5 783	167 657

Source STATISS 2015

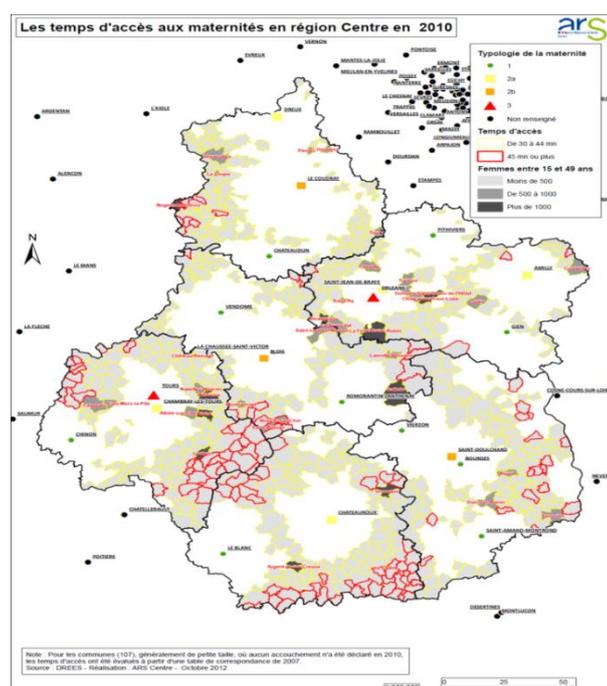
Il est également à noter que le taux de fécondité est, en Indre et Loire, bien inférieur aux taux régional et national.

#### 6.5.2. Concernant l'amélioration des conditions de grossesse et de naissance

Le département d'Indre et Loire compte trois maternités et dispose des trois niveaux de graduation de l'offre (Type 1 : CH Chinon, type 2 : PSLV, type 3 : CHRU de Tours), ainsi que d'un Centre Périnatal de Proximité (CPP) au CH d'Amboise.

Le CH de Loches a, quant à lui, mis en place un centre de périnatalité, non reconnu CPP à ce jour, pour assurer le suivi de grossesse et post-partum, le soutien à la parentalité et des actions d'éducation à la sexualité pour la population du bassin de vie de Loches.

La répartition de l'offre sanitaire et les temps d'accès à ces structures laissent apparaître certaines difficultés d'accès sur le département.



En effet, 35 communes du département se trouvent à plus de 45 minutes d'une maternité. Ces communes sont essentiellement concentrées dans le sud-est de l'Indre et Loire et, dans une moindre mesure, dans le nord-ouest. Ces difficultés d'accès sont cependant à nuancer, dans la mesure où les communes éloignées des maternités ont une population de femmes de 15 à 49 ans assez faible (moins de 500).

Il est à noter que la zone la plus éloignée d'une maternité, à savoir le Lochois, est également celle qui ne dispose pas d'un CPP.

Concernant l'offre ambulatoire, on constate que la répartition des professionnels de santé libéraux (gynécologues, pédiatres et sages-femmes) est extrêmement inégale en infra-départemental, avec une concentration de ces professionnels sur Tours et son agglomération.

Cependant, on constate une augmentation du nombre de sages-femmes installées en libéral sur le département et une meilleure répartition de ces professionnels sur le territoire. Pour exemple, le Lochois qui ne comptait aucune sage-femme libérale en 2012, a désormais 4 sages-femmes d'installées sur son territoire.

### 6.5.2.1. Prématurité (source UREH juin 2014)

Naissances Vivantes : Pourcentage de prématurité par département d'habitation, Région Centre

Prématurité Naissances Vivantes	2011		2012		2013	
	< 37 SA	< 32 SA	< 37 SA	< 32 SA	< 37 SA	< 32 Sa
Indre-et-Loire	6,39% (n=433)	0,81% (n=55)	7% (n=479)	0,83% (n=57)	6,4% (n=424)	0,94% (n=62)
Région Centre	6,57% (n=1956)	0,8% (n=238)	6,61% (n=1959)	0,84% (n=250)	6,58% (n=1899)	0,92% (n=266)

Le taux de prématurité (< 37 SA) est stable en Indre et Loire, comme sur l'ensemble de la région, et n'est pas significativement moins élevé que le taux régional.

On constate une légère augmentation du taux de grands prématurés (< 32 SA), qui n'est pas significative mais à suivre.

La répartition des prématurés (< 37 SA) sur le territoire départemental apparaît comme homogène.

### 6.5.2.2. Retards de croissance intra-utérins (RCIU) (source UREH juin 2014)

Naissances vivantes : Pourcentage de RCIU sévère par département d'habitation, Région Centre

RCIU Naissances vivantes	2011	2012	2013
	RCIU sévère	RCIU sévère	RCIU sévère
Indre-et-Loire	3,38% (n=229)	3,76% (n=257)	3,67% (n=243)
Région Centre	3,68% (n=1095)	3,65% (n=1083)	3,98% (n=1149)

En Indre et Loire, la proportion du RCIU sévère n'est pas significativement différente du reste de la région et reste assez stable. En revanche, la proportion de 3,98% en région Centre est significativement supérieure au 3% attendu au vu du référentiel national AUDIPOG.

Les RCIU semblent plus fréquents dans les zones rurales que dans les villes (Richelieu, L'Île-Bouchard, Loches, Montrésor, Preuilley sur Claise).

### 6.5.2.3. Mères mineures ou < 20 ans (source UREH juin 2014)

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						
Indre-et-Loire	2,35% (n=157)	0,58% (n=39)	2,44% (n=167)	0,47% (n=32)	2,15% (n=143)	0,39% (n=26)	2,15% (n=146)	0,55% (n=37)	2,1% (n=137)	0,61% (n=40)
Région Centre	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)

En Indre et Loire, on constate qu'il y a un taux de mères de < 20 ans significativement inférieur au taux régional, et en constante diminution. Ces jeunes mères sont concentrées dans quelques codes postaux, plutôt ruraux (Chinonais et Lochois). En 2013 le 37 a ponctuellement, un taux plus élevé que le niveau régional pour les femmes <18 ans.

### 6.5.3. Concernant la prévention et la prise en charge des grossesses non désirées

Le département d'Indre et Loire compte quatre établissements de santé qui pratiquent des interruptions volontaires de grossesses (IVG).

Deux établissements (CHRU de Tours et le CHIC d'Amboise Château-Renault) proposent les deux techniques d'IVG, ainsi que les deux types d'anesthésie pour les IVG instrumentales.

Les deux autres établissements (CH de Chinon et Loches) proposent les deux techniques d'IVG, mais ne réalisent les IVG instrumentales que sous anesthésie générale.

Le taux d'IVG médicamenteuses est de près de 27% en Indre et Loire et même si ce taux augmente, il reste bien inférieur au taux régional qui est de 62%. Cet écart peut s'expliquer par des différences dans les pratiques professionnelles ou liées à l'organisation des établissements (facilité d'accès au bloc opératoire...).

<p><b><u>Points forts</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de mortalité infantile de 2,9 pour 1 000 enfants, contre 3,1 pour la région, soit le 2ème meilleur rang régional sur la période 2003-2011.</li> <li>- Graduation de l'offre : 3 maternités dont une de type 1 (Chinon), type 2 (PSLV), type 3 (CHRU) et un CPP (Amboise).</li> <li>- Nombre d'IVG en diminution depuis 2000 (1348 en 2000 à 1201 en 2015).</li> <li>- 4 établissements de santé pratiquent des IVG avec les 2 techniques (chirurgicale et médicamenteuse) : Tours, Amboise, Loches et Chinon.</li> </ul>	<p><b><u>Points faibles</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de mortalité infantile a évolué défavorablement ces dernières années : 4,4 décès de moins d'un an pour 1 000 naissances (2012-2014) vs 2,9 (2003-2011).</li> <li>- Taux de fécondité inférieur aux taux régionaux et nationaux (50,8 vs 54,3 en région et 55,1 en France).</li> <li>- 35 communes du département sont à plus de 45 mn d'une maternité (au sud-est et au nord-ouest).</li> <li>- Centre de périnatalité sur Loches non reconnu comme CPP.</li> <li>- Absence de CPEF sur le Pays Loire Nature.</li> <li>- Fragilité des CPEF de Loches et Chinon.</li> <li>- Répartition des professionnels de santé libéraux (gynécologues, pédiatres et sages-femmes) extrêmement inégale en infra-départemental.</li> <li>- Taux d'IVG médicamenteuses inférieur au taux régional (27% vs 62%).</li> </ul>
<p><b><u>Opportunités / leviers</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Demande de reconnaissance de Loches en tant que CPP.</li> <li>- Augmentation constante du nombre de sages-femmes installées en libéral sur le département et une meilleure répartition de ces professionnels sur le territoire.</li> <li>- Coordination des acteurs de la périnatalité dans le cadre des CLS.</li> </ul>	<p><b><u>Freins</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer le parcours de la femme enceinte et permettre l'accès à une offre diversifiée.</li> <li>- Prévenir et prendre en charge les grossesses non désirées.</li> <li>- CPEF relèvent de la compétence du Conseil départemental.</li> </ul>

## 6.6. La santé des jeunes

### 6.6.1. Les principales addictions chez les jeunes

Aucune donnée départementale précise n'est disponible en la matière. Néanmoins, les taux régionaux étant proches des taux nationaux, on peut estimer que l'Indre-et-Loire ne se démarque pas véritablement de ces statistiques.

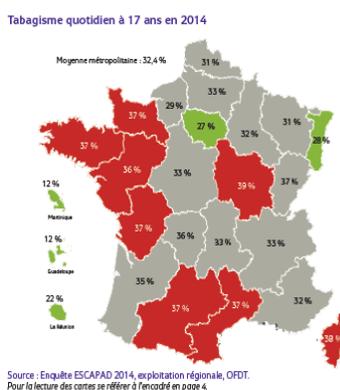
L'Indre-et-Loire dispose d'une opératrice de prévention des conduites addictives. Les actions qu'elle a accompagné, ont permis en 2016 de toucher environ 3 100 jeunes du département répartis sur six collèges et six lycées, privés et publics, majoritairement sur le secteur de l'agglomération. En outre, des

actions sont également réalisées lors de festivals. Les addictions les plus marquées dans l'ordre sont : le tabac, l'alcool et le cannabis.

### 6.6.1.1. L'usage du tabac chez les jeunes de 17 ans

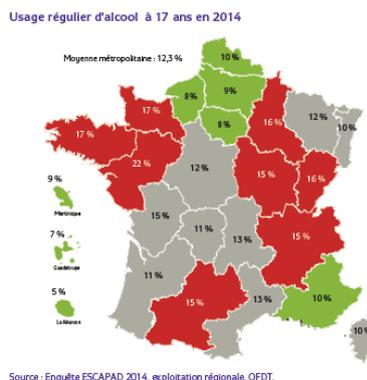
Selon les données résultant de l'enquête ESCAPAD<sup>4</sup>, 33% des jeunes de 17 ans résidant en région Centre-Val de Loire fume de manière quotidienne (niveau national 32,4%). Au niveau du département d'Indre-et-Loire, cela pourrait concerner environ 48 000 jeunes de 17 ans.

Pour autant, d'après le rapport d'activité du CSAPA, il ressort que les consultations pour consommation excessive de tabac sont très faibles, ne représentant que 0,7% des consultations pour la seule addiction au tabac, le taux augmentant lorsque la consommation de tabac est accompagnée de la consommation d'une autre substance, alcool ou drogues, à un peu plus de 9%.



### 6.6.1.2. L'usage de l'alcool

Les données de l'enquête ESCAPAD rapportent que 12% des jeunes de la Région Centre-Val de Loire font une consommation régulière de l'alcool. Rapporté à la population d'Indre-et-Loire, ce serait environ 17 500 jeunes de 17 ans qui seraient concernés.



Les données du Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA37) rapportent que l'alcool est le second produit pour lequel les jeunes consultent à la Consultations Jeunes

<sup>4</sup> <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxolv7.pdf>



### **6.6.3. La santé sexuelle**

En moyenne, le premier rapport sexuel en France a lieu à 17,4 ans pour les garçons et 17,6 ans pour les filles<sup>5</sup>. Selon un sondage<sup>6</sup> réalisé par l'IFOP auprès des 15-24 ans, sur cette tranche d'âge, et pour ceux ayant des partenaires irréguliers, 53% répondent ne pas avoir utilisé de préservatif lors du dernier rapport sexuel. Or, en 2013, en France, sur les 6 000 personnes ayant découvert leur séropositivité, 12% avaient moins de 25 ans.

Par ailleurs, en 2013, en région Centre-Val de Loire, 6 900 Interruptions Volontaires de Grossesse ont été réalisées, et parmi elles, 9,2% concernent des jeunes filles de 15 à 17 ans.<sup>7</sup>

### **6.6.4. La santé bucco-dentaire**

L'assurance maladie, en partenariat avec l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD), organise à partir de 6 ans (en classe de CP) et jusqu'à 25 ans un examen bucco-dentaire (M'T Dents) qui a lieu tous les 3 ans, qui permet à tout enfant de bénéficier d'un examen gratuit chez un chirurgien-dentiste dans le but de réaliser des actions de prévention.

Chaque parent reçoit un courrier lors de l'entrée en Classe Préparatoire et est invité à réaliser cet examen. Dans les zones prioritaires, l'Assurance Maladie renforce la réception de ce courrier avec une intervention dans une vingtaine de classes du département d'Indre-et-Loire. Selon les données de la CPAM, le programme M'T Dents a bénéficié d'un taux de participation de 39,66% en 2015 sur l'ensemble des jeunes ciblés, le meilleur taux de la région Centre-Val de Loire (37,93% en moyenne sur les 6 départements) et supérieure à la moyenne nationale (37,73%).

### **6.6.5. L'audition**

Peu de données spécifiques à l'échelle régionale ou départementale sont disponibles.

Selon le Baromètre Santé 2014 (environ 5 000 personnes interrogées de 15 à 35 ans) :

- 1 jeune sur 8 déclare un usager d'écoute au casque dangereux pour son audition (au moins & heure plusieurs fois par semaine voire tous les jours à forte puissance) ;
- 1 jeune sur 5 a été exposé au moins 10 fois dans l'année à des niveaux sonores élevés dans un lieu de loisirs ;
- Seuls 16% des utilisateurs de casques déclarent ajuster le son et modérer leur durée d'écouter pour protéger leurs oreilles ;
- En concert ou en discothèque, 21% des jeunes ne s'éloignent jamais des enceintes, et seulement 3% portent systématiquement des bouchons d'oreilles.

