

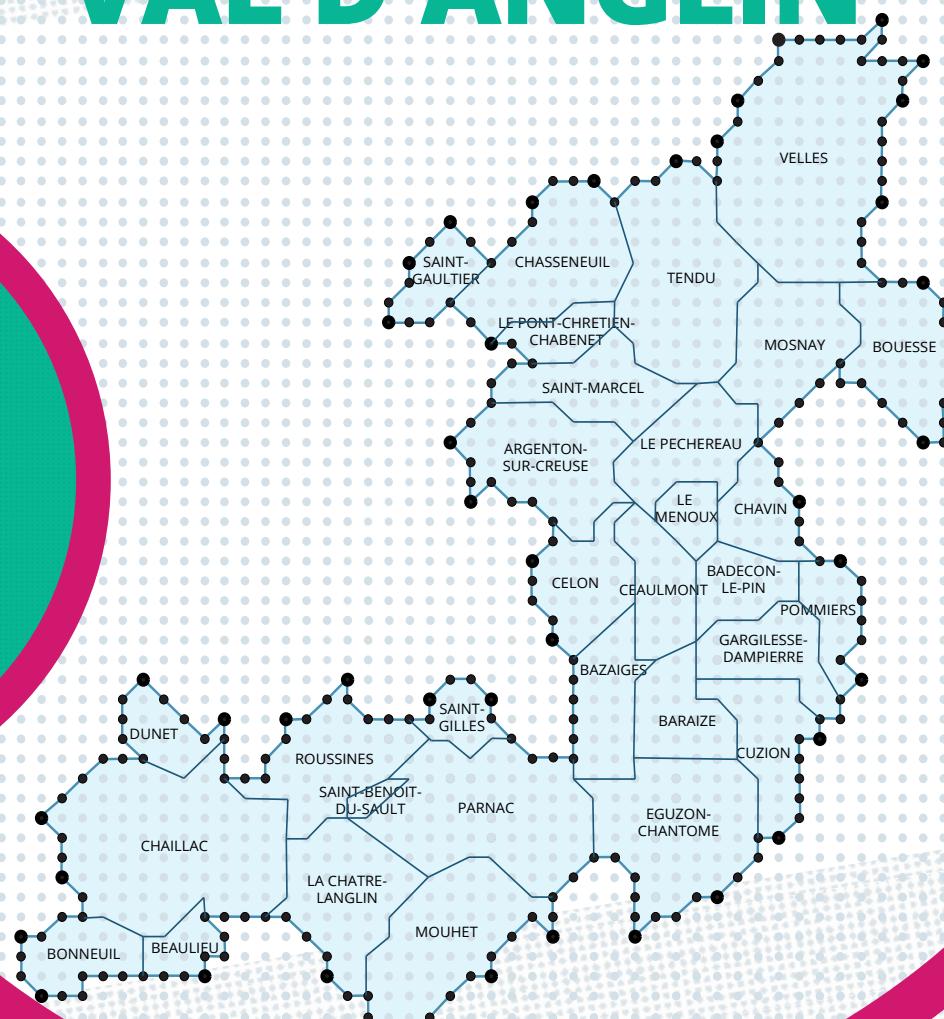
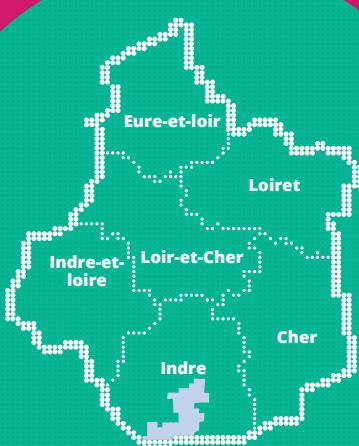
URGENCE LOCAL DE SANTÉ

en vue de l'élaboration
du Contrat Local de Santé

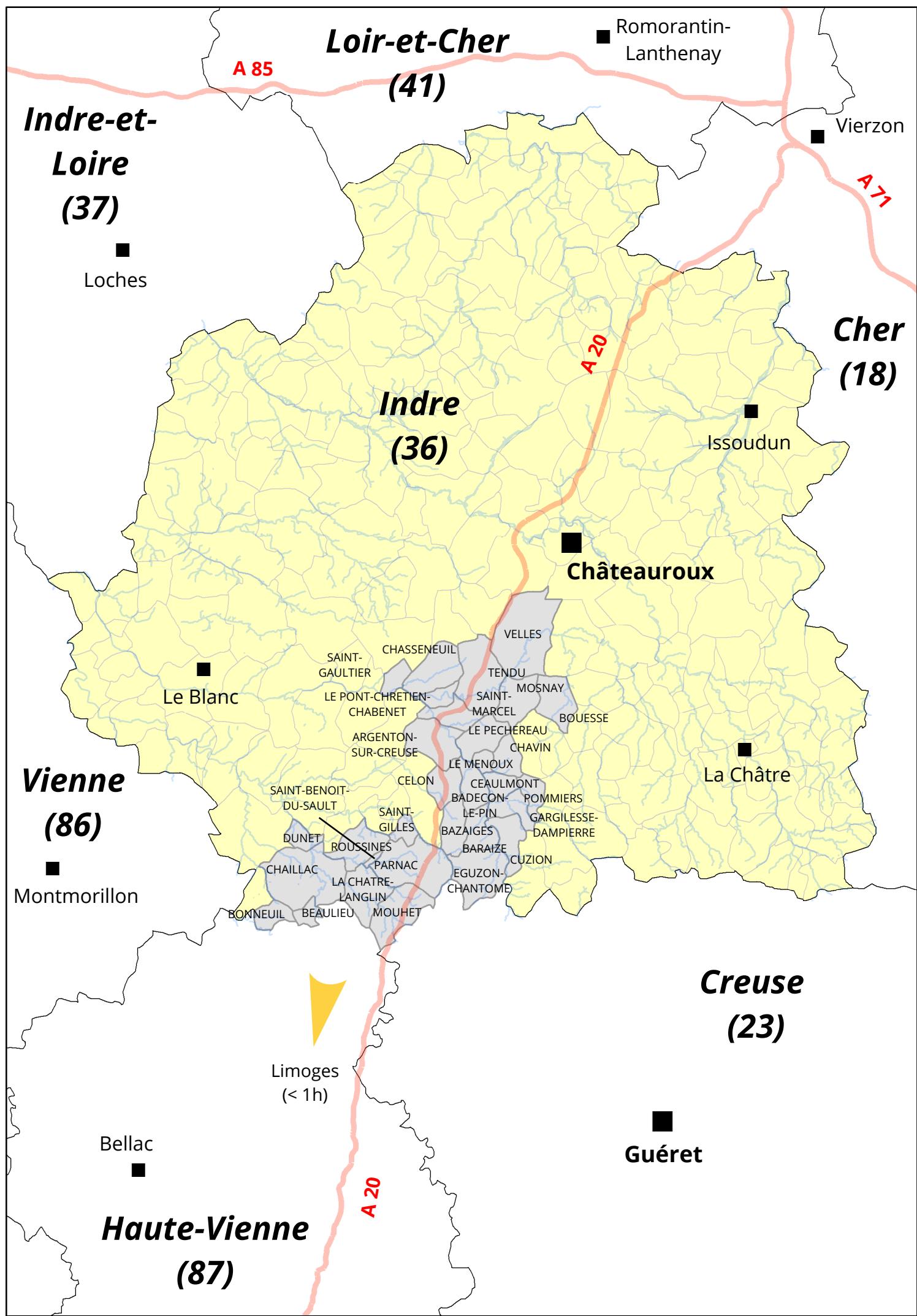
RAPPORT COMPLET

INDICATEURS
SANITAIRES,
MÉDICO-SOCIAUX
ET SOCIAUX

VAL DE CREUSE- VAL D'ANGLIN



JUIN 2018



DIAGNOSTIC SANITAIRE

Remerciements	4
Méthodologie de l'étude	5
Synthèse de l'étude.	6
Recommandations	16
Annexes	17
Contexte général	18
Situation spatiale et démographique	18
Population précaire	29
Formation et ressources de la population	34
Qualité de vie	37
Santé environnement	40
Etat de santé	45
Données de mortalité	45
Données de morbidité	50
Santé de la mère et de l'enfant	51
Santé mentale.	62
Maladies chroniques	73
Cancers	73
Maladies de l'appareil circulatoire	77
Diabète	79
Maladies de l'appareil respiratoire	81
Maladies chroniques	84
Vieillissement de la population	89
Comportements et conduites à risque	103
Addictions	103
Vie affective et sexuelle	106
Violence faites aux femmes	113
Violence routière	115
Nutrition	116
Offre et recours aux soins.	119
Médecins généralistes et spécialistes libéraux	119
Autres professionnels de santé libéraux	121
Accessibilité potentielle localisée.	125
Offre hospitalière.	131
Glossaire	140
Codification des pathologies	143

Démarche et objectifs

Dans le cadre de la régionalisation des politiques de santé, l'Agence régionale de santé (ARS) de la région Centre-Val de Loire accompagne, par le biais des contrats locaux de santé (CLS), les collectivités territoriales qui souhaitent mettre en place une dynamique de santé locale reposant sur des actions de promotion/prévention de la santé et d'accompagnement médico-social.

À ce titre, la délégation départementale de l'Indre de l'ARS et le pays Val de Creuse-Val d'Anglin projettent d'établir un CLS. Afin d'orienter les choix stratégiques et apporter une base de connaissances à l'élaboration de ce CLS, un diagnostic

territorial mettant en évidence la situation démographique, sociale, médico-sociale et sanitaire du territoire doit être réalisé au préalable.

Outils et méthode

L'Observatoire régional de la santé (ORS) de la région Centre- Val de Loire, mandaté pour la réalisation de ce diagnostic en collaboration avec le pays Val de Creuse-Val d'Anglin, s'est attaché à mettre en perspective l'état de santé de la population et l'offre de soins disponible sur le territoire avec une mise en lumière des caractéristiques sociodémographiques du territoire. Les différents indicateurs proposés dans ce document ont été calculés le plus souvent possible à un échelon géographique fin. Par souci de lisibilité et autant de fois qu'il a été possible, les indicateurs formant ce diagnostic local ont fait l'objet d'une représentation cartographique.

Contenu du diagnostic

Le diagnostic sanitaire du pays Val de Creuse-Val d'Anglin se structure autour de sept grandes thématiques : le contexte général sociodémographique du territoire ainsi que quelques données environnementales, l'état de santé de la population locale (la santé de la mère et de l'enfant, la santé mentale, les maladies chroniques), le vieillissement de la population, les conduites à risques, la nutrition et enfin l'offre et le recours aux soins.

Mais plus qu'un état des lieux descriptif, ce diagnostic s'est également employé à prendre en compte les réponses qui sont apportées aux différentes problématiques sanitaires qui touchent le territoire, en valorisant les initiatives portées par les acteurs locaux (associations, acteurs et actions de prévention, réseaux locaux de soins...). De plus, afin d'explorer des thématiques qui ne sont pas abordées dans les données quantitatives et d'affiner certaines informations issues des données chiffrées, des entretiens avec les professionnels du territoire et la population ont été réalisés. Cela présente l'avantage de faire émerger des problématiques spécifiques au territoire, du fait de sa configuration géographique (urbaine et rurale), de l'organisation des ressources, du profil et de l'histoire de la population. Le recueil des données qualitatives est fonction de l'expérience, du vécu et aussi des représentations des acteurs du territoire, professionnels et habitants rencontrés.

L'OBSEERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ DU CENTRE-VAL DE LOIRE

L'**OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ DU CENTRE-VAL DE LOIRE** tient ici à remercier toutes les personnes, institutions et structures qui ont contribué à la réalisation du présent « diagnostic local de santé du pays Val de Creuse-Val d'Anglin ». L'ORS Centre-Val de Loire tient également à remercier les contributeurs de données qui, par leur transmission d'indicateurs, ont permis d'enrichir le diagnostic (la protection maternelle et infantile du Conseil départemental de l'Indre, la Carsat du Centre-Val de Loire, l'Agence régionale de santé...) ainsi que tous les acteurs et promoteurs d'actions qui ont répondu favorablement à l'enquête de recensement des acteurs et actions de prévention du territoire.

RÉUNION AVEC LES ÉLUS

LUNDI 15 JANVIER 2018

- Mme ALLIGNET, Adjointe au maire de Baraize
- M. ANDRIEU, Maire de Celon
- M. ARNAUD, Maire de Saint-Marcel
- Mme AUSSUDRE, Adjointe au maire de La Châtre l'Anglin
- M. BERBERIAN, Maire de Gargilesse-Dampierre
- M. BLIN, Maire d'Éguzon-Chantôme
- M. BONNET, Maire adjoint d'Argenton sur Creuse
- M. BROGGI, Maire de Badecon-le-Pin
- M. DAUZIER, Maire de Chasseneuil
- Mme FAUGUET, Conseillère municipale de Pommiers
- M. FOMPROIX, Maire du Pont Chrétien
- M. FOULATIER, Maire de Velles
- M. GRELET, Maire de Chavin
- M. GOURINAT, Maire de Pommiers
- M. GOURLAY, Maire de Roussines, Président de la communauté de communes Marche Occitane Val d'Anglin
- Mme HEUSTACHE, Adjointe au maire de Le Pêchereau
- M. ISAMBERT, Maire adjoint de St Benoit du Sault
- Mme LAGAUTRIERE, Conseillère communautaire CIAS
- M. LEFAVRE, Conseiller municipal de Bonneuil
- M. LEGOUT, Conseiller communautaire CIAS
- Mme MARTIN, Conseillère municipale de St Marcel
- M. MAUDUIT, Conseiller municipal de Badecon-le-Pin
- M. MILLAN, Maire d'Argenton, Président de la communauté de communes d'Éguzon Argenton
- M. MONE, Maire de Cuzion

RÉUNION "SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT"

JEUDI 18 JANVIER 2018

- Mme BACHELIER, Directrice RAM de la communauté de communes d'Éguzon Argenton Vallée de la Creuse (CC EAVC)
- Mme BARBIER CHAUVAT, Directrice, juriste au CIDFF
- Mme BIARD, Assistante sociale MSA
- Mme BOUQUIN, Éducatrice de jeunes enfants, directrice adjointe du multi-acceuil CC EAVC
- Mme BOURREAU, Sage-femme libérale
- Mme BRANSON, IDE coordinatrice Diapason 36
- Mme DROCHON, Coordinatrice administrative et diététicienne Diapason 36
- M. JOUOT, Familles rurales
- Mme MARTINAT, Conseillère IA responsable santé scolaire DSSEN 36
- Mme PERON MURAT, Directrice du multi-acceuil CC EAVC, éducatrice spécialisée
- Mme SARREO, DPDS responsable circonscription action sociale Argenton

RÉUNION "AUTONOMIE ET MALADIES CHRONIQUES"

JEUDI 18 JANVIER 2018

- Mme BONNET, Secrétaire bénévole AIDAD
- Mme BRANSON, IDE coordinatrice Diapason 36
- Mme CARION, Directrice adjointe Blanche de Fontarce
- M. CARION, Aide-soignant EPDS Chaillac
- Mme DROCHON, Coordinatrice administrative et diététicienne Diapason 36
- Mme FAUCONNIER, Présidente AIDAD
- Mme GENTAL, Conseil départemental de l'Indre, DPDS service aide et action sociales
- Mme GULON, Famille rurale 36, prévention et éducation
- M. LAMOUREUX, Délégué chef de file Mutualité française Centre-Val de Loire
- Mme MARTINAT, Conseillère IA responsable santé scolaire DSSEN 36
- Mme MOURET, 1^{ère} adjointe mairie d'Argenton
- M. QUINET, Médecin, adjoint au maire d'Argenton
- Mme ROSA ARSENE, Présidente déléguée Unafam 36
- Mme SANZANI, Codes 36
- Mme TERME, Trésorière AIDAD
- M. VERVIN, Pharmacie d'Argenton sur Creuse

RÉUNION "SANTÉ MENTALE"

MARDI 23 JANVIER 2018

- M. BLIN, Maire d'Éguzon-Chantôme, vice-président CC EAVC
- Mme FEIGNON, Familles rurales 36, représentante des usagers
- Mme GROGNET, Assistante administrative Codes 36
- Mme LE BRUCHEC, Cadre administratif au pôle de psychiatrie CH de Châteauroux
- Mme LECORGNE, chargée de projets Udaf 36
- Mme MARTINAT, Conseillère IA responsable santé scolaire DSSEN 36
- Mme ROSA ARSENE, Présidente déléguée Unafam 36
- Mme SARREO, DPDS responsable circonscription action sociale Argenton

RÉUNIONS TÉLÉPHONIQUES "CONDUITES À RISQUE"

LUNDI 5 FÉVRIER 2018

- Mme SARREO, DPDS responsable circonscription action sociale Argenton

MARDI 22 MAI 2018

- M. STIPETIC, Directeur de l'Anpaa 36

Le diagnostic local de santé du pays Val de Creuse-Val d'Anglin se structure autour de différentes approches. Plusieurs sources d'information ont été mobilisées et utilisées :

-Des **INDICATEURS QUANTITATIFS** issus des principaux systèmes d'information (données démographiques et sociales issues des différents recensements de population de l'Insee et également d'autres systèmes d'information tels que les données Caf, MSA, Pôle emploi, Cnam...).

Des données sanitaires sont traversées par des systèmes d'information de l'Inserm CépiDc (mortalité), du régime général d'assurance maladie, du régime agricole et du régime des indépendants (ALD), du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour les séjours hospitaliers, du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) et du fichier Adéli pour l'offre en matière de professionnels de santé...

Afin d'enrichir l'observation sur certaines thématiques, d'autres producteurs de données ont été sollicités (PMI et Inspection académique pour les données sur la santé de la mère et de l'enfant, Conseil départemental de l'Indre, Carsat Centre-Val de Loire...).

Les données provenant de systèmes d'information nationaux ou régionaux ont été privilégiées afin de permettre une comparaison entre le territoire d'étude et les territoires de référence (département, région, France hexagonale). Chaque fois que possible, une cartographie est présentée afin d'illustrer les indicateurs. Par défaut, des tableaux ou diagrammes sont présentés, associés à un commentaire afin de faciliter la lecture et l'appropriation des données.

-Un **RECENSEMENT DES ACTEURS ET ACTIONS DE PRÉVENTION** a été réalisé sur le territoire pour la période 2014-2017, au regard des thématiques de santé étudiées dans le cadre du diagnostic. Les acteurs de prévention ont été contactés par téléphone ou par mail afin de les solliciter sur les actions de santé mises en place localement. Un descriptif des actions et de la structure leur a été demandé. Cette étape présente l'avantage de pouvoir identifier les points forts ou les faiblesses du territoire en matière de prévention. De plus, dans le cadre de la réalisation du futur contrat local de santé et en fonction des thématiques identifiées comme prioritaires au regard du diagnostic, ce recensement pointe les leviers d'actions disponibles localement.

-L'**ENTRETIEN DES PERSONNES RESSOURCES DU TERRITOIRE** lors des réunions « thématiques ». Ainsi, une approche par thématiques a été privilégiée et quatre réunions ont été organisées. La réunion « santé de la mère et de l'enfant » a eu lieu le jeudi 18 janvier 2018 ainsi que celle sur « l'autonomie et les maladies chroniques », puis celle sur la « santé mentale » s'est déroulée le mardi 23 janvier 2018. Hormis la thématique "conduites à risque" qui a été abordée via des entretiens téléphoniques, ces

entretiens collectifs, d'une durée d'au moins de 2h, ont rassemblé d'une manière générale une vingtaine de professionnels. Ces réunions de travail se sont déroulées à Argenton-sur-Creuse. Avec l'accord des participants et sous couvert d'anonymat, les entretiens ont été enregistrés afin d'en faciliter la retranscription et l'analyse. Une prise de notes a été effectuée en parallèle. Les entretiens avec les professionnels ressources du territoire ont permis d'échanger sur des questions et thématiques variées, autour de la santé au sens large, leurs perceptions des habitants sur ce territoire, leurs attentes, leurs besoins et les problématiques qu'ils rencontrent au quotidien en matière de santé, d'accès aux soins et à la prévention, la vision du partenariat entre professionnels...

-**L'ENTRETIEN DES HABITANTS DU TERRITOIRE** via des micros-trottoirs a été réalisé le 16 mai 2018 à Éguzon, Chaillac, Argenton-sur-Creuse et Velles. Ainsi, les entretiens ont été menés sur un large panel de la population : habitants de diverses communes, jeunes, seniors, actifs, familles... D'une durée de 5 à 15 minutes par habitant, ces entretiens ont permis aux habitants d'aborder leurs problématiques de santé, d'accès aux soins, leur connaissance des acteurs et des dispositifs de prévention, leurs besoins et attentes...

-**L'ENTRETIEN DES ÉLUS DU TERRITOIRE** a eu lieu le lundi 15 janvier 2018 dans la salle du conseil du pays Val de Creuse-Val d'Anglin. Cette réunion de travail a permis d'aborder des questions et thématiques variées, autour de la santé au sens large, leurs perceptions des habitants de leurs territoires, leurs attentes, les besoins et problématiques de leurs administrés en matière de santé, d'accès aux soins et à la prévention etc.

Calendrier du diagnostic

D'avril à décembre 2017 : réalisation de la phase quantitative de recueil, traitement et analyse des données statistiques.

De mars à avril 2018 : recensement des acteurs et actions de prévention

De janvier à juin 2018 : réalisation de la phase qualitative et d'analyse de la parole des personnes ressources et des habitants.

LE PAYS VAL DE CREUSE-VAL D'ANGLIN

1- Caractéristiques du territoire et démographie

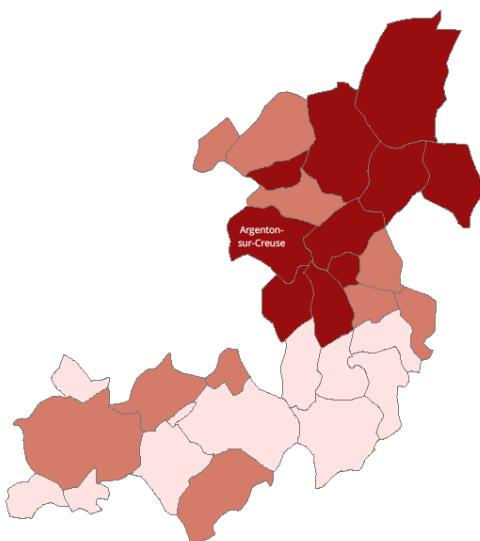
Le pays Val de Creuse-Val d'Anglin, situé dans l'Indre, se compose de 31 communes réparties dans deux communautés de communes : celle d'Éguzon-Argenton-Vallée de la Creuse et celle de la Marche Occitane-Val d'Anglin. Le pays compte près de 24 100 habitants au recensement de population de 2013. Les villes d'Argenton-sur-Creuse (5 039 habitants), Le Pêchereau (1 867 habitants), Saint-Gaultier (1 815 habitants), Saint-Marcel (1 589 habitants), Éguzon-Chantôme (1 407 habitants) et Chaillac (1 102 habitants) sont les principales communes du territoire. Le pays s'étend sur 679,7 km², soit une densité de population faible de 35,4 habitants au km², semblable au département de l'Indre mais inférieure à celle de la région et de la France métropolitaine.

Baisse démographique

Le pays a vu sa population régulièrement diminuer d'environ 2 000 habitants entre 1975 et 1999. Elle diminue encore ensuite jusqu'en 2013, à un rythme comparable à celui de l'Indre, alors que la population augmente au niveau régional et national sur les mêmes périodes. Cette diminution de la population du territoire est principalement due au solde naturel négatif, aux alentours de -168 habitants chaque année en moyenne sur la période 2004-2013.

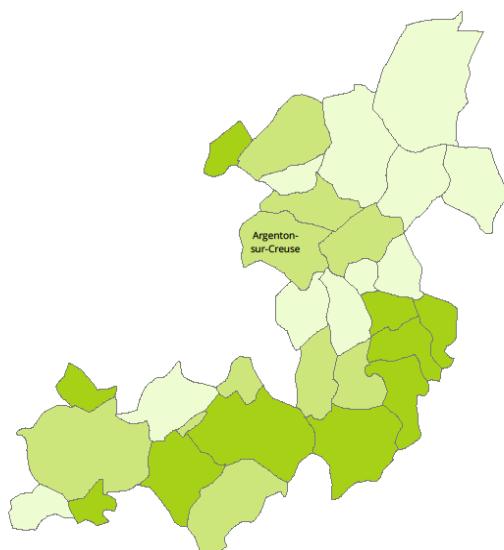


Globalement, la population du pays de Val de Creuse-Val d'Anglin est assez âgée, ce que traduit bien son indice de vieillissement (145,8 individus de plus de 65 ans pour 100 individus de moins de 20 ans). Sa population est plus âgée que celles des territoires de référence. Les 75 ans et plus représentent sur le pays 16,3 % (contre 13,6 % dans l'Indre, 10,6 % en Centre-Val de Loire et 9,2 % en France hexagonale.). Les jeunes de moins de 20 ans sont également proportionnellement moins nombreux que sur d'autres territoires. Le renouvellement des générations n'est pas assuré avec la diminution des naissances et le départ de jeunes pour réaliser leurs études supérieures ou accéder à des emplois qualifiés.



Part de la population de moins de 20 ans dans la population totale en 2013 (en %)

19,5 - 27,8
16,3 - 19,4
6,7 - 16,2



Part de la population de 75 ans et plus dans la population totale en 2013 (en %)

18,1 - 26,0
13,2 - 18,0
6,2 - 13,1

SOINS ET THÉRAPIE

Disparités des territoires du Pays

La situation actuelle et les évolutions sont cependant contrastées selon les communes. On assiste simultanément à la diminution de la population et au vieillissement sur certaines communes, tout comme à des mouvements fréquents de population sur d'autres communes. Ces populations plus mobiles, plus jeunes, souvent originaires d'autres régions, ou pays, résident moins longtemps sur ces communes. La coexistence avec la population originaire du territoire ne semble d'ailleurs pas toujours évidente avec des différences de culture, de mode de vie et une intégration limitée des communautés étrangères dans les villages.

Un niveau socio-économique globalement faible

Les caractéristiques socioéconomiques de la population sont plutôt défavorables. En 2014, le revenu net imposable moyen par foyer n'est que de 20 767 euros dans le pays Val de Creuse-Val d'Anglin (contre 21 665 euros dans l'Indre, 24 844 euros en région Centre- Val de Loire et 26 199 euros en France hexagonale). La part des foyers fiscaux non imposés est également plus importante (63,9 % contre 60,6 % dans l'Indre et surtout 53,7% en région et 53,8 % en France hexagonale).

Ces différences de revenus ne sont pas liées au taux de chômage qui diffère peu des autres territoires mais aux autres caractéristiques de la population. Celle-ci comporte une proportion moindre de cadres et de professions intellectuelles supérieures et de professions intermédiaires et davantage d'agriculteurs et d'artisans, commerçants et chefs d'entreprise. On assiste certes à une baisse du nombre de personnes sans qualification et/ou de faibles niveaux de formation et une hausse du nombre de titulaires d'un bac+2, mais la population a encore un niveau de formation plus faible que les autres territoires (18,8 % d'individus sont titulaires d'un bac+2 et plus contre 26,9 % en région et 31,8% sur le territoire national).