Or l'exposition à des niveaux sonores élevés dans les lieux de loisirs (discothèques, bars, concerts...) ou par le biais de l'écoute de la musique au casque peut provoquer des troubles de l'audition :

<sup>5</sup> <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/fiches-pedagogiques/l-age-au-premier-rapport-sexuel/>

<sup>6</sup> [https://www.sciencesetavenir.fr/sante/sidaction-le-preservatif-toujours-pas-un-reflexe-chez-les-jeunes\\_28772](https://www.sciencesetavenir.fr/sante/sidaction-le-preservatif-toujours-pas-un-reflexe-chez-les-jeunes_28772)

<sup>7</sup> [http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er\\_924\\_ivg\\_web.pdf](http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_924_ivg_web.pdf)

sifflements d'oreilles, bourdonnements (acouphènes), perte d'audition parfois permanents. Au regard de leurs pratiques, les jeunes sont particulièrement concernés. L'INSERM estime qu'environ 6% des 15-24 ans sont touchés par la surdité ; et dans 60% des cas de surdité dans cette tranche d'âge, les causes sont évitables.

## 6.7. Synthèse Etat de santé

<p><b><u>Points forts</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un taux de mortalité générale très favorable par rapport à la Région Centre-Val de Loire et à la France (taux standardisé 767,1 pour 100 000 habitants en Indre-et-Loire contre 831,3 pour 100 000 habitants en région Centre-Val de Loire et 832,7 décès pour 100 000 habitants en France).</li> <li>- Un taux de mortalité prématurée également très favorable (188,5 décès pour 100 000 habitants en Indre-et-Loire contre 205 décès pour 100 000 habitants en région Centre-Val de Loire et 205 décès pour 100 000 habitants en France).</li> <li>- Développement des Contrats Locaux de Santé sur la Communauté de communes Loches Sud Touraine, les Pays du Chinonais, Loire Touraine et Loire Nature et engagement d'un Conseil Local en Santé Mentale sur le territoire de l'agglomération de Tours.</li> <li>- Des actions de prévention particulièrement développées sur les territoires politique de la ville permettant ainsi de réduire les inégalités de santé.</li> <li>- Une bonne participation départementale à la campagne de dépistage du cancer du sein à 12.8 % du taux cible (Données Insee taux bruts sur la période 2014-2015 : 62,2% de participation en Indre-et-Loire, soit le deuxième meilleur taux de la Région Centre-Val de Loire /vs taux régional 59,9% et taux national 51,8%.</li> <li>- Bonne participation au programme de la santé bucco-dentaire.</li> </ul>	<p><b><u>Points faibles</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acteurs peu identifiés par les usagers</li> <li>- De fortes disparités entre les territoires, particulièrement pour les territoires ruraux.</li> <li>- L'absence de Contrat Local de Santé sur l'agglomération Tours Métropole Val de Loire qui empêche une connaissance fine de l'état de santé de sa population.</li> <li>- Une mortalité par suicide globalement supérieure dans l'ensemble des territoires.</li> <li>- Un taux d'obésité important.</li> <li>- Un taux de participation au dépistage du cancer colo-rectal à développer (Insee bruts : 37,1% en Indre-et-Loire ; 36,1% en région Centre-Val de Loire ; 29,8% pour la France entière pour un taux cible à atteindre en 2019 de 65% <sup>8</sup>).</li> <li>- Des taux de mortalité au-dessus de la moyenne régionale et/ou départementale particulièrement pour les Pays du Chinonais, Loches Sud Touraine et Loire Nature, notamment pour la mortalité liée à la consommation excessive d'alcool et dans une moindre mesure au tabac.</li> <li>- Besoins en addictologie à développer sur l'ensemble du territoire / développer « l'aller-vers »</li> <li>- Centre de vaccinations repris par le CHU, transition à accompagner.</li> </ul>
<p><b><u>Opportunités / leviers</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuite du développement / renouvellement des Contrats Locaux de Santé sur les territoires</li> <li>- La nouvelle politique en prévention/promotion de la santé recentrée sur les besoins des territoires mieux adaptée aux besoins repérés</li> </ul>	<p><b><u>Défis à relever</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer une politique de « l'aller vers ».</li> <li>- Sensibiliser les populations aux campagnes de dépistage.</li> <li>- Absence de Contrat Local de Santé sur l'Agglomération de Tours.</li> <li>- Quid d'un CLS avec la nouvelle communauté de communes Touraine Vallée de l'Indre ?</li> </ul>

<sup>8</sup> Données Plan cancer 2014-2019

## 6.8. Pistes d'actions

D'une manière générale, on observe une nette amélioration de l'état de santé de la population. Malgré tout, la prévention doit être amplifiée sur les maladies causant le plus de mortalité prématurée, de handicaps ou ayant les taux de morbidité les plus élevés ainsi que sur les conduites à risques, plus particulièrement auprès du public Jeunes.

De manière générale et pour tous les publics, les thématiques telles que les addictions, les maladies chroniques et leur dépistage, la prévention au suicide et des informations sur la vaccination sont plus spécifiquement mises en avant. Le développement de l'aller-vers est souligné afin que l'ensemble du territoire soit couvert par des actions de prévention.

**En matière de lutte contre le cancer**, plus particulièrement sur le Pays du Chinonais, la Communauté de communes Loches- Sud Touraine et le Pays Loire Nature, des actions de prévention en relais des campagnes nationales de dépistage doivent être poursuivies et renforcées tant pour le cancer du sein que celui du côlon-rectum.

**De même des actions de prévention pour éviter les maladies cardio-vasculaires** sont à maintenir.

Dans les priorités pour le département en matière de prévention/promotion de la santé, une attention toute particulière a été portée auprès du public jeune, notamment en matière de santé sexuelle et d'obésité. En effet, il ressort une méconnaissance des jeunes, des acteurs en matière de prévention de la santé et/ou une difficulté à pouvoir les rencontrer, notamment pour ceux habitant en zone rurale. Ainsi, compte-tenu des forts taux d'obésité dans la région, la lutte contre ce fléau passera notamment par le parcours éducatif en santé des plus jeunes qui travaillera entre autres sur l'alimentation, l'hygiène de vie, l'activité physique, piliers en matière de surpoids et d'obésité.

Chez les moins de 25 ans, le développement de l'acquisition des compétences psycho-sociales est à privilégier pour limiter les conduites à risque.

**S'agissant des femmes enceintes** et parmi elles, les plus jeunes voire mineures, il conviendra de s'inscrire dans la mise en œuvre et la déclinaison du plan régional d'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) validé en fin d'année 2016 et ses objectifs, dont l'amélioration de la prévention des grossesses non désirées et des IST.

L'attention doit aussi être portée sur l'amélioration de la lisibilité de l'offre existante pour le suivi de grossesse, le développement des consultations de planification et d'éducation familiale sur les secteurs non couverts (Pays Loire-Nature) – en continuité du PTS et le développement de l'accès à l'IVG médicamenteuse notamment en ville.

## 7. Santé mentale

### 7.1. Quelques données de santé

Taux standardisé d'ALD pour troubles mentaux pour 100 000 hab (score santé)

Ensemble	2008	2009	2010	2011 <sup>(p)</sup>	2012 <sup>(p)</sup>
Centre-Val de Loire	157 <sup>(2)</sup>	171 <sup>(2)</sup>	180 <sup>(2)</sup>	181 <sup>(2)</sup>	178 <sup>(2)</sup>
Cher	147 <sup>(2)</sup>	158 <sup>(2)</sup>	158 <sup>(2)</sup>	162 <sup>(2)</sup>	156 <sup>(2)</sup>
Eure-et-Loir	175 <sup>(1)</sup>	210 <sup>(2)</sup>	233 <sup>(2)</sup>	228 <sup>(2)</sup>	209 <sup>(1)</sup>
Indre	201 <sup>(2)</sup>	221 <sup>(2)</sup>	239 <sup>(2)</sup>	254 <sup>(2)</sup>	249 <sup>(2)</sup>
Indre-et-Loire	143 <sup>(2)</sup>	151 <sup>(2)</sup>	162 <sup>(2)</sup>	165 <sup>(2)</sup>	171 <sup>(2)</sup>
Loiret	168 <sup>(2)</sup>	178 <sup>(2)</sup>	179 <sup>(2)</sup>	173 <sup>(2)</sup>	174 <sup>(2)</sup>
Loir-et-Cher	117 <sup>(2)</sup>	124 <sup>(2)</sup>	129 <sup>(2)</sup>	130 <sup>(2)</sup>	130 <sup>(2)</sup>

ALD – Données infra-territoriales disponibles

	Indre et Loire	Agglo	Sud Touraine	Loire Touraine	Chinonais	Loire nature
Période	2006-2014	2006-2014	2005-2010	2005-2013	2005-2010	2005-2013
Nb nouvelles admissions pour Affections psychiatriques/ an	1182	488	62	120	91	49
Nb admission sur la période/ 100 000 hab.	151,2	179	122,2	123,2	126,3	121
Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants		29.2%		17.5%		14.4%
Troubles de l'humeur		75.7%		56.3%		46.5%
Troubles de la personnalité et du comportement		28.9%		19.1%		12.5%

Décès par suicide

	et Indre Loire	Agglo	Sud Touraine	Loire Touraine	Chinonais	Loire nature
Période	2005-2013	2005-2013	2002-2009	2003-2011	2002-2010	2003-2011
Nb décès annuel par suicide		47	12	19	17	8
Taux décès par suicide/ 100 000hab.	17,6	16,1	21	18,8	21,6	20,2

Le taux d'ALD standardisé progresse régulièrement mais reste légèrement en deçà du taux régional. Il était de 171 pour 100 000 habitants en 2012 versus 178 pour la région. En milieu urbain, la maladie mentale est mieux prise en compte qu'en milieu rural où les taux de suicide corrélativement y sont plus élevés.

## 7.2. L'offre du territoire

Offre de soins libérale – source DREES – ADELI/RPPS

Département d'Indre-et-Loire	
Nbre professionnels de santé et psychologues	Libéraux ou activité mixte
Médecins généralistes	674
Psychiatres	67
Pédo-psychiatres	3
Psychologues	160

Offre de soins sanitaires – source SAE

Département d'Indre-et-Loire		
Type de structure	Psychiatrie générale	Psychiatrie infanto-juvénile
A temps complet	Nb lits/places installés	Nb lits/places installés
<b>TOTAL</b>	<b>947</b>	<b>30</b>
Nb lits/places HT plein	577	30
Nb lits/places placement familial thérapeutique	2	-
Nb lits/places appartement thérapeutique	368	
Nb lits/places centre de post cure	-	
Nb lits/places centre de crise	-	-
Nb lits/places HAD psy	-	-
A temps partiel	Nb lits/places installés ou de structures	Nb lits/places installés ou de structures
Nb places HDJ	218	84
Nb places HDN	14	1
Nb structures en ateliers thérapeutiques	2	-
En ambulatoire	Nb structures	Nb structures
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>12</b>
Nb CMP ou unités de consultations	16	10
- Dont CMP ouverts $\geq$ 5j / semaine	4	8
Nb CATTP	4	2

Plusieurs étapes du parcours de santé et de vie des personnes (enfance/ adulte/ personnes âgées) sont identifiées comme fragiles et susceptibles de rupture :

### 7.3. Secteur enfant

#### 7.3.1. Quelques constats

La filière de soins et d'accompagnement des enfants dans le champ de la santé mentale connaît en amont et en aval une situation d'embolisation ne permettant pas à l'ensemble des enfants de trouver une réponse adaptée à leurs besoins.

Cette embolisation se traduit par des délais d'attente importants pour accéder à la primo-consultation pour les enfants (en dehors des situations d'urgence) tant dans les inter-secteurs de pédopsychiatrie que dans le secteur médico-social (CAMPS et CMPP).

Cette embolisation se traduit également par des difficultés au moment du passage entre les structures pour enfants et les structures pour adultes, dans le secteur de la psychiatrie et le secteur médico-social.

La situation peut se résumer à partir de ce tableau SWOT :

<p><b><u>Points forts</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une offre départementale en pédopsychiatrie (CMP) dans tous les Pays à l'exception du Pays Loire Nature qui dispose cependant d'une antenne CAMSP et CMPP.</li> <li>- Une offre spécifique pour les adolescents : le centre Oreste, la CPU, la MDA (avec 2 antennes locales en projet sur Loches et Chinon).</li> <li>- Dans le secteur psychiatrique, les services « ados » acceptent de poursuivre la prise en charge le plus longtemps possible avant de passer le relais aux services adultes.</li> <li>- Dans le secteur médico-social : le dispositif amendement Creton et 2 Appels à Projet pour 2017 (Amendement Creton et Pôle de Compétences et de Prestations externalisées).</li> </ul>	<p><b><u>Points faibles</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une embolisation en amont et en aval :</li> <li>- Des délais d'attente pour accéder aux structures sanitaires (CMPP, HDJ et CAMSP).</li> <li>- Une absence de lits de pédopsychiatrie pour enfants de - 12 ans.</li> <li>- Des secteurs de pédopsychiatrie très étendus.</li> <li>- Pas de CATTP en pays Loire nature et Pays Chinois.</li> <li>- Une liste d'attente en établissements et services médico-sociaux pour enfants importante.</li> <li>- Un manque de lisibilité de la prise en charge psychiatrique infanto-juvénile.</li> </ul>
<p><b><u>Opportunités / leviers</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le dispositif « réponse accompagnée pour tous ».</li> <li>- Les travaux du GHT et la remise en fonctionnement du Secrétariat de la psychiatrie.</li> <li>- La structuration des fonctions d'appui aux professionnels (PTA) notamment pour les enfants (à travers le recours à la Maison départementale des adolescents).</li> </ul>	<p><b><u>Freins</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sectorisation pédo-psychiatrique non abordée dans le GHT à ce jour.</li> <li>- Pas de pilotage unique de la psychiatrie sur le département.</li> </ul>

### **7.3.2. Pistes d'actions**

- Revoir la sectorisation pédo-psychiatrique.
- Travailler dans le cadre du GHT à un parcours de soins sans rupture et notamment à une organisation plus optimale du 1<sup>er</sup> rdv en CMP afin d'optimiser le recours à la ressource médicale (par exemple: faire assurer le 1<sup>er</sup> rdv par une IDE ou une assistante sociale).
- Améliorer la lisibilité pour la population de l'offre de pédo-psychiatrie en particulier pour les adolescents.

## **7.4. Constats dans le secteur adulte**

### **7.4.1. Quelques données contextuelles**

- Le taux d'ALD 23 « affections psychiatriques de longue durée » est plus faible que le taux régional, même s'il est la 3<sup>ème</sup> cause d'ALD sur le département (près de 9930 personnes en ALD 23 en Indre-et-Loire).

- Les services d'hospitalisation complète de psychiatrie connaissent un taux d'occupation important et font remonter un manque de lits chronique mais avec des personnes hospitalisées depuis plusieurs années (question de la juste orientation et de l'aval de la psychiatrie).
- Une enquête départementale en février 2016 a dénombré près de 400 situations ayant posé des difficultés de prise en charge en EHPAD et en ESMS PH pour des problèmes d'agressivité, de violence et pour lesquels un besoin de soutien psychiatrique s'est manifesté.

<p><b><u>Points forts</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une offre libérale satisfaisante (68 psychiatres installés – source RPPS 2016), comparativement aux autres départements.</li> <li>- Une offre hospitalière publique et privée globalement satisfaisante au regard du taux d'équipement du département et assez bien répartie sur le territoire.</li> <li>- Concernant l'offre hospitalière ambulatoire en psychiatrie générale, tous les pays disposent d'une offre en CMP et CATTP.</li> <li>- Des services spécialisés : Le CAC, le CRA, une USLD psychiatrique, 3 GEM, les SAVS-SAMSAH à orientation psychiatrique.</li> </ul>	<p><b><u>Points faibles</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La part de prise en charge en ambulatoire est inférieure à la moyenne nationale.</li> <li>- Répartition des psychiatres fortement concentrée sur l'Agglomération de Tours.</li> <li>- Pas de lits d'hospitalisation en psychiatrie sur le Sud-Touraine (lits d'HC localisés sur l'agglomération).</li> <li>- Les 3 cliniques privées ne répondent que pour une partie de leur activité aux besoins du territoire (accueil d'une proportion importante de patients hors département, environ 50%).</li> </ul>
<p><b><u>Opportunités / leviers</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le développement des MSP et des CPTS, pour consolider l'offre de premier recours en psychiatrie.</li> <li>- Le développement de la télémédecine en gérontopsychiatrie.</li> <li>- Le GHT : l'articulation entre les établissements de santé autorisés en psychiatrie et les structures sociales et médico-sociales pour organiser l'aval de la prise en charge psychiatrique et éviter le maintien en hospitalisation par défaut.</li> <li>- L'étude CREAMI de décembre 2016 sur les situations complexes en établissements et services médico-sociaux et la coopération avec le secteur psychiatrique en Indre et Loire.</li> <li>- Le dispositif « réponse accompagnée pour tous »</li> <li>- La mise en place d'un conseil local en santé mentale sur une partie de l'agglomération et les coordinations locales en santé mentale sur la communauté de communes Touraine et le pays Loire Touraine dans le cadre des CLS.</li> <li>- La structuration des fonctions d'appui aux professionnels (PTA) notamment pour les enfants (à travers le recours à la Maison départementale des adolescents)</li> <li>- Consultations de psychiatres avancées ou dans le cadre de la télémédecine dans les MSP.</li> </ul>	<p><b><u>Freins à relever</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'offre libérale de psychiatres à surveiller car 54% des psychiatres installés ont plus de 55 ans.</li> <li>- L'offre libérale est mal répartie sur le territoire (les ¾ concentrée sur l'agglomération).</li> <li>- Des personnes hospitalisées depuis plusieurs années en hospitalisation complète de psychiatrie nécessitant une orientation en établissement ou service médico-social : d'après étude IRDES 2014, les hospitalisations au long court représentent 25% des lits de psychiatrie, soit 144 lits en Indre-et-Loire.</li> <li>- Près de 400 situations ayant posé des difficultés de prise en charge en EHPAD et en ESMS PH pour des problèmes d'agressivité, de violence et pour lesquels un besoin de soutien psychiatrique s'est manifesté (enquête CREAMI départementale de février 2016).</li> </ul>

#### **7.4.2. Les pistes d'action sur le secteur adulte**

- Pour faciliter le recours aux soins de la population, développer les consultations avancées de psychiatrie dans les structures d'exercice coordonné (en présentiel ou avec recours à la télémédecine).
- Pour structurer un parcours de santé et de vie prenant en compte les trois piliers indispensables soins/ travail/ logement : définir une organisation territoriale des ressources sanitaire, sociale et médico-sociale permettant l'articulation des trois volets, au niveau infra-territorial dans le cadre du conseil local et des coordinations locales en santé mentale (CLSM).
- Développer la coopération hospitalière public-privé en particulier en aval des urgences psychiatriques en organisant une offre hospitalière de post-urgence.
- Pour les retours à domicile, fréquemment identifiés comme des moments de rupture en sortie d'hospitalisation psychiatrique, assurer un suivi à domicile en articulation entre les secteurs de psychiatrie et éventuellement une offre sociale (SAAD, SAVS), médico-sociale (SSIAD, SAMSAH) voire sanitaire (HAD).
- Pour les patients disposant d'une orientation CDAPH mais restant hospitalisés en psychiatrie par défaut, dans l'attente d'une place en structure médico-sociale, il convient de faciliter leurs sorties vers le médico-social en renforçant la coopération entre les deux secteurs, et en s'appuyant sur le développement d'une offre psychiatrique ambulatoire davantage orientée sur le domicile.
- Face aux situations de crise vécues dans les établissements médico-sociaux, le secteur médico-social doit être accompagné dans l'adaptation de ses pratiques aux nouveaux publics (troubles du comportement) pour éviter le recours parfois non justifié à la psychiatrie et renforcer la coopération avec le secteur psychiatrique en amont des situations de crise ;
- Apporter un soutien aux services intervenant à domicile (SSIAD, SAAD, SESSAD) rencontrant parfois des difficultés liées à l'entourage familial (troubles psychologiques entravant la bonne prise en charge de l'aidé).

### **8. Démographie des professionnels de santé**

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

Cet avantage est certainement lié à la présence du CHRU, de la faculté de médecine et des différentes écoles paramédicales sur le territoire.

#### **8.1. Focus sur les soins de premier recours**

Si l'on s'intéresse aux professionnels de santé libéraux, on constate cette situation plus favorable en Indre et Loire, permettant un meilleur accès aux soins, notamment de 1<sup>er</sup> recours.

Malgré cela, en Indre et Loire, 1 049 personnes âgées de plus de 75 ans n'ont pas de médecin traitant, ce qui représente 1,7% de cette classe d'âge. Au total, ce sont 33 127 personnes soit 9,06 qui sont sans médecin traitant.

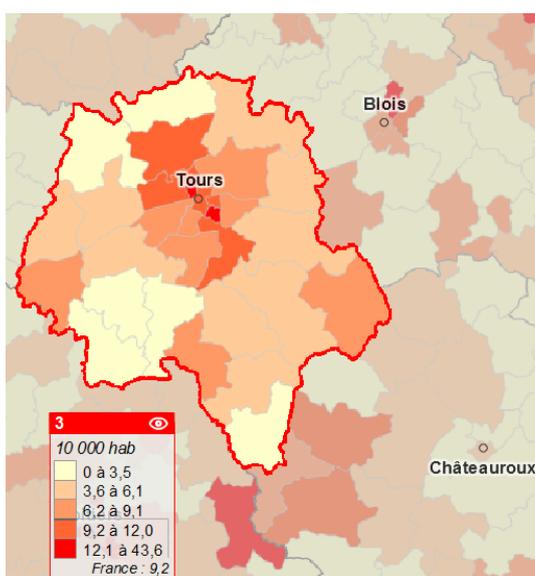
### Professionnels de santé libéraux

En exercice au 02/12/2016

Professionnels de santé libéraux	18	28	36	37	41	45	Région
<b>Médecins généralistes</b>							
nombre	221	283	166	579	264	478	1976
densité pour 100 000 habitants	70,91	65,36	72,78	96,46	79,52	71,82	76,87
part des moins de 55 ans (%)	43,89	42,4	40,36	52,5	42,05	39,54	44,59
<b>Médecins spécialistes</b>							
nombre	181	252	96	567	212	474	1726
densité pour 100 000 habitants	58,08	58,2	42,09	94,46	63,86	71,22	67,15
part des moins de 55 ans (%)	43,65	38,49	31,25	49,56	38,68	44,73	43,4
<b>Chirurgiens-dentistes</b>							
nombre	134	165	78	288	132	273	1067
densité pour 100 000 habitants	43	38,11	34,2	47,98	39,76	41,02	41,51
part des moins de 55 ans (%)	58,96	62,42	48,72	64,24	53,79	64,47	60,92
<b>Infirmiers</b>							
nombre	307	307	287	537	316	511	2265
densité pour 100 000 habitants	98,51	70,91	125,83	89,46	95,18	76,77	88,11
part des moins de 50 ans (%)	68,08	66,45	64,46	64,99	63,61	71,62	66,84
<b>Masseurs kinésithérapeutes</b>							
nombre	175	202	113	527	172	460	1649
densité pour 100 000 habitants	56,15	46,65	49,54	87,8	51,81	69,11	64,15
part des moins de 50 ans (%)	66,29	62,38	62,83	74,38	55,81	71,09	68,41

Sources : RPPS/INSEE

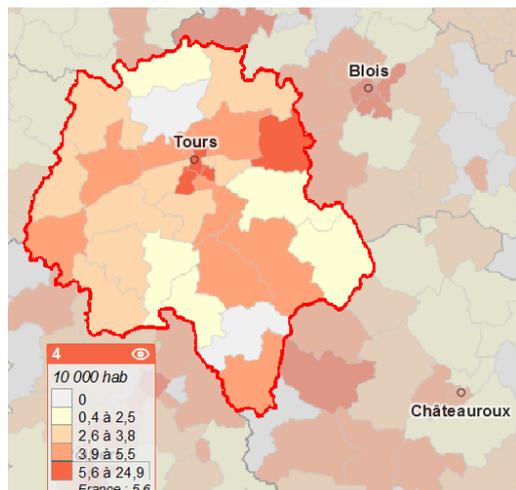
### Densité des chirurgiens-dentistes



Source : données DREES-2015 exploitation Mazars,

D'importantes disparités infra-départementales existent également, et c'est ce qui apparaît si l'on prend l'exemple des chirurgiens-dentistes, la cartographie ci-contre montre un fort contraste entre les grands centres urbains et certains cantons en périphérie qui possèdent une forte densité de dentistes avec le reste du territoire qui présente une sous-représentation de ces professionnels.

## Densité des masseurs-kinésithérapeutes

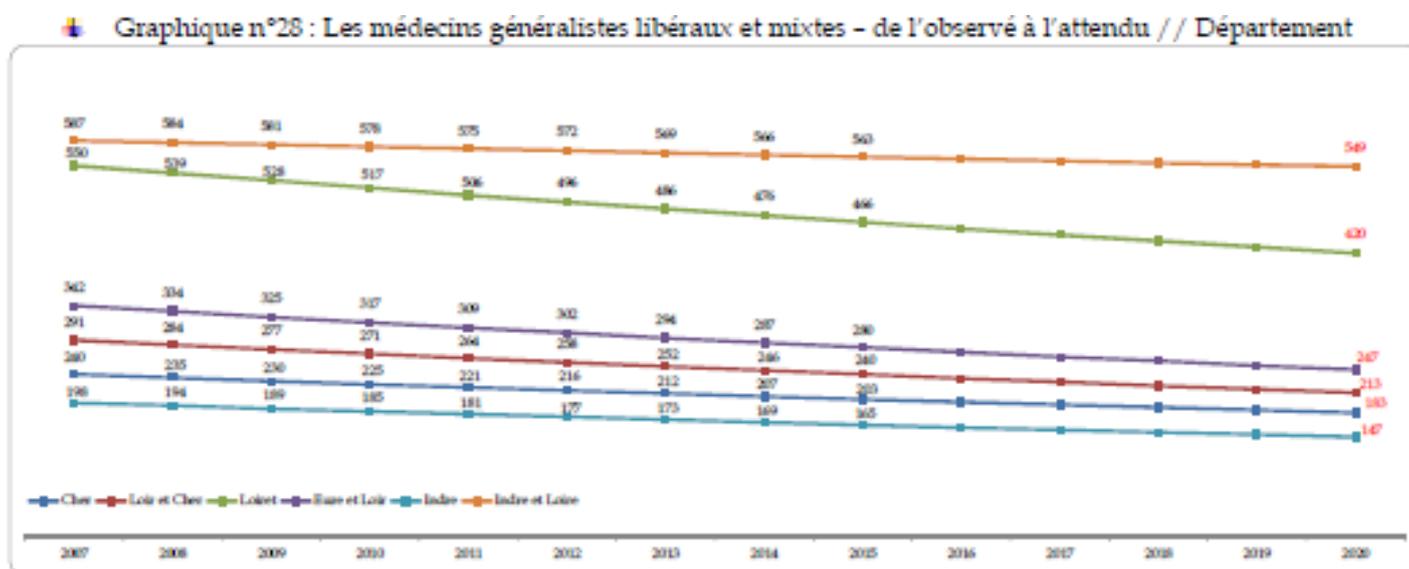


De même pour les kinésithérapeutes, car même si la densité départementale est supérieure à la densité régionale et à celle des autres départements de la région, elle est inférieure à la densité nationale et très inégalement répartie sur l'ensemble du département. Cela entraîne des difficultés d'accès de la population vieillissante de ces zones à ce type de prise en charge.

*Source : données DREES-2015 exploitation Mazars,*

## Perspectives

Malgré un nombre de médecins généralistes supérieur aux autres départements de la région, ce nombre est en constante diminution depuis une décennie et cette diminution est amenée à se poursuivre dans les années à venir : 587 médecins généralistes libéraux et mixtes en 2007 à 563 en 2015 et avec une projection à 549 médecins en 2020 en Indre et Loire<sup>9</sup>.

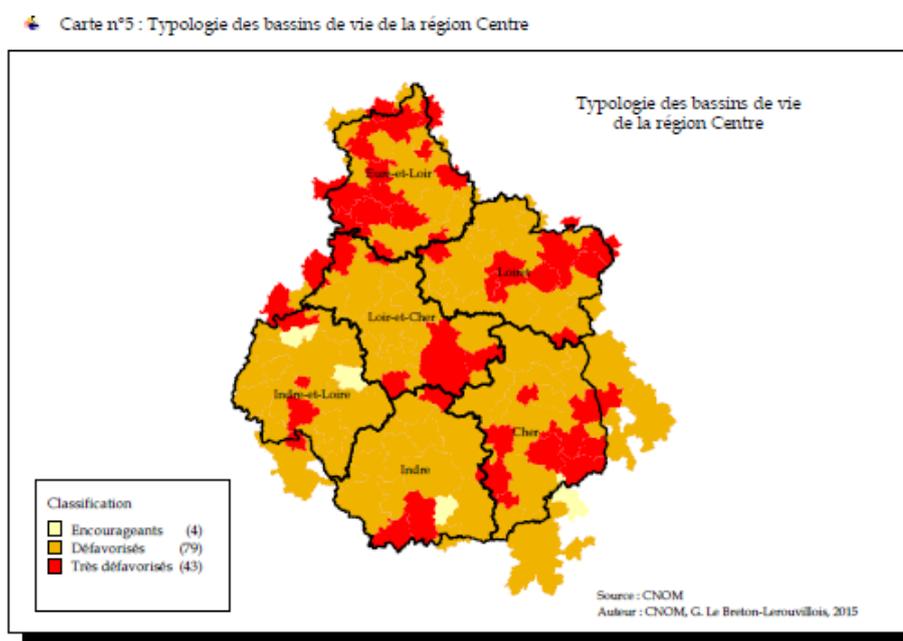


\* : Hors région 412 médecins

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a réalisé une classification ascendante hiérarchique permettant de définir trois typologies de bassins de vie, prenant en compte différents indicateurs : densité de généralistes, variations 2007-2015, % MG > 60 ans, % MG < 40 ans, taux de féminisation, taux d'exercice individuel ; densité d'infirmiers, pharmacies, kinésithérapeutes ; %

<sup>9</sup> Graphique n°28 : Les médecins généralistes libéraux et mixtes – de l'observé à l'attendu par département ; *Source : La démographie médicale en région Centre – situation en 2015 - CNOM*

population des retraités, % population > 75 ans, % chômeurs, % ouvriers/employés, variation population 2007-2015.