Les jeunes adultes continuent de partir du pays pour réaliser leurs études et trouver un travail.



Un cadre de vie apprécié



Les habitants du Val de Creuse-Val d'Anglin rencontrés déclarent globalement avoir une bonne qualité de vie et profiter de certains avantages comme le sentiment de calme, de quiétude et de sécurité. Les habitants apprécient le caractère convivial des communes rurales ou semi-rurales avec des infrastructures à taille humaine mais aimeraient pouvoir profiter de plus d'activités de culture et de loisirs et regrettent la raréfaction des commerces et services de proximité. Ces derniers persistent dans les plus grandes communes (Eguzon-Chantôme, Argenton-sur-Creuse...) mais sont peu accessibles aux personnes âgées ou isolées sur les secteurs ruraux, à l'exception de certains commerces alimentaires qui effectuent encore des ventes à domicile (boulangerie, boucherie...). Il est souvent nécessaire d'effectuer des déplacements importants et les moyens de transport individuels apparaissent essentiels sur ce territoire.

2- Santé environnement

Menaces et nuisances environnementales

Le cadre de vie est apprécié mais les atouts de l'environnement naturel sont en partie gâchés par certaines pollutions constatées, que ce soit par l'usage de pesticides dans l'agriculture ou encore le développement des algues bleues au lac d'Éguzon qui nuit au tourisme en particulier dans la période estivale où elle empêche la baignade. Le potentiel touristique de la zone semble aussi sous-exploité par un manque d'infrastructures de qualité.



Les pollutions concernent plus particulièrement certains secteurs géographiques. Il s'agit pour la pollution de l'air, des communes de Bazaiges, Celon, Saint-Marcel, Tendu et Velles. Les communes de Badecon-le-Pin, Gargilesse-Dampierre, Pommiers, Le Pêchereau et Saint-Gaultier ont quant à elles un pourcentage de non-conformité bactériologique des eaux compris entre 5 et 30 %. Les communes de Tendu et de Le Pêchereau ne sont pas en conformité avec les teneurs maximales en atrazine déséthyl (pesticide). Enfin, les projets d'installation d'éoliennes divisent les habitants de communes comme Chaillac qui apprécient différemment l'intérêt économique, écologique et les nuisances environnementales associées de ces infrastructures (modification du paysage, bruit).



LE VAL DE CREUSE-VAL D'ANGLIN

3- État de santé

Mortalité et morbidité

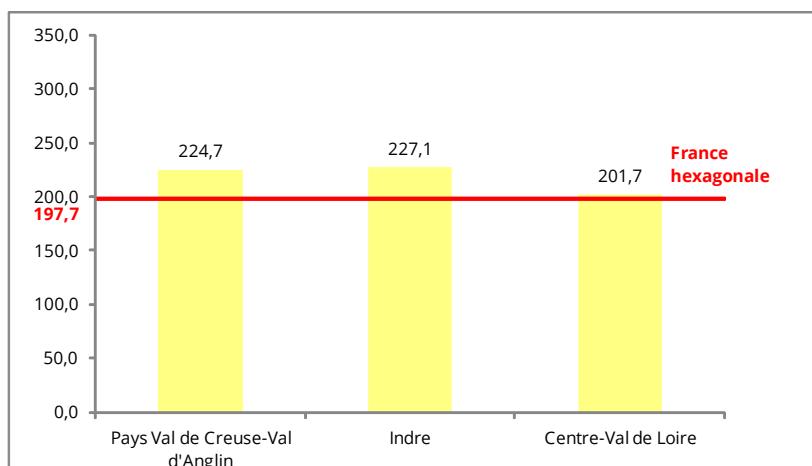
L'analyse de la mortalité générale met en évidence une situation comparable à celle du département de l'Indre. En effet, avec une moyenne de 382 décès par an sur la période 2005-2013, le territoire présente une mortalité générale de 885,4 décès pour 100 000 habitants, ce qui est comparable à celui observé sur le département (870,5) mais significativement supérieur



aux taux observés dans la région (799,7) et au niveau national (800,8). Les grandes causes de décès sur le pays de Val de Creuse-Val d'Anglin sont similaires à celles des territoires de référence avec cependant, tous sexes confondus, une part des maladies cardiovasculaires un peu plus importante et une part de cancers un peu inférieure.

Les mêmes différences de mortalité sont observées pour les décès survenus avant 65 ans mais la surmortalité prématuée sur le territoire s'explique principalement par le plus grand nombre de décès de femmes avant 65 ans.

Taux comparatif de mortalité prématuée 2005-2013
Référence France hexagonale (RP 2006) - Taux pour 100 000 personnes



Parmi les 50 décès prématués annuels entre 2005 et 2013, on peut considérer que 17 décès prématués auraient pu être évités par la prévention primaire en agissant sur les facteurs de risques individuels (consommation d'alcool, de tabac, les accidents de la route, le suicide, sida...).

Au total en 2014, 7 839 personnes du pays Val de Creuse-Val d'Anglin bénéficiaient d'une prise en charge pour une affection de longue durée (ALD) et on observe 749 nouvelles admissions par an (391 chez les hommes et 358 chez les femmes).

17

décès évitables
en moyenne par an

34%

des décès prématués

4- Santé de la mère et de l'enfant

Suivis gynécologiques et de grossesse peu accessibles

La prise en charge libérale des mères est déficiente avec aucun gynécologue médical ou obstétricien implanté sur le territoire en 2017. Une seule sage-femme y exerce en libéral soit une densité de 5 à 6 fois inférieure aux autres territoires. Le suivi gynécologique est relativement difficile d'accès sur le territoire. S'il est possible de réaliser leur suivi par un médecin généraliste pratiquant la gynécologie ou par une sage-femme, ces possibilités ne sont pas toujours utilisées par méconnaissance de la population.



Malgré l'offre locale faible en libéral, les suivis de grossesse sont réalisés moyennant des déplacements importants des femmes, souvent sur la maternité de Châteauroux. Les femmes enceintes du territoire n'ont ainsi pas réalisé moins souvent les échographies recommandées que sur d'autres secteurs géographiques. Le taux de préparation à l'accouchement, bien qu'inférieur à celui du département, est comparable au taux régional et l'allaitement avait été initié par la même proportion de mères que dans l'Indre.

CHÂTEAUROUX

Toutefois, les possibilités de suivi par la maternité de Châteauroux sont jugées globalement insuffisantes par les acteurs rencontrés, du fait de manque de personnel et de certains défauts d'organisation. La prise en charge des accouchements ne correspondant pas forcément aux aspirations des femmes et des couples, certaines décident de se faire suivre sur des établissements plus éloignés au Blanc, à Guéret, à Limoges ou encore à Tours. Entre 2011 et 2013, sur les 195 naissances survenues en moyenne chaque année, 55,7 % ont eu lieu au centre hospitalier de Châteauroux, 32,4 % au centre hospitalier du Blanc et 11,0 % se sont déroulées en-dehors du département. Les relations entre ces professionnels d'autres départements et ceux du territoire sont plus aléatoires qu'au niveau local où les professionnels ont développé des méthodes de travail en réseaux intégrés, se connaissent bien et ont des communications régulières. De plus, toutes les femmes n'accèdent pas facilement à ces offres alternatives, ayant déjà des difficultés à avoir un suivi quand elles n'ont moyen de transport individuel.



Accès tardif des enfants au diagnostic et aux prises en charge spécialisées

Pour la dimension sanitaire, la prise en charge des bébés et des enfants plus âgés est globalement pénalisée par la baisse de la démographie médicale et paramédicale du territoire. Les familles peinent à avoir des rendez-vous rapides pour leurs enfants auprès des médecins généralistes.

P	R	S	T	U	V
K	L	M	N	O	5/5
F	G	H	I		4/5
E	D	C			3/5
B	A				2/5
					1/5

Afin de surveiller le bon développement physiologique de l'enfant après sa naissance, des bilans de santé sont réalisés à différentes périodes de sa croissance à l'école. Dans un premier temps, à l'âge de 3-4 ans, des bilans sont établis par les services départementaux de protection maternelle et infantile (PMI) dans le but de dépister d'éventuels troubles de la vision, de l'audition, du langage, de la motricité, du développement staturo-pondéral et de surveiller le niveau de vaccination. Quand des difficultés repérées sont signalées, elles ne trouvent pas pour autant de réponses immédiates. Les prises en charge des enfants ayant des troubles de développement et d'apprentissage souffrent particulièrement du faible nombre d'orthophonistes, des listes d'attente au CMP ou au Camsp, d'environ 1 an. Dans l'attente des rendez-vous médicaux, les enfants ne bénéficient souvent d'aucune forme d'accompagnement spécialisé, ce qui constitue pour eux une perte de chance.

Plus tard, à l'âge de 5-6 ans, d'autres bilans de santé sont établis par le service santé de l'Inspection académique. Pour les bilans de santé réalisés chez les enfants dans leur sixième année, le manque de médecins scolaires constraint l'Éducation nationale à demander aux parents de faire réaliser ce bilan auprès de leur médecin traitant ou pédiatre. Il est nécessaire que les familles effectuent elles-mêmes les démarches aussi pour accéder ensuite à une prise en charge adaptée. Cette prise en charge qui peut être pluridisciplinaire, occasionne alors des difficultés pour accéder au moins à un type de professionnels.



En matière de mode de garde, avec la diminution des naissances, le pays Val de Creuse-Val d'Anglin dispose d'une capacité d'accueil pour les enfants de moins de 3 ans supérieure au nombre d'enfants de moins 3 ans domiciliés sur le territoire (605 places d'accueil d'assistantes maternelles ainsi qu'une structure d'accueil collective offrant 34 places). Dans les différentes solutions de garde, l'offre d'accueil collectif est cependant saturée car les parents privilient de plus en plus ce mode de garde qu'ils considèrent plus propice au bon développement de leurs enfants. En revanche, l'activité des assistantes maternelles est réduite, notamment dans les plus petites communes où les fluctuations de l'offre et la demande sont parfois très importantes sur quelques années.

5- Santé mentale

Au total, en 2014, 696 habitants du pays Val de Creuse-Val d'Anglin bénéficient d'une prise en charge ALD pour affections psychiatriques et en moyenne, 56 nouvelles admissions pour affections psychiatriques sont enregistrées chaque année entre 2006 et 2014. Cela représente un des principaux motifs d'admission, derrière les pathologies cardiovasculaires, les tumeurs malignes et le diabète. Après standardisation de la population par tranche d'âge, le taux d'admissions en ALD pour

affections psychiatriques est de 231,1 pour 100 000 personnes du territoire. Le taux est comparable à celui du département (213,9) et à celui obtenu au niveau national (190,3) mais statistiquement supérieur à celui observé au niveau régional (163,8).

Au cours de la période 2005-2013, à l'échelle du pays, 7 décès par suicide en moyenne par an sont recensés au cours de la période 2005-2013 (soit 1,8 % de l'ensemble des décès) et un taux de mortalité comparable aux territoires de références, à structure d'âge égale. Au cours de la période 2013-2015, le

CHAPITRE 2

pays Val de Creuse d'Anglin dénombre également 39 hospitalisés annuellement pour une tentative de suicide, soit un taux de 185,6 pour 100 000 habitants, supérieur au niveau régional et national et dans une moindre mesure départemental.

Les difficultés de prise en charge sont à la fois liées aux freins sociologiques et psychologiques des malades et de leurs familles pour ce type de soins et aux difficultés d'accès par manque de ressources, éloignement ou insuffisante disponibilité des professionnels.

L'isolement des personnes malades psychiques est renforcé par la ruralité du territoire. Leurs possibilités d'insertion ou de réinsertion sociale sont réduites, avec les difficultés liées à la mobilité et une population peu sensibilisée à ces questions. Les familles des malades peuvent contribuer à retarder ou empêcher les prises en charge, en souhaitant s'occuper elles-mêmes de leur proche et éviter la stigmatisation que peut susciter la maladie psychique. Les acteurs relèvent que, sur ces sujets, les tabous sont encore importants parmi la population. Lorsque les familles des malades ne sont plus présentes ou plus en capacité de leur apporter une aide, ces personnes se retrouvent entièrement seules. Avec le manque de suivi régulier, les professionnels observent une dégradation des situations sur le long terme.



Les suivis des patients sont difficiles à organiser de façon suffisamment régulière en ambulatoire, du fait du manque de ressources professionnelles. Seuls 2 psychiatres libéraux sont en exercice au 1^{er} janvier 2017, soit une densité de 8,3 psychiatres pour 100 000 personnes, légèrement supérieure aux territoires de référence. Mais aucun psychiatre salarié ou exerçant de façon mixte n'est installé sur le pays Val de Creuse-Val d'Anglin. Actuellement, les médecins généralistes ne sont pas formés pour effectuer un véritable suivi psychiatrique. La plupart ne contribue qu'aux renouvellements d'ordonnances des patients. D'autres professionnels peuvent proposer des accompagnements, comme les psychologues, mais leur densité est près de deux fois moins importante que sur les autres territoires (41,7 pour 100 000 habitants ; 83,6 dans l'Indre, 84,6 en Centre-Val de Loire et 94,4 en France hexagonale). De plus, leur prise en charge n'est pas adaptée aux personnes qui ont des pathologies psychiatriques importantes et elle n'est pas accessible à tous en raison du non-remboursement par la Sécurité sociale.



Les antennes locales des CMP et CMPP permettent de rapprocher l'offre de soins au plus près des populations mais celles-ci ont des délais de rendez-vous importants, que ce soit pour les enfants ou les adultes. Certaines situations sont transférées sur Châteauroux pour éviter une attente trop longue des malades. En effet, Châteauroux dispose de l'offre de soins la plus développée du département aussi bien au niveau du secteur libéral que du secteur public. Malgré l'arrivée de moyens complémentaires, il y a maintenant quelques années, la demande reste très supérieure aux capacités d'accueil. La population peut avoir accès à Argenton-sur-Creuse à des entretiens avec des infirmiers mais un peu plus difficilement avec la psychologue et les médecins dont les temps de travail sont partagés avec le centre de La Châtre et celui d'un autre secteur psychiatrique. La situation ne devrait pas s'améliorer à l'avenir avec le départ probable en retraite d'un des médecins et la réorganisation du secteur qui doit permettre la réouverture de l'antenne de Valençay à moyens constants. Enfin l'absence de visites à domicile du CMP sur le secteur peut occasionner une irrégularité du suivi, voire un renoncement aux soins des usagers les plus précaires. Une équipe mobile de psychiatrie semble importante à créer pour répondre aux besoins de certaines populations en particulier, comme celle vivant dans la rue ou celle des Ehpad qui n'est pas prise en charge de façon adaptée dans ces établissements. Les professionnels rencontrés ont insisté sur cette problématique particulière de la population âgée. L'hôpital de jour pour la gériatropychiatrie situé à La Châtre ne peut répondre rapidement à la demande des établissements qui n'arrivent pas à gérer les troubles des personnes âgées.

Ces dernières sont donc prises en charge en urgence à l'hôpital de Châteauroux. Pour limiter ces hospitalisations, des formations pourraient être plus largement financées et ainsi plus souvent réalisées auprès des personnels des Ehpad, pour qu'ils comprennent mieux les réactions des personnes âgées affectées par des troubles psychiatriques et aient plus de moyens de gérer les situations aigües en interne.

6- Maladies chroniques

Des possibilités à étendre dans le champ de la prévention primaire et du dépistage



Les professionnels rencontrés constatent le développement de maladies chroniques en lien avec le vieillissement de la population et les changements de mode de vie sur le pays de Val de Creuse-Val d'Anglin comme sur d'autres territoires. L'augmentation des cas de diabète et d'hypertension, notamment, est la conséquence du surpoids, d'obésité, du manque d'activité physique et de la sédentarité croissante de la population.

Celle-ci semble peu sensible aux campagnes générales de prévention, concernant l'alimentation par exemple. Un lien est établi par certains acteurs entre les maladies chroniques et les difficultés croissantes pour accéder à un médecin traitant et à un dépistage spécialisé. On peut relever à ce titre la faible participation au dépistage organisé du cancer du sein sur le territoire, inférieure à celles de l'Indre (55,6 %) et de la région Centre-Val de Loire (63,0 %). À l'échelle des communautés de communes, il varie de 44,6 % sur la CC Marche Occitane-Val d'Anglin, à 53,4 % sur celle d'Éguzon-Argenton-Vallée de la Creuse. De même pour le dépistage organisé du cancer colorectal, le taux de participation est inférieur à ceux observés dans le département (27,5 %) et en région Centre- Val de Loire (32,8 %). À l'échelle des CC, il varie de 23,7 % sur la CC Marche Occitane-Val d'Anglin à 28,1 % sur celle d'Éguzon-Argenton-Vallée de la Creuse. La prévention effectuée par les professionnels de santé de premier recours aurait aussi un impact moindre sur les comportements des patients. Prises en charge globalement plus tardivement, certaines maladies se chronicisent.

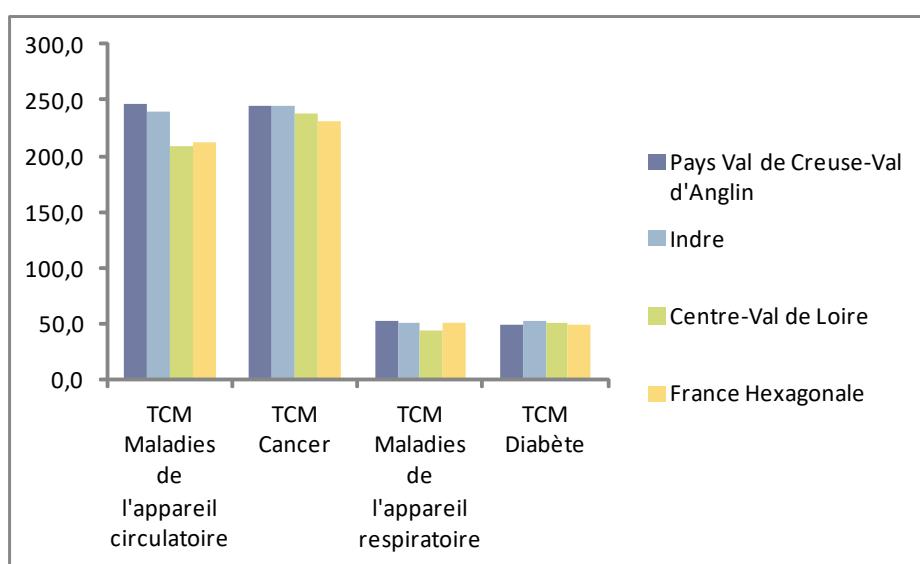


Une des contraintes importantes sur le territoire est que la mise en place d'actions de prévention ne peut toucher qu'une faible population, étant donné la densité du pays. Des actions de dépistage, des ateliers de groupe, de l'éducation thérapeutiques sont aussi parfois réalisées sur une ville comme Argenton-sur-Creuse, mais elles le sont de façon très occasionnelle et avec une participation demeurant faible. Pour la plupart des situations, il est nécessaire de se rendre à Châteauroux ou sur une autre agglomération pour effectuer un dépistage ou consulter un spécialiste, ce qui freine une partie des recours. La montée en charge du dispositif Asalée (avec des protocoles de coopération entre médecins et infirmières) devrait cependant permettre à l'avenir également un meilleur dépistage et une meilleure prise en charge des maladies chroniques.

Concernant la mortalité relative aux principales maladies chroniques (cancers, maladies cardiovasculaires, diabète, maladies de l'appareil respiratoire), le pays Val de Creuse-Val d'Anglin ne présente pas de différences significatives quant à la mortalité en comparaison avec l'Indre. Il se distingue néanmoins de la région Centre-Val de Loire et de la France hexagonale avec une surmortalité par maladies cardiovasculaires.

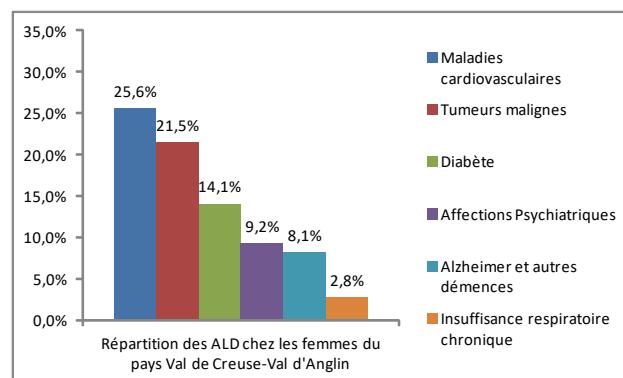
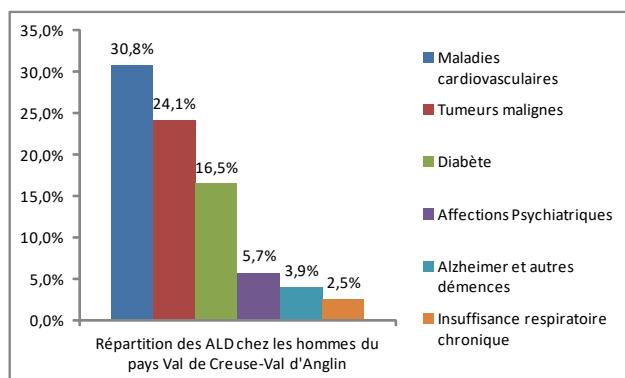


Taux comparatifs de mortalité (deux sexes) des principales maladies chroniques 2005-2013
Référence France hexagonale (RP 2006) – (taux pour 100 000 habitants)



CHRONIQUE

S'agissant des nouvelles admissions en ALD pour diabète, cancers, maladies cardiovasculaires et insuffisance respiratoire chronique, le territoire ne présente pas non plus de spécificités, comparé aux territoires de référence.



La comparaison des taux de recours à l'hospitalisation fait apparaître des variations selon les pathologies. Le pays Val de Creuse-Val d'Anglin présente de plus fréquents recours aux hospitalisations pour cancers que dans tous les autres territoires et de plus fréquentes hospitalisations pour cardiopathie ischémique qu'en France hexagonale. En revanche le taux comparatif d'hospitalisation pour BPCO est inférieur à celui de tous les autres territoires de référence.

7- Vieillissement de la population

Le pays Val de Creuse-Val d'Anglin est marqué par un vieillissement de sa population qui s'accompagne du développement des maladies chroniques, des problématiques liées au grand âge et du maintien de l'autonomie. L'indice de vieillissement est supérieur, en 2008 comme en 2013, aux territoires de référence. Il a cependant diminué entre 2008 et 2013 contrairement aux autres échelons.

Le maintien à domicile privilégié

Selon le recensement de population de l'Insee de 2013, 1 792 personnes âgées de 75 ans et plus vivent seules au sein du pays, ce qui représente 45,8 % des habitants de cette classe d'âge et une proportion supérieure à celle de la région, du département et de la France hexagonale (37,7 % ; 38,5 % et 38,6 %). Les familles étant plus dispersées géographiquement qu'autrefois, de nombreuses personnes âgées vivent relativement ou totalement isolées à leur domicile. L'entourage ne peut répondre aux besoins de la personne âgée que de façon ponctuelle, alors que les aides et soins au domicile peuvent être insuffisants sans apport financier propre.

Les personnes âgées souhaitent continuer à vivre à domicile autant que possible et n'en partent pour un établissement d'hébergement que lorsque la perte d'autonomie est trop importante. Malgré une bonne implantation sur le territoire (taux d'équipement de 143,3 places d'hébergement pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (117,4 dans l'Indre et 124,6 en Centre-Val de Loire), les Ehpad restent difficilement accessibles aux personnes âgées, en raison du coût de ces établissements.



Les professionnels rencontrés relèvent les situations les plus complexes à domicile lorsque les personnes âgées développent des troubles psychiques, de la démence, situations qui nécessitent une présence quasi permanente, comme c'est le cas pour la maladie d'Alzheimer. Ces situations de grande dépendance, associées à des troubles cognitifs, posent aux professionnels des questionnements éthiques, ne pouvant forcer la décision des familles sur un placement en institution et participant à des situations difficilement acceptables de maintien à domicile, à la limite de la maltraitance.

Il est nécessaire que les aidants soient accompagnés dans la durée pour accepter les solutions d'hébergement de leurs proches. Ce cheminement peut commencer avec les dispositifs d'hébergement temporaire et d'accueil de jour. Actuellement ces solutions de soutien ne sont pas assez développées ou utilisées sur le territoire. D'un côté, les professionnels estiment qu'il manque depuis longtemps et de façon criante, un accueil de jour qui répondrait à un besoin de répit essentiel. De l'autre, quand ces solutions d'accueil de jour ou d'hébergement temporaires ont été mises en place, elles n'ont pas rencontré les demandes des personnes qui en auraient eu besoin. Certaines contraintes matérielles comme les possibilités de transport jusqu'à l'accueil de jour ont constitué un frein ou la faible densité de population a limité la possibilité de remplir ces structures

CHAPITRE 8

de façon efficiente.

Il existe d'autres possibilités de soutien avec le centre gériatrique de l'Indre et la Mutualité française, comme les cafés des proches, des temps d'échange, l'organisation de marches, de la sophrologie mais ces initiatives ne sont pas directement accessibles sur le territoire du pays et nécessitent donc une bonne autonomie des aidants pour le transport et une organisation pour ne pas laisser leur proche seul. Les aidants recourant peu à ces solutions de répit et de soutien ont tendance à s'épuiser.

Les professionnels déplorent d'autres manques liés au territoire qui pénalisent la prise en charge de certaines personnes âgées. Avec le vieillissement de la population, la fréquence de survenue de maladies démentielles a beaucoup augmenté. Le dépistage des troubles mentaux des personnes âgées a tendance à être tardif, car les familles ne s'en rendent pas toujours compte ou se trouvent dans une situation de déni ou encore préfèrent cacher cette réalité aux personnes extérieures. Les aides qui interviennent au domicile n'ont pas les formations pour repérer précocement et efficacement ces troubles. Même quand des difficultés psychiques sont repérées par un intervenant, l'accès à un véritable diagnostic des pathologies est ensuite compliqué par le manque de spécialistes à disposition sur le territoire ou à proximité.

Les professionnels rencontrés relèvent également un manque de places adaptées dans des établissements pour les personnes handicapées vieillissantes. Ils rencontrent des problématiques spécifiques et ont des besoins qui ne sont pas bien pris en charge ni dans les structures dédiées aux personnes en situation de handicap, ni dans les établissements pour personnes âgées. Du fait de leur inadaptation dans ces structures, ils complexifient le travail réalisé pour les autres usagers ou restent à domicile avec l'aide de leur famille.

8- Addictions et conduites à risque

Sur la période 2005-2013, sur le territoire, la mortalité imputable au tabac représente 55 décès annuels et les pathologies liées à l'alcool sont responsables, en moyenne, de 14 décès par an. Ces pathologies représentent 3,7 % de la mortalité

 totale, chiffre comparable à ceux retrouvés dans les territoires de référence (entre 3,6 % et 3,8 %). Les professionnels n'ont pas relevé plus de spécificités quant aux autres addictions de la population locale qui se portent sur une large diversité de drogues (cocaïne, cannabis...) et les médicaments. Il existe probablement pour certains usagers, des fluctuations dans les types de produits en fonction des approvisionnements mais les drogues sont presque aussi accessibles qu'en secteur urbain.