Il ressort de cette classification que seuls les bassins de vie de Neuillé-Pont-Pierre et Bléré se trouvent dans une situation encourageante et que le département est globalement dans une situation défavorisée, c'est-à-dire que les densités et variations sont inférieures à la moyenne régionale.

### ➤ Focus sur le profil des médecins installés en Indre et Loire :

Concernant le profil des médecins d'Indre et Loire, nous pouvons constater qu'ils sont plus jeunes que sur l'ensemble de la région, avec une part plus importante de femmes<sup>10</sup>.

Tableau n°4 : Médecins généralistes à l'échelle départementale

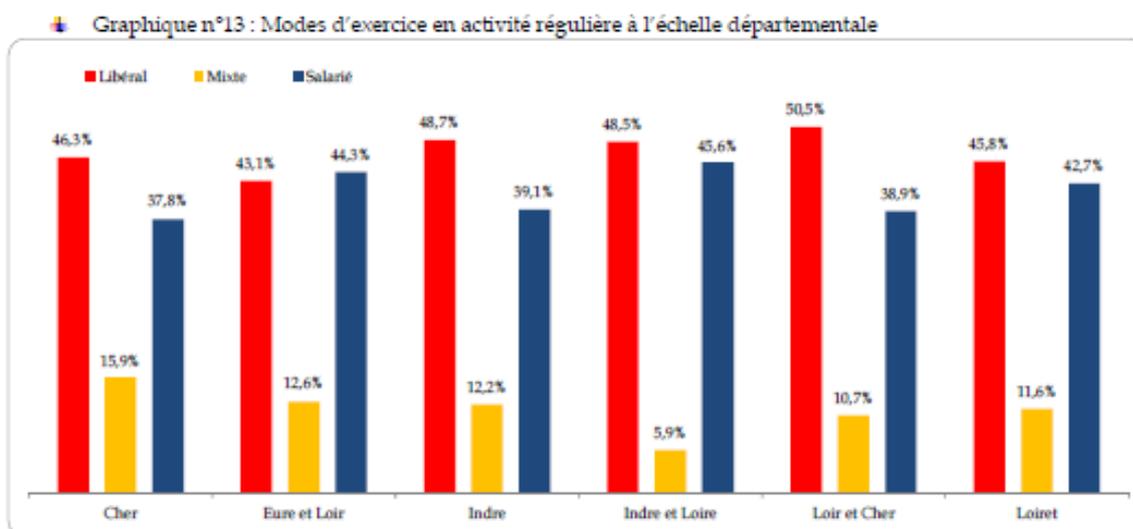
Département	Moyenne d'âge	% femmes	% <40 ans	% >= 60 ans
Cher	54	39%	9%	30%
Eure et Loir	54	39%	9%	30%
Indre	54	35%	10%	33%
Indre et Loire	52	42%	15%	25%
Loir et Cher	53	42%	12%	30%
Loiret	54	42%	8%	31%

Tableau n°5 : Médecins spécialistes à l'échelle départementale

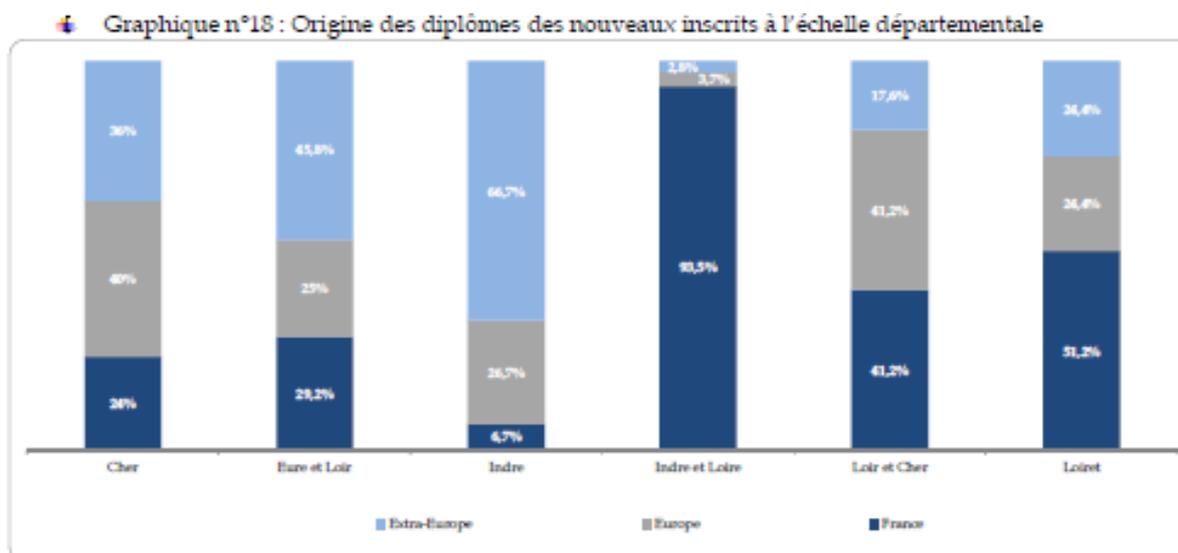
Département	Moyenne d'âge	% femmes	% <40 ans	% >= 60 ans
Cher	54	29%	9%	34%
Eure et Loir	53	35%	9%	30%
Indre	55	30%	8%	38%
Indre et Loire	49	47%	26%	23%
Loir et Cher	54	36%	12%	34%
Loiret	53	42%	13%	29%

<sup>10</sup> Cf. Tableau n° 4 et 5 : Médecins généralistes et spécialistes à l'échelle départementale ; Source : La démographie médicale en région Centre – situation en 2015 - CNOM

Par ailleurs, ils s'installent majoritairement en libéral même si l'Indre et Loire est le département où la part de médecins salariés est la plus importante (45,6% vs 37,8% dans le Cher) et la part de ceux en exercice mixte est la plus faible (5,9% vs 15,9% dans le Cher)<sup>11</sup>.



Concernant les nouvelles inscriptions à l'ordre des médecins, le département d'Indre et Loire a la particularité d'avoir enregistré, au cours de l'année 2014, quasi-exclusivement des médecins titulaires d'un diplôme français, à l'inverse des autres départements de la région<sup>12</sup>

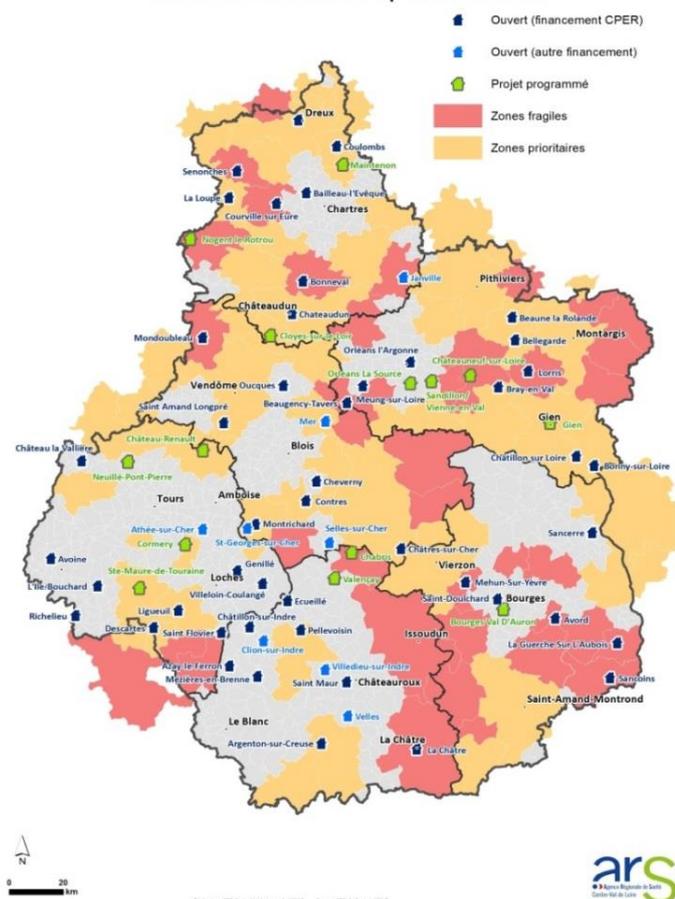


Enfin, les mesures mises en œuvre dans le cadre du Pacte Territoire Santé depuis 2013, ainsi que les différents dispositifs d'aide à l'installation ont permis de limiter une dégradation plus importante, voire d'améliorer la situation en matière de démographie médicale sur certaines zones.

<sup>11</sup> Cf. Graphique n° 13 : Modes d'exercice en activité régulière à l'échelle départementale ; Source : La démographie médicale en région Centre – situation en 2015 - CNOM

<sup>12</sup> Cf. Graphique n°18 : Origine des diplômes des nouveaux inscrits à l'échelle départementale ; Source : La démographie médicale en région Centre – situation en 2015 - CNOM

### Les Maisons de Santé Pluridisciplinaires - Avril 2016



C'est ainsi que dans le cadre du Contrat de Plan Etat Région (CPER), 12 MSP ont été financées sur le département, parmi lesquelles 9 sont ouvertes et 3 en cours de construction.

Parmi celles qui sont déjà ouvertes, il a été constaté que les effectifs en médecins généralistes, kinésithérapeutes et infirmiers ont été maintenus pour trois d'entre elles et ont augmenté pour les six autres.

Par ailleurs, l'ARS a réalisé une analyse du nombre d'installation de médecins généralistes dans les zones fragiles afin de mesurer l'impact du zonage et des leviers incitatifs mis en œuvre.

Au total, 23 bassins de vie ont été identifiés comme « fragiles » dans le cadre du zonage SROS de mai 2012 puis révisé en octobre 2014 (en rouge dans la cartographie ci-dessous) : 7 sont situés dans le Cher, 5 en Eure et Loir, 3 dans l'Indre, 1 en Indre et Loire, 1 en Loir et Cher, 6 dans le Loiret.

En Indre et Loire, le bassin de vie concerné par ce dispositif est celui d'Yzeures sur Creuse, qui a connu une évolution positive, entre 2011 et 2015, avec une installation supplémentaire sur ce territoire.

Sur l'ensemble de la région, seuls 17% des bassins de vie (4 sur 23) ont un solde positif en termes d'installation sur cette période.

Par ailleurs, l'Indre et Loire compte 9 contrats de Praticiens Territoriaux de Médecins Générale (PTMG) signés depuis 2013, 3 installations de médecin signataire d'un Contrat d'Engagement de Service Public (CESP), 86 maîtres de stage médecins généralistes agréés qui peuvent accueillir des étudiants et des internes.

De plus, l'organisation des soins de premier recours continue de se structurer avec la mise en place de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) sur le département et la première à avoir contractualisé avec l'ARS Centre – Val de Loire couvre le territoire du PSP du Sud Lochois.

<p><b><u>Points forts</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le département est le mieux doté de la région en professionnels de santé. Cela est lié en partie à la présence du CHRU, de la faculté de médecine et des écoles paramédicales sur le territoire.</li> <li>- Les médecins d'Indre et Loire sont plus jeunes que sur l'ensemble de la région.</li> <li>- Les nouvelles inscriptions à l'ordre des médecins, enregistrées au cours de l'année 2014, concernent quasi-exclusivement des médecins titulaires d'un diplôme français, à l'inverse des autres départements de la région.</li> <li>- Dans le cadre du CPER, 12 MSP ont été financées sur le département, 9 sont ouvertes et 3 en cours de construction. Parmi celles déjà ouvertes, les effectifs en MG, MK et IDE ont été maintenus pour 3 d'entre elles et ont augmenté pour les 6 autres.</li> <li>- 14 centres de santé : 7 centres de soins infirmiers, 6 centres de santé dentaire et 1 centre municipal polyvalent.</li> <li>- 9 contrats de PTMG signés en Indre et Loire depuis 2013, 3 installations de médecins signataires d'un CESP, 86 maîtres de stage MG agréés pour accueillir des étudiants et internes.</li> <li>- l'organisation des soins de 1er recours poursuit sa structuration avec la mise en place de CPTS : la 1ère du département et de la région couvre le territoire du PSP du Sud Lochois et a contractualisé avec l'ARS le 9/03/2017.</li> </ul>	<p><b><u>Points faibles</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- D'importantes disparités infra-départementales subsistent en matière de démographie des professionnels de santé, avec un fort contraste entre les grands centres urbains et le reste du territoire.</li> <li>- Malgré un nombre de MG supérieur aux autres départements de la région, ce nombre est en constante diminution : 587 MG libéraux et mixtes en 2007, 563 en 2015, avec une projection à 549 en 2020.</li> <li>- Point de vigilance sur les professions de CD, IDE et MK : malgré des densités supérieures aux densités régionales, les densités départementales sont inférieures au niveau national.</li> <li>- Le bassin de vie d'Yzeures sur Creuse, identifié comme « fragiles » dans le cadre du zonage SROS révisé en octobre 2014, reste très en difficulté et enregistre un solde négatif d'installation à mars 2017.</li> <li>- 33 127 personnes soit 9,06% qui sont sans médecin traitant dont 1 049 personnes de plus de 75 ans (1,7% de cette classe d'âge).</li> </ul>
<p><b><u>Opportunités / leviers</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 à 4 nouvelles CPTS en projet sur le département.</li> <li>- La structuration des fonctions d'appui aux professionnels (PTA).</li> <li>- Le développement de la télémédecine.</li> <li>- Bonne implication de l'URPS.</li> </ul>	<p><b><u>Défis à relever</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anticiper le départ en retraite des médecins</li> <li>- Conforter l'offre de 1<sup>er</sup> recours pour les chirurgiens-dentistes, les masseurs kinésithérapeutes.</li> </ul>

## **8.2. Pistes d'actions**

- Une communication pour attirer des jeunes professionnels dans les territoires où l'accès aux soins est menacé à améliorer.
- Poursuivre l'accompagnement des MSP, centres de santé et CPTS.
- Accompagner l'installation des professionnels de santé libéraux en milieu rural (mesures PTS...).
- Mise en place d'une gouvernance territoriale pour le suivi de la démographie médicale.
- Accompagner la mise en place des fonctions d'appui aux professionnels.

## **9. Offres de soins et d'accompagnement**

### **9.1. Impacts du virage ambulatoire sur la restructuration de l'offre de soins**

Le virage ambulatoire est un objectif qui s'impose aux secteurs public et privé en raison notamment de l'évolution des techniques opératoires et d'anesthésie, et des objectifs de rationalisation des dépenses fixés par l'ONDAM.

Cette orientation interpelle :

- Les modalités de prise en charge en chirurgie avec le développement de la chirurgie ambulatoire qui a un impact sur l'organisation des soins et des plateaux techniques, et les capacités d'hébergement.
- L'adaptation des modalités de prise en charge et des durées de séjour aux niveaux de sévérité des patients.

La chirurgie ambulatoire est la discipline d'excellence pour illustrer le virage ambulatoire.

Le taux global de chirurgie ambulatoire en Indre et Loire en 2015 est de 49.5% alors que le taux global régional est de 50.2%. Une analyse rapide de ces deux données conduirait à conclure à une insuffisance d'adaptabilité de nos établissements. Là encore le CHRU a un impact sur le taux départemental. Il est en effet observé au niveau national une rapidité d'évolution moindre dans les CHRU compte tenu de la diversité des disciplines déployées et du nombre de praticiens avec chacun leur pratique professionnelle. Toutefois le CHRU avec un taux global de 37.5% en 2015 et de 38.7% en 2016 se classe dans les 5 premiers CHRU au niveau national.

Un effort est déployé globalement par les établissements publics et privés du département puisqu'on observe une évolution de 5.6 points de 2011 à 2014 contre 4.3 points au niveau régional. Cependant il faut noter que les établissements de santé privé MCO restent plus compétitifs que le secteur public concernant la part de chirurgie ambulatoire avec un taux de 63% en 2014 alors qu'il représente pour cette même année 47% de l'activité de chirurgie conventionnelle.

## 9.2. La mise en place des GHT et la réorganisation de l'offre de soin dans le territoire

### 9.2.1. Offre de soins publique

#### Etablissements autorisés pour les activités de MCO et/ou de SSR

Etablissements	Médecine		Chirurgie		Obstétrique		Sous-Total MCO		SSR		TOTAL Lits-Places
	Lits	Pl.	Lits	Pl.	Lits	Pl.	Lits	Pl.	Lits	Pl.	
CHRU	760	88	388	38	92	22	1 240	148	104	5	1 497
CH Chinon	65	5			15	2	80	7	70		157
CH Loches	35	4	25	6			60	10	30		100
CHIC Amboise-Château-Renault	84	2	24	4			108	6	62	2	178
CH de Ste Maure de T.	14						14				14
CH L. Sevestre									140		140
CH de Luynes	10						10		70		80
<b>TOTAL</b>	<b>968</b>	<b>99</b>	<b>437</b>	<b>48</b>	<b>107</b>	<b>24</b>	<b>1 512</b>	<b>171</b>	<b>476</b>	<b>7</b>	<b>2 166</b>

Données 2015 – Source SAE (via DIAMANT)

#### Etablissements de MCO autorisés pour les activités de soins en psychiatrie

Etablissements	Psychiatrie générale			Psychiatrie infanto-juvénile			TOTAL Lits-Places
	Lits	Places	Sous-total	Lits	Places	Sous-Total	
CHRU	218	101	319	12	34	46	365
CH Chinon	48	32	80	18	51	69	149
CH Loches		15	15				15
CHIC Amboise-Château-Renault	50	30	80				80
<b>TOTAL</b>	<b>316</b>	<b>178</b>	<b>494</b>	<b>30</b>	<b>85</b>	<b>115</b>	<b>609</b>

Données 2015 – Source SAE (via DIAMANT)

#### Etablissement de MCO autorisé pour l'activité de soins de longue durée

Etablissement	Lits	Places	TOTAL
Centre Hospitalier du Chinonais	124		124

### 9.2.2. Offre de soins privée

#### Etablissements autorisés pour les activités de MCO

Etablissements	Médecine		Chirurgie		Obstétrique		Sous-Total MCO		TOTAL Lits-Places
	Lits	Pl.	Lits	Pl.	Lits	Pl.	Lits	Pl.	
NCT+ Alliance	56		108	26			164	26	190
NCT+ St- Gatien	77		77	30			154	30	184
PSLV	135		103	50	86		324	50	374
Clinique JDA	4		37	19			41	19	60
<b>TOTAL</b>	<b>272</b>		<b>325</b>	<b>125</b>	<b>86</b>		<b>683</b>	<b>125</b>	<b>808</b>

Données 2015 – Source SAE (via DIAMANT)

### Etablissements autorisés pour l'activité de SSR

Etablissements	Modalités de prise en charge	Lits	Places	TOTAL
<b>Clinique Velpeau</b>	Soins polyvalents	105		105
<b>Le Courbat</b>	Addictions	56		56
<b>Malvau</b>	Addictions	62		62
<b>Le Clos St-Victor</b>	Affections de l'appareil locomoteur Affections du système nerveux	90	12	102
<b>Bel Air</b>	Affections de l'appareil locomoteur Affections du système nerveux Affections des brûlés	96	11	107
<b>Bois Gibert</b>	Affections cardio-vasculaires	92	23	115
<b>PSLV</b>		60	3	63
<b>TOTAL</b>		<b>561</b>	<b>49</b>	<b>610</b>

Données 2015 – Source SAE (via DIAMANT)

### Etablissements autorisés pour l'activité de psychiatrie générale

Etablissements	Lits	Places	TOTAL
<b>Clinique Ronsard</b>	73	40	113
<b>Domaine de Vontes et Champgault</b>	135		135
<b>Clinique du Val de Loire</b>	50		50
<b>TOTAL</b>	<b>258</b>	<b>40</b>	<b>298</b>

### Etablissement autorisé pour l'activité de soins de longue durée

Etablissement	Lits	Places	TOTAL
<b>Pôle de Santé Mentale « La Confluence »</b>	80		<b>80</b>

### Etablissements autorisés pour l'activité d'hospitalisation à domicile

	Zone d'intervention	TOTAL Lits
<b>ASSAD-HAD</b>	Département	104
<b>HAD Val de Loire</b>	Zone délimitée infra-départementale	103
<b>TOTAL</b>		<b>207</b>

### Etablissement autorisé pour l'activité de dialyse

Etablissement	Lits	Places	TOTAL
<b>ARAUCO</b>	70		<b>70</b>

L'offre de soins privée est complétée par le Centre d'Oncologie et de Radiothérapie -CORT 37- situé sur le site du PSLV.

#### 9.2.3. Analyse des taux d'équipement

Les taux d'équipement du département d'Indre et Loire pour 1 000 habitants sont plus favorables que les taux régionaux, hormis pour les USLD pour personnes de + 75 ans.

Les données disponibles en 2013 le montrent :

Territoires	Médecine	Chirurgie	Obstétrique	SSR	Psy Gén. HC	Psy Gén. HC-HP	Pédo-Psy HC	Pédo-Psy HC-HP
Indre et Loire	2.3	1.9	1	1.8	1.2	1.7	0.2	1.0
Région Centre	2.1	1.4	0.8	1.6	1.1	1.6	0.1	0.9
France	2.2	1.6	0.8	1.7	1.0			

#### Taux d'équipement pour 1 000 habitants

L'analyse de ces chiffres ne doit pas conduire à considérer l'Indre et Loire comme suréquipé.

En effet en ce qui concerne le **MCO**, la présence du CHRU de Tours explique un niveau d'équipement de nature à répondre aux besoins des habitants du territoire et des départements limitrophes de la région, et même hors région Centre-Val de Loire de par son attractivité, notamment sur certaines spécialités. L'attractivité de l'offre départementale est confortée par ailleurs, par la concentration sur son territoire des 3 tomographes à émissions de positons dont dispose la région Centre-val de Loire.

Pour ce qui concerne l'offre en **SSR**, le département d'Indre et Loire compte des SSR à recrutement régional (le Centre Bois Gibert) et national (Malvau et le Courbat).

En revanche le taux d'équipement en **USLD** pour 1 000 habitants de 75 ans et plus au 1<sup>er</sup> janvier 2015 du département d'Indre et Loire de **3.3** apparaît comme le plus faible de la région, avec de surcroît une offre concentrée en totalité sur le Centre hospitalier du Chinonais avec 124 lits.

L'offre de **chirurgie** du département d'Indre et Loire génère quant à elle un volume d'activité significatif en représentant en nombre de séjours au niveau régional :

- 33.53 % du volume régional en 2015 en chirurgie conventionnelle
- 33.10 % du volume régional en 2015 en chirurgie ambulatoire

avec une hausse globale de 2.69 % de 2012 à 2015.

L'offre de soins de chirurgie peut expliquer le niveau du taux de recours standardisé (mesure de la consommation de soins des habitants d'une zone géographique rapportée à la population domiciliée dans cette zone, corrigée de l'effet structure de la population -âge et sexe-) supérieur aux taux régional et national.

	Chirurgie en HC	Chirurgie ambulatoire
Indre et Loire	89.4	47.3
Région CVL	88.3	44.1
France	84.3	39.8

Pareillement, l'offre de soins **en psychiatrie** est plus sollicitée en hospitalisation complète en Indre et Loire que dans le reste de la région avec en 2015 un nombre total de 3 426 patients ayant eu recours à une prise en charge contre une médiane des territoires de la région qui est de 3 015. En revanche, 9 838 patients du département ont eu recours à une prise en charge en psychiatrie en ambulatoire contre une médiane des territoires de la région qui est de 12 186.

Ces chiffres peuvent traduire une disproportion de l'offre en hospitalisation complète de psychiatrie par rapport à l'offre ambulatoire.

Enfin, l'offre de soins comprend également une offre en imagerie lourde portée sur certains sites exclusivement par le secteur libéral - SARL Imagerie 37 (Sites du Pôle Léonard de Vinci, Clinique de l'Alliance), GIE Saint Gatien STIR, SCM Scanner et IRM du Chinonais, Centre de Médecine Nucléaire -, ou sous forme de GIE public-privé sur le site de l'hôpital Clocheville, ou exclusivement par les établissements de santé publics (CHRU – CHIC - CH de Loches).

Au vu du dernier bilan des implantations et du nombre d'appareils pour les équipements lourds d'octobre 2016, le département d'Indre et Loire dispose en nombre d'appareils et d'implantations autorisés de :

- 11 scanners sur 8 implantations
- 12 IRM sur 6 implantations
- 5 gamma-caméras sur 3 implantations
- 3 tomographes à émissions de positons (TEP) sur 2 implantations

L'offre de soins publique est impactée depuis peu par des réformes et des objectifs budgétaires sévères qui ne manqueront pas de l'amener à se restructurer en termes d'organisation, de modalités de prise en charge et de complémentarité, pour répondre à la problématique du vieillissement de la population, et donc des poly-pathologies et des maladies chroniques, tout en allant dans le sens des évolutions préconisées dans le cadre de la pertinence et de la rationalisation des soins.

#### **9.2.4. La mise en place du Groupement Hospitalier de Territoire Touraine-Val de Loire**

La loi dite de Modernisation de notre système de santé vise, parmi les objectifs qu'elle détermine, celui de consolider et de développer une organisation sanitaire cohérente et organisée permettant de concilier égalité d'accès, qualité, proximité et sécurité des soins au regard de leur gravité et de la capacité des hôpitaux d'y faire face conformément à leurs missions de proximité, de recours et de référence. A ce titre, la loi fait du GHT un dispositif majeur de l'organisation sanitaire dans chaque territoire de démocratie sanitaire.

La convention constitutive du GHT Touraine-Val de Loire a été approuvée par l'ARS Centre-Val de Loire le 30 août 2016 avec pour ce qui est de sa composition :

- En membres partie obligatoires, les 7 établissements publics de santé
- En membres partie volontaires : 6 EHPAD publics
- En membres partenaires : 4 SSR
- En membres associés : les 2 HAD

La convention constitutive comporte notamment en annexe un **Projet Médical Partagé** qui est évolutif dans son contenu selon un calendrier fixé règlementairement.

Il retient en axes de travail 10 filières de soins -dont 3 transversales (Biologie- Pharmacie-Imagerie)- : Médecine-Gériatrie-, Chirurgie-Anesthésie-Réanimation, Oncologie médicale, Urgences, Périnatalité, Santé Mentale Adulte, Santé Mentale Enfant et Adolescents.

Le GHT a pour mission d'organiser des parcours de santé en identifiant les points de fragilité et de rupture après avoir défini par filière une offre de soins graduée.

Au vu des problèmes d'ores et déjà repérés par les professionnels de santé, le GHT a amendé son PMP initial pour travailler sur 10 parcours de soins jugés prioritaires qui sont les suivants :

- Le patient âgé polypathologique
- Le patient en décompensation oedémato-ascitique
- La prise en charge d'un patient en soins palliatifs chroniques
- Le parcours de la femme ayant une grossesse pathologique
- Le parcours de l'enfant nécessitant une prise en charge en santé mentale
- Le patient présentant un AVC au sein du GHT
- Quelle rééducation pour quel type d'AVC ?
- Le patient porteur d'un cancer digestif
- Le patient obèse devant bénéficier d'une chirurgie bariatrique
- Le patient porteur d'une fracture du col du fémur.

### **9.3. Les prises en charge hospitalières non pertinentes et évitables (y compris dans les services d'urgence), des prises en charge hospitalière sans nuitée, et des hospitalisations prolongées non pertinentes**

L'accroissement de la pertinence des soins est un enjeu clé pour répondre aux besoins de la population tout en limitant l'augmentation des dépenses de santé.

La pertinence des soins est une notion évolutive car un soin pertinent hier peut ne plus l'être aujourd'hui du fait de l'évolution des connaissances, des techniques et de l'organisation des soins. Elle suppose une adaptabilité des pratiques professionnelles.

Cet objectif porte sur :

- La pertinence des prescriptions : médicamenteuses, examens de biologie ...
- La pertinence des actes : prise en charge médicale, chirurgicale ...
- La pertinence des prestations : modalités d'hospitalisation, parcours de soins ...

Concernant l'offre de soins, un des objectifs est de limiter les durées d'hospitalisation à ce qui est juste nécessaire à l'état de santé des patients. L'enjeu se situe alors dans l'accompagnement du retour à domicile. Deux dispositifs, préconisés par le plan ONDAM, peuvent y répondre :

### **9.3.1. Le recours à l'HAD**

Le recours à l'HAD n'est pas un dispositif suffisamment utilisé par les établissements de santé. En 2014 pour ce qui concerne les établissements de santé publics et privés MCO du département, l'activité a été de 268 265 séjours avec 1 234 séjours confiés aux HAD par transfert du court séjour. Ce chiffre chute en 2015 et atteint 964 séjours d'HAD par transfert du court séjour alors que le niveau global d'activité des établissements de santé a progressé.