Les professionnels rencontrés jugent que les problématiques liées à une consommation excessive d'alcool sont assez courantes et particulièrement aggravées par l'isolement social sur les petites communes du pays de Val de Creuse-Val d'Anglin. Une difficulté essentielle, dans un contexte de banalisation de cette consommation, est de susciter et de maintenir chez les personnes alcoolodépendantes la volonté de se soigner, alors que les structures de prise en charge ne sont pas simples d'accès. Cette problématique du maintien et de la régularité de la prise en charge se pose aussi pour les autres addictions, avec ou sans produits.



Il existe certes des structures dédiées, vers lesquelles les professionnels peuvent orienter les usagers pour lesquels ils repèrent cette problématique. Mais elles bénéficient avant tout aux usagers à proximité ou à ceux les plus mobiles. Ces structures médico-sociales sont implantées principalement à Châteauroux (Csapa, Caarud, maison des adolescents...). Une organisation fréquemment déployée sur le département de l'Indre répond aux besoins d'une grande partie des usagers de ces structures qui sont peu mobiles. Le Csapa ou la maison des adolescents disposent de lieux de permanence sur plusieurs secteurs géographiques du département, dans les locaux de partenaires. Néanmoins, ces structures ne peuvent proposer tous leurs services sur l'ensemble du département car elles manquent de personnel médical. Ce personnel n'est pas mobilisable sur les permanences ou antennes, ce qui pénalise les patients des territoires qui, outre leur problématique addictive, ont des troubles psychologiques et des besoins de prise en charge médicamenteuse.

En matière d'accès à la contraception et à l'éducation à la sexualité aussi, la ruralité du territoire implique un certain éloignement des structures et des professionnels de santé. Les professionnels constatent un manque d'information de certains jeunes, plus précoce quant à la vie affective et sexuelle (13 à 15 ans). Ce type de prévention est assez peu réalisé par les parents ou parfois trop tardivement. Les jeunes sont aujourd'hui influencés par internet qui leur donne des représentations faussées des relations sexuelles. Les repères sont également différents dans certains milieux sociaux où les jeunes peuvent vouloir devenir parents précocement, comme leurs propres parents l'ont été. Sur la période 2011-2014, 10 mères du pays Val de Creuse-Val d'Anglin étant mineures au moment de l'accouchement ont été recensées. Cela représente 1,4 % de l'ensemble des accouchements. Ce chiffre est supérieur à ceux retrouvés dans le département et en région (respectivement 0,7 % dans

CHAPITRE 2

l'Indre et 0,6 % en Centre-Val de Loire).

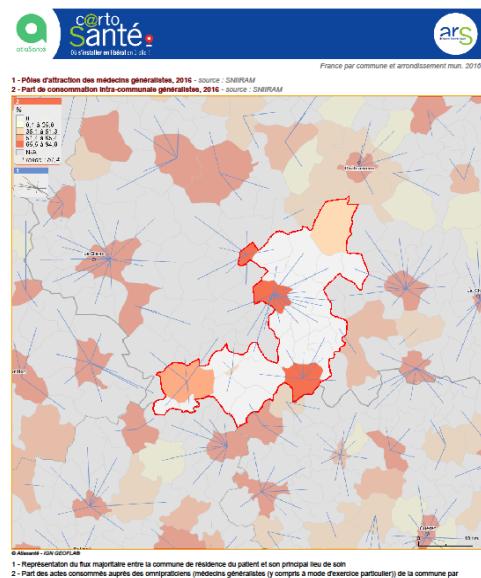
En matière de sécurité routière, les facteurs de risque d'accidents sont principalement les mêmes qu'au niveau national. La consommation d'alcool et la vitesse excessive sont ainsi souvent en cause. Le caractère rural du territoire favorise assez largement la vitesse et les conséquences des accidents sont donc en moyenne plus graves. Les professionnels relèvent aussi les risques liés à la conduite de deux roues motorisés sans casque de protection et à certaines personnes âgées qui continuent à conduire, alors qu'elles ont des réflexes amoindris ou présentent des troubles cognitifs qui peuvent occasionner des accidents (contresens...).

9- Offre de soins

La faible démographie des professionnels de santé libéraux limite l'accès aux soins de la population. Des communes comme Argenton-sur-Creuse ou Éguzon disposent d'une offre significative mais leurs praticiens doivent souvent prendre en charge les patients des environs, issus des petites communes qui ne comptent quasiment aucun professionnel de santé (particulièrement au centre du territoire). Sur les professionnels de premier recours, la problématique est surtout prégnante pour les médecins généralistes. Le pays Val de Creuse-Val d'Anglin compte 19 médecins généralistes exerçant sur son territoire, soit une densité totale de 79,3 professionnels pour 100 000 habitants. Elle est largement inférieure à celles retrouvées dans l'Hexagone (155,0), dans l'Indre et en région (respectivement 116,3 et 124,3).



Plusieurs médecins généralistes sont partis en retraite ces dernières années, sans avoir trouvé de remplaçant et 56 % des médecins généralistes exerçant actuellement sur le territoire ont plus de 55 ans (60 % dans l'Indre, 56 % en Centre-Val de Loire et 52 % en France hexagonale).



Une partie de la population interrogée perçoit surtout une dégradation de l'offre, avec une restriction du choix, le médecin disponible n'exerçant plus à proximité ou n'apportant pas le service attendu (absence de visite à domicile) ou encore n'ayant pas la même disponibilité que le précédent (délais de rendez-vous, horaires plus restreints). Certaines personnes âgées se questionnent sur la possibilité de continuer à vivre sur le territoire, sachant qu'il devient plus difficile de se faire soigner chez elles. Il leur est également plus difficile de consulter lorsque leur médecin est absent. La permanence des soins apparaît insuffisamment organisée ou trop peu visible pour la population. Par conséquent, la population est plus souvent amenée à recourir aux services d'urgence, généralement à Châteauroux.

L'offre libérale de spécialistes du territoire ne se compose que de 2 psychiatres, 1 dermatologue et 1 pédiatre qui sont quasiment tous installés à Argenton-sur-Creuse et dont la moitié a plus de 55 ans. Les habitants doivent régulièrement se rendre sur les agglomérations hors du territoire que ce soit à Châteauroux, La Châtre, Guéret, Limoges, voire Poitiers ou Tours pour consulter ou effectuer certains suivis de pathologies chroniques.

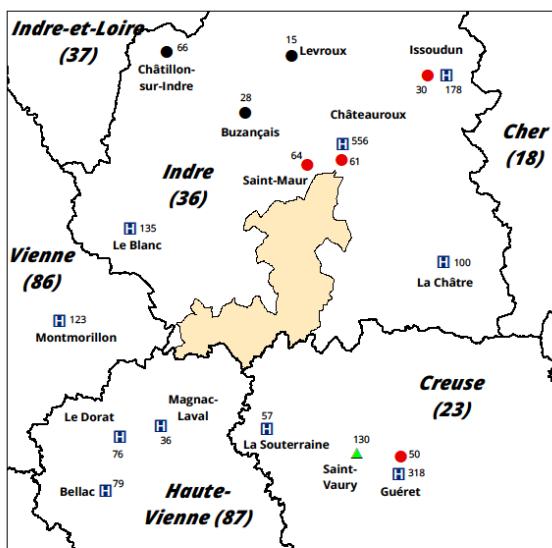


L'accessibilité aux spécialistes, mesurée par l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (comprenant la distance, la durée d'activité des professionnels, l'âge de la population) fait apparaître qu'un grand nombre de communes ont une très faible accessibilité aux pédiatres, gynécologues et ophtalmologues. Les habitants rencontrés obtiennent des délais de rendez-vous qu'ils jugent excessifs ou se voient refuser l'accès par des professionnels débordés, en particulier pour la gynécologie (plus de 6 mois de délais), l'ophtalmologie (entre 6 mois et 1 an) ou encore l'orthophonie.

L'accès aux autres professionnels de santé est aussi insuffisant pour les dentistes. Leur densité est deux fois moins élevée que dans la région et qu'au niveau national, avec des délais de rendez-vous constatés de 1 à 2 mois. Enfin, les densités sont également faibles pour les infirmiers libéraux au regard du nombre important de personnes âgées qui constituent une part essentielle de leur patientèle et pour les kinésithérapeutes et orthophonistes, même si la situation est pour ces derniers comparable au département de l'Indre. La plupart des acteurs rencontrés estiment d'ailleurs la situation acceptable pour l'accès à ces paramédicaux.

SYNTHESE

La plupart des établissements hospitaliers publics et privés se situent en dehors du territoire. Les données hospitalières (PMSI MCO 2016) révèlent, pour l'année 2016, qu'une grande partie des 5 500 séjours des patients domiciliés dans le territoire se sont déroulés dans le département. En effet, 38,4 % d'entre eux ont eu lieu au centre hospitalier de Châteauroux, 13,4 % à la clinique Saint-François de Châteauroux et 9,2 % au centre hospitalier du Blanc, ce qui représente 61,0 % de l'ensemble des séjours hospitaliers du territoire. 27,3 % des séjours ont eu lieu sur Limoges (CHU, clinique François Chenieux, clinique Emailleurs-Colombier). Seuls 3,1 % des séjours se sont déroulés sur Tours et son agglomération (clinique Saint-Gatien et CHU). 8,6 % des séjours ont eu lieu dans d'autres établissements.



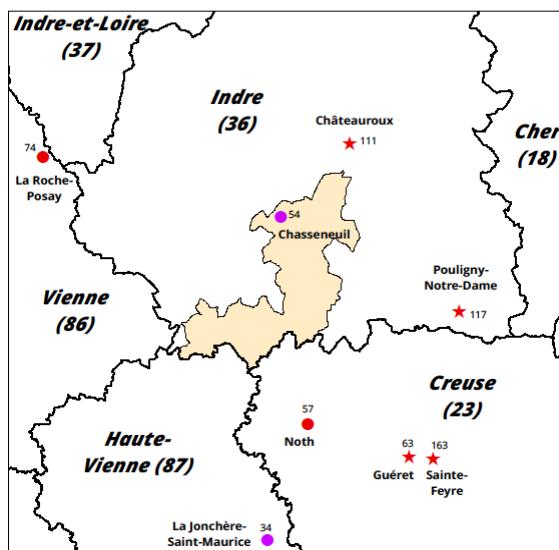
Etablissements publics de santé en 2016

- H Centre hospitalier
- Centre hospitalier (ex hôpital local)
- ▲ Centre hospitalier (spécialisé en psychiatrie)
- Unité de soins de longue durée (USLD) / Service de soins de suite et de réadaptation (SSR)

De 15 à 556 : Lits installés en hospitalisation complète au 31/12/2016

Pays Val de Creuse Val d'Anglin

Source : Sae diffusion
Exploitation ORS Centre-Val de Loire



Etablissements privés de santé en 2016

- ★ Clinique / Pôle de santé / Hôpital privé
- Etablissement de psychiatrie
- Soins de suite et réadaptation fonctionnelle
- H Hospitalisation à domicile (HAD)

De 34 à 163 : Lits installés en hospitalisation complète au 31/12/2016

Pays Val de Creuse Val d'Anglin

Source : Sae diffusion
Exploitation ORS Centre-Val de Loire

La nécessité d'effectuer de grands déplacements est généralement acceptée comme une contrepartie inévitable de la vie en secteur rural. Toutefois, les distances sont jugées très importantes, surtout pour une population relativement précaire, n'ayant pas de moyens de déplacement personnel et sans système de transport en commun efficace. Habituelle à une situation plus favorable, avec la présence par le passé de plusieurs cliniques sur Argenton-sur-Creuse, la population perçoit très négativement l'allongement des délais pour accéder à des spécialistes et les refus de prise en charge, ce qui contraint la population à se faire accepter grâce à des relations personnelles, à recourir à des praticiens avec dépassements des tarifs conventionnés ou dans certains cas à renoncer à certains soins ou consultations.



Pour limiter la perte de démographie médicale et paramédicale et faciliter de nouvelles installations de professionnels, différentes initiatives peuvent être prises (mise à disposition de locaux, aides financières à l'installation, exonération d'imposition, accueil d'internes, création de MSP, salariat au sein de centres de santé ...). Elles semblent indispensables pour maintenir le minimum de service médical et assurer la mise en place d'un réseau de soins. Mais les démarches pour faire venir des médecins et autres professionnels semblent coûteuses, n'aboutissent pas forcément ou conduisent parfois

à vider d'autres territoires ruraux voisins de leurs ressources médicales sans augmentation réelle de l'offre de soins pour l'ensemble de la population. Le territoire souffre d'un manque d'attractivité globale (économique, sociale et culturelle) qu'il est difficile de compenser.



Pour améliorer la prise en charge de la santé sur le territoire, certains partenariats sont à entreprendre ou à renforcer. Des collaborations interprofessionnelles existent déjà sur le territoire et sont utiles mais elles ne sont pas nécessairement institutionnalisées et sont fragilisées par le turn-over des professionnels sur le territoire. Les nouveaux praticiens installés sont moins connus et ne portent pas non plus une dynamique partenariale. Si des initiatives visant une meilleure coordination et organisation des soins existent, elles peinent à impliquer certains professionnels et souffrent de leur multiplicité et de leur

manque de lisibilité, dans un contexte où les professionnels ont déjà du mal à assumer leur charge de travail.

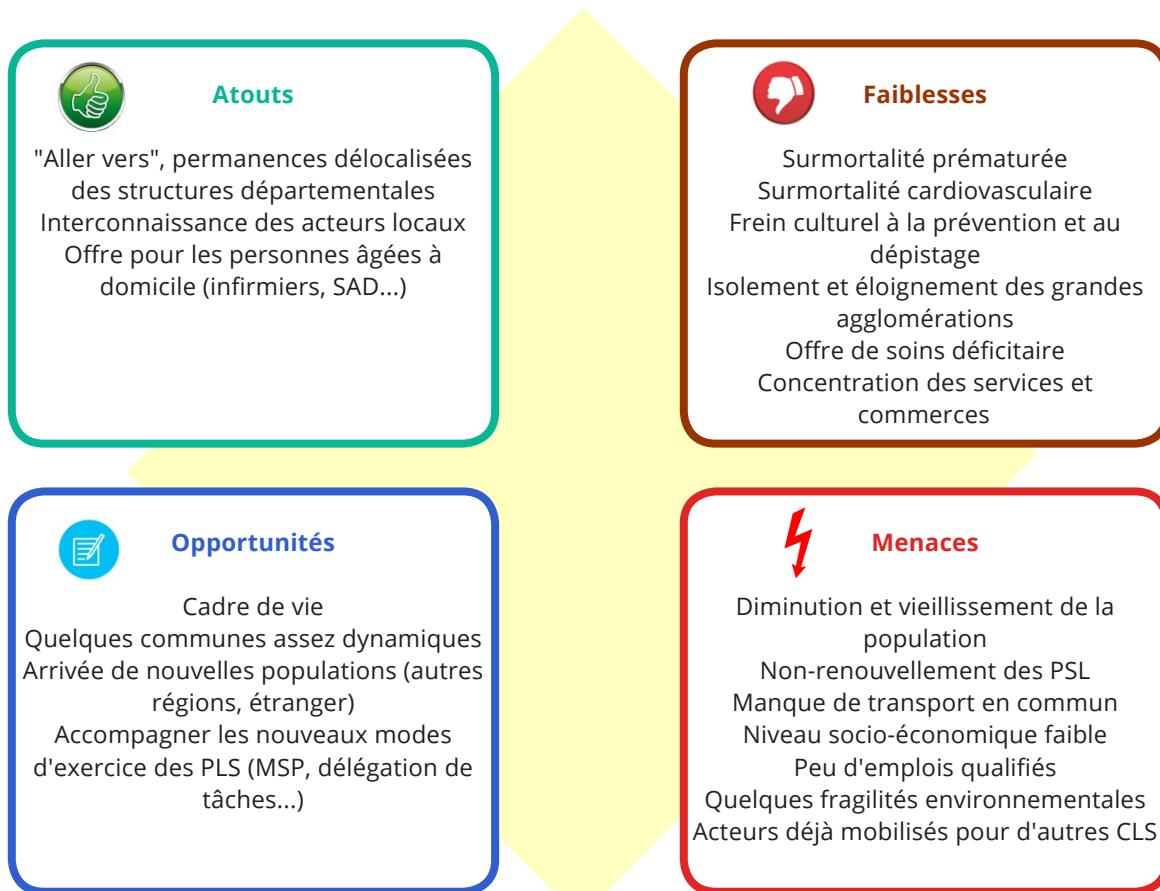
Enfin, mieux prendre en charge les problématiques de santé passe aussi par un travail préventif qui n'a pas été assez encouragé par le passé et qui peine aujourd'hui à toucher la population du territoire.

Recommandations

En conclusion et au regard des éléments quantitatifs et qualitatifs, plusieurs pistes de réflexion ressortent :



- Soutenir et continuer à développer les initiatives permettant l'arrivée de nouveaux professionnels médicaux et paramédicaux sur le territoire, notamment en continuant à développer l'attractivité des communautés de communes ;
 - Accompagner les nouveaux modes d'exercice de ces professionnels ;
 - Favoriser la mobilité des habitants dans le territoire et vers les lieux en-dehors des communautés de communes où se concentrent les professionnels de santé, notamment pour certaines spécialités et sans doute la nécessité de développer l'aller-vers pour des publics plus fragiles ;
 - Travailler sur l'isolement des personnes âgées et des personnes malades psychiques ;
 - La question de la formation des différents professionnels et des bénévoles apparaît comme un levier (repérage et diagnostic, soutien des aidants, accompagnement des parents...) ;
 - Renforcer la communication et l'accessibilité aux actions de prévention et à l'éducation thérapeutique des patients ;
 - Développer la coordination entre les différents acteurs de la santé : sanitaire, médico-social et social, du préventif au curatif, articulation entre les soins de ville et les soins hospitaliers...



ANNEE 2016

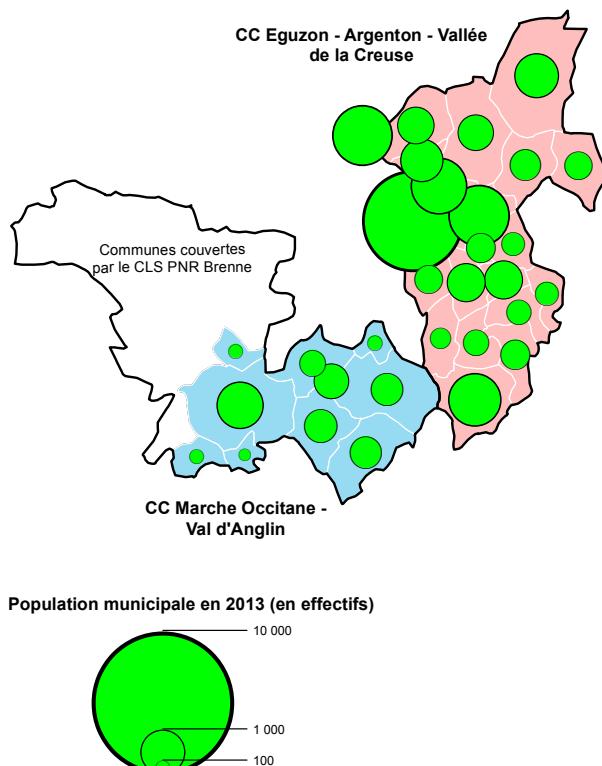
CONTRETEXTE GÉOGRAPHIQUE

LE PAYS VAL DE CREUSE-VAL D'ANGLIN
EST UN ECOLE DE VILLE ET UNE ZONE

Le pays Val de Creuse-Val d'Anglin, son territoire et peuplement

Le pays Val de Creuse-Val d'Anglin est situé dans l'Indre en région Centre-Val de Loire. Il se compose de 31 communes réparties dans deux communautés de communes : celle d'Éguzon-Argenton-Vallée de la Creuse et celle de la Marche Occitane-Val d'Anglin. Le pays compte près de 24 100 habitants au recensement de population de 2013. Les villes d'Argenton-sur-Creuse (5 039 habitants), Le Pêchereau (1 867 habitants), Saint-Gaultier (1 815 habitants), Saint-Marcel (1 589 habitants), Éguzon-Chantôme (1 407 habitants) et Chaillac (1 102 habitants) sont les principales communes du territoire. Le pays s'étend sur 679,7 km², soit une densité de population de 35,4 habitants au km². À titre de comparaison, la densité de population du département de l'Indre est de 33,6 hab/km², celle de la région est de 65,7 hab/km² et celle de la France hexagonale est de 117,1 hab/km².

POPULATION MUNICIPALE DES COMMUNES DU PAYS VAL DE CREUSE-VAL D'ANGLIN EN 2013



SOURCE : INSEE (RP 2013)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

ÉTUDE D'ÉVALUATION SOCIALE ET DÉMOGRAPHIQUE

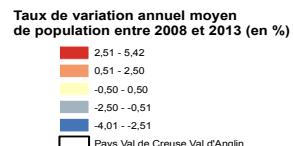
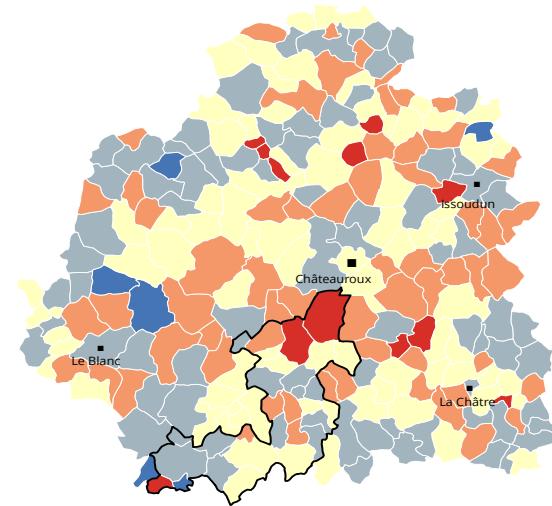
Variation de population inter-censitaire dans les communes de l'Indre

Sur la période 2008-2013, la population du pays Val de Creuse-Val d'Anglin a diminué de 342 habitants, soit un taux de variation annuel négatif de -0,28 %, inférieur à celui de l'Indre (-0,34 %). Cette tendance est à l'opposé des taux de variation annuels de la région (+0,31 %) et de la France hexagonale (+0,5 %).

Depuis 40 ans, le nombre d'habitants du pays est en diminution : 26 292 habitants en 1975, 25 638 habitants en 1982, 24 028 habitants en 1999 et 24 062 habitants en 2013.

En accord avec la diminution de la population du pays, le solde naturel est négatif, aux alentours de -168 habitants chaque année en moyenne sur la période 2004-2013.

VARIATION INTER-CENSITAIRE DANS LES COMMUNES DU PAYS VAL DE CREUSE-VAL D'ANGLIN [2008-2013]



SOURCE : INSEE [RP 2008, 2013]
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

ÉTUDE D'ÉVALUATION SPATIALE ET D'ÉTUDE D'ÉVALUATION SOCIALE

Structure de la population

En 2013, les jeunes de moins de 20 ans représentent 19,4 % de la population du pays, soit une proportion plus faible que celle observée dans le département (20,9 %), la région (24,0 %) et au niveau national (24,4 %).

Le territoire compte, en proportion, plus de personnes âgées. En effet, les 75 ans et plus représentent sur le pays 16,3 % de la population contre 13,6 % dans l'Indre, 10,6 % en Centre-Val de Loire et 9,2 % en France hexagonale.

POPULATION PAR ÂGE EN 2013

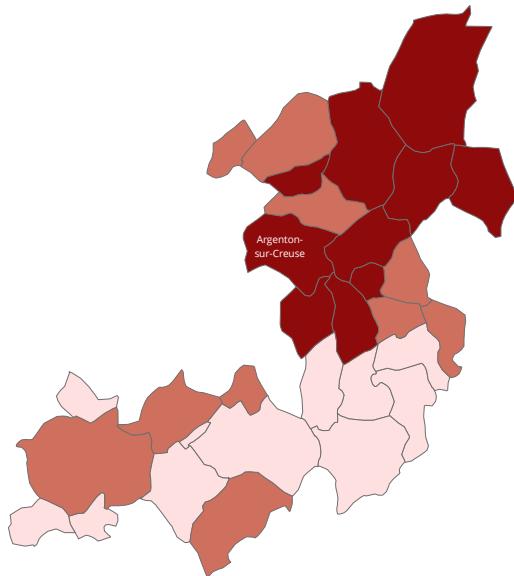
Population	population de moins de 20 ans		Population de 65 ans et plus		Population de 75 ans et plus		Indice de vieillissement en 2011 (65 ans et plus/ moins de 20 ans)	
	Effectifs	% de la population	Effectifs	% de la population	Effectifs	% de la population		
CC Éguzon-Argenton-Vallée de la Creuse	20 017	4 000	20,0	5 522	27,6	3 197	16,0	138,1
CC Marche Occitane-Val d'Anglin*	4 045	675	16,7	1 296	32,0	718	17,8	192,1
Pays Val de Creuse-Val d'Anglin	24 062	4 675	19,4	6 818	28,3	3 915	16,3	145,8
Indre	228 091	47 659	20,9	56 415	24,7	31 066	13,6	118,4
Centre-Val de Loire	2 570 548	616 415	24,0	511 972	19,9	271 594	10,6	83,1
France hexagonale	63 697 865	15 512 631	24,4	11 410 904	17,9	5 889 474	9,2	73,6

SOURCE : INSEE (RP 2013. EXPLOITATION PRINCIPALE)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

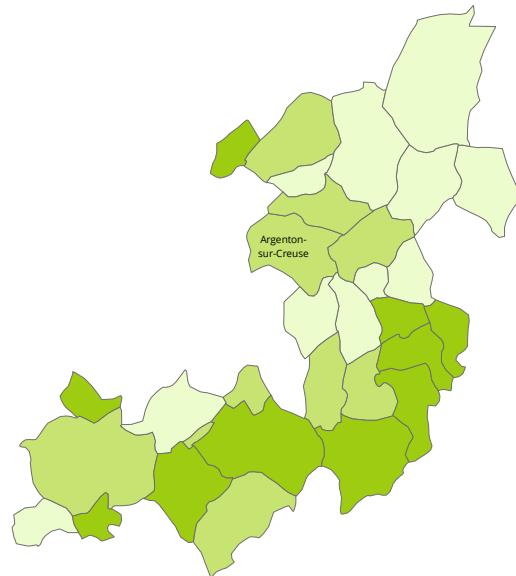
*HORS COMMUNES COUVERTES PAR LE CLS PNR BRENNÉ

DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTÉ EN VUE DE L'ÉLABORATION DU CONTRAT LOCAL DE SANTÉ

STRUCTURE DE LA POPULATION DU PAYS VAL DE CREUSE-VAL D'ANGLIN EN 2013



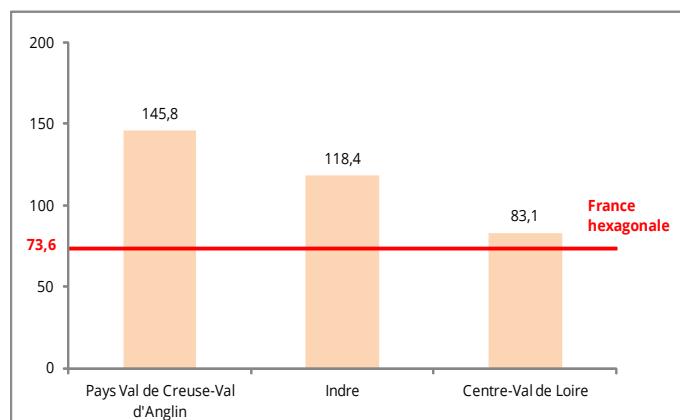
SOURCE : INSEE (RP 2013)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



SOURCE : INSEE (RP 2013)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

INDICE DE VIEILLISSEMENT EN 2013

L'indice de vieillissement, rapport du nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 individus de moins de 20 ans, est plus élevé dans le pays Val de Creuse-Val d'Anglin (145,8) que dans le département (118,4), la région (83,1) et en France hexagonale (73,6).