### **9.3.2. Le dispositif PRogramme d'Accompagnement au Retour à DOMicile PRADO**

Ce dispositif de l'Assurance Maladie tend à mettre des programmes d'accompagnement de retour à domicile pour des patients hospitalisés après certains événements de santé.

Ainsi en 2016, les PRADO suivants étaient déployés, avec plus ou moins de succès selon les disciplines et les établissements :

- PRADO Maternité au CHRU, au Centre hospitalier du chinonais et au CHIC d'Amboise-Château-Renault
- PRADO Chirurgie au CHRU, CHIC d'Amboise-Château-Renault, au PSLV, aux cliniques de l'Alliance et de Saint-Gatien
- PRADO Insuffisance-Cardiaque au CHRU, à la clinique Saint-Gatien et au CHIC d'Amboise-Château-Renault
- PRADO Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (**BPCO**) en démarrage au CHRU
- PRADO chirurgie digestive en démarrage au CHRU.

Un PRADO « personnes âgées » devrait se mettre en place à compter de 2017.

Ces réformes doivent conduire à adapter l'offre de soins et notamment son dimensionnement capacitaire au regard, certes des modalités de prise en charge, mais également des niveaux de sévérité des patients. Mesurer le nombre de séjours avec des niveaux de sévérité 1 et 2 (les moins lourds) conduira à réorienter les moyens existants et financés pour répondre à des besoins non satisfaits.

<p><b><u>Points forts</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Attractivité de l'offre de soins départementale publique et privée.</li> <li>- Répartition territoriale de l'offre de soins publique équilibrée quant aux activités de 1<sup>er</sup> recours.</li> <li>- Développement des complémentarités entre établissements publics de santé, encouragé par le GHT Touraine-Val de Loire (postes médicaux partagés).</li> <li>- Recherche d'une meilleure complémentarité avec les établissements partenaires et associée engagés par le GHT ; 7 établissements de santé publics, 6 EHPAD publics, 2 membres associés (HAD), 4 membres partenaires (SSR).</li> <li>- Maintien d'une offre de soins publique diversifiée et répartie sur le département permis par la pratique des postes médicaux partagés.</li> <li>- Bonne couverture territoriale d'accès aux soins d'urgence (SAU et SMUR).</li> <li>- Développement fort de la chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé publics et privés.</li> <li>- Diversité de l'offre de soins de suite et de réadaptation.</li> <li>- Bonne couverture du département en HAD.</li> </ul>	<p><b><u>Points faibles</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une offre de soins territoriale publique fragilisée dans certaines disciplines en raison d'un manque de médecins dans tous les hôpitaux, principalement en gériatrie, médecine d'urgence cardiologie, anesthésie-réanimation et dans certaines disciplines hyperspécialisées au CHRU.</li> <li>- Un développement marginal des consultations avancées.</li> <li>- L'absence de médecins correspondants du SAMU.</li> <li>- L'insuffisance des capacités d'hospitalisation en médecine, principalement gériatrique pour affronter les évolutions sociétales (maladies chroniques – vieillissement de la population).</li> <li>- Un virage ambulatoire insuffisamment répercuté sur les modalités de prise en charge et donc sur l'offre de soins, et intégré dans les pratiques professionnelles.</li> <li>- Un accès inégal sur le territoire au traitement du cancer par chimiothérapie.</li> <li>- Une complémentarité public-privé à améliorer dans les pratiques d'accueil des urgences adulte.</li> <li>- Un accès inégal sur le territoire à la prise en charge en soins palliatifs.</li> <li>- Une offre de soins de suite et de réadaptation diversifiée sans être adaptée parfaitement aux besoins locaux (recrutement extra-régional, sur représentation de la modalité de prise en charge des addictions « classiques »).</li> <li>- L'insuffisance de lits d'USLD polyvalents et leur concentration sur le CH du Chinonais.</li> <li>- Une filière hospitalière en addictologie toujours incomplète.</li> <li>- Un rapprochement public-privé à rechercher à l'aire du GHT.</li> </ul>
<p><b><u>Opportunités / leviers</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le PRS 2.</li> <li>- Les CPOM des établissements de santé.</li> <li>- Le GHT Touraine-Val de Loire.</li> <li>- La réforme de la tarification des SSR.</li> <li>- La restructuration du CHRU.</li> <li>- Le planONDAM.</li> <li>- Le développement de la télémédecine.</li> <li>- le recours à l'HAD.</li> <li>- Le développement des programmes PRADO.</li> <li>- Le PAERPA.</li> </ul>	<p><b><u>Défi à relever</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une offre de soins à restructurer en termes d'organisation, de modalités de prise en charge et de complémentarité pour répondre au vieillissement de la population et au développement des maladies chroniques.</li> </ul>

#### **9.4. Pistes d'actions**

- Développer les solutions d'aval au MCO
  - Recomposer l'offre de soins de suite pour développer des prises en charge spécialisées identifiées (troubles des comportements alimentaires, troubles cognitifs...)
  - Entreprendre un travail sur la pertinence des prises en charge en SSR au regard des niveaux de sévérité des séjours pour faciliter la fluidité, et sur la durée des séjours dans les SSR saturés
  - Encourager le recours à l'HAD, après avoir identifié les freins existants, par des modalités de communication adaptée auprès des établissements de santé.
- Travailler avec le GHT sur la graduation de l'offre de soins, dont le socle d'activité de soins à préserver dans les établissements périphériques et les moyens pour y parvenir.
- Définir un socle d'activités liées à la périnatalité devant exister dans les différents bassins de vie après un bilan de l'existant et de son financement.
- Etudier l'opportunité et les conditions d'installation d'une MMG en amont de la structure d'urgence publique enfant sur l'agglomération tourangelle pour désengorger les urgences pédiatriques de l'hôpital Clocheville.
- Limiter les dépenses de transports sanitaires par le développement des consultations avancées (tarification particulière à attribuer aux établissements de santé publics ?).

#### **9.5. Dans une vision prospective, évolution de la population des personnes âgées, modalités de prise en charge et d'accompagnement**

##### **9.5.1. Focus démographiques sur les Personnes âgées**

###### **En Indre-et-Loire, une démographie marquée par le vieillissement**

Les chiffres de la démographie présentés dans les chapitres précédents montrent que le département d'Indre-et-Loire est davantage marqué par le vieillissement de sa population en comparaison avec le niveau national et régional.

En termes d'évolution, la part des personnes âgées de 75 ans et plus augmentera d'ici 2040 pour représenter 15,85 % de la population totale qui passera de 62 676 à 109 053. L'augmentation est dans la tendance du niveau national (respectivement 74% et 76%). Le département d'Indre-et-Loire est celui qui comptabilisera le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus le plus important par rapport aux autres départements de la Région.

Cette tendance devrait se répercuter sur le nombre de personnes âgées dépendantes.

En décembre 2013, le taux des personnes âgées de 75 ans et plus bénéficiaires de l'Aide Personnalisée pour l'Autonomie (APA) était de 16,9 en décembre 2013.

S'agissant de la maladie d'Alzheimer, 2 769 sont inscrites sur la liste ALD 15 (démences) au niveau départemental.

### 9.5.2. Point de situation de l'offre

Entre 2012 et 2016, 269 places d'hébergement permanent ont été créées, 12 places d'hébergement temporaire et 8 PASA.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2016, les places d'hébergement permanent en EHPAD s'élèvent à 6199. L'hébergement dédié aux personnes déambulantes Alzheimer représente 13% de cette capacité (cf tableau ci-dessous).

Pays	Total HP	dont HP Alzheimer	dont PHV	dont PASA	Total places habilitées aide sociale	Total HT	Total AJ rattaché à EHPAD
Touraine Côté Sud	844	105	28	14	776	24	6
Chinonais	795	92	0	28	716	6	0*
Loire Nature	379	0	20	14	367	24	6
Loire Touraine	1274	198	0	0	908	9	22
Grand Tours	2907	407	29	126	1426	57	18
<b>Total</b>	<b>6199</b>	<b>802</b>	<b>77</b>	<b>182</b>	<b>4193</b>	<b>120</b>	<b>52</b>

\*mais existence d'un accueil de jour itinérant

Le taux d'équipement de l'Indre-et-Loire est situé dans la moyenne nationale mais en-dessous de la moyenne régionale :

#### Taux d'équipement en places installées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus au 01-2016

	France	Centre-Val de Loire	Indre-et-Loire
Hébergement médicalisé en EHPAD dont hébergement en UHR	97,5 0,23	106,1 0,29	100,5 0,22
USLD	5,2	5,0	3,3
Hébergement non médicalisé en EHPA	19,3	11,6	17,3
SSIAD et SPASAD dont ESA	20,5 0,8	19,9 0,8	21,5 0,6
Accueil de jour	2,3	2,0	2,5
Hébergement temporaire	1,8	2,2	1,9
Total places médicalisées en ESMS PA	127,6	135,4	128,0

**9.5.3. Pour répondre à cet enjeu du vieillissement, l'Indre et Loire présente les points forts suivants :**

<p><b><u>Points forts</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une bonne répartition de l'offre en EHPAD et en SSIAD.</li> <li>- des reconstructions d'EHPAD.</li> <li>- 4 filières gériatriques couvrant le territoire de santé d'Indre-et-Loire, avec une impulsion dans le cadre du PAERPA pour les conforter, (hôpital de jour, équipes mobilisables en gériatrie au CHIC et à Loches et équipe mobile gériatrique du CHRU).</li> <li>- l'émergence d'une offre pour personnes handicapées vieillissantes.</li> <li>- une couverture totale du territoire par les MAIA.</li> <li>- une couverture du territoire par les SSIAD et les Equipes Spécialisées Alzheimer.</li> <li>- l'existence d'une UHR médico-sociale (installée à Luynes).</li> <li>- l'existence d'une plate-forme de répit.</li> <li>- un accueil de jour itinérant en milieu rural.</li> <li>- la présence d'un établissement à vocation nationale avec le Village Répit Familles situé à Fondettes qui accueille, dans un contexte de vacances, la personne âgée et son aidant.</li> <li>- Une unité géro-psycho-geriatrique intersectorielle.</li> <li>- Politique de repérage des fragilités dans le cadre du PAERPA, avec mise en place d'une coordination territoriale d'appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux ; de 8 chambres relais accessibles en sortie d'hospitalisation ou en cas de défaillance soudaine de l'aidant et d'une offre d'éducation thérapeutique du patient (chute, dépression, médicament) et d'actions de prévention.</li> </ul>	<p><b><u>Points faibles</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'offre en hébergement sur l'agglomération tourangelle en raison du vieillissement à venir. Il est à noter que le département est déjà en tension sur certaines catégories (aide-soignant, masseur-kinésithérapeute par exemple).</li> <li>- un Pays (Loire Nature) dépourvu d'unité sécurisée pour personnes âgées dépendantes atteintes de la maladie Alzheimer ou maladies apparentées mais projets en cours de création.</li> <li>- Des besoins importants en géro-psycho-geriatrie pour la prise en charge des résidents ayant des troubles du comportement importants, même s'il existe une équipe spécialisée mobile du CHRU.</li> <li>- des places en EHPA et ESA insuffisantes au regard de la moyenne nationale.</li> <li>- des places en USLD également insuffisantes et mal réparties, unité relevant du secteur sanitaire freiné par l'attente des orientations nationales sur cette activité ;</li> <li>- une répartition inégale des places habilitées à l'aide sociale, même si ce n'est pas le seul dispositif permettant d'atténuer le reste à charge du résident. En effet, le Grand Tours qui concentre plus de la moitié de la population du département propose 49 % des places habilitées à l'aide sociale contre 67,6% en moyenne départementale.</li> <li>- Un taux d'occupation des accueils de jour variant de 17% à 91%.</li> <li>- Tension sur le nombre de lits de court séjour gériatrique du CHRU</li> <li>- Visibilité de l'Unité Cognitivo-Comportementale (UCC) à renforcer auprès des acteurs du domicile permettant de prendre en charge des situations de crise.</li> </ul>
<p><b><u>Opportunités / leviers</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Systèmes d'information innovants : télé-médecine, messagerie sécurisée, DMP.</li> <li>- Projet d'une structure innovante pour l'accueil de personnes avec troubles cognitifs.</li> <li>- Plan maladies neurodégénératives : le plan prévoit des moyens supplémentaires pour la région en ESA, UHR et répit pour les aidants.</li> <li>- Prévention dans le cadre de la conférence des financeurs.</li> <li>- La loi d'Adaptation de la Société au Vieillesse offre de nouveaux droits aux proches aidants.</li> </ul>	<p><b><u>Défis à relever</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adapter l'offre pour faire face au vieillissement de la population et adapter la formation des professionnels de santé.</li> <li>- Vieillir en bonne santé, anticiper la perte d'autonomie.</li> <li>- Coût de l'hébergement élevé pour les personnes âgées ayant des ressources insuffisantes.</li> </ul>

## 9.6. Dans une vision prospective, évolution de la population des personnes handicapées, modalités de prise en charge et d'accompagnement

Sur le champ du handicap, le système est embolisé en amont et en aval ne permettant pas à l'ensemble des personnes en situations de handicap de trouver une réponse adaptée à leurs besoins.

### 9.6.1. Secteur « Enfant »

#### Taux d'équipement

	France	Centre-Val de Loire	Indre-et-Loire
<b>Taux équipement global en établissements médico-sociaux pour enfants et adolescents</b>	<b>6,6</b>	<b>7,6</b>	<b>7,8</b>
Dont déficience intellectuelle	3,62	4,37	3,74
Dont Autisme et TED	0,45	0,58	0,79
Dont déficience motrice	0,42	0,40	0,41
Dont polyhandicap	0,50	0,48	0,41
Dont Troubles du comportement, handicap psychique	1,04	1,38	2,14
Dont déficiences sensorielles	0,44	0,31	0,34
<b>Taux équipement global en service médico-sociaux pour enfants et adolescents</b>	<b>3,2</b>	<b>3,2</b>	<b>4,1</b>
Dont déficience intellectuelle	1,18	1,25	1,55
Dont Autisme et TED	0,21	0,20	0,08
Dont déficience motrice	0,37	0,39	0,41
Dont polyhandicap	0,08	0,08	0,00
Dont Troubles du comportement, handicap psychique	0,54	0,50	1,04
Dont déficiences sensorielles	0,58	0,76	0,98

Taux d'équipement en places installées pour 1 000 habitants de moins de 20 ans au 01-2016

En Indre et Loire, globalement, le taux d'équipement en ESMS pour enfants et adolescents est bon, il est supérieur aux taux régional et national, mais persistent quelques disparités selon le type de déficience.

En effet, la couverture de l'offre est bonne en ESMS pour les personnes déficientes motrices et sensorielles et en ITEP pour les personnes présentant des troubles comportementaux et psychologiques.

A contrario, le taux d'équipement en établissement pour les personnes déficientes intellectuelles est inférieur à la moyenne régionale au profit d'un taux d'équipement en services supérieur à la moyenne régionale. Malgré l'offre proposée, de nombreux enfants sont en attente de places en SESSAD et en IME (liés aux jeunes en situation d'Amendement Creton, 102 jeunes en 2015). Par ailleurs, de nombreux jeunes se trouvent en situation de risque de rupture à leur majorité (fin de droits) notamment ceux pris en charge par l'aide sociale à l'enfance.

Concernant les personnes ayant des troubles autistiques, le nombre de places continue d'augmenter en établissement. Seule, l'offre en service n'est pas suffisamment développée.

Sur le plan scolaire, le nombre d'élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire augmente sur le département (développement des classes externalisées, ouverture d'ULIS, et augmentation des aides humaines).

<p><b><u>Points forts</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un taux d'équipement en ESMS pour enfants et adolescents globalement bon supérieur à la moyenne régionale mais quelques variations selon le type de déficience</li> <li>- Une bonne couverture en ITEP.</li> <li>- Un taux d'équipement en SESSAD supérieur à la moyenne régionale et nationale.</li> <li>- Augmentation du nombre de places en établissement pour personnes avec troubles autistiques.</li> <li>- Augmentation du nombre d'élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire (classes externalisées, ouverture d'ULIS, augmentation des aides humaines).</li> </ul>	<p><b><u>Points faibles</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un taux d'équipement pour personnes déficientes intellectuelles inférieur à la moyenne régionale</li> <li>- Une liste d'attente importante en SESSAD.</li> <li>- En IME, maintien des jeunes en aménagement CRETON (102 en 2015, 147 en 2016), dont les besoins sont prioritairement en foyer de vie, puis ESAT + foyer d'hébergement et MAS</li> <li>- Augmentation du nombre de jeunes en situation de risque de rupture de parcours à leur majorité notamment ceux pris en charge par l'ASE.</li> </ul>
<p><b><u>Opportunités / leviers</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Création d'un SESSAD Autisme en septembre 2017 (15 places).</li> <li>- Plan autisme et lancement du plan Polyhandicap et Handicap Psychique.</li> <li>- Une réponse accompagnée pour tous.</li> <li>- AAP Pôle de compétence et de prestations externalisées.</li> <li>- Le déploiement de Via Trajectoire.</li> </ul>	<p><b><u>Défis à relever</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Offrir à chacun une prise en charge adaptée à ses besoins dans des délais raisonnables.</li> <li>- Améliorer la connaissance des besoins pour faire évoluer l'offre et l'adéquation entre les besoins et l'offre.</li> </ul>

## 9.6.2. Secteur « Adulte »

### Taux d'équipement

	France	Centre-Val de Loire	Indre-et-Loire
<b>Taux équipement global en établissements médico-sociaux pour adultes</b>	<b>2,1</b>	<b>2,2</b>	<b>2,2</b>
MAS	0,8	0,7	0,6
FAM	0,8	1,1	0,9
<b>Taux d'équipement global en services médico-sociaux pour adultes</b>	<b>0,5</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>
SAMSAH	0,3	0,3	0,3
SSIAD-SPASAD	0,2	0,3	0,3
<b>Taux équipement global en établissements et services médico-sociaux pour adultes</b>	<b>2,6</b>	<b>2,8</b>	<b>2,8</b>
Dont toutes déficiences	0,62	0,52	0,62
Dont déficience intellectuelle	0,35	0,32	0,25
Dont Autisme et TED	0,15	0,23	0,15
Dont déficience motrice	0,15	0,09	0,00*
Dont polyhandicap	0,46	0,44	0,52
Dont handicap psychique	0,23	0,26	0,20
Dont handicap psychique en SAMSAH	0,12	0,11	0,03
Dont cérébro-lésés	0,07	0,14	0,49
Dont déficiences sensorielles	0,03	0,01	0,00
<b>Taux d'équipement en ESAT</b>	<b>3,5</b>	<b>3,9</b>	<b>4,2</b>

Taux d'équipement en places médico-sociales installées pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans au 01-2016 (source CNSA et Statiss)

\* Des structures pour déficience motrice sont comptabilisées dans toutes déficiences.

Le département d'Indre et Loire dispose d'un taux d'équipement global en établissements et services pour adultes handicapés qui est égal à la moyenne régionale.

Cependant le taux d'équipement départemental en MAS et en FAM est inférieur au taux régional voire national pour les MAS uniquement. De fait, cela se traduit par des besoins prégnants. De surcroît, du fait du vieillissement des personnes handicapées, nombre d'entre elles sont réorientées vers des structures médicalisées et se trouvent en situation d'inadéquation dans leur établissement d'origine.

Concernant le milieu professionnel, le département a une bonne couverture en ESAT. Cependant deux sujets de préoccupation : l'insertion en milieu ordinaire des travailleurs handicapés n'est pas suffisamment développée et le vieillissement de la population est un facteur important à prendre en compte. En effet, le nombre de personnes handicapées vieillissantes en établissement (principalement en ESAT, Foyer d'Hébergement et Foyer de Vie) augmente sur le département et atteint 671 personnes en 2015. L'agglomération Tourangelle et le Lochois sont les principaux secteurs géographiques impactés.

Concernant plus spécifiquement les différents types de handicap, il ressort des taux d'équipement que l'offre en faveur des personnes cérébrolésées s'est développée ces dernières années (UEROS, GEM). En revanche, l'offre pour les personnes autistes et pour les personnes présentant un handicap psychique reste insuffisante.

<p><b><u>Points forts</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une bonne couverture en ESAT.</li> <li>- Développement de l'offre en faveur des personnes cérébrolésées (ouverture d'une UEROS et d'un GEM).</li> </ul>	<p><b><u>Points faibles</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Peu de sortie en milieu ordinaire de travail.</li> <li>- Un taux d'équipement inférieur à la moyenne régionale en MAS et en FAM.</li> <li>- Situation d'inadéquation pour les personnes en attente de place.</li> <li>- Une offre insuffisante pour les personnes autistes et les personnes présentant un handicap psychique.</li> <li>- Une population vieillissante principalement en FH, FV et en ESAT (agglomération tourangelles et le Lochois).</li> </ul>
<p><b><u>Opportunités / leviers</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une réponse accompagnée pour tous.</li> <li>- 3 AAP en 2017 : les dispositifs amendement CRETON, le pôle de compétence et de prestations externalisées et SAMSAH autisme.</li> <li>- Plan autisme et lancement du plan Polyhandicap et Handicap Psychique.</li> <li>- Le déploiement de Via Trajectoire.</li> </ul>	<p><b><u>Défis à relever / freins</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer la connaissance des besoins pour faire évoluer l'offre et l'adéquation entre les besoins et l'offre.</li> <li>- Partenariat à développer entre les secteurs sanitaire, social et médico-social notamment pour le maintien en domicile.</li> </ul>

### 9.6.3. **Priorités et actions départementales**

L'objectif est de **déployer une réponse territorialisée** afin de fluidifier les parcours des personnes en situation de handicap à tout âge pour éviter les ruptures en lien avec **la démarche réponse accompagnée pour tous** et de **faire prendre un virage plus ambulatoire** à l'offre existante.

La mise en œuvre du pôle de compétence et de prestations externalisées prévue au second semestre 2017 permettra de concevoir et **d'organiser une réponse transitoire ou pérenne**, pour des personnes n'ayant pas de réponse adaptée à leurs besoins et d'agir ainsi en amont ou lors des ruptures de prise en charge dans les parcours de vie.

Action 1 : mise en place de deux dispositifs pour les personnes en situation d'Amendement Creton au 2<sup>ème</sup> trimestre 2017.

Le 1<sup>er</sup> projet d'Enfance et Pluriel Léopold Bellan s'inscrit dans le cadre d'un groupement de coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS) créant un dispositif innovant de 15 places sur le Pays du Chinonais (PASSER'AILES). Ce dispositif s'adresse à la fois aux jeunes accompagnés en IME et en ITEP de plus de 20 ans disposant d'une orientation ESAT, FH, FV et FAM.

Le second projet de l'ADAPEI 37 est un dispositif départemental défini en partenariat avec 4 autres associations (La Boisnière, Arc-En-Ciel, APF, La Source). Il s'agit de la création d'une plateforme

d'accompagnement de 35 places rattachée au SAMSAH de l'ADAPEI afin de favoriser le parcours des jeunes adultes ayant une orientation FAM-MAS-ESAT. L'accompagnement proposé s'organisera sous forme de stages.

Action 2 : proposer une offre d'accueil pendant les week-ends et les vacances scolaires

Action 3 : poursuivre le développement de l'offre dans le cadre du plan autisme (projet de création d'un SESSAD autisme en septembre 2017, et SAMSAH autiste 2017-2018).

Action 4 : Poursuivre la médicalisation de places de FV en FAM.

Action 5 : Faciliter le recours à l'hébergement temporaire, notamment en urgence

Action 6 : Fluidifier les parcours en amont pour sécuriser l'accompagnement de la population handicapée vieillissante dans leur lieu de vie, en lien avec le schéma autonomie

Actions 7 : renforcement de l'offre en AJ et HP pour les personnes autistes sur le secteur adulte

Action 8 : poursuite du développement de l'offre pour l'insertion en milieu ordinaire en 2017 (places de SAMSAH + Service d'évaluation en ESAT).

## **9.7. Dans une vision prospective, évolution de la population des personnes en difficultés spécifiques, modalités de prise en charge et d'accompagnement**

### **9.7.1. Dispositifs de prise en charge médico-sociale des Publics spécifiques**

Le dispositif de prise en charge médico-sociale des personnes confrontées à des difficultés spécifiques comprend notamment deux types d'établissements et services, les structures prenant en charge les addictions et celles accueillant des personnes vulnérables. L'offre en faveur des personnes en difficultés spécifiques est caractérisée par l'existence des structures suivantes dans le département d'Indre-et-Loire.

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

Les missions réglementaires des CAARUD sont les suivantes :

1° L'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues ;

2° Le soutien aux usagers dans l'accès aux soins ;

3° Le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle ;

4° La mise à disposition de matériel de prévention des infections ;

5° L'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers.

Ce dispositif est porté en Indre-et-Loire par l'association AIDES. Il est à vocation départementale.

Le CAARUD AIDES intervient pour la réduction de risques dans des locaux situés au 310 rue d'Entraigues et assure des permanences dans différents lieux à Tours, à Amboise, à Château-Renault, à Loches et à Chinon. Cependant, ce développement départemental initié en 2013 a été réalisé sur des moyens non pérennes. A ce jour un poste est toujours financé sur des moyens non pérennes.

Un camping-car lui permet d'intervenir dans une démarche d' « aller-vers ».

Le Nord du département, à l'exception de Château-Renault ne bénéficie d'aucune intervention.

#### - **Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)**

Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie assurent des missions d'accompagnement médico-psycho-social, de soins, de réduction des risques et des dommages et de prévention individuelle et collective.

Le CSAPA d'Indre-et-Loire géré par le CHRU de Tours, est un dispositif à vocation départementale, disposant de 31,7 ETP de professionnels médicaux, paramédicaux et sociaux.

A Tours il comprend un service plus spécifique aux consommations de produits illicites (ex CSST Port Bretagne) situé rue Richelieu (file active 2015 : 1 250 patients pour 18,2 ETP) et un service axé davantage sur l'alcoologie (La Rotonde - ex CCAA) situé rue Jules Mourgault (755 patients pour 6,6 ETP). Des consultations jeunes consommateurs (CJC) sont dispensées dans ces centres.

A Loches, le centre René Descartes a une vocation généraliste (260 patients).

Le CSAPA a une antenne généraliste à Chinon (90 patients) et une permanence hebdomadaire à Amboise (37 patients). Depuis 2016, une expérimentation d' « aller-vers » est menée par le CSAPA à Descartes. Il intervient également à la Maison d'arrêt de Tours.

Enfin, le CSAPA assure des consultations jeunes consommateurs avancées à Loches et plus récemment à Chinon (depuis avril 2017). Le CSAPA assure également des CJC sur rendez-vous à l'Espace Santé Jeunes et à la Maison des Adolescents à Tours.

#### - **Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT)**

Les appartements de coordination thérapeutique hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion. Les ACT ont recours à une équipe pluridisciplinaire qui comprend au moins un médecin exerçant le cas échéant à temps partiel.

Les ACT sont portés en Indre-et-Loire par l'Association CORDIA (siège social à Paris).

L'ACT en Indre et Loire est un dispositif à vocation départementale dont les 13 places sont concentrées sur Tours soit 6 places en collectif (105 rue de Boisdenier à Tours, déménagement rue Walvein prévu mi 2017), et 7 places en diffus (individuel) en appartements de type T1. Il emploie 4,98 ETP (CA 2015).

L'association CORDIA souhaite développer des expérimentations d'ACT fin de vie en réponse aux besoins de ces populations.

### - **Lit Halte Soins Santé (LHSS)**

Les structures dénommées « lits halte soins santé » accueillent temporairement des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue.

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

Les lits Haltes Soins Santé gérés par l'Entraid'Ouvrière au sein d'un CHRS, au nombre de 10, sont situés 5- 7 rue de la Chambrière à Tours Nord. Ils emploient 6,45 ETP (2016).

### - **LAM (lits d'accueil médicalisés)**

Les structures dénommées « lits d'accueil médicalisés » accueillent des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, atteintes de pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures.

Il n'existe pas de LAM dans le département d'Indre-et-Loire mais il est prévu qu'un appel à projet soit lancé en 2017 pour 15 places de LAM qui seront localisées dans le département et adossées à des lits halte soins santé compte tenu du nombre de places de LAM.

#### **9.7.2. Les pistes d'actions**

Les priorités qui émergent de cet état des lieux sont de poursuivre le développement de l'aller-vers sur ces secteurs et de renforcer de manière pérenne l'offre à destination de ces publics.

S'agissant des personnes précaires, il est important d'assurer une offre lisible et structurée.

Par ailleurs, certaines populations peuvent avoir des besoins en termes de santé spécifiques qui nécessitent la mise en œuvre d'actions qui leur sont adaptées, notamment dans le champ de la prévention et la promotion de la santé. Il s'agit en particulier des personnes migrantes, des gens du voyage et des personnes détenues.