SOURCE : INSEE (RP 2013)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

ÉTUDE DE LA POPULATION SUPPORTANTE ET DES RÉGIMES D'APPORT EN 2013

Évolution de la structure de la population entre 2008 et 2013

La structure de la population du pays a évolué entre 2008 et 2013. Comme au niveau des territoires de référence, le vieillissement prévisible de la population est constaté.

Entre 2008 et 2013, le nombre de jeunes de moins de 20 ans est passé de 4 597 habitants à 4 675, soit une légère croissance annuelle de 0,3%, comparable à celles retrouvées en région et en France hexagonale (respectivement +0,2 % et +0,3 %). À l'inverse, le département montre une évolution annuelle négative (-0,3 %).

Sur le territoire d'étude comme sur les autres territoires de référence, le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus a augmenté, même si l'évolution annuelle est moins importante dans le pays que sur les autres territoires de référence (+0,7 % contre +1,0 % pour le département, +1,7 % pour la région et +1,8 % pour la France hexagonale).

	Population de moins de 20 ans				Évolution annuelle	Population de 75 ans et plus				Évolution annuelle		
	2008		2013			2008		2013				
	Effectifs	(en %)	Effectifs	(en %)		Effectifs	(en %)	Effectifs	(en %)			
CC Eguzon Argenton Vallée de la Creuse	3 894	19,3	4 000	20,0	0,5	3 104	15,4	3 197	16,0	0,6		
CC Marche Occitane et Val d'Anglin*	703	16,6	675	16,7	-0,8	670	15,9	718	17,7	1,4		
Pays Val de Creuse Val d'Anglin	4 597	19,0	4 675	19,5	0,3	3 774	15,2	3 915	16,1	0,7		
Indre	48 474	20,9	47 659	20,9	-0,3	29 536	12,7	31 066	13,6	1,0		
Centre-Val de Loire	609 404	24,1	616 415	24,0	0,2	249 807	9,9	271 594	10,6	1,7		
France hexagonale	15 296 560	24,6	15 512 631	24,4	0,3	5 389 101	8,7	5 889 474	9,2	1,8		

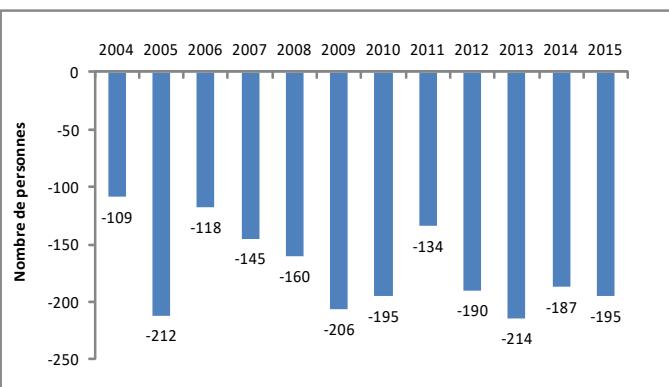
SOURCE : INSEE [RP 2008 ET 2013, EXPLOITATION PRINCIPALE]

EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

*HORS COMMUNES COUVERTES PAR LE CLS PNR BRENNNE

ÉTUDE D'ÉVALUATION SOCIALE ET DEMOGRAPHIQUE D'UN TERRITOIRE

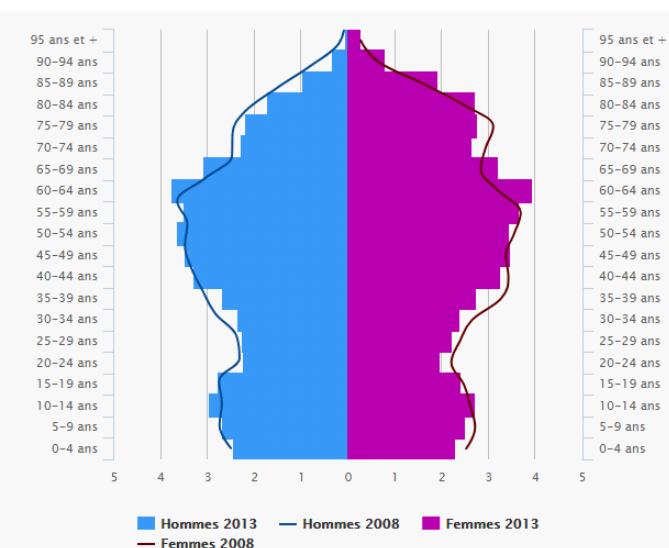
SOLDE NATUREL DU PAYS VAL DE CREUSE- VAL D'ANGLIN [2004-2015]



Au cours des 11 dernières années, entre 2004 et 2015, le solde naturel du pays Val de Creuse-Val d'Anglin est resté négatif entre 2004 et 2015, soit un décroissement de la population de -2 065 individus sur les onze années, soit un solde moyen de -172 individus par an.

SOURCES : INSEE, ÉTAT CIVIL
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

PYRAMIDE DES ÂGES DU PAYS VAL DE CREUSE- VAL D'ANGLIN [2008-2013]



La pyramide des âges du pays Val de Creuse-Val d'Anglin, au recensement 2013, présente une structure marquée par certains héritages historiques : classe creuse issue de la seconde guerre mondiale (déficit important de naissance), puis « baby-boom » et baisse de la fécondité après 1975. Le vieillissement de la génération du baby boom va induire à moyen terme une augmentation du nombre de personnes âgées.

On observe également que le nombre de jeunes de moins de 20 ans est extrêmement faible sur le territoire, ainsi qu'un déficit des jeunes de 20-29 ans qui peut s'expliquer par le départ de jeunes réalisant leurs études supérieures.

SOURCES : INSEE RP 2008-2013
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

ÉTUDE DÉMOGRAPHIQUE ET DÉMOGRAPHIQUE CENTRE-VAL DE LOIRE

Projection de la population à l'horizon 2040 en région Centre-Val de Loire et dans l'Indre

À l'horizon 2040, si les tendances démographiques se poursuivent, la région Centre-Val de Loire gagnera près de 250 000 habitants (par rapport à l'année 2012), soit 8 800 habitants par an entre 2012 et 2040. Avec une hausse annuelle moyenne en 2040 de 0,3 %, la population atteindra 2 800 000 habitants. Cependant, le gain de population concernera essentiellement les classes d'âge les plus élevées.

Selon les estimations de l'Insee, l'Indre gagnerait de la population du fait d'un apport migratoire de retraités, tout comme le Cher et le Loir-et-Cher. Le Loiret, tout comme l'Eure-et-Loir, devrait garder un dynamisme soutenu grâce à son solde naturel. L'Indre-et-Loire devrait connaître quant à lui une forte croissance. Concernant l'Indre, sa population n'augmenterait que de 5 000 habitants environ. En 2040, 33,7 % de sa population serait âgée de plus de 65 ans contre 23,1 % en 2007. Les effectifs des personnes âgées de 80 ans et plus (âge de la dépendance) devraient doubler durant cette période, passant de 5,6 % de la population en 2007 à 11,0 % en 2040.

La population va vieillir. La question de la prise en charge de la dépendance se pose déjà et constitue d'autant plus un défi pour les années à venir.

Entre 2007 et 2040, la région gagnerait plus de 320 000 personnes d'au-moins 65 ans. En 2040, 33,7 % de la population de l'Indre devrait être âgée de plus de 65 ans contre 23,1 % en 2007. Parmi les personnes âgées de plus de 80 ans (âge de la dépendance), les effectifs devraient presque doubler en passant de 7,2 % en 2007 à 13,1 % en 2040 (5,6 % en 2007 en région Centre-Val de Loire contre 11,0 % en 2040).

Face à ces différents constats, il apparaît donc nécessaire d'anticiper dès à présent la prise en charge de la dépendance. Cela passe par la création d'emplois et de services à la personne, la formation des professionnels œuvrant dans le champ de la dépendance, la gestion des aidants familiaux, le développement de l'offre d'accueil dans les établissements sociaux et médico-sociaux...

ÉTUDE D'ÉVALUATION SPATIALE ET D'ÉTUDE D'AMÉNAGEMENT

Le parc de logements

PARC DE LOGEMENTS (2008-2013)

	Nombre de logements		Évolution (en %)	Résidences principales		Évolution (en %)	Résidences secondaires et logements occasionnels		Évolution (en %)	Logements vacants		Évolution (en %)	
	2008	2013		2008	2013		2008	2013		2008	2013		
	CC Éguzon-Argenton-Vallée de la Creuse	12 513	12 805	2,3	9 353	9 377	0,3	1 820	1 914	5,2	1 340	1 513	12,9
CC Marche Occitane-Val d'Anglin*	3 022	3 119	3,2	2 009	1 966	-2,2	709	728	2,7	303	425	40,2	
Pays Val de Creuse-Val d'Anglin	15 535	15 924	2,5	11 362	11 343	-0,2	2 529	2 642	4,5	1 643	1 938	18,0	
Indre	133 333	136 789	2,6	105 456	106 049	0,6	14 154	14 128	-0,2	13 724	16 612	21,0	
Centre-Val de Loire	1 282 672	1 340 702	4,5	1 097 234	1 134 388	3,4	87 315	84 748	-2,9	98 123	121 566	23,9	
France hexagonale	31 818 884	33 574 742	5,5	26 615 476	27 805 420	4,5	3 098 999	3 198 944	3,2	2 104 409	2 570 379	22,1	

SOURCE : INSEE (RP 2008 ET 2013)

EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

*HORS COMMUNES COUVERTES PAR LE CLS PNR BRENN

Au recensement de la population de 2013, le pays Val de Creuse-Val d'Anglin compte 15 924 logements. Les résidences principales représentent 71,2 % des logements, les résidences secondaires et logements occasionnels 16,6 % et les logements vacants 12,2 %.

Entre 2008 et 2013, le nombre de résidences principales a diminué de -0,2 % sur le pays passant de 11 362 à 11 343 alors qu'il a augmenté dans l'Indre (+0,6 %), la région (+3,4 %) et au niveau national (+4,5 %).

On constate aussi sur la même période que le nombre de logements vacants a augmenté de +18,0 %. Cette hausse du nombre de logements vacants est cependant moins importante que celle observée au niveau du département (+21,0 %), de la région (+23,9 %) et du niveau national (+22,1 %).

Concernant les résidences secondaires et les logements occasionnels, ils ont augmenté dans le pays (+4,5 %) et la France hexagonale (+3,2 %) mais diminué dans le département (-0,2 %) et dans la région (-2,9 %).

ÉTUDE D'ÉVALUATION SPATIALE ET D'EXPLOITATION DU PNR BRENNES

PARC DE LOGEMENTS LOCATAIRES 2008-2013

Selon le recensement de population de l'Insee de 2013, 25,5 % des ménages du pays Val de Creuse-Val d'Anglin sont locataires (30,3 % dans le département, 34,2 % pour la région et 39,9 % en France hexagonale) dont 11,1 % sont locataires en logements HLM (14,6 % dans le département, 14,7 % en région et 14,6 % en France hexagonale).

Entre 2008 et 2013, le nombre de logements locatifs est passé de 2 958 à 2 890 sur le pays, soit une baisse de -2,3 % (-1,5 % dans le département, +1,6 % en région et +4,9 % en France hexagonale). Le nombre de logements HLM a diminué également de -4,4 % entre 2008 et 2013.

	Nombre de ménages locataires		Evolution (en %)	Nombre de ménages locataires en HLM		Evolution (en %)	Part des ménages locataires	Part des ménages locataires en HLM
	2008	2013		2008	2013			
CC Eguzon Argenton Vallée de la Creuse	2 549	2 506	-1,7	1 168	1 136	-2,7	26,7	12,1
CC Marche Occitane et Val d'Anglin*	409	384	-6,1	156	130	-16,7	19,7	6,7
Pays Val de Creuse Val d'Anglin	2 958	2 890	-2,3	1 324	1 266	-4,4	25,5	11,2
Indre	32 609	32 112	-1,5	16 051	15 508	-3,4	30,3	14,6
Centre-Val de Loire	381 997	388 202	1,6	166 586	166 978	0,2	34,2	14,7
France hexagonale	10 567 532	11 084 970	4,9	3 900 516	4 064 988	4,2	39,9	14,6

SOURCE : INSEE (RP 2008 ET 2013)

EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

*HORS COMMUNES COUVERTES PAR LE CLS PNR BRENNES

LES ALLOCATIONS LOGEMENTS AU 31.12.2015

Fin 2015, 52,8 % des allocataires du pays Val de Creuse-Val d'Anglin bénéficient d'une allocation logement (APL, ALS, ALF), soit une proportion inférieure à celles observées aux niveaux national (54,0 %) et départemental (55,6 %) mais proche de la proportion régionale (52,2 %).

Au total, 17,4 % des ménages du pays sont couverts par une allocation logement (19,5 % dans le département, 20,3 % en Centre-Val de Loire et 22,7 % en France hexagonale).

	Nombre d'allocataires	Allocataires et allocation logement		Taux de couverture des ménages par les allocations logements (en %)
		Effectif	(En %)	
CC Eguzon Argenton Vallée de la Creuse	3 218	1 694	52,6	18,0
CC Marche Occitane et Val d'Anglin*	518	279	53,9	14,3
Pays Val de Creuse Val d'Anglin	3 736	1 973	52,8	17,4
Indre	37 194	20 671	55,6	19,5
Région Centre-Val de Loire	441 568	230 441	52,2	20,3
France hexagonale	11 661 584	6 298 626	54,0	22,7

SOURCE : CNAF AU 31/12/2015, CCMSA AU 31/12/2015, INSEE RP 2013

EXPLOITATION :

ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

*HORS COMMUNES COUVERTES PAR LE CLS PNR BRENNES

ÉTUDE DE POPULATION ET DÉMOGRAPHIQUE

Composition des ménages

STRUCTURE DES MÉNAGES AU 1^{ER} JANVIER 2013

	Nombre de ménages	Population des ménages	Nombre de ménages isolés		Nombre de familles ou couples avec ou sans enfants		Nombre de ménages monoparentaux		Nombre d'autres types de ménages		Nombre moyen de personnes par ménage
			Effectifs	en %	Effectifs	En %	Effectifs	En %	Effectifs	En %	
CC Eguzon Argenton Vallée de la Creuse	9 403	19 344	3 508	37,3	5 136	54,6	556	5,9	203	2,2	2,1
CC Marche Occitane et Val d'Anglin*	1 949	3 967	688	35,3	1 064	54,6	145	7,4	52	2,7	2,0
Pays Val de Creuse Val d'Anglin	11 352	23 311	4 196	37,0	6 200	54,6	765	6,7	279	2,5	2,1
Indre	105 989	221 087	39 073	36,9	57 183	54,0	7 820	7,4	1 913	1,8	2,1
Région Centre-Val de Loire	1 134 406	2 506 646	389 809	34,4	634 121	55,9	88 541	7,8	21 935	1,9	2,2
France hexagonale	27 806 631	62 239 642	9 677 824	34,8	14 914 736	53,6	2 485 484	8,9	728 587	2,6	2,2

SOURCE : INSEE (RP 2013)

EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

*HORS COMMUNES COUVERTES PAR LE CLS PNR BRENNNE

Le pays Val de Creuse-Val d'Anglin compte, au recensement de population de 2013, 11 352 ménages, constitués par 23 311 habitants, soit 2,1 personnes par ménage.

Les couples avec ou sans enfants représentent la majorité des ménages (54,6 %), ce qui est comparable avec ce qui est constaté dans les territoires de référence (54,0 % dans le département, 55,9 % dans la région et 53,6 % en France hexagonale).

Au niveau des ménages d'une personne, on retrouve dans le pays une proportion comparable à celle du département (respectivement 37,0 % et 36,9 %) mais cette proportion est plus importante que celle retrouvée aux niveaux régional (34,4 %) et national (34,8 %). Cependant, moins de ménages monoparentaux sont comptabilisés au niveau du pays (6,7 % des ménages, contre 7,4 % dans l'Indre, 7,8 % en Centre-Val de Loire et 8,9 % en France hexagonale).

STRUCTURE FAMILIALE DES ALLOCATAIRES

ET DÉMOGRAPHIE DE LA POPULATION

Structure familiale des allocataires

Fin 2015, le pays Val de Creuse-Val d'Anglin compte 3 736 allocataires Cnaf et CCMSA. L'analyse de la structure familiale des allocataires met en évidence que 39,7 % d'entre eux sont des couples avec enfant(s), soit une proportion comparable à celle du département (39,5 %) mais inférieure à celles de la région (44,8 %) et de la France hexagonale (42,1 %).

Les allocataires isolés représentent 37,9 % des allocataires sur le pays Val de Creuse-Val d'Anglin, soit une proportion comparable à celle de la France hexagonale (37,3 %), inférieure à celle du département (38,9 %) et supérieure à celle de la région (34,9 %).

Les familles monoparentales représentent 16,1 % des allocataires, soit une proportion comparable aux différents territoires de référence : 15,8 % dans l'Indre, 15,6 % en région Centre-Val de Loire et 15,9 % en France hexagonale.

Les couples sans enfant représentent 6,2 % de l'ensemble des allocataires, soit une proportion comparable à celle du département (5,8 %) mais supérieure à celles de la région (4,7 %) et de la France hexagonale (4,8 %).

STRUCTURE FAMILIALE DES ALLOCATAIRES AU 31.12.2015

Nombre d'allocataires	Personnes seules (allocataires isolés)		Familles couples sans enfants		Familles couples avec enfant(s)		Familles monoparentales		
	Effectifs	En %	Effectifs	En %	Effectifs	En %	Effectifs	En %	
CC Eguzon Argenton Vallée de la Creuse	3 218	1 208	37,5	190	5,9%	1 301	40,4	519	16,1
CC Marche Occitane et Val d'Anglin*	518	209	40,3	43	8,3%	184	35,5	82	15,8
Pays Val de Creuse Val d'Anglin	3 736	1 417	37,9	233	6,2%	1 485	39,7	601	16,1
Indre	37 194	14 485	38,9	2 153	5,8%	14 683	39,5	5 873	15,8
Centre-Val de Loire	441 568	154 086	34,9	20 793	4,7%	197 716	44,8	68 973	15,6
France hexagonale	11 661 584	4 348 606	37,3	555 919	4,8%	4 904 700	42,1	1 852 359	15,9

SOURCE : CNAF AU 31/12/2015, CCMSA AU 31/12/2015, INSEE RP 2013

EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

*HORS COMMUNES COUVERTES PAR LE CLS PNR BRENNNE

POPULATION DU PAYS VAL DE CREUSE-VAL D'ANGLIN

MINIMA SOCIAUX

ET SOLIDARITÉ

Minima sociaux

Au 31 décembre 2015, 4,9 % des ménages du pays Val de Creuse-Val d'Anglin bénéficient de l'allocation adulte handicapé (AAH), soit une proportion comparable à celle du département (4,8 %) mais supérieure aux proportions de la région Centre-Val de Loire (3,5 %) et de la France hexagonale (3,7 %).

Fin 2015, le revenu de solidarité active (RSA), entré en vigueur le 1^{er} juin 2009, concerne 6,3 % des ménages du pays, soit une proportion proche du niveau départemental (6,7 %) mais inférieure aux niveaux régional (7,2 %) et national (8,4 %).

Le RSA socle, filet de sécurité minimal pour les personnes sans ressources est délivré à 375 allocataires du pays, soit 3,3 % des ménages. Cette proportion est proche pour l'Indre (3,5 %), pour la région Centre-Val de Loire (4,0 %) et supérieure pour la France hexagonale (4,9 %).

S'agissant des allocataires ayant de faibles revenus, 896 allocataires du pays ont des ressources constituées à 50 % ou plus de prestations Caf ou MSA (27,8 % des allocataires dont les ressources sont connues) et pour 473 d'entre eux (14,7 % des allocataires dont les ressources sont connues), leurs ressources sont intégralement constituées de ces prestations.

ALLOCATAIRES DE MINIMA SOCIAUX AU 31.12.2015

	Allocataires AAH		Allocataires RSA		Allocataires RSA socle		Nombre d'allocataires dont les ressources sont constituées à 50 % ou plus de prestations Caf ou CCMSA	Nombres d'allocataires dont les ressources sont constituées à 100 % de prestations Caf ou CCMSA
	Effectifs	% des ménages	Effectifs	% des ménages	Effectifs	% des ménages		
CC Éguzon-Argenton-Vallée de la Creuse	440	4,7	612	6,5	319	3,4	740	383
CC Marche Occitane-Val d'Anglin*	119	6,1	102	5,2	56	2,9	156	90
Pays Val de Creuse-Val d'Anglin	559	4,9	714	6,3	375	3,3	896	473
Indre	5 041	4,8	7 113	6,7	3 659	3,5	9 129	5 027
Centre-Val de Loire	39 202	3,5	82 126	7,2	45 219	4,0	98 898	56 441
France hexagonale	1 024 110	3,7	2 323 377	8,4	1 365 934	4,9	2 797 592	1 667 175

SOURCE : CNAF AU 31/12/2015, CCMSA AU 31/12/2015, INSEE RP 2013

EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

*HORS COMMUNES COUVERTES PAR LE CLS PNR BRENNES

POPULATION ET SANTE

INFORMATIONS SOCIALES

ET SANITAIRES

Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)

Depuis le 1^{er} janvier 2000, la couverture maladie universelle (CMU) permet à toute personne résidant en France de façon stable et régulière de bénéficier de la Sécurité sociale (CMU de base). Elle offre également pour les personnes aux revenus les plus faibles, une couverture maladie venant en complément de celle de la Sécurité sociale (CMU-Complémentaire).

Au 1^{er} janvier 2014, parmi les 12 855 allocataires CPAM, 502 sont allocataires de la CMU-C sur le pays Val de Creuse-Val d'Anglin. Au sein du pays, 963 personnes au total sont couvertes par la CMU-C, ce qui représente 6,0 % de bénéficiaires parmi les allocataires de l'Assurance maladie. Cette proportion est égale à 7,4 % dans l'Indre et à 7,3 % en région.

BÉNÉFICIAIRES (ASSURÉS ET AYANTS DROIT) DE LA CMU-C AU 01.01.2014*

	Nombre d'allocataires CNAM	Population couverte	Nombre d'allocataires CMU-C	Nombre de personnes couvertes par la CMU-C	Part des bénéficiaires de la CMU-C parmi les bénéficiaires de la CNAM	Moins de 20 ans parmi la population bénéficiaire de la CMU-C
CC Éguzon-Argenton-Vallée de la Creuse	11 032	14 313	424	809	5,7 %	44,4 %
CC Marche Occitane-Val d'Anglin*	1 823	1 823	78	154	8,4 %	46,1 %
Pays Val de Creuse-Val d'Anglin	12 855	16 136	502	963	6,0 %	44,7 %
Indre	124 185	163 471	6 405	12 214	7,4 %	43,5 %
Centre-Val de Loire	1 400 525	1 920 682	74 069	141 222	7,3 %	44,1 %

* LES DONNÉES ISSUES DU FICHIER DU DÉNOMBREMENT DES BÉNÉFICIAIRES PAR ZONE (BASSIN DE VIE, COMMUNE, IRIS ET ZUS). SEXE, CLASSE D'ÂGE ET DÉTENTION OU NON DE LA CMU COMPLÉMENTAIRE SONT DISPONIBLES DÈS LORS QUE LA ZONE COMpte PLUS DE 100 BÉNÉFICIAIRES; POUR ÉVITER L'INDIRECTEMENT NOMINATIF, AUCUNE INFORMATION N'EST FOURNIE EN DEÇÀ DE CE SEUIL.

SOURCE : CNAMTS AU 01.01.2014. DÉNOMBREMENT DES BÉNÉFICIAIRES DU RÉGIME GÉNÉRAL HORS SLM
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

*HORS COMMUNES COUVERTES PAR LE CLS PNR BRENN

POPULATION D'ÂGE FERTILE ET MÉTIERS SOCIAUX

Taux de pauvreté

Le taux de pauvreté correspond à la proportion d'individus (ou de ménages) dont le niveau de vie est inférieur, pour une année donnée, à un seuil dénommé seuil de pauvreté (exprimé en euros). L'Insee, comme Eurostat et les autres pays européens, mesure la pauvreté monétaire de manière relative alors que d'autres pays (comme les États-Unis ou l'Australie) ont une approche absolue. Dans l'approche en terme relatifs, le seuil de pauvreté est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population. On priviliege en Europe le seuil de 60 % du niveau de vie médian.

En 2014, le taux de pauvreté du pays Val de Creuse-Val d'Anglin est de 15,5 %. Ce dernier est légèrement supérieur à celui retrouvé aux niveaux départemental, régional et national (respectivement 14,6 %, 12,9 % et 14,7 %). À noter que pour cet indicateur, l'ensemble des communes de la communauté de communes de Marche Occitane-Val d'Anglin a été pris en compte et pas uniquement les 10 communes de cette CC composant le territoire.

TAUX DE PAUVRETÉ EN 2014 (EN %)

	Ensemble	moins de 30 ans	de 30 à 39 ans	de 40 à 49 ans	de 50 à 59 ans	de 60 à 74 ans	75 ans et plus
Pays Val de Creuse-Val d'Anglin	15,5	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Indre	14,6	24,1	16,2	16,5	14,2	9,1	11,8
Centre-Val de Loire	12,9	20,8	14,3	14,2	11,3	7,9	8,2
France hexagonal	14,7	21,9	15,8	16,3	13,4	10,1	10,2

SOURCES : INSEE-DGFiP-CNAF-CCMSA, FICHIER LOCALISÉ SOCIAL ET FISCAL
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
ND: NON DISPONIBLE

POPULATION ACTIVE PRÉCOCIALE MÉTIER SOCIAUX ET SANTÉ

Emploi

En 2013, sur le pays Val de Creuse-Val d'Anglin, les employés forment la catégorie socioprofessionnelle la plus représentée (36,0 %), tout comme au sein des territoires de référence (30,5 % dans l'Indre, 28,6 % au niveau régional et 27,9 % au niveau national).

D'une manière générale, le pays comporte une proportion moindre de cadres et de professions intellectuelles supérieures (7,7 % contre 8,5 % dans le département, 13,2 % en région et 17,4 % au niveau national) et de professions

intermédiaires (21,0 % pour le pays contre 21,4 % pour l'Indre, 25,3 % pour la région Centre-Val de Loire et 25,7 % en France hexagonale).

À l'inverse, le pays compte davantage d'agriculteurs (7,0 % contre 4,6 % dans le département, 2,1 % dans la région et 1,7 % en France hexagonale) et d'artisans, commerçants et chefs d'entreprise (9,9 % contre 7,0 % pour l'Indre, 6,1 % pour la région Centre-Val de Loire et 6,4 % en France hexagonale).

POPULATION ACTIVE AYANT UN EMPLOI, PAR CSP

	Pop. active ayant un emploi en 2008	Pop. active ayant un emploi en 2013	Agriculteurs				Artisans, commerçants et chefs d'entreprise				Cadres et professions intellectuelles supérieures			
			Effectifs		% de la pop. active ayant un emploi		Effectifs		% de la pop. active ayant un emploi		Effectifs		% de la pop. active ayant un emploi	
			2008	2013	2008	2013	2008	2013	2008	2013	2008	2013	2008	2013
CC Éguzon-Argenton-Vallée de la Creuse	7 534	7 266	274	236	3,6	3,3	607	565	8,1	7,8	638	520	8,5	7,2
CC Marche Occitane-Val d'Anglin*	1 412	1 283	182	170	12,9	13,3	127	146	9,0	11,4	99	72	7,0	5,6
Pays Val de Creuse-Val d'Anglin	8 946	8 548	601	597	6,7	7,0	873	844	9,8	9,9	784	662	8,8	7,7
Indre	91 016	87 782	4 493	4 073	4,9	4,6	5 689	6 132	6,3	7,0	7 619	7 474	8,4	8,5
Centre-Val de Loire	1 057 252	1 044 205	25 341	22 301	2,4	2,1	59 477	63 578	5,6	6,1	131 060	138 004	12,4	13,2
France hexagonale	25 929 281	26 154 566	507 848	441 186	2,0	1,7	1 543 430	1 678 319	6,0	6,4	4 172 122	4 539 781	16,1	17,4

	Professions intermédiaires				Employés				Ouvriers			
	Effectifs		% de la pop. active ayant un emploi		Effectifs		% de la pop. active ayant un emploi		Effectifs		% de la pop. active ayant un emploi	
	2008	2013	2008	2013	2008	2013	2008	2013	2008	2013	2008	2013
CC Éguzon-Argenton-Vallée de la Creuse	1 481	1 499	19,7	20,6	2 509	2 298	33,3	31,6	2 025	2 147	26,9	29,6
CC Marche Occitane-Val d'Anglin*	142	176	10,0	13,7	434	387	30,7	30,1	429	332	30,4	25,9
Pays Val de Creuse-Val d'Anglin	1 714	1 799	19,2	21,0	3 311	3 078	37,0	36,0	2 853	2 780	31,9	32,5
Indre	17 881	18 754	19,6	21,4	29 023	26 809	31,9	30,5	26 311	24 540	28,9	28,0
Centre-Val de Loire	257 020	264 584	24,3	25,3	305 796	298 628	28,9	28,6	278 558	257 111	26,3	24,6
France hexagonale	6 457 924	6 709 739	24,9	25,7	7 355 164	7 288 290	28,4	27,9	5 892 792	5 497 251	22,7	21,0

SOURCE : INSEE (RP 2008-2013)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
*HORS COMMUNES COUVERTES PAR LE CLS PNR BRENNNE

POPULATION ET DÉMOCRATIE

INTERCOMMUNALE SOCIALE

ET SANTÉ

Chômage

Pour les demandeurs d'emploi en fin de mois, l'ensemble des communes de la communauté de communes de Marche Occitane-Val d'Anglin a été pris en compte et non pas uniquement les 10 communes de cette CC concernées sur le territoire.

Fin 2016, 1 804 demandeurs d'emploi de catégorie ABC ont été recensés sur le pays Val de Creuse-Val d'Anglin (dont 1 136 de catégorie A). Parmi eux, 883 sont des demandeurs d'emploi de longue durée, c'est-à-dire de 1 an ou plus, soit 48,9 % de l'ensemble des demandeurs d'emploi de catégorie ABC (47,2 % dans l'Indre, 46,6 % en Centre-Val de Loire, 44,8 % en France hexagonale).

Le territoire compte en proportion moins de jeunes demandeurs d'emploi que dans le département et dans la région (14,3 % contre 15,9 % dans l'Indre et 15,1 % en Centre-Val de Loire). Il est cependant proche du niveau national (14,0 %). Le pays Val de Creuse-Val d'Anglin a un taux de femmes demandeuses d'emploi proche de ceux de la région et du territoire national (47,4 % contre 47,6 % et 47,3 %) mais supérieur à celui de l'Indre (46,4 %). Concernant les seniors demandeurs d'emploi, le pays Val de Creuse-Val d'Anglin en compte davantage que les territoires de référence (32,6 % contre 29,2 % dans l'Indre, 26,5 % en Centre-Val de Loire et 25,9 % en France hexagonale).

STRUCTURE DES DEMANDEURS D'EMPLOI EN FIN DE MOIS AU 31.12.2016

	Nombre de DEFMs A	Nombre de DEFMs (ABC) de longue durée	Nombre de DEFMs jeunes (moins de 25 ans) A		Nombre de DEFMs femmes A		Nombre de DEFMs séniors (50 ans et plus) A	
			Effectifs	% total DEFMs ABC	Effectifs	% total DEFMs ABC	Effectifs	% total DEFMs ABC
CC Éguzon-Argenton-Vallée de la Creuse	984	761	139	14,1	470	47,8	308	31,3
CC Marche Occitane-Val d'Anglin*	152	122	23	15,1	68	44,7	62	40,8
Pays Val de Creuse-Val d'Anglin	1 136	883	162	14,3	538	47,4	370	32,6
Indre	10 969	8 444	1 748	15,9	5 086	46,4	3 202	29,2
Centre-Val de Loire	129 981	101 639	19 686	15,1	61 910	47,6	34 474	26,5
France hexagonale	3 529 600	2 427 900	495 400	14,0	1 670 000	47,3	915 200	25,9

TAUX DE CHÔMAGE DES 15-64 ANS EN 2013 (%)

	Taux de chômage des 15-64 ans (en %)
CC Éguzon-Argenton-Vallée de la Creuse	12,3
CC Marche Occitane-Val d'Anglin*	11,0
Pays Val de Creuse-Val d'Anglin	12,1
Indre	12,4
Centre-Val de Loire	12,4
France hexagonale	13,1

SOURCES : STMT, PÔLE EMPLOI CENTRE-VAL DE LOIRE AU 31.12.2016

EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

*HORS COMMUNES COUVERTES PAR LE CLS PNR BRENNNE

Au recensement de population Insee 2013, le taux de chômage des 15-64 ans du pays Val de Creuse-Val d'Anglin était de 12,1 %, taux comparable à celui du département et de la région (12,4 %) mais inférieur à celui de la France hexagonale (13,1 %).

SOURCE : INSEE (RP 2013)

EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

*HORS COMMUNES COUVERTES PAR LE CLS PNR BRENNNE

FONCTIONNEMENT ET DÉVELOPPEMENT DE LA POPULATION

Les niveaux de formation

Selon le recensement de population de 2013, le taux de scolarisation des 16-24 ans du pays Val de Creuse-Val d'Anglin atteint 50,4 %, soit un taux inférieur à ceux observés dans le département (52,3 %), la région (57,9 %) et la France hexagonale (61,6 %).

Lorsqu'on compare les taux de scolarisation des 15-17 ans, le constat est globalement positif. En effet, sur le territoire du pays Val de Creuse-Val d'Anglin, 94,9 % de ces jeunes sont scolarisés, proportion équivalente à ce qu'on observe à l'échelle départementale (95,1 %) mais légèrement inférieure aux niveaux régional (95,9 %) et national (96,1 %).

Ainsi, la différence de taux entre ces groupes d'âges s'explique essentiellement par le taux de scolarisation des 18-24 ans : il est de 29,7 % dans le pays contre 37,2 % dans l'Indre, proportions plus importantes aux niveaux régional (46,2 %) et national (52,2 %).

TAUX DE SCOLARISATION EN 2013 (EN %)

	18-24 ans	15-17 ans	16-24 ans
CC Éguzon-Argenton-Vallée de la Creuse	31,1	94,3	50,0
CC Marche Occitane-Val d'Anglin*	24,9	96,5	51,6
Pays Val de Creuse-Val d'Anglin	29,7	94,9	50,4
Indre	37,2	95,1	52,3
Centre-Val de Loire	46,2	95,9	57,9
France hexagonale	52,2	96,1	61,6

SOURCE : INSEE (RP 2013)

EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

*HORS COMMUNES COUVERTES PAR LE CLS PNR BRENN

NIVEAUX DE FORMATION EN 2013

Population âgée de 15 ans à 64 ans non scolarisée en 2013	Sans qualification ou de faibles niveaux de formation (aucun diplôme, CEP, BEPC, Brevet des collèges)				Titulaires d'un Bac +2 et plus			
	Effectifs		% de la population de 15-64 ans non scolarisée		Effectifs		% de la population de 15-64 ans non scolarisée	
	2008	2013	2008	2013	2008	2013	2008	2013
CC Éguzon-Argenton-Vallée de la Creuse	10 484	3 302	2 705	30,8	25,8	1 777	2 051	16,6
CC Marche Occitane-Val d'Anglin*	2 083	857	677	38,9	32,5	262	314	11,9
Pays Val de Creuse-Val d'Anglin	12 567	4 158	3 382	32,1	26,9	2 039	2 365	15,8
Indre	122 573	40 711	33 446	31,9	27,3	22 682	25 059	17,7
Centre-Val de Loire	1 398 571	404 699	343 278	28,8	24,5	328 595	375 657	23,4
France hexagonale	35 008 902	9 567 650	8 214 512	27,6	23,5	9 728 811	11 130 881	28,1
								31,8

SOURCE : INSEE (RP 2008, 2013)

EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

*HORS COMMUNES COUVERTES PAR LE CLS PNR BRENN

En 2013, 3 382 individus âgés de 15 à 64 ans sans qualification ou avec de faibles niveaux de formation sont recensés dans le pays Val de Creuse-Val d'Anglin. Ils représentent 26,9 % de la population de la classe d'âge non scolarisée, taux en baisse par rapport à 2008 (32,1 %), soit une baisse sur la période considérée de 5,2 points (776 personnes en moins) et une baisse annuelle de 1,0 point. Cela traduit ainsi une amélioration de la situation depuis 2008, le constat est le même dans les territoires de référence.

Dans le pays Val de Creuse-Val d'Anglin, 18,8 % d'individus sont titulaires d'un bac+2 et plus, ce taux reste inférieur à ceux observés dans le département (20,4 %), la région (26,9 %) et le territoire national (31,8 %). Ces deux tendances, baisse du nombre de personnes sans qualification et/ou de faibles niveaux de formation et hausse du nombre de titulaires d'un bac+2 et plus, sont également perçues dans l'Indre, la région et au niveau national.

ÉTUDE SUR LA SANTÉ SOCIALE ET SOCIO-ÉCONOMIQUE DU PAYS VAL DE CREUSE-VAL D'ANGLIN

Les revenus fiscaux par unités de consommation

D'après la DGFIP, en 2014, le pays Val de Creuse-Val d'Anglin compte 14 545 foyers dont 9 292 foyers fiscaux non imposés (soit 63,9 %), proportion supérieure à celle des territoires de référence (département : 60,6 % ; région : 53,7 % et France hexagonale : 53,8 %).

En 2014, le revenu net imposable moyen par foyer est de 20 767 euros dans le pays Val de Creuse-Val d'Anglin. Ce montant est inférieur à ceux des territoires de référence (21 665 euros dans l'Indre, 24 844 euros en région Centre-Val de Loire et 26 199 euros en France hexagonale).

REVENUS FISCAUX AU 1^{ER} JANVIER 2014

	Nombre de foyers fiscaux	Nombre de foyers fiscaux imposés	Nombre de foyers fiscaux non imposés	% de foyers fiscaux non imposés	Revenus nets imposables moyens par foyer fiscal
CC Éguzon-Argenton-Vallée de la Creuse	12 128	4562	7 566	62,4%	21 324
CC Marche Occitane-Val d'Anglin*	2 417	691	1 726	71,4%	18 014
Pays Val de Creuse-Val d'Anglin	14 545	5253	9 292	63,9%	20 767
Indre	133 859	52800	81 059	60,6%	21 665
Centre-Val de Loire	1 448 489	670112	778 377	53,7%	24 844
France hexagonale	36 071 718	16647669	19 424 049	53,8%	26 199

SOURCES : DDI, INSEE

EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

*HORS COMMUNES COUVERTES PAR LE CLS PNR BRENN

FORMATION ET ACCÈS AUX MÉTIERS PAR LA POPULATION PRÉCAIRE

Ressources disponibles auprès des personnes précaires

Les services sociaux institutionnels sont présents sur le territoire et proposent des permanences. La Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail de la région (Carsat) dispose d'antennes retraite sur le territoire. Outre la Carsat, la Mutualité sociale agricole (MSA), la Caisse d'allocations familiales (CAF), la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), les centres communaux d'action sociale (CCAS) et les circonscriptions d'action sociale (CAS) du Conseil départemental de l'Indre (CAS de Le Blanc/Argenton-sur-Creuse, site d'Argenton-sur-Creuse et circonscription de La Châtre/Ardentes, site d'Ardentes) sont également présents pour répondre aux besoins et interrogations des populations en situation de précarité.

Les maisons de services au public délivrent une offre de proximité et de qualité à l'attention de tous les publics. En un lieu unique, les usagers sont accompagnés par des agents dans leurs démarches de la vie quotidienne. De l'information à l'accompagnement sur des démarches spécifiques, les maisons de services au public articulent présence humaine et outils numériques. Trois maisons existent sur le territoire du pays Val de Creuse-Val d'Anglin (Chaillac, Éguzon-Chantôme et Saint-Gaultier).

L'insertion par l'activité économique (IAE) donne à des publics ciblés (chômeurs de longue durée, jeunes sans qualification, bénéficiaires de minima sociaux etc.) la possibilité de (re)prendre pied dans le monde du travail à partir d'un contrat à durée déterminée (CDD), complété par un accompagnement social et professionnel adapté et, le cas échéant, par une formation sur mesure. L'association intermédiaire Mieux Vivre est présente sur le territoire à Saint-Gaultier.

La Mission locale Indre Sud de Le Blanc accueille les jeunes de 16 à 25 ans sortis du système scolaire. Elle les accompagne dans leur parcours professionnel pour trouver un emploi, un métier, une formation. Elle intervient également pour les aider à être autonome dans leur vie quotidienne (logement, santé etc.). La Mission locale couvre le sud du département et dispose de deux antennes dont une qui se situe à Argenton-sur-Creuse (1, rue des écoles, tél : 02.54.24.06.50).

Des associations telles que le Secours populaire, le Secours catholique, la Croix-Rouge, les Restaurants du Coeur etc. sont également présentes sur le territoire et proposent entre autres de l'aide d'urgence et de la distribution alimentaire.

Synthèse de la rencontre avec les habitants, les élus et les professionnels

Les acteurs rencontrés (professionnels, élus et habitants) dressent le constat d'une population globalement vieillissante, vivant en moyenne avec peu de ressources, même s'il existe des inégalités et des parties de la population plus favorisées. La pauvreté concerne la population âgée qui vit avec de faibles retraites, liées à l'activité agricole. Les agriculteurs actuels disposent aussi de petites exploitations qui les rendent peu rentables. Enfin, une part des plus jeunes générations est beaucoup touchée actuellement par le chômage.

Habitant : « De quoi vivent les gens, il y a aucun tourisme donc vous avez que des retraités. Que des retraités qui vivent encore de leur retraite. Et des petites retraites parce que les gens sont agriculteurs la plupart ou alors des gens comme nous qui sont des nantis parce qu'on est agent EDF, on est retraité EDF mais on est plus là nous. »

Élu : « Ce qui impacte quand même la santé et la qualité de vie des gens, c'est le revenu moyen des habitants qui est plutôt en dessous de la moyenne. Il y a plus de 50 % des gens qui ne paient pas d'impôts. J'ai vu là sur un diagnostic d'une communauté de communes voisine qu'il y avait plus de 20 % des gens qui étaient qui vivaient sous le seuil de pauvreté. Donc ça, ça a un impact, enfin à mon avis énorme sur les conditions de vie. »

Les familles sont aussi plus dispersées géographiquement, avec des enfants partis vivre dans des agglomérations éloignées du pays pour trouver de l'emploi. Cela crée en plus de la pauvreté une perte de liens sociaux et un isolement prononcé pour les personnes qui sont restées sur le territoire.

Professionnel : « On a énormément de chômage, je vois (...) des personnes arrivant pour des dossiers d'admission sur l'Ehpad dans des situations de pauvreté, honnêtement, avec pas forcément des véhicules, des familles complètement éclatées. Donc pas d'aide possible de la famille plus jeune qu'on pouvait avoir dans le temps. Dans le temps on avait quand même les enfants qui étaient là qui assistaient leurs parents, on a plus du tout. »

Professionnel : « Surtout dans le bassin de vie comme là Argenton, La Châtre, tout ça, tout le sud du département... Oui c'est là où ça pose problème, avec les problèmes de transport, c'est tout ces problèmes-là qui sont liés... Alors bien sûr la désertification mais y a tout ça hein, avec des familles éclatées, avec des enfants qui sont partis ailleurs, avec des personnes qui se retrouvent seules à domicile. »

Élu : « On constate de plus en plus des personnes effectivement qui n'ont plus aucune relation ni avec leur voisin, qu'ont plus de

familles proches et qui restent enfermées... »

Des solidarités de voisinage demeurent dans ces villages où l'interconnaissance est forte. Des associations et bénévoles font en sorte d'assurer des visites et sorties pour les personnes âgées. Il existe aussi des services de transport à la demande qui peuvent être sollicités (l'Aile Bleue). Malgré cela, globalement, la désertification des communes conduit à un plus grand nombre de personnes isolées.

Professionnel : « C'est vrai qu'il peut y avoir toutes les communes autour, on est quand même sur une ruralité pour certains lieux-dits qui sont à 3-4 km du bourg qui lui-même est à 20 km d'Argenton. On est quand même sur la ruralité, ça fait qu'il peut y avoir des coins très isolés, géographiquement et qui de fait, peuvent créer de l'isolement social. Après des fois c'est un peu le cercle vicieux, c'est-à-dire que la personne, elle a choisi de se mettre dans un coin. »

Parallèlement, d'autres populations se sont installées sur certains secteurs du territoire. Les prix de l'immobilier permettent une installation à une population plus jeune, aspirant à un mode de vie plus simple ; et un grand nombre de personnes retraitées sont issues de l'étranger. Certains secteurs au sud du territoire (Bonneuil, Chaillac...) comptent particulièrement des communautés du Royaume-Uni, de Belgique, d'Allemagne, de Hollande ou d'autres pays du nord de l'Europe qui ont revitalisé certains hameaux mais ne sont pas toujours bien insérées socialement par rapport à la population d'origine et repartent après quelques années ou pour leur toute fin de vie dans leur pays. Enfin, des populations de gens du voyage résident aussi sur certaines communes en particulier.

La situation actuelle et les évolutions sont donc contrastées selon les communes. On assiste simultanément :

- à la diminution de la population et au vieillissement sur certaines communes

Habitant : « Comme là je viens de parler au boulanger qui se désole parce que les clients sont... Il me dit « on en enterrer 100 par an. » Alors vous voyez ce que ça donne sur une ville de 1 400 habitants. »

- à des mouvements fréquents de population sur d'autres communes. Populations qui y résident moins longtemps et dont la coexistence avec la population originaire du territoire n'est pas évidente avec des différences de culture et de mode de vie.

Élu : « On avait une population qui était stable. Est-ce que c'est la

QUALITÉ DE VIE

cause d'avoir eu une courbe de construction assez importante à une époque, parce que on s'aperçoit que les maisons qui ont été construites en 2008, elles ont déjà changées 3 fois de propriétaires. »

Élu : « Il y a une situation conflictuelle qui fait qu'aujourd'hui entre les anciens et ceux que j'appellerai les modernes, il y a des heurts. (...) Certaines habitudes. Ils n'utilisent pas le commerce local comme les anciens. Par habitude, ils vont dans les grandes surfaces.

Élu : Ils ne veulent plus entendre le coq chanter le matin.»

La baisse de la natalité dans le département de l'Indre en général a pour conséquence la diminution du nombre d'enseignants et la fermeture de classes dans les zones plus rurales et notamment sur le pays Val de Creuse-Val d'Anglin. Les jeunes adultes continuent de partir pour réaliser leurs études et trouver un travail. Seules les plus grandes communes (Éguzon, Argenton-sur-Creuse) conservent les lieux d'enseignement avec des établissements de taille raisonnable mais non surchargés.

Habitant : « Je ne sais même pas s'il y a des jeunes. Je ne sais pas. Là pour l'instant moi je n'ai pas de jeune dans mon... Dans la famille, les jeunes sont plus là. Le plus jeune ici c'est celui qui est à Châteauroux. (...) Puis sinon des gens qui étaient fonctionnaires retraités, fonctionnaires qui font vivre un peu les choses. »

Élu : « Pour nous, Éguzon, l'école se tient bien, enfin autour de 120-125 enfants. Le collège se tient à peu près également. On a deux classes par niveau donc on avait souffert un peu. On avait cru perdre une classe mais on a retrouvé deux classes par niveau. Donc c'est, ça va, c'est pas... Je sais que d'autres sont dans des situations un peu plus compliquées. »

Tous ces mouvements de population, s'accompagnement d'une diminution des commerces et services de proximité. Ils persistent dans les plus grandes communes mais diminuent en nombre et sont peu accessibles aux personnes âgées ou isolées sur les communes rurales, à l'exception de certains commerces alimentaires qui effectuent encore des ventes à domicile (boulangerie, boucherie...). Les habitants regrettent la raréfaction des commerces et services, autant dans les plus petites communes que dans les plus grandes.

Habitant : « Je trouve que les, enfin je suis venu ici pour être en ville et pour avoir les commerces à proximité. Ils ferment tous les uns après les autres. »

Habitant : « Un peu moins de commerces, c'est moins... Moi j'ai le souvenir d'il y a une vingtaine d'années, enfin il y avait plus de monde dans les rues. Et plus de monde dans les boutiques et tout ça mais ça reste encore... Par rapport à d'autres villages où c'est mort. »

Habitant : « Non c'est pas réjouissant. Je vous dis, tout fuit le

camp. Il n'y a plus qu'un boucher, avant il y en avait 2 ou 3 dans la ville. Enfin moi j'en connaissais sûrement un 2ème dans la rue principale. Il a fermé aussi. »

Globalement, les personnes rencontrées, professionnels, élus et habitants, sont satisfaites de la qualité de vie que leur offre le pays. Ils déclarent profiter d'un environnement agréable, paisible.

Habitant : « On est très bien, il n'y a pas les bouchons comme dans la région parisienne, il n'y a pas, l'air est pur, enfin on pense. Non je ne me plains pas. »

Si le cadre de vie est appréciable, les atouts de l'environnement naturel sont tout de même gâchés par les pollutions constatées, que ce soit par l'usage de pesticides dans l'agriculture ou encore le développement des algues bleues au lac d'Éguzon qui nuit au tourisme, en particulier dans la période estivale où elle empêche la baignade. Le potentiel touristique de la zone semble aussi sous-exploité par un manque d'infrastructures de qualité. Enfin, les projets d'installation d'éoliennes divisent les habitants de certaines communes qui apprécient différemment l'intérêt économique, écologique et les nuisances environnementales associées de ces infrastructures (modification du paysage, bruit).

Habitant : « Cette exploitation du lac, elle n'a pas été saisie. Parce que malheureusement, je ne comprends pas avec un potentiel pareil, un tourisme vert qui aurait pu être développé. Là au lac on est dans un gîte, au bord du lac on vient chaque année parce qu'on s'y plait beaucoup, c'est très spartiate mais c'est bien. Mais par contre, les gens n'acceptent pas toujours d'être comme nous on est, dans les conditions que nous sommes. Hôtellerie, bah il y avait quelque chose je sais même pas si ça existe encore. »

Élu : « Les pesticides c'est très bien, traiter mais, moi je suis pas du tout convaincu quand vous passez en voiture, vous avez fait 30 kilomètres, on sent encore l'odeur de, du produit qui s'est répandu le matin, dans votre voiture. »

Comme pour beaucoup de territoires ruraux, un certain manque d'animations et d'activités culturelles est aussi déploré. Même si tout le monde ne cherche pas à y recourir, les habitants et les élus rencontrés relèvent néanmoins l'intérêt du cinéma mobile, des animations occasionnelles et les diverses activités sportives existantes qui ne sont pas si fréquemment proposées sur des territoires peu densément peuplés.

Habitant 1 : « Et sinon vous avez le ciné-mobile quand même. Ça c'est super. Ça c'est formidable.

Habitant 2 : Avec des films récents.

Habitant 1 : Il y a des gens qui sont volontaires qui sont bénévoles. Il y a une fête à la châtaigne quand même qui est

QUALITÉ DE VIE

*extraordinairement, beaucoup, beaucoup de succès par contre.
Là il y a du monde. »*

*Habitant : « Oui, oui pour moi, ma femme moins mais moi oui
ça va. Elle s'ennuie un peu là. »*

*Élu : « Après au niveau sportif et bien il y a plein de choses hein,
que ce soit le je sais pas quoi, le badminton, le tennis, le basket,
le step, la zumba... (...) Il y a une section marche donc tous les
vendredis, la muscu. »*

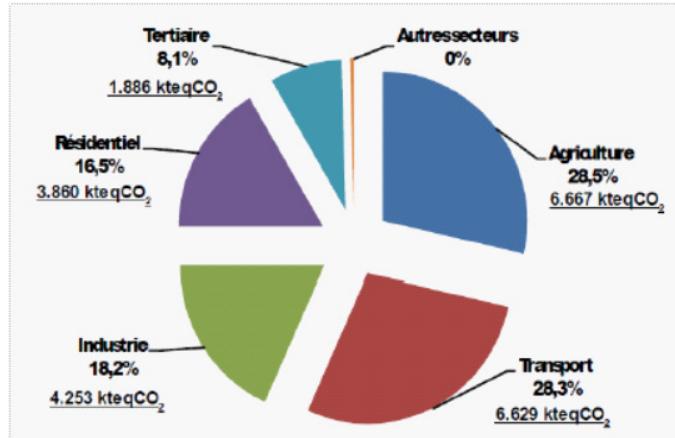
*Élu : « Tout ce qui concerne plus le loisir type lié à l'eau, enfin, la
base de plein air, on a... Pour les jeunes qui le souhaitent donc
de la voile, enfin tout ce qui est lié à l'eau. Il y a de l'escalade, il
y a du tir à l'arc, du VTT... »*

L'inventaire des émissions de gaz à effet de serre

Le secteur agricole et celui du transport sont les deux principaux secteurs émetteurs de gaz à effet de serre (GES) avec respectivement 28,5 % et 28,3 % des émissions régionales d'équivalent CO₂.

Si l'on prend en compte les secteurs résidentiel et tertiaire, le bâtiment contribue à 24,6 % des émissions régionales. Le secteur industriel représente 18,2 %.

Dans le secteur industriel, la contribution des émissions du sous-secteur de l'extraction, de la transformation et de la distribution de l'énergie représente 1,5 % des émissions régionales de gaz à effet de serre.