## **CONCLUSION avec l'identification sur le territoire des insuffisances et ruptures de parcours et des mesures d'amélioration, une vision et un schéma cible de leur coordination.**

Face au défi que pose le vieillissement de la population en Indre et Loire conjugué à une démographie médicale vieillissante et inégalement répartie sur le territoire, et pour répondre à la nécessité de répondre aux besoins de la population de façon plus efficiente, plusieurs axes :

- Une amélioration de la communication pour attirer de jeunes professionnels, médecins, chirurgiens-dentistes, kinésithérapeutes dans les territoires où l'accès aux soins primaires est menacé.
- La structuration de l'offre de premier recours (structure d'exercice regroupé, communauté professionnelle territoriale de santé), pour laquelle la forte implication de la Fédération URPS constitue un puissant levier.
- La structuration de l'offre de santé en télémédecine pour améliorer l'accès aux soins en tout point du territoire.
- Accompagner le virage ambulatoire pour les spécialités médicales et en particulier la psychiatrie pour déployer une offre plus proche de la population et optimiser le recours à l'hospitalisation complète ; enjeu qui implique une meilleure articulation de l'offre hospitalière publique et privée dans le cadre du GHT pour parvenir à une gradation de l'offre impliquant l'ensemble des ressources disponibles sur le territoire.
- Poursuivre la consolidation et l'évolution de l'offre médico-sociale pour répondre au vieillissement de la population handicapée et de la grande dépendance, et accompagner ce secteur également à prendre le virage ambulatoire.
- Une étude des besoins ascendante en incluant les risques sanitaires liés à l'environnement pour mieux valoriser les actions de prévention en fonction des territoires et de leurs spécificités (urbanisation, ruralité...) avec un ciblage sur les publics prioritaires en développant leurs compétences psycho-sociales, notamment les jeunes compte tenu des risques auxquels ils sont exposés (addictions, santé sexuelle...) et les personnes en situation de précarité, sans oublier les personnes de plus de 75 ans envers lesquelles la prévention de la perte d'autonomie devient un véritable enjeu eu égard au vieillissement attendu de la population ni les femmes enceintes et les jeunes enfants particulièrement vulnérables.

L'approche « parcours » a été initiée en Indre et Loire sur le secteur des personnes âgées avec la co-construction partenariale de l'expérimentation Paerpa et sur le secteur de la santé mentale avec la mise en place de projets innovants et commence à se traduire par un décloisonnement des acteurs des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux mais aussi avec les partenaires extérieurs à l'ARS.

Cet effort nécessitera d'être poursuivi et consolidé sur ces deux secteurs et développé dans le champ du handicap, afin de pouvoir répondre à la gestion des situations complexes tout particulièrement.

Dans ce sens, le travail partenarial à engager pour la mise en place des fonctions d'appui aux professionnels de santé représente une opportunité majeure pour la mise en cohérence de l'ensemble des services actuellement à la disposition des usagers et des professionnels et initier une véritable coordination des acteurs au service de l'ensemble de la population, indépendamment de son âge et de sa pathologie.

Dans cette perspective, l'accompagnement de systèmes d'informations communicants et collaboratifs (plateforme collaborative, DMP, MSS) est un passage incontournable.

## Références bibliographiques

Assurance Maladie pour les autres types d'ALD 2015 (ameli => statistiques et publications => ALD 2015, incidence et prévalence au niveau du département + cartographie 2014)

<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2015.php>

Conseil National de l'Ordre des Médecins : « Atlas de la démographie médicale 2016 » (situation au 01/01/2016)

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

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032938566&categorieLien=id>

Habitat indigne : données FILOCOM 2013, MEDDE d'après DGFIP

INVS : évaluation de l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique urbaine dans l'agglomération de Tours

LIGAIR : les pesticides dans l'air ambiant. Disponible sur

[https://www.ligair.fr/media/docutheque/Rapport\\_pesticides\\_-2015.pdf](https://www.ligair.fr/media/docutheque/Rapport_pesticides_-2015.pdf)

Observatoire Régional de Santé (ORS). 2016. « Diagnostic régional santé environnement ». Observatoire Régional de Santé et Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire. Avril 2016. Disponible sur :

[http://www.orscentre.org/images/files/publications/environnement/Rapports/DRSE\\_2016.pdf](http://www.orscentre.org/images/files/publications/environnement/Rapports/DRSE_2016.pdf)

Observatoire Régional de Santé (ORS). 2015. « Les inégalités sociales et territoriales de santé en Centre-Val de Loire ». Edition 2015. Observatoire Régional de Santé et Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire. Décembre 2015. Disponible sur :

[http://www.orscentre.org/images/files/publications/inegalites\\_de\\_sante/Rapports/inegalites\\_2015](http://www.orscentre.org/images/files/publications/inegalites_de_sante/Rapports/inegalites_2015)

Observatoire Régional de Santé (ORS) Centre-Val de Loire, Novembre 2013. « Diagnostic local de santé du Pays Touraine Côté Sud ».

Observatoire Régional de Santé (ORS) Centre-Val de Loire, Septembre 2014. « Diagnostic local de santé du Pays du Chinonais ».

Observatoire Régional de Santé (ORS) Centre-Val de Loire, Février 2016. « Diagnostic local de santé du Pays Loire Touraine ».

Observatoire Régional de Santé (ORS) Centre-Val de Loire, Décembre 2016 . « Diagnostic local de santé du Pays Loire Nature ».

Plan cancer 2014-2019.

La qualité bactériologique des eaux distribuées en région Centre-Val de Loire en 2015 – ARS Centre Val de Loire)

Données STATISS 2015.  
Source UREH juin 2014)

## **Liste des annexes**

Annexe 1 : Carte des Contrats Locaux de Santé

Annexe 2 : Carte de cumul de facteurs environnementaux et de nuisances en Indre-et-Loire (ORS, 2016)

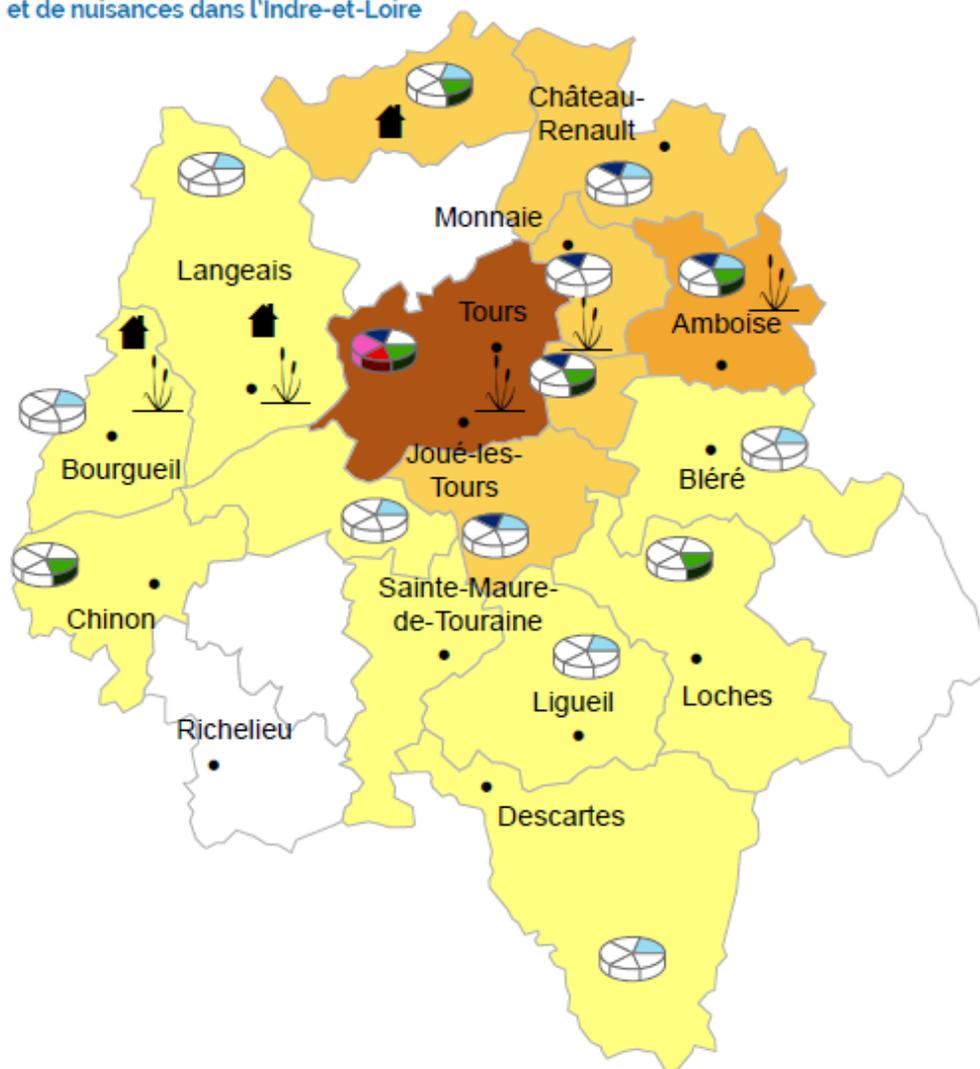
Annexe 3 : Carte du parc privé potentiellement indigne (PPPI) en Région (ORS, 2016)

Annexe 1 : Carte des Contrats Locaux de Santé

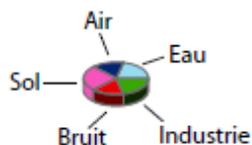
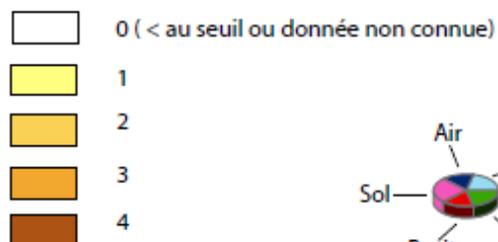


Annexe 2 : Carte du cumul de facteurs environnementaux et de nuisances en Indre-et-Loire (ORS, 2016)

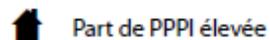
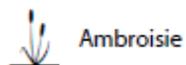
Cumul de facteurs environnementaux et de nuisances dans l'Indre-et-Loire



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

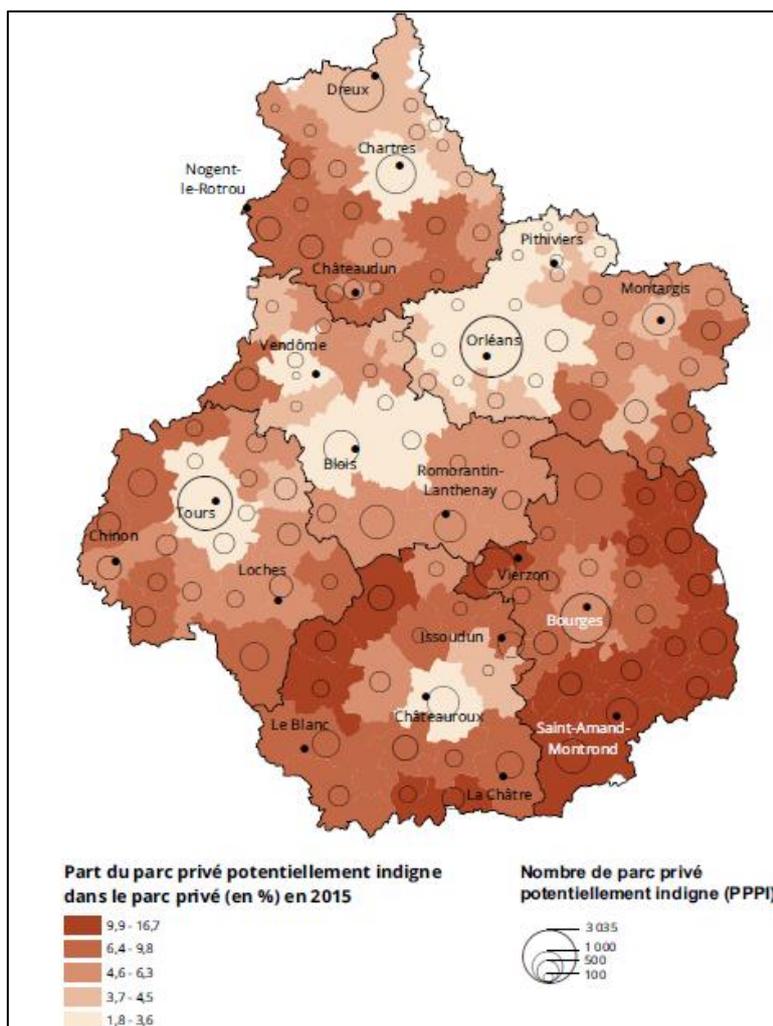


Autres facteurs environnementaux



Annexe 3 : Carte du parc privé potentiellement indigne (PPPI) en Région (ORS, 2016)

L'habitat indigne recouvre les logements insalubres ou dangereux qui peuvent présenter des risques pour la sécurité : chute, électrocution, incendie, etc. ainsi que pour la santé : intoxication au monoxyde de carbone, saturnisme, allergies et problèmes respiratoires.



## **Index des sigles**

ALD :	Affection de Longue Durée
APA :	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS :	Agence Régionale de Santé
ASE :	Aide Sociale à l'Enfance
CAMSP :	Centre Action Médico-Social Précoce
CATTP :	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CESP :	Contrat d'Engagement de Service Public
CIRC :	Centre International de Recherche sur le Cancer
CJC :	Consultation Jeune Consommateur
CLS :	Contrat Local de Santé
CMP :	Centre Médico-Psychologique
CMPP :	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CPEF :	Centre de Planification et d'Education Familiale
CPER :	Contrat de Plan Etat Région
CPP :	Centre de Périnatalité de Proximité
CPTS :	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CSAPA :	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DMP :	Dossier Médical Personnalisé
EHPAD :	Etablissement Hébergement pour Personne Agée Dépendante
ESAT :	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
ESMS :	Etablissement Social et Médico-Social
GEM :	Groupe d'Entraide Mutuelle
GHT :	Groupement Hospitalier de Territoire
HAD :	Hospitalisation à Domicile
IST :	Infection sexuellement transmissible
ITEP :	Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique

IVG :	Interruption volontaire de grossesse
MAS :	Maison d'Accueil Spécialisé
MCO :	Médecine – Chirurgie - Obstétrique
MDA :	Maison Départementale des Adolescents
MG :	Médecin Généraliste
MSP :	Maison de Santé Pluridisciplinaires
MSS :	Messagerie Sécurisée de Santé
ONDAM :	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
PAERPA :	Programme Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie
PASA :	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PPA :	Plan de Protection de l'Atmosphère
PDLHA :	Pôle Départemental contre l'Habitat Indigne
PRADO :	Programme d'accompagnement au Retour à Domicile après hospitalisation
PRSE :	Projet Régional de Santé Environnementale
PTA :	Plateforme Territoriale d'Appui
PTMG :	Praticien Territorial de Médecine Générale
PTS :	Programme Territorial de Santé
SAMSAH :	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAMU :	Service d'Aide Médicale Urgente
SAVS :	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SESSAD :	Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile
SROS :	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSR :	Soins de Suite et de Réadaptation
UCC :	Unité Cognito-Comportementale
UDI :	Unité de distribution (eau potable)
UEROS :	Unité d'Evaluation, de Réentraînement et d'Orientation Sociale
UHR :	Unité d'Hébergement Renforcé
USLD :	Unité de Soins de Longue Durée