SOURCE : FICHE TERRITORIAL CLIMAT AIR ENERGIE, LIG'AIR
LIG'AIR - INVENTAIRE DES ÉMISSIONS 2012 V1.4 (SEPT 2017)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Le réseau de surveillance de la qualité de l'air

La surveillance de la qualité de l'air est organisée en région Centre-Val de Loire suivant 4 zones :

- Zone PPA de Tours ;
- Zone PPA d'Orléans ;
- Zone urbanisée régionale (ZUR) comprenant les agglomérations de Blois, Bourges, Chartres, Châteauroux et Montargis ;
- Zone régionale sur le reste de la région, dont les agglomérations de Dreux et Vierzon.

Le réseau est constitué de deux types de stations de mesures, à savoir les stations fixes et les stations mobiles. Le réseau régional est constitué au 1^{er} janvier 2011 de 26 stations fixes de mesures réparties sur les 9 grandes agglomérations de la région Centre-Val de Loire (Blois, Bourges, Chartres, Châteauroux, Dreux, Montargis, Orléans, Tours, Vierzon) et sur la zone rurale.

Lig'Air est équipée depuis 1998 d'une station mobile qui a pour objectif de surveiller la qualité de l'air dans les zones non couvertes par le réseau fixe. En 2008, une deuxième station est venue compléter l'offre et vient seconder la première station dans les campagnes de mesures effectuées dans le cadre du programme de surveillance de la qualité de l'air (PSQA), dans les campagnes d'investigation de nouveaux sites dans le cadre du nouveau zonage européen ainsi que pour des études particulières.

En région Centre-Val de Loire, les oxydes d'azote sont

principalement émis par le trafic routier (58 % des émissions régionales), par l'agriculture, la sylviculture et l'aquaculture (23 %), par l'industrie, les déchets et la construction (8 %) et enfin par le résidentiel (7 %).

Les particules en suspension peuvent altérer la fonction respiratoire des personnes sensibles (personnes âgées, enfants, asthmatiques). Le secteur agriculture/sylviculture/aquaculture est celui qui émet le plus de particules en suspension, mais également celles inférieures à 10 µm (PM₁₀). A contrario, les émissions de particules en suspension plus fines (PM_{2,5} et PM₁₀) proviennent principalement du secteur résidentiel.

Les particules en suspension PM₁₀ présentent un profil saisonnier en région Centre-Val de Loire. En effet, elles se caractérisent par des niveaux relativement élevés en période hivernale et des concentrations assez faibles en période estivale. Le secteur agriculture/sylviculture/aquaculture est majoritaire avec 40 % des émissions régionales, suivi du secteur résidentiel (29 %), du transport routier (15 %) et de l'industrie (14 %).

La carte suivante représente le cadastre des émissions à l'échelle du km² des particules en suspension inférieures à 10 µm. Ces émissions sont localisées essentiellement au niveau des grandes agglomérations ainsi que sur les terres agricoles, les carrières, autour de certaines grandes industries et des axes routiers. En région Centre-Val de Loire,

SANTÉ ET QUALITÉ DE L'ENVIRONNEMENT

les concentrations annuelles en PM₁₀ sont globalement homogènes et respectent la valeur limite annuelle de 40 µm/m³. Au plan national, les valeurs limites, entrées en vigueur en 2005, ne sont pas respectées dans 16 zones administratives de surveillance.

Depuis la directive du 21 mai 2008 sur la qualité de l'air définissant une valeur limite de 25 µg/m³ à respecter en 2015, les concentrations de PM_{2,5} sont encadrées réglementairement. Le Grenelle de l'environnement a fixé les objectifs de réduction des concentrations de PM_{2,5} d'ici 2015 à 30 % sur l'ensemble du territoire, y compris en proximité de trafic.

Le secteur résidentiel est à l'origine de 43,8 % des émissions de particules en suspension inférieures à 2,5 µm en région Centre-Val de Loire (6 149 tonnes en 2008), suivi du secteur agricole avec 24 % des émissions régionales. En 2005, selon Lig'Air, 95,5% des émissions de PM_{2,5} du secteur résidentiel émanent du chauffage au bois.

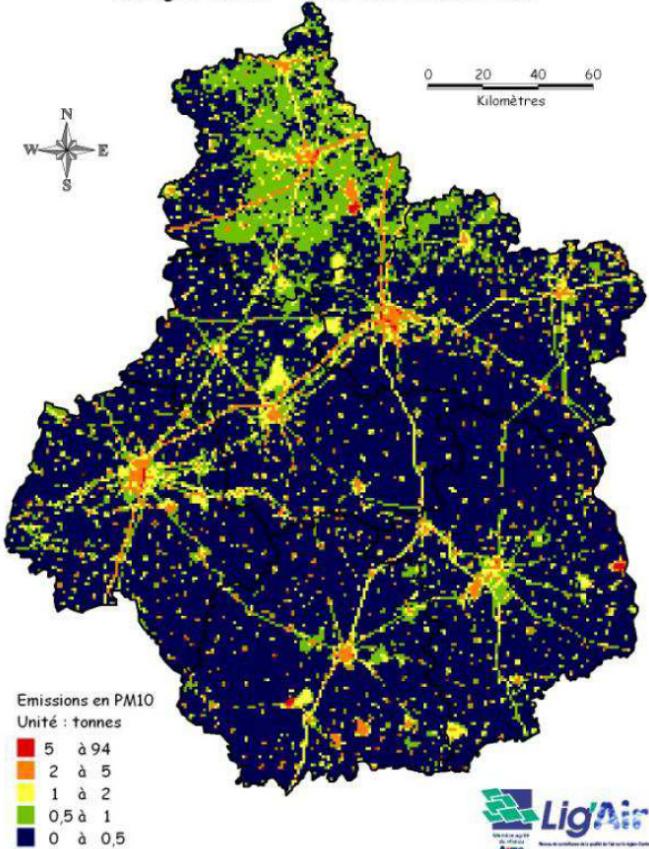
Depuis la mise en place de l'évaluation en 2007, sont relevées des concentrations annuelles homogènes inférieures à 25 µg/m³. Cette concentration correspond à la valeur cible pour 2010 et à la valeur limite applicable en 2015.

Le secteur résidentiel est le principal émetteur de monoxyde de carbone avec 57,4 % des émissions en région (24 % pour le transport routier et 16 % pour l'agriculture, la sylviculture et l'aquaculture).

Le dioxyde de souffre est un gaz très irritant pour l'appareil respiratoire car il provoque des affections telles que les toux, les gênes respiratoires et les maladies ORL. Le secteur industrie/traitement de déchets/construction est prédominant pour les émissions de dioxyde de souffre avec 44,7 % des émissions régionales, soit 3 418 tonnes. Il est suivi par le secteur résidentiel avec 1 838 tonnes d'émissions (24 %), l'agriculture/sylviculture/aquaculture avec 13 % et le tertiaire avec 12 %.

CARTE DES PARTICULES EN SUSPENSION PM 10

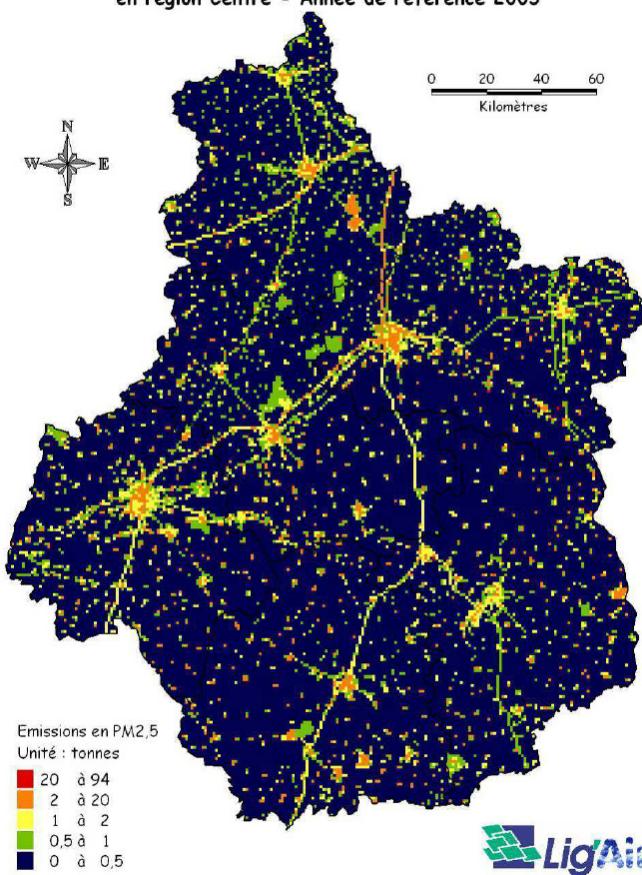
Cadastre des émissions de particules en suspension PM10
en région Centre - Année de référence 2005



SOURCE : SRCAE, LIG'AIR (JUIN 2011)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

CARTE DES PARTICULES EN SUSPENSION PM 2,5

Cadastre des émissions de particules en suspension PM2,5
en région Centre - Année de référence 2005



SOURCE : SRCAE, LIG'AIR (JUIN 2011)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Les zones sensibles

Les zones sensibles sont définies par l'article R-222-2-I du code de l'Environnement. Elles sont constituées par des zones au sein desquelles les orientations du Schéma régional du climat, de l'air et de l'énergie (SRCAE) relatives à la qualité de l'air doivent être renforcées en raison de l'existence simultanée de risques de dépassement des valeurs limites de qualité de l'air et de circonstances particulières locales liées :

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

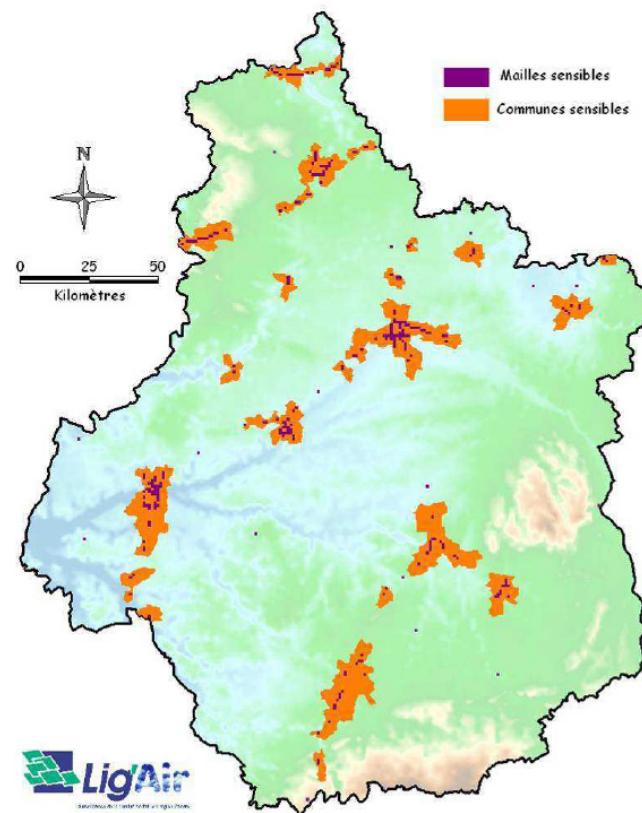
Les zones sensibles en région Centre-Val de Loire ont été construites sur la base de critères de surémissions d'oxyde d'azote par rapport à des émissions moyennes. Cette construction est fondée sur l'inventaire des émissions d'oxyde d'azote calculées par Lig'Air pour l'année de référence 2005. La sensibilité d'une commune est définie au regard de l'un des trois critères suivants :

- contient ou recoupe au moins deux mailles sensibles,
- contient ou recoupe deux mailles au maximum dont l'une au moins est sensible,
- contient ou recoupe une maille sensible et est adjacente à une commune sélectionnée selon la condition 1 ou 2.

Au total, 141 communes de la région répondent ainsi à l'un de ces critères, soit 2 742 km² et une population de 1 125 848 habitants (source : Insee RP 2006). Ces communes sensibles représentent 6,9 % du territoire et regroupent 44,9 % de la population en région Centre-Val de Loire.

Au sein du pays Val de Creuse-Val d'Anglin, les communes de Bazaiges, Celon, Saint-Marcel, Tendu et Velles sont répertoriées comme zones sensibles.

CARTE DES COMMUNES SENSIBLES



SOURCE : SRCAE LIGAIR (JUIN 2011)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Les eaux d'alimentation du pays Val de Creuse- Val d'Anglin

De nombreux micro-organismes (bactéries, virus, parasites) sont présents dans les eaux dont certains vecteurs de maladies pour l'homme. La qualité microbiologique des eaux demeure une préoccupation sanitaire essentielle. La non-conformité bactériologique peut-être appréciée à partir de l'importance de dépassement de deux seuils suivants : 30 % de non-conformité (pour les petites unités de distribution) et 5 % de non-conformité (pour les grandes unités de distribution). En 2015, sur le pays Val de Creuse-Val d'Anglin, les communes de Badecon-le-Pin, Gargilesse-Dampierre, Pommiers, Le Pêchereau, Saint-Gaultier ont un pourcentage de non-conformité bactériologique compris entre 5 et 30 %. Pour le reste des communes du pays, il est inférieur à 5 %.

Les nitrates transformés en nitrites dans l'organisme peuvent, par la modification des propriétés de l'hémoglobine du sang, empêcher un transport correct de l'oxygène par les globules rouges. La directive européenne du 3 novembre 1998 relative à la qualité des eaux destinées à la consommation humaine a fixé à 50 mg/l la concentration maximale admissible en nitrates. Cette limite a été reprise par le Code de la santé publique. En 2015, aucune commune du territoire a une concentration en nitrates supérieure à 50

mg/l. Les communes de Le Pont-Chrétien-Chabenet, Saint-Benoît-du-Sault, Saint-Marcel et Tendu ont des teneurs moyennes en nitrates comprises entre 25 et 40 mg/l. Pour le reste du territoire, la teneur moyenne en nitrates est inférieure à 25 mg/l.

Les effets sur la santé des pesticides sont surtout connus dans le cas d'intoxications professionnelles suite à l'exposition accidentelle à un produit concentré. À de très fortes doses, l'intoxication dite « aiguë » se manifeste par des troubles nerveux, digestifs, respiratoires, cardiovasculaires ou musculaires. Le Code de la santé publique, basé sur la directive européenne n° 98/83/CE, fixe, pour les pesticides, les limites de qualité suivantes :

- 0,1 microgramme par litre ($\mu\text{g/l}$) par substance quelle que soit la matière active et la toxicité (sauf l'aldrine, la dieldrine, l'heptachlore et l'heptachlorépoxyde : 0,03 $\mu\text{g/l}$),
- 0,5 $\mu\text{g/l}$ pour la totalité des substances.

En 2015, les communes de Tendu (0,14 $\mu\text{g/l}$) et de Le Pêchereau (0,14 $\mu\text{g/l}$) ne sont pas en conformité car ont des teneurs maximales en atrazine déséthyl supérieures à la réglementation.

SOURCES : LES EAUX D'ALIMENTATION EN RÉGION CENTRE-VAL DE LOIRE
DONNÉES 2015. ARS CENTRE-VAL DE LOIRE

Le parc privé potentiellement indigne (PPPI)

Le parc privé potentiellement indigne (PPPI) est un outil de pré-repérage des logements indignes qui permet, à partir du foncier Filocom (fichier des logements par commune), de hiérarchiser les territoires en fonction du nombre et de la densité du PPPI de chacun et de caractériser les situations d'habitat indigne. À noter que pour cet indicateur, l'ensemble des communes de la CC de Marche Occitane-Val d'Anglin a été pris en compte pour le calcul et non pas uniquement les 10 communes de la CC concernées sur le territoire.

Le territoire du pays Val de Creuse-Val d'Anglin compte en 2015, 1 061 résidences principales du parc privé potentiellement indigne, ce qui correspond à 8,8 % du parc privé de résidences principales du territoire. Le taux de parc privé potentiellement indigne est supérieur à celui du département (6,6 %) et de la région (5,0 %).

Parmi le PPPI, on estime à 86,8 % la part du parc datant d'avant 1949, ce qui représente 921 résidences principales. Ce taux est supérieur aux taux du département et de la région (respectivement 85,8 % et 73,9 %).

LE PARC PRIVÉ POTENTIELLEMENT INDIGNE EN 2015

	Parc privé potentiellement indigne (PPPI)	Population PPPI	Parc privé	Part du parc PPPI parmi le parc privé	PPPI < 1949	Part du PPPI < 1949 parmi l'ensemble du PPPI
CC Éguzon-Argenton-Vallée de la Creuse	723	1 344	8 602	8,4 %	605	83,7 %
CC Marche Occitane-Val d'Anglin	338	605	3 476	9,7 %	316	93,5 %
Pays Val de Creuse-Val d'Anglin	1 061	1 949	12 078	8,8 %	921	86,8 %
Indre	6 154	10 975	92 757	6,6 %	5 278	85,8 %
Centre-Val de Loire	48 483	95 531	979 221	5,0 %	35 839	73,9 %

SOURCES : PPPI 2015 (FICHIER FILOCOM, DREAL CENTRE-VAL DE LOIRE)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

ETAT DE SANTÉ

OPORTUNITÉS DE MÉDECINALITÉ

Mortalité générale

La région Centre-Val de Loire se caractérise globalement par des taux de mortalité générale comparables à ceux observés en France hexagonale. Cette situation voile des disparités infrarégionales voire même au niveau d'un pays. Tous les taux pour 100 000 habitants sont données après standardisation par tranche d'âge, avec pour population de référence, la France hexagonale du recensement de population de 2006.

Entre 2005 et 2013, 24 370 décès par année ont été enregistrés en moyenne en région Centre-Val de Loire, toutes causes et tous genres confondus, soit un taux comparatif de mortalité (TCM) de 799,7 décès pour 100 000 habitants, comparable au taux national (800,8). Dans l'Indre, le taux comparatif de mortalité est significativement supérieur (870,5 décès pour 100 000 personnes).

Dans le pays Val de Creuse-Val d'Anglin, 3 434 décès ont été recensés entre 2005 et 2013, ce qui représente 382 décès

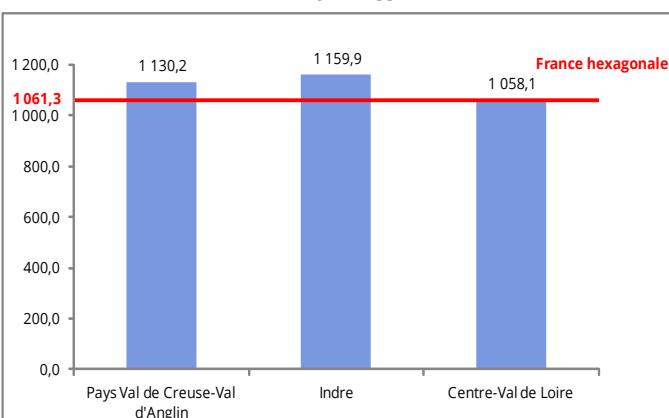
par an. Le taux comparatif y est de 885,4 décès pour 100 000 habitants, ce qui est comparable à celui observé sur le département (870,5) mais significativement supérieur aux taux observés en région (799,7) et au niveau national (800,8).

Sur le territoire étudié, les hommes représentent 48,4 % des décès, toutes causes confondues. Avec 185 décès annuels en moyenne, le taux après standardisation est de 1 130,2 décès masculins pour 100 000 habitants, soit un taux comparable à celui observé sur le département (1 159,9) mais significativement supérieur à ceux observés au niveau régional (1 058,1) et national (1 061,3).

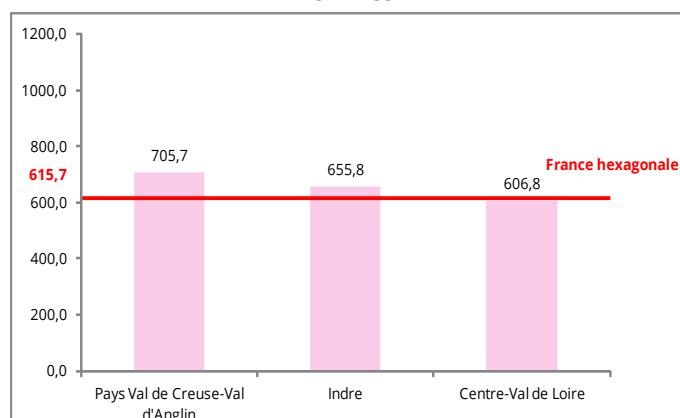
Chez les femmes, 197 décèdent annuellement en moyenne, soit un taux comparatif de mortalité de 705,7, statistiquement supérieur à ceux observés aux niveaux départemental (655,8), régional (606,8) et national (615,7).

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ GÉNÉRALE [2005-2013]

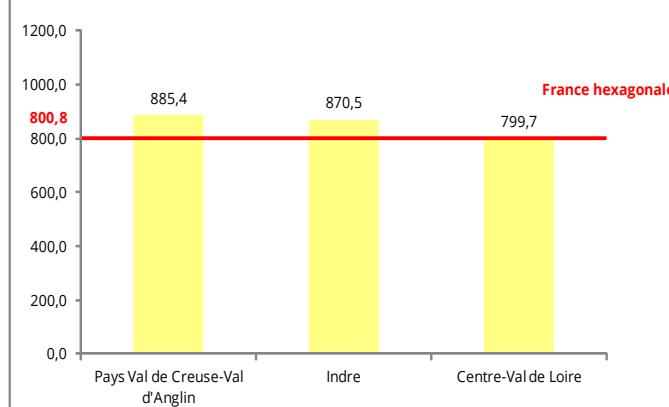
Hommes



Femmes



Deux sexes



SOURCES : INSERM CÉPIDC, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

Méthodologie

La mortalité demeure actuellement le seul indicateur de l'état de santé faisant l'objet d'un recueil systématique et continu quelle que soit l'aire géographique et la pathologie. Ce recueil est matérialisé par les certificats de décès remplis par les médecins et exploités par l'Insee (pour les variables démographiques et sociales) et par l'Inserm pour les causes médicales de décès. La description de l'état de

santé présentée dans ce diagnostic a été réalisé au moyen d'une analyse statistique des causes médicales de décès sur 9 années s'échelonnant depuis 2005 jusqu'à 2013. Le choix d'étudier une période de 9 ans est dicté par la nécessité de disposer d'un nombre suffisant de décès pour obtenir une signification statistique par rapport à la faible population concernée à l'échelon communal.

Grandes causes de décès

La première cause de décès en France hexagonale, en Centre-Val de Loire et dans l'Indre est le cancer, avec respectivement 28,3 %, 28,6 % et 26,7 % des parts de décès. Viennent au second plan, les maladies de l'appareil circulatoire, représentant 27,0 % des décès en Centre-Val de Loire et 27,0 % en France hexagonale.

Dans l'Indre ainsi que dans le pays Val de Creuse-Val d'Anglin, ces deux causes sont inversées : les maladies de l'appareil circulatoire représentent 29,3 % des décès sur le département et 30,2 % sur le pays ; les cancers arrivent au second rang, représentant 24,5 % des décès au sein du pays Val de Creuse-Val d'Anglin et 26,7 % dans l'Indre. Les causes extérieures de traumatismes et empoisonnements constituent la troisième cause de décès sur les territoires, suivies des maladies de l'appareil respiratoire.

Entre 2005 et 2013, presque un tiers des décès masculins recensés dans le pays Val de Creuse-Val d'Anglin sont dus à un cancer (28,9 %), ce qui est inférieur aux niveaux départemental (31,2 %), régional (33,2 %) et national (32,6 %). Les cancers les plus fréquents, quel que soit le territoire, sont les cancers de la trachée, des bronches et du poumon. Le deuxième cancer le plus fréquent est celui de la prostate à l'échelle du département et de la région, devant le cancer du côlon-rectum pour le territoire d'étude et à égalité avec le cancer du côlon-rectum au sein de la France hexagonale. Les principales autres causes de décès chez les hommes sont les maladies de l'appareil circulatoire, suivies des causes extérieures de traumatismes et empoisonnements (principalement les accidents de la circulation et les suicides).

Les décès par maladie de l'appareil circulatoire représentent 28,3 % des décès masculins sur le territoire, soit un taux supérieur à ceux observés aux niveaux départemental (26,7 %), régional (24,8 %) et national (24,5 %).

Quant aux décès par causes extérieurs de traumatismes et empoisonnements, ils représentent 7,3 % des décès, soit un taux relativement proche de celui du département (7,5 %) mais légèrement inférieur à ceux de la région (8,2 %) et de la France hexagonale (8,1 %).

Chez les femmes, les causes de décès sont, par ordre de fréquence : les maladies de l'appareil circulatoire (principalement les cardiopathies ischémiques et maladies vasculaires cérébrales), les cancers et les causes extérieures de traumatismes et empoisonnements. Un tiers des décès recensés (32,0 %) est dû à des maladies de l'appareil circulatoire, soit un taux comparable à celui observé au niveau de l'Indre (32,0 %) mais supérieur à ceux de la région Centre-Val de Loire (29,4 %) et de la France hexagonale (29,2 %).

Les cancers sont la deuxième cause de décès avec 20,3 % des décès du pays. Ce taux est relativement plus faible que ceux observés aux niveaux départemental (22,0 %), régional (23,6 %) et national (23,8 %). Les principaux cancers retrouvés sont les cancers du sein, le cancer colorectal et le cancer de la trachée, des bronches et des poumons.

Quant aux causes extérieures de traumatismes et empoisonnements, elles représentent 4,6 % des décès sur le pays, ce qui est comparable aux taux retrouvés aux niveaux départemental (4,8 %), régional (5,4 %) et national (5,6 %).

Tous sexes confondus, la part des maladies cardiovasculaires dans le pays Val de Creuse-Val d'Anglin (30,2 %) est comparable à celle observée au niveau du département (29,3 %) mais supérieure à celles retrouvées dans la région (27,0 %) et au niveau national (26,8 %). La part des cancers (24,5 %) au sein du pays Val de Creuse-Val d'Anglin est inférieure à celles observées dans l'Indre (26,7 %), en Centre-Val de Loire (28,6 %) et en France hexagonale (28,3 %).

DOSSIER DE MORTALITÉ

GRANDES CAUSES DE DÉCÈS 2005-2013

Hommes	Nombre annuels de décès - Pays Val de Creuse-Val d'Anglin	Part dans l'ensemble des décès (en %)		
		Pays Val de Creuse-Val d'Anglin	Indre	Centre-Val de Loire
Cancers	53	28,9	31,2	33,2
- Trachée, bronches, poumons	11	6,0	6,5	7,6
- Prostate	5	2,8	3,9	3,9
- Colon-rectum	7	3,8	3,5	3,5
Maladies de l'appareil circulatoire	52	28,3	26,7	24,8
- Cardiopathies ischémiques	16	8,5	8,3	7,7
- Maladies cérébrovasculaires	13	6,9	5,7	5,1
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	14	7,3	7,5	8,2
- Suicides	6	3,1	3,1	3,1
- Accidents de la circulation	nd	0,8	1,0	1,3
Maladies de l'appareil respiratoire	13	7,0	6,3	5,8
Toutes Causes	185	100,0	100,0	100,0

Femmes	Nombre annuels de décès - Pays Val de Creuse-Val d'Anglin	Part dans l'ensemble des décès (en %)		
		Pays Val de Creuse-Val d'Anglin	Indre	Centre-Val de Loire
Maladies de l'appareil circulatoire	63	32,0	32,0	29,4
- Maladies cérébrovasculaires	16	8,3	8,1	7,2
- Cardiopathies ischémiques	14	7,1	6,8	6,2
Cancers	40	20,3	22,0	23,6
- Sein	6	2,9	3,8	4,4
- Colon-Rectum	6	2,8	2,9	3,1
- Trachée, Bronches, Poumon	5	2,4	2,0	2,5
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	9	4,6	4,8	5,4
- Suicides	nd	0,9	0,9	1,0
- Accidents de la circulation	nd	0,2	0,3	0,5
Maladies de l'appareil respiratoire	11	5,8	5,8	5,7
Toutes causes	197	100,0	100,0	100,0

SOURCE : INSERM CÉPIDC
EXPLOITATION ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
ND : NON DISPONIBLE EN RAISON D'EFFECTIFS INFÉRIEURS À 5

Mortalité prématurée

L'allongement de la durée de vie et le vieillissement de la population conduisent à une augmentation sensible de l'âge moyen au décès.

Entre 2005 et 2013, plus de la moitié des personnes décédées en France avaient plus de 80 ans. Conséquences de cette évolution, les statistiques des causes de décès sont de plus en plus le reflet de la mortalité aux grands âges, limitant ainsi leur utilisation pour évaluer les besoins de prévention.

Au 1^{er} janvier 2013, l'espérance de vie à la naissance en France hexagonale était de 78,6 ans pour les hommes et de 85,0 ans pour les femmes (pour l'Indre et la région Centre-Val de Loire, les espérances de vie à la naissance étaient de 78,0 et 78,0 ans pour les hommes et de 84,4 et 85,0 ans pour les femmes). Ainsi les décès qui se produisent avant 65 ans peuvent être considérés comme prématurés. Si la mortalité prématurée est en constante diminution en France, elle demeure l'une des plus élevées comparativement aux pays européens voisins. Ainsi, le paradoxe français est de présenter parmi les pays de l'Union européenne, pour les hommes comme pour les femmes, la meilleure espérance de vie à 65 ans et une mortalité prématurée défavorable.

Jusqu'au début des années 2000, la situation en région Centre-Val de Loire semblait, globalement, moins défavorable qu'en moyenne en France hexagonale avec des taux comparatifs de mortalité prématurée inférieurs à ceux observés au niveau national. Toutefois, la tendance semble s'inverser depuis, avec des taux comparatifs de mortalité prématurée supérieurs aux taux nationaux.

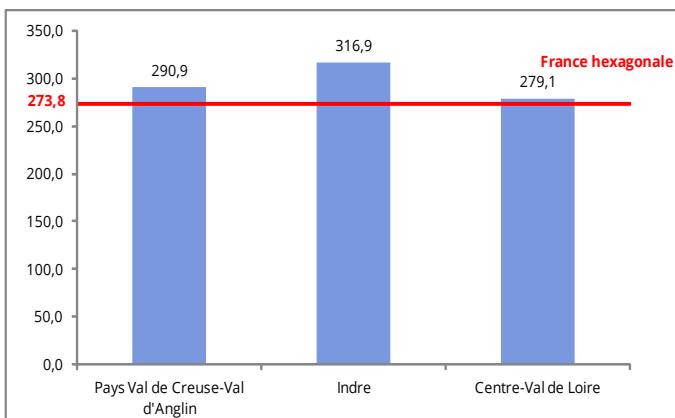
À structure d'âge comparable, 224,7 décès de personnes de moins de 65 ans pour 100 000 habitants ont été recensés en moyenne au sein du pays Val de Creuse-Val d'Anglin entre 2005 et 2013, soit un taux comparable à celui observé au niveau départemental (227,1) mais statistiquement supérieur à ceux observés sur les autres territoires de référence (201,7 en région Centre-Val de Loire et 197,7 en France hexagonale).

L'analyse par sexe permet de mettre en évidence que les hommes sont davantage touchés par cette mortalité prématurée avec un taux de 290,9 décès prématurés pour 100 000 habitants, taux comparables aux niveaux départemental, régional et national. Chez les femmes, on retrouve un taux de 158,0 décès prématurés pour 100 000 habitants, statistiquement supérieur à ceux observés au niveau régional (126,2) et national (124,7).

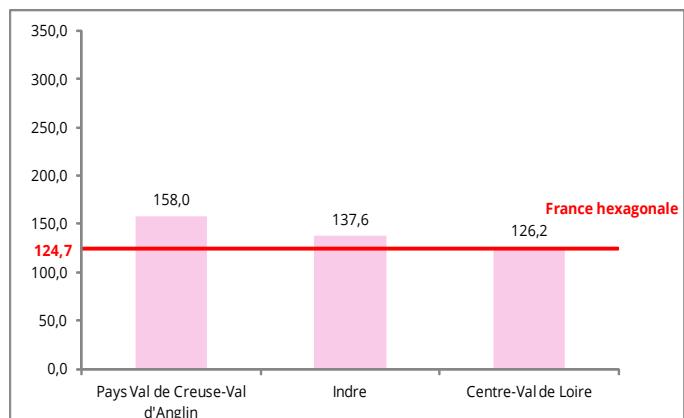
DONNÉES DE MORTALITÉ

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PRÉMATURÉE [2005-2013]

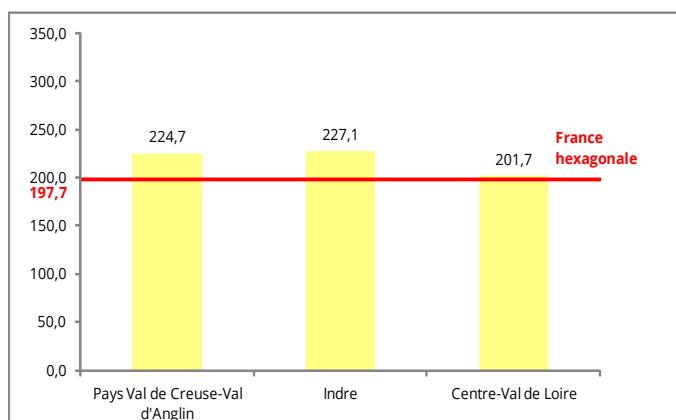
Hommes



Femmes



Deux sexes



SOURCES : INSERM CÉPIDC, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

Une grande part des décès prématurés aurait pu être évitée en agissant sur les facteurs de risques individuels ou par exemple avec une prise en charge plus performante des systèmes de soins. La prévention primaire constitue un levier permettant de diminuer l'incidence de cette mortalité évitable liée aux comportements à risque. Cela inclut notamment la consommation d'alcool, de tabac, les accidents de la route, le suicide et le sida.

Ainsi pour la période 2005-2013, parmi les 50 décès annuels prématurés survenus sur le pays Val de Creuse-Val d'Anglin, on peut considérer que 17 décès prématurés auraient pu être évités par la prévention primaire soit 34,0 % des décès prématurés (34,2 % dans l'Indre, 34,2 % dans la région Centre Val-de Loire et 32,1 % en France hexagonale).

ADMISSIONS EN AFFECTION DE LONGUE DURÉE

Admissions en affection de longue durée (ALD)

Entre 2006 et 2014, en moyenne 59 105 admissions en affection longue durée sont recensées chaque année en région Centre-Val de Loire (environ 31 336 chez les hommes et 27 769 chez les femmes). Dans l'Indre, cela représente 6 336 nouvelles admissions par an. Pour le pays, on observe 749 nouvelles admissions par an (391 chez les hommes et 358 chez les femmes).

À l'échelle du territoire, chez les hommes, les principaux motifs d'admissions en ALD sont, par ordre de fréquence, les maladies cardiovasculaires (30,8 %) puis les tumeurs malignes (24,1 %).

On observe également ces principaux motifs chez les femmes selon un classement similaire mais avec de plus faibles proportions : les maladies cardiovasculaires représentant 25,6 % de leurs admissions (contre 24,4 % au niveau du département et 23,1 % au niveau de la région) et les tumeurs malignes 21,5 %.

Le diabète est la troisième cause d'admission en ALD tant chez les hommes que chez les femmes, représentant respectivement 16,5 % et 14,1 % des admissions en ALD, ce qui est comparable aux pourcentages retrouvés aux niveaux départemental et régional.

En éliminant l'effet de la structure par âge, le taux d'admission en ALD sur le pays Val de Creuse-Val d'Anglin est de 2 263,4 pour 100 000 habitants entre 2006 et 2014. Ce taux est comparable à celui du département (2 246,1) et de la France hexagonale (2 213,8) mais significativement supérieur à celui de la région (2 173,7).

Au total, en 2014, 7 839 personnes du pays Val de Creuse-Val d'Anglin bénéficiaient d'une prise en charge pour une ALD. Ce chiffre s'élève à 64 838 à l'échelle du département, 578 856 pour la région et 13 738 609 pour le territoire national.

PRINCIPALES ADMISSIONS EN AFFECTION DE LONGUE DURÉE (2006-2014)

	Nombre de décès moyen par an - Pays Val de Creuse-Val d'Anglin	Part dans l'ensemble des décès (en %)			
		Pays Val de Creuse-Val d'Anglin	Indre	Centre-Val de Loire	France hexagonale
Hommes	Maladies cardiovasculaires	121	30,8	30,6	30,3
	Tumeurs malignes	94	24,1	24,0	23,0
	Diabète	64	16,5	17,1	18,0
	Affections Psychiatriques	22	5,7	6,6	7,4
	Alzheimer et autres démences	15	3,9	3,0	2,7
	Insuffisance respiratoire chronique	10	2,5	3,4	3,4
	Autres	64	16,5	15,3	17,8
	Total	391	100,0	100,0	100,0
Femmes	Maladies cardiovasculaires	91	25,6	24,4	23,1
	Tumeurs malignes	77	21,5	21,7	22,6
	Diabète	50	14,1	15,6	14,5
	Affections Psychiatriques	33	9,2	9,0	9,4
	Alzheimer et autres démences	29	8,1	7,0	7,0
	Insuffisance respiratoire chronique	10	2,8	3,0	3,0
	Autres	67	18,8	19,2	21,0
	Total	358	100,0	100,0	100,0

SOURCES : CNAMTS, CCMSA, RSI, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTÉ EN VUE DE L'ÉLABORATION DU CONTRAT LOCAL DE SANTÉ

SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

Naissances

Entre 2011 et 2013, 195 naissances domiciliées sont survenues en moyenne chaque année sur le pays Val de Creuse-Val d'Anglin, ce qui correspond à un taux de fécondité moyen de 4,8 enfants pour 100 femmes âgées de 15 à 49 ans (4,9 dans l'Indre et 5,5 en Centre-Val de Loire et en France hexagonale).

SOURCES : INSEE (RP 2011, 2012 ET 2013), ÉTAT CIVIL
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
*HORS COMMUNES COUVERTES PAR LE CLS PNR BRENNET

TAUX DE FÉCONDITÉ MOYEN (2011-2013)

	Nombre moyen de naissances domiciliées	Taux de fécondité moyen (nombre de naissances pour 100 femmes de 15-49 ans)
CC Éguzon-Argenton-Vallée de la Creuse	170	4,8%
CC Marche Occitane-Val d'Anglin*	25	4,3%
Pays Val de Creuse-Val d'Anglin	195	4,7%
Indre	2 093	4,9%
Centre-Val de Loire	29 675	5,5%
France Hexagonale	786 611	5,5%

Lieu de naissance

Le département de l'Indre dispose d'une maternité de niveau 2 au centre hospitalier de Châteauroux, habilitée à accueillir des enfants dont la prématurité est supérieure à 33 semaines qui ont besoin de soins mais pas de prise en charge lourde, notamment sur le plan respiratoire. Une maternité de niveau 1 est également située dans le département, celle du centre hospitalier du Blanc. Elle dispose d'une unité d'obstétrique et permet la prise en charge des grossesses sans risque particulier. Une présence pédiatrique permet l'examen du nouveau-né et la prise en charge auprès de la mère d'un certain nombre de situations fréquentes et sans gravité.

Au cours de la période 2011-2014, 55,7 % des naissances ont eu lieu au centre hospitalier de Châteauroux, ce qui représente en moyenne 97,5 naissances par an. 32,4 % des naissances ont eu lieu au centre hospitalier du Blanc sur la même période.

Enfin, 11,0 % des accouchements de femmes du pays Val de Creuse-Val d'Anglin se sont déroulés en dehors du département sur la période considérée.

Âge moyen de la mère à l'accouchement

L'âge moyen des mères primipares domiciliées dans le pays Val de Creuse-Val d'Anglin est de 26,5 ans au cours de la période 2011-2014 (26,8 ans dans l'Indre et 27,2 ans en Centre-Val de Loire).

L'âge moyen à l'accouchement des mères multipares est de 30,9 ans (30,7 ans dans l'Indre et 30,9 ans en Centre-Val de Loire).

DOSSIER DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

Suivi de la grossesse

Au cours de la période 2011-2014, 80,3 % des femmes enceintes du territoire ont réalisé le nombre d'échographies recommandé au niveau national, au nombre de 3. Ce taux est comparable à celui de l'Indre (80,6 %) mais supérieur à celui de la région (76,0 %). Le nombre moyen d'échographies réalisées par femme enceinte du pays Val de Creuse-Val d'Anglin est de 3,3 comme au niveau du département et de la région.

Concernant la préparation à l'accouchement, elle concerne 39,0 % des grossesses en 2014 en Centre-Val de Loire et est

plus fréquente chez les primipares que chez les multipares (en 2014 dans la région, 59,7 % des primipares y ont eu recours contre 25,4 % chez les multipares). La pratique de préparation à l'accouchement dépend également des établissements : en effet, elle est plus fréquente dans les établissements privés (58,0 %) que dans les établissements publics (34,0 %).

Au cours de la période 2011-2014, le taux de préparation à l'accouchement sur le territoire est de 41,4 % (46,2 % dans le département et 40,2 % dans la région).

1^{ers} jours d'allaitement

Durant la période 2011-2014, 52,8 % des mères du territoire avaient débuté un allaitement au moment du remplissage du certificat du 8^{ème} jour. C'est égal au taux observé sur le département (52,8 %) mais inférieur au taux de la région (61,1 %).

Macrosomie fœtale

Durant la période 2011-2014, 48 enfants du territoire (effectifs cumulés) pèsent plus de 4 000 grammes à la naissance soit un taux de macrosomie fœtale de 6,9 %. Il est proche de ceux des territoires de références (6,3 % dans le département et 6,6 % en région).

Prise en charge libérale des mères

Au 1^{er} janvier 2017, le pays Val de Creuse-Val d'Anglin compte une sage-femme implantée depuis peu sur le territoire, soit une densité de 24,5 professionnels pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans. Sur les territoires de référence, la densité de sages-femmes est de 132,0 dans l'Indre, 147,7 en Centre-Val de Loire et 153,0 en France hexagonale.

Au 1^{er} janvier 2017, aucun gynécologue médical et obstétrique n'est implanté sur le territoire. Sur les autres territoires, la densité de gynécologues obstétriques et médicaux libéraux est de 9,6 dans l'Indre, 18,1 en Centre-Val de Loire et 24,6 en France hexagonale.

CHAPITRE DE LA SANTÉ ET DE L'ÉTAT FAMILIAL

Suivi médical post-natal des enfants

Afin de surveiller le bon développement physiologique de l'enfant après sa naissance, des bilans de santé sont réalisés à différentes périodes de sa croissance. Dans un premier temps, à l'âge de 3-4 ans, des bilans de santé sont établis par les services départementaux de protection maternelle et infantile (PMI) dans le but de dépister d'éventuels troubles de la vision, de l'audition, du langage, de la motricité, du développement staturo-pondéral et de surveiller le niveau de vaccination.

Plus tard, à l'âge de 5-6 ans, d'autres bilans de santé sont établis par le service santé de l'Inspection académique afin de détecter, là-aussi, des troubles physiologiques dans le développement de l'enfant.

Mortalité infantile

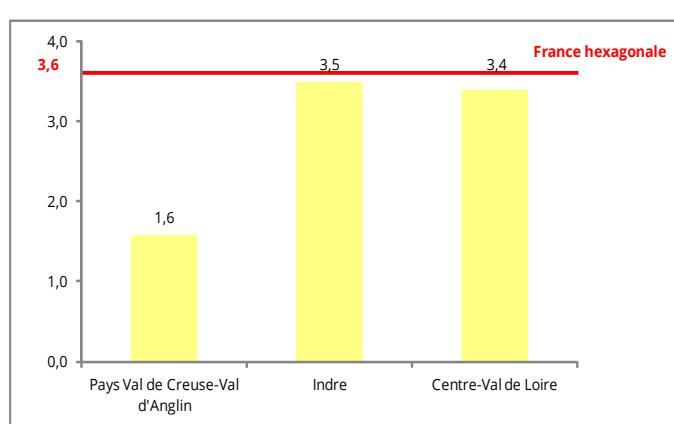
Autrefois très fréquents, les décès d'enfants de moins d'un an sont devenus rares en France principalement en raison des progrès médicaux (amélioration des techniques d'accouchement, lutte contre les maladies infectieuses par le biais de la vaccination systématique...). En 2012, la France métropolitaine se retrouve, d'après Eurostat, au 13^{ème} rang des pays européens (sur 28) concernant la mortalité infantile, au 18^{ème} si l'on compte la France entière.

Pour la période 2005-2013, le taux de mortalité infantile du pays Val de Creuse-Val d'Anglin est de 1,6 décès annuels moyens pour 1 000 enfants nés vivants. Sur la même période, le taux de mortalité infantile du département est de 3,5 décès pour 1 000 naissances vivantes, celui de la région de 3,4 et celui de la France hexagonale de 3,6.

Il faut considérer deux composantes de la mortalité infantile qui sont bien distinctes par leur signification : la mortalité néonatale (moins de 28 jours) est liée aux pathologies et incidents de la grossesse et périnataux (anomalies congénitales, souffrance fœtale, prématurité, infections materno-fœtales), alors que la 1^{ère} cause de décès post-néonatal (de 28 jours à 1 an) est la mort subite du nourrisson.

Le taux de mortalité néonatale du pays Val de Creuse-Val d'Anglin est inférieur aux taux départemental, régional et national (1,1 % contre 2,0 % dans le département, 2,1 % en Centre-Val de Loire et 2,4 % en France hexagonale). Il en est de même pour le taux de mortalité post-néonatale qui est inférieur à l'ensemble des territoires (0,6 % contre 1,5 % dans le département, 1,3 % en Centre-Val de Loire et 1,2 % en France hexagonale).

TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE 2005-2013



SOURCES : INSEE ETAT CIVIL, INSERM CÉPIDC
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

État de santé de la mère et de l'enfant

Prématurité et enfants de petit poids

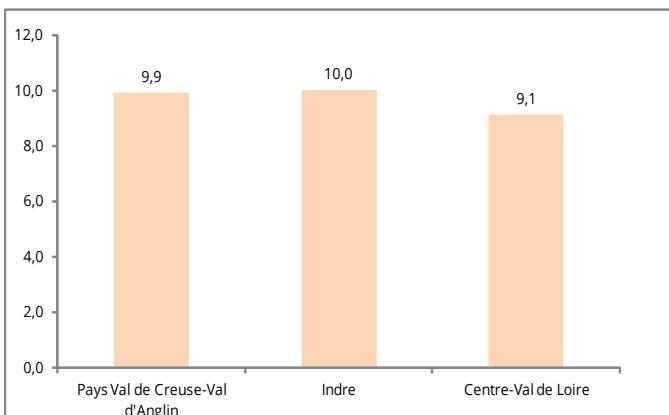
La prématurité est définie par un terme inférieur à 37 semaines d'aménorrhée et un nouveau-né est considéré en petit poids en-dessous de 2 500 g.

Au cours de la période 2011-2014, ces deux éléments concernaient 9,9 % des naissances du pays Val de Creuse-Val d'Anglin, selon l'exploitation des certificats de santé du 8^{ème} jour détenus par le service de la PMI du Conseil départemental. Ce taux est proche de celui de l'Indre (10,0 %) et de la région (9,1%).

Afin de ne pas créer de doublons dans les effectifs, cet indicateur tient compte des petits poids (<2 500 g) et des naissances prématurées (hors petits poids, déjà comptabilisés). Les résultats ont été pondérés du fait de l'absence de saisie de certains certificats pour un département de la région.

Les progrès en matière de prise en charge des prématurés ont permis de développer la pratique d'extraction précoce du fœtus présentant un risque de mort in-utero d'où l'augmentation, depuis plus de vingt ans, du nombre de naissances prématurées et de faible poids. Les grossesses multiples également se sont développées avec la procréation médicale assistée (PMA) ; grossesses multiples qui entraînent plus souvent prématurité et/ou petit poids.

Naissances prématurées* et nouveau-nés pesant moins de 2 500 g entre 2011-2014



SOURCE : CS8, PMI
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
*EN SEMAINES D'AMÉNORRHEE

CHARTRE DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

Ressources disponibles sur le territoire

Les services de protection maternelle et infantile (PMI) du Conseil départemental disposent de nombreuses compétences dans le champ de la santé de la mère et de l'enfant. Ils assurent la surveillance de l'état de santé des enfants âgés de 0 à 6 ans. L'objectif est d'accompagner les parents pour permettre le bon développement de l'enfant jusqu'à 6 ans et dépister précocement le handicap et la maltraitance. Ils réalisent également des bilans de santé pour les enfants de 4 ans dans les écoles maternelles (138 enfants du territoire vus au cours de l'année scolaire 2016-2017) avec pour objectif d'évaluer l'état de santé et le développement des enfants de 4 ans et de réaliser les orientations adaptées (dépistage auditif, test du langage, couverture vaccinale, développement psycho-moteur, développement staturo-pondéral etc.).

Les services de PMI accompagnent et soutiennent les familles dans le processus de parentalité. Les objectifs sont d'accompagner les parents dans la mise en place d'un projet de vie permettant le développement harmonieux et la santé de l'enfant, d'amener les parents à trouver et exploiter leurs capacités afin d'agir sur le bon développement de l'enfant et de les aider au développement de l'estime de soi.

La délivrance des agréments, le suivi des assistants maternels et leur formation est également une compétence des services de PMI. Ainsi, ils évaluent les capacités éducatives et les conditions d'accueil des enfants, accompagnent les professionnels, les soutiennent et les conseillent et réalisent des actions collectives d'information.

En matière de mode de garde des enfants, le pays Val de Creuse-Val d'Anglin compte 166 assistantes maternelles agréés totalisant 605 places d'accueil ainsi qu'une structure d'accueil collective (crèches, haltes-garderies etc.) offrant 34 places, soit une capacité d'accueil totale de 639 places. Le territoire dispose d'une capacité d'accueil pour les enfants de moins de 3 ans supérieure au nombre d'enfants de moins 3 ans domiciliés sur le territoire (même constat à l'échelle du département).

Le service de PMI a également la compétence d'éducation et de planification familiale (confiée par convention au centre hospitalier de Châteauroux) avec comme objectifs d'améliorer la maîtrise de la fécondité et agir préventivement en matière d'IST, de mieux informer et transmettre l'information en matière de sexualité, de contraception, de parentalité et de prévention. Cette action continue se déroule à la permanence de la circonscription d'action sociale d'Argenton (1 mercredi par mois de 13h à 16h) ainsi que la réalisation d'actions collectives d'information sexuelle et de prévention en milieu scolaire ou hors milieu scolaire (établissements scolaires, collèges, forums, salons etc.).

Le service de PMI assure la délivrance de l'autorisation d'ouverture et de contrôle des structures d'accueil collectif des enfants de moins de 6 ans. L'objectif est de garantir que les conditions d'organisation, de fonctionnement et de qualification des personnels respectent la réglementation en vigueur et de garantir la santé, la sécurité et le bien-être des enfants accueillis.

ÉTAT DE SANTE DE LA MÉDECINE ET DE L'ÉDUCATION

Synthèse de la rencontre avec les professionnels

Prévention sexualité- Accès à la contraception

En matière d'accès à la contraception, la ruralité du territoire implique un certain éloignement des structures et des professionnels de santé. Il existe néanmoins des permanences du centre de planification et d'éducation familiale, une fois par mois à Argenton-sur-Creuse. Leurs professionnels effectuent aussi des actions au sein des établissements scolaires et l'information quant à leur activité peut être relayée par les infirmiers de l'Éducation nationale qui effectuent aussi ces missions de prévention.

Professionnel : « Heureusement qu'il existe des permanences externalisées pour certaines choses. Et sur l'activité de planification et d'éducation, on a le CPEF, le centre de planification. Voilà, vous avez compris qui fait une permanence sur Argenton, une fois par mois, aussi sage-femme rattachée à... Mais ça permet quand même d'avoir au moins sur le terrain et il vient. »

Professionnel : « Tous les ans les établissements scolaires du 2nd degré et maintenant du 1er puisque ça doit être fait en inter-degré proposent des programmes de prévention, avec demandes ou non de financements ARS et puis, donc les collègues, les personnels infirmiers travaillent beaucoup sur la prévention ; on gère tout ce qui est sexualité et quand c'est nécessaire l'infirmière scolaire est habilitée à donner la pilule du lendemain, prescrire un complément de pilule. Elles prolongeaient seulement l'ordonnance. »

Il serait nécessaire que les professionnels de santé et les acteurs de prévention indiquent l'existence et fassent la promotion des consultations pré-conceptionnelles, par exemple dans le cadre de la prévention faite systématiquement au lycée en matière de contraception.

Violence conjugale

La période de la grossesse constitue une période particulièrement à risque concernant les violences conjugales, car c'est lors de cette transition dans le couple que se dégradent les relations et se déclenchent les premières violences. Les conséquences sont importantes pour les femmes elles-mêmes mais aussi pour leurs futurs enfants.

Professionnel : « La grossesse c'est une situation un peu de fragilité et de remise un petit peu à niveau de beaucoup de choses mais les couples qui se séparent pendant la grossesse ou dans l'année qui suit la grossesse. Franchement pfiouuu... Je

trouve quand même qu'il y en a beaucoup ! ».

Professionnel : « En fait si on tire 100 situations de violence, quasiment 90 sont nées à l'occasion de la première grossesse. Voilà parce que c'est effectivement une période de fragilité psychique, physique. Et aussi parce que c'est un moment où le couple va passer d'un couple conjugal à un parental et c'est souvent un moment très très sensible effectivement. »

Professionnel : « Il y a dénormes conséquences, déjà intra-utérin, il y a déjà des conséquences sur les enfants on le sait à l'heure actuelle et que les dégâts peuvent être très importants parce que notamment les enfants peuvent soit s'identifier à la victime soit se parentaliser, soit s'identifier à l'auteur. Et que bah après les conséquences elles sont très lourdes s'il n'y a pas de prise en charge. »

Si les situations de violence conjugale semblent aussi fréquentes que par le passé, certaines sont peut-être plus repérées ou discutées que par le passé selon les professionnels rencontrés. Le contexte politique et la communication autour des violences faites aux femmes facilitent en effet l'expression des victimes. Néanmoins, les professionnels (de santé en particulier) devraient être plus largement sensibilisés pour mieux repérer les situations et laisser une ouverture possible dans le contexte de leur activité aux femmes qui souhaiteraient se confier. Les consultations s'effectuent en effet dans des délais courts et non extensibles, souvent sans questionnement direct des professionnels aux patientes sur ces sujets.

Professionnel : « Parfois certains professionnels pour avoir pu y être confronté par méconnaissance du sujet qui reste encore tabou, bah peuvent passer à côté de situations. »

Professionnel : « Il y a de moins en moins accès à la médecine et aux médecins et quand on a accès aux médecins bah c'est souvent 2 secondes quoi. Enfin, voilà c'est 10 minutes de consultation et vous vous rhabillez limite sur le trottoir parce que, voilà. Et du coup, il n'y a plus le temps de parler de ça. Et est-ce que vous allez bien chez vous et comment ça se passe et voilà. Il y a plus le temps à ça du tout (...) Il y a moins de portes. Moins de portes d'entrée, parce que ce n'est pas évident d'aller voir des associations, des gens qu'on ne connaît pas et que le médecin de famille avant était le référent. »

Actuellement les violences sont trop peu repérées et les plaintes n'ont lieu qu'après une certaine accumulation des violences. Ces plaintes sont également difficilement entendues, notamment auprès de la gendarmerie ou de la

RÉALITÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

police et des réponses y sont aussi très peu apportées. Ces états de fait sont connus et ont été remontés au niveau de la commission préfectorale du département de l'Indre mais les recours alternatifs en écrivant directement au procureur ne s'adressent clairement pas à toutes les femmes. Pour répondre en partie à ces problématiques, le protocole départemental de lutte contre les violences faites aux femmes devrait être remanié au cours de l'année 2018.

Professionnel : « Moi, j'ai eu deux situations à la crèche où la maman a été invitée à aller déposer plainte en gendarmerie. Il lui a été renvoyé qu'elle n'avait pas de preuve et que bon après... »

Professionnel : « On a des difficultés, on a des difficultés effectivement au niveau des prises de plainte. »

Professionnel : « Il y a plusieurs temps et qu'en général quand ils en arrivent à la plainte, c'est qu'il y a eu en amont énormément déjà d'incidents parce que c'est difficile d'en parler. »

Santé de la mère

Le suivi gynécologique est relativement difficile d'accès sur le territoire, du fait du manque de gynécologues directement présents sur le territoire. S'il est possible de réaliser le suivi par un médecin généraliste pratiquant la gynécologie ou par une sage-femme, ces possibilités ne sont pas toujours utilisées par méconnaissance de la population. De manière générale, l'étendue des compétences des sages-femmes en matière de suivi gynécologique, de consultations prénatales, de cours de préparation à la naissance, de suivi postnatal à domicile, de suivi de grossesse pathologique, de rééducation périnéale et d'aides à la contraception est souvent sous-estimée de la population mais également des autres professionnels. Les sages-femmes sont néanmoins aussi assez peu nombreuses à exercer sur le territoire (une à Argenton-sur-Creuse). Et dès lors que des pathologies sont identifiées, le relai aux médecins reste insuffisant et les délais de rendez-vous trop longs.

Professionnel : « Maintenant les sages-femmes ont l'habilitation à faire le suivi gynéco de la puberté à la ménopause, donc ça va peut-être donner des solutions. »

Professionnel : « C'est toujours un problème pour voir le gynécologue. Alors maintenant les sages-femmes ont un peu plus de... Elles ont un domaine d'action un peu élargi donc c'est bien mais on sent que là aussi prendre des rendez-vous c'est pas simple. »

Professionnel : « Ça c'est une information à diffuser parce qu'effectivement, moi j'ai plein de mamans qui sont pas suivies à cause de la distance ou du manque de place et qui laissent tomber. Mais je ne savais pas en tant que sage-femme maintenant, vous pouvez (...) J'ai même des patientes

qui ne savent pas que leur médecin généraliste fait aussi de la gynéco. »

Les suivis de grossesse sont réalisés moyennant des déplacements parfois importants. Il est souvent nécessaire de se rendre sur Châteauroux, par exemple, pour réaliser les 3 échographies recommandées et un certain nombre de femmes qui n'ont pas accès simplement aux moyens de locomotion peuvent renoncer à les réaliser et à avoir un suivi régulier de leur grossesse.

Professionnel : « Bon la maternité dans l'Indre, il n'y a que deux maternités qui voilà. C'est... avec des gynécologues qui sont qui soit partent, soit sont vieillissants pour la population. (...) Mais des choses toutes simples, on habite Argenton ou Prissac, il faut aller à Châteauroux. Voilà, quand on n'a pas de moyens de locomotion. J'ai des patientes qui habitent Argenton mais elles ne conduisent pas ni leur compagnon et bien elles prennent le train pour aller en consultation. »

Professionnel : « Quand j'entends des patientes qui me disent que l'hôpital n'a pas de place, qu'il faut qu'elles se débrouillent par elles-mêmes... sur Argenton : personne. Là, il y a un centre de radiologie qui vient d'ouvrir depuis 15 jours, mais il n'y a pas d'échographie. (...) Pour les échographies obstétricales, c'est soit les maternités, soit les gynécos de ville à Châteauroux et un collègue sage-femme qui vient de s'installer puisqu'il a fait une formation d'échographiste mais qui est installé à Châteauroux. »

Les possibilités de suivi de grossesse par la maternité de Châteauroux sont jugées insuffisantes du fait du manque de personnel et de défauts d'organisation. Les personnes rencontrées relèvent également une prise en charge des accouchements qui ne correspond pas aux aspirations des femmes et des couples. C'est pourquoi certaines futures mères ne souhaitent pas accoucher à Châteauroux et décident de se faire suivre à Limoges, au Blanc ou encore à Guéret ou à Tours.

Professionnel : « La maternité de Châteauroux est quand même pas top (...) Quand on sait qu'on ne peut pas avoir de péridurale à n'importe quelle heure du jour et de la nuit, qu'on est quand même en 2018. (...) Il n'y a pas d'anesthésiste attaché à la maternité puisqu'il n'y a pas assez de naissances. Donc c'est l'anesthésiste qui est de garde. Donc il est logique que la nuit, les dimanches et jours fériés, il soit sous bloc opératoire, il n'ait pas la possibilité de venir (...) Comme le fait que le papa ne peut pas passer la nuit avec sa compagne à la maternité. Alors attention, pour l'accouchement oui. Mais pendant le séjour, non. Parce qu'on a invoqué des problèmes de sécurité. »

Professionnel : « Je vous dis quand les personnes appellent la maternité et qu'on leur dit : « non il faut rappeler dans 15 jours on n'a pas les plannings ». (...) Là j'ai encore une patiente, elle devait avoir une écho de contrôle parce qu'ils avaient un petit

ÉTAT DE SANTE DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

truc sur le rein du bébé et quand le médecin fait son écho, il lui dit mais vous avez pas eu votre écho de contrôle ? Bah non. Bah pourquoi ? Parce qu'on ne m'a pas trouvé de rendez-vous. Ça c'est pas normal. »

Le programme Prado est jugé intéressant mais inadapté et sous-exploité sur le territoire, dans la mesure où la maternité de Châteauroux ne réalise pas de sorties précoces.

Professionnel : « La maternité de Châteauroux laisse les patientes sortir que si tout va bien, le 4^{ème} jour. Donc les mamans, le 5^{ème}, elles n'ont pas forcément envie de voir la sage-femme parce que en gros ça ne se justifie pas. Et si elles sortent en plus ça va bien quoi. (...) Je pense que le principe, dans la théorie, est bon au départ mais dans la pratique, avec les sorties... Par exemple, Limoges fait des sorties précoces donc il nous appelle. Bon bah pas de problème, voilà mais ça se justifie parce que elles... On les voit au 3^{ème} jour alors qu'elles sont en pleine montée de lait et le moral dans les chaussettes, c'est bien qu'on passe un petit moment avec elles. Voilà. Mais au 5^{ème} ou 6^{ème} jour ça vaut plus le coup. »

Si le secteur rural présente des inconvénients en matière d'accès aux soins et aux structures ressources, en contrepartie, les professionnels ont développé des méthodes de travail en réseau plus intégrés car ils se connaissent mieux et ont des communications régulières. Ils ont aussi plus fréquemment à se déplacer au domicile des patientes, ce qui leur permet d'observer leurs conditions de vie et de mieux appréhender certaines situations familiales. Les relations sont en revanche plus aléatoires avec les structures et professionnels que consultent parfois les patientes sur les autres agglomérations plus éloignées et dans d'autres départements (Guéret, Limoges)

Professionnel : « Des choses positives, alors ici je trouve que quand même il y a un bon relationnel avec les différents partenaires, des réseaux, de la PMI par exemple, les réseaux, les médecins généralistes. »

Professionnel : « On disait des fois les avantages dans les petits départements aussi en tout cas le nôtre qui est un petit département permet quand même aussi. Alors des fois, on se connaît pas tous malgré cela mais quand même, la connaissance sur des petits territoires permet quand même en tout cas voilà, de pouvoir, voilà sur certaine situations, on se connaît. On peut se saisir quand il y a besoin. »

Professionnel : « Mais justement si moi je suis avertie, j'en profite pour avertir les collègues de PMI. Et inversement, tout à fait, oui, oui. Mais c'est important de travailler en réseau. On est complémentaire les uns des autres. Concrètement, les visites à domicile apportent aussi un recueil de données important sur les fragilités, sur l'observance, le contexte familial, l'environnement... »

Santé de l'enfant

À ce niveau, il est relevé, comme pour le reste de la population du pays Val de Creuse-Val d'Anglin, des difficultés d'accès aux soins de premier recours. Les familles peinent à avoir des rendez-vous rapides pour leurs enfants auprès des médecins généralistes. Cela a plusieurs conséquences. Certains enfants malades sont maintenus dans des structures d'accueil collectif et risquent de contaminer le reste du groupe. En l'absence de prise en charge par le médecin, certaines familles ont recours aux urgences pour des maladies qui devraient théoriquement être traitées en médecine de ville.

Professionnel : « Quand l'enfant a des problèmes de maladie genre grippe, gastro etc. ce qui est tout de suite dit, mis en avant par les familles, c'est l'extrême difficulté d'avoir un rendez-vous assez rapidement. Donc du coup, problème de prise de rendez-vous rapide. On a eu plusieurs situations d'enfants qui ont été pris en charge aux urgences sur Châteauroux. »

Professionnel : « Ça fait deux années de suite que ça nous arrive où effectivement on envoie, enfin on fait une éviction des enfants parce que les professionnels... Le gamin a de la fièvre, on l'entend ronfler, râler (...) Souvent on récupère, l'enfant 2 jours après et l'enfant repart malade de la crèche et en ayant entre-temps contaminé tout le reste du groupe. Donc on se retrouve avec beaucoup de situations d'enfants atteints par la bronchiolite, notamment des enfants âgés. »

Garde des jeunes enfants

Dans les solutions de garde des jeunes enfants, l'offre d'accueil collectif est saturée, malgré des naissances en diminution sur le territoire. En effet les parents privilégient de plus en plus ce mode de garde qu'ils considèrent plus propice au bon développement de leurs enfants. La population accueillie au niveau du multi-accueil se diversifie également, avec depuis quelques années une plus grande proportion de populations défavorisées socialement et économiquement, notamment de familles issues d'autres pays qui bénéficient désormais plus de ce type de service.

Professionnel : « Le multi-accueil de la communauté de communes, on est complet et les listes, on a une liste d'attente et 2018 c'est bouclé. 2019, on commence à boucler les inscriptions. »

En revanche, la baisse de la natalité affecte plus fortement l'activité des assistantes maternelles, notamment dans les plus petites communes. Malgré l'augmentation du nombre d'agrément de 3 à 4 enfants, les parents ont aussi de plus en plus recours à des temps partiels. Certaines assistantes maternelles ont donc des difficultés à obtenir des revenus suffisants et doivent exercer une activité secondaire ou avoir un conjoint avec une activité stable.

LE DÉBUT DE LA MÉDE ET DE L'ÉDUCATION

Professionnel : « À la rentrée, elles ont un enfant, deux enfants, tant mieux et puis les enfants grandissent un peu, ils vont à l'école et la rentrée suivante, c'est l'angoisse. Aura-t-elle ou non des enfants ? Sera-t-elle ou non au chômage ? »

Professionnel : « Typiquement par exemple, Prissac ou des communes comme ça où il n'y a pas vraiment une ville un peu plus importante autour ou autre qui sont un peu isolées au niveau des assistantes maternelles, elles sont clairement, c'est plus compliqué pour elles de travailler. »

On observe également des inégalités entre les différents territoires, particulièrement en zone très rurale. Sur certains territoires comme la commune d'Éguzon, il y a actuellement une pénurie d'assistantes maternelles suite à des départs en retraite qui n'ont pas été remplacés. Sur d'autres communes, l'activité peut être très faible pour les assistantes maternelles actuellement en activité. Les fluctuations de l'offre et la demande sont importantes à l'échelle de petits territoires sur quelques années.

Professionnel : « Parfois elles ont du travail parce qu'elles sont une ou deux sur la commune et qu'elles arrivent encore à travailler. Là aussi c'est très aléatoire parce qu'il suffit qu'un lotissement qui soit créé et puis elles vont avoir 5 ans d'activité à plein où elles vont même refuser des contrats et puis d'un seul coup bah le lotissement est créé, les enfants ont grandi et puis là, chute immédiate d'activité. »

Les assistantes maternelles sont généralement peu formées. Lorsqu'elles rencontrent des difficultés, elles ont la possibilité de joindre l'infirmière de PMI, le RAM pour être accompagnées, mais beaucoup travaillent de façon isolée et sont seules face aux besoins des parents et aux besoins des enfants et peuvent se laisser déborder par les problèmes rencontrés par les familles.

Parentalité

Les professionnels rencontrés constatent qu'ils ont de plus en plus à prendre en charge des enfants ayant des troubles du comportement, auxquels il est difficile de faire accepter des contraintes et la discipline. Dans ce contexte, la garde de groupes importants ou de 3 ou 4 enfants pour une personne seule, peuvent solliciter beaucoup plus d'efforts.

Professionnel : « Ça va faire 5 ans où on constate une détérioration de la prise en charge des enfants par les parents où on a des enfants de plus en plus jeunes qui arrivent à la crèche avec déjà des troubles installés. (...) Donc sur un groupe de 24, il y a une année j'en ai signalé 10. Enfin, signalé... J'ai adressé 10 enfants vers des soins, des centres de soins adaptés, enfin spécifiques. Genre CAMSP, SPIJ. »

Professionnel : « Je suis frappé en quelques années de voir combien les enfants sont devenus durs. Il y a 10 ans, 12 ans

quand j'ai pris mes fonctions, les enfants, je me rappelle ce que j'avais eu, enfin c'était des enfants assez faciles à diriger, encadrer. Je trouve que maintenant c'est beaucoup plus dur. »

Professionnel : « Elles [les assistantes maternelles] parlent de plus en plus d'enfants difficiles. D'ailleurs elles posent beaucoup de questions par rapport à ça. Comment gérer un enfant difficile. Elles trouvent aussi que les enfants sont de plus en plus difficiles à la fois dans leurs comportements, dans effectivement le refus de l'autorité ou du cadre et puis des troubles du sommeil, des besoins permanents, d'être au... d'être portés qu'elles ne connaissaient pas il y a certaines années. »

Les professionnels relèvent différentes raisons à l'origine de ce constat. Globalement, les enfants évoluent avec des parents ayant des conditions de vie plus stressantes. Certains parents, trop inquiets face aux plaintes de leurs enfants, chercheraient à répondre systématiquement à leurs demandes. Ils auraient besoin d'être rassurés face à certains troubles, alors qu'ils ne bénéficient plus du soutien du conjoint et de l'ensemble de la famille qui traditionnellement vivait plus en proximité et pouvait donner des conseils et partager leurs expériences de parents.

Professionnel : « C'est quelque chose de général où effectivement cette histoire de maternage excessif où les mamans oublient qu'un enfant pleure c'est normal. On n'a pas à se jeter tout de suite dessus pour, bah pour le consoler. »

Professionnel : « 20 ans en arrière, il y avait effectivement ces cellules familiales où vous aviez effectivement les grands-parents qui étaient là. Enfin, il y avait cette cellule familiale élargie. (...) Avant, autrefois, il y avait pour se réunir, les familles on se réunissait autour des naissances, des baptêmes, des communions, des mariages et malheureusement des décès. Mais il y avait ces réunions de famille. Il y avait ce socle, ce socle qui accompagnait. »

Élu : « Avec la Caisse d'allocations familiales, on avait identifié un sujet (...) qui était de quand même travailler sur ce qu'on appelle l'aide à la parentalité, parce que quand même remonte, bah au niveau de la crèche, mais aussi au niveau des écoles quand même, des thématiques assez pareilles quoi qui n'est pas propre à notre territoire : de familles déstructurées, de mamans isolées, souvent démunies, d'une manière ou d'une autre. (...) Quand même de plus en plus, de mamans qui disent, moi je n'y arrive pas, je suis démunie, enfin et ça c'est quelque chose qui revient de façon plus fréquente aujourd'hui, qu'il y a 5 ou 10 ans. »

Les professionnels rencontrés identifient particulièrement le besoin d'informer les parents sur l'alimentation et le sommeil qui suscitent de nombreuses questions et inquiétudes. L'information concernant l'alimentation des enfants est relativement accessible, à la fois par les conseils des professionnels et les différentes campagnes

CHAPITRE DE LA PRÉNATALITÉ ET DE L'ENFANT TOUT

de sensibilisation autour de l'équilibre alimentaire. Les recommandations concernant la diversification alimentaire sont moins claires car elles ont changé avec le temps et des discours contradictoires circulent sur ce sujet, notamment sur internet. Les professionnels observent que leurs conseils aux familles sont peu suivis. Elles cuisinent moins souvent que par le passé, ont plus recours à des plats déjà préparés et apportent de ce fait trop souvent une alimentation aux enfants qui n'est pas équilibrée. Ces pratiques relatives à l'alimentation ne dépendent pas que du niveau de revenus et touchent un grand nombre de familles dans les différentes catégories socioprofessionnelles. En effet, les familles dont les deux parents travaillent ne disposent pas ou ne souhaitent pas consacrer un temps trop important à la préparation de l'alimentation.

Professionnel : « On donne des indications, voilà, il faut que le repas il y ait des protéines, qu'il y ait des légumes, des vitamines etc. Alors on explique comment. On donne des exemples de menus. C'est extrêmement difficile de faire appliquer. (...) Donc on va avoir des enfants qui toute la semaine vont manger des pâtes. (...) Sur un groupe de 24 enfants, on va être clair, ça représente plus de la moitié. »

Professionnel : « Au niveau de la PMI, je dirais que sur des publics un peu plus défavorisés, sur l'alimentation, clairement on n'est pas sur de la préparation. »

Même quand elles ont intégré quelles sont les pratiques recommandées, certaines familles renoncent en partie à celles-ci pour limiter les conflits avec leurs enfants. Enfin, un travail est nécessaire à mener avec une partie des familles qui ont choisi des régimes spéciaux (végétarien, végétalien...).

Professionnel : « On en est là aujourd'hui, au point que je dois mettre en place à la crèche un thème sur la question de l'alimentation, les enjeux autour de l'alimentation parce que c'est pareil. On n'est plus du tout dans un cadre où un enfant n'a pas envie bah on le force surtout pas. On passe directement au sucré. »

Professionnel : « Alors après il y a aussi les règles, les nouvelles lubies alimentaires. (...) Une alimentation végétarienne équilibrée, bah elle doit être très bien équilibrée, il peut ne pas y avoir de carences etc. Mais après quand ce n'est pas fait correctement, là, il peut y avoir des carences, c'est ça le souci. À un moment aussi on avait une petite fille qui était alimentée spécialement au 0 %. »

Des informations sur ces sujets sont données régulièrement en crèche, avec des réunions thématiques plusieurs fois dans l'année pour tous les parents qui le souhaitent. Ils ont aussi, lorsqu'ils rencontrent des difficultés, la possibilité de prendre rendez-vous individuellement, à la suite duquel ils pourront éventuellement être orientés vers d'autres services comme la PMI. Ils bénéficient ainsi d'une forme de

soutien à la parentalité, pour la plupart des problématiques qu'ils rencontrent. Les femmes qui ont suivi des cours de préparation à l'accouchement avec des sages-femmes libérales ont aussi reçu un certain nombre d'informations lors de ces séances et elles conservent la possibilité d'être accompagnées et aidées par la suite.

Professionnel : « J'ai la chance d'avoir une femme, des parents en face de moi pendant plusieurs mois, on a le temps de faire de l'éducation parce qu'il y a tout le côté médical, consultation, bref, mais il y aussi ce qu'on appelle les cours de préparation à l'accouchement. Et puis on indique justement, on adresse au réseau périnatalité par exemple où il y a des séances d'initiation, massage du bébé etc. Enfin, bref... On a le temps de parler, parce qu'en fait ce qu'il manque, c'est le temps. »

Un accompagnement manque en revanche clairement à certains parents qui n'ont pas eu ces éléments d'information lors du suivi de grossesse et ne sont pas inscrits dans des dispositifs collectifs de garde. Ne bénéficiant pas d'action de prévention en amont, ils ne sont accompagnés que lorsque la situation est suffisamment alarmante pour faire l'objet d'un signalement par un tiers.

Professionnel : « Quand on arrive déjà en termes de prévention c'est que c'est déjà, il y a un moment ces familles là elles ont déjà été, les clignotants, ils ont été signalés. Le travail de prévention, l'éducateur de prévention quand il va au domicile, c'est parce qu'il y a déjà des clignotants. »

Si les difficultés rencontrées dans les familles sont en lien avec des pathologies de leurs enfants, de véritables troubles du développement, les possibilités d'accéder au diagnostic et aux prises en charge sont délicates pour les habitants du territoire. Dans l'attente des rendez-vous médicaux, les enfants ne bénéficient souvent d'aucune forme d'accompagnement spécialisé.

Professionnel : « On est sur 1 an grosso modo une entrée en CMP ou en CAMSP, c'est un an. Sans aucune, alors, c'est-à-dire par exemple dans le département de l'Indre-et-Loire, le CIDFF porte des psychologues qui permettent en fait d'attendre l'entrée en CMP ou en CAMSP, elles font pas le boulot des CMP ou des CAMSP mais elles permettent de suivre et ne pas laisser dans le vide. Sur le 36, malheureusement, à ma connaissance, pour l'instant on n'a pas ce type de dispositif, ce qui veut dire que pendant un an, l'enfant est laissé dans le vide, en point de vue suivi. »

Professionnel : « Alors des rendez-vous, par rapport aux médecins traitants et puis aussi après des prises de rendez-vous sur les centres de soins spécifiques, comme les CAMSP etc. puisque ça rentre aussi dans les soins qu'on prend où bah il y a une liste d'attente pas possible et du coup ça rallonge le délai de diagnostic et de prise en charge de l'enfant. »

Habitant : « C'est ça le problème, parce que nous, on est

CHAPITRE DE LA MÉDECINE ET DE L'ÉDUCATION

super concerné parce que voilà nous on a un enfant qui est dyspraxique, dyscalculique, dysorthographique, avec des troubles de l'attention, traité sous ritaline et on a galéré. Et à cette époque, nous on a eu de la chance, on était dans une grande ville, on vient tout juste de débarquer, on vient de (ville). On a tout fait à l'extérieur, sachant que maintenant il est en première et rechercher une orthophoniste, y en a qu'une sur Argenton (...) Je vous assure que nous en tant que parents on a ramé et on a tout fait en privé hein ! Tout de notre poche, on n'était même pas au courant qu'on avait droit à la MDPH à avoir des aides. »

À l'école, les enfants bénéficient de bilan et de dépistage des principaux troubles, auditifs, visuels et de développement qui sont réalisés en maternelle par les infirmières de la PMI. Lorsqu'un suivi et un programme individualisé (PAI) s'avèrent nécessaires, l'Éducation nationale effectue alors leur suivi par le biais des infirmières ou parfois de médecins scolaires pour des cas plus compliqués. Malgré l'absence de médecin de l'Éducation nationale dans le département, certains issus d'autres départements peuvent être sollicités pour ces enfants. Pour les bilans de santé réalisés chez les enfants dans leur sixième année, le manque de médecins scolaires constraint l'Éducation nationale à demander aux parents de faire réaliser ce bilan auprès de leur médecin traitant ou pédiatre. Il est nécessaire que les familles effectuent elles-mêmes les démarches aussi pour accéder ensuite à une prise en charge adaptée. Cette prise en charge est parfois pluridisciplinaire, ce qui occasionne souvent des difficultés

pour accéder au moins à un type de professionnels.

Professionnel : « Faute de médecin scolaire, ça ne passe plus par nous. On conseille aux familles de voir auprès du médecin traitant, du pédiatre (...) On vérifie que ça a bien été fait et on prend le relai auprès des familles mais on n'a pas la capacité de prendre le gamin et les parents par la main et de les emmener chez le spécialiste qui va proposer un rendez-vous dans moins d'un an. »

Professionnel : « C'est les parents qui demandent effectivement des consultations alors y a une phase de diagnostic et après y a une phase de rééducation. Là aussi, ce qu'on peut dire c'est que certainement le dispositif existe. Il y a des équipes pluridisciplinaires, orthophonistes, pédiatres, pédopsychiatres mais il n'y en a peut-être pas assez, parce qu'il y a parfois des délais d'attente pour rééduquer ces enfants, les orthophonistes il n'y en a pas non plus suffisamment. Les orthophonistes en libéral nous disent : on a des listes d'attente à 6 mois... Bon les orthophonistes du CAMSP-CMPP sont là effectivement mais il y a énormément d'enfants qui ont des difficultés. Et on n'a pas forcément toujours les moyens de traiter tous ces enfants-là. »

Mortalité par suicide

Le suicide constitue un réel problème de santé publique, tant par les pertes en vies humaines qu'il provoque que par les problèmes psychologiques et sociaux dont il témoigne.

Au cours de la période 2005-2013, près de 511 personnes sont décédées en moyenne chaque année d'un suicide en région Centre-Val de Loire, soit 2,1 % des décès.

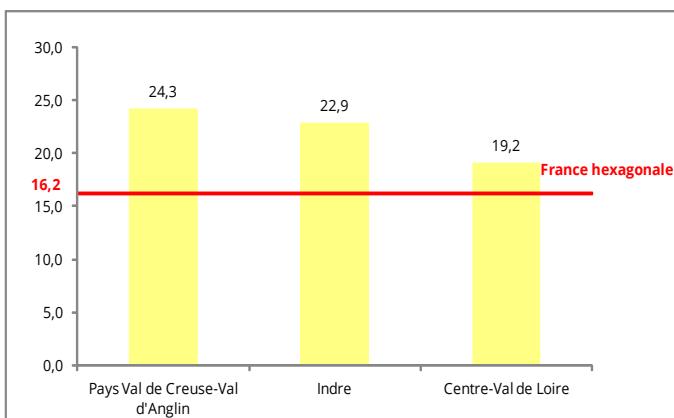
Les études sur le sujet s'accordent à dire que ce nombre est sous-estimé de 20 % et reste un sujet tabou. Le suicide est une priorité définie dans le cadre du programme régional de santé de l'ARS du Centre-Val de Loire.

À l'échelle du pays, 7 décès par suicide en moyenne par an sont recensés au cours de la période 2005-2013 (soit 1,8 % de l'ensemble des décès). À structure d'âge comparable, le territoire présente une mortalité par suicide de 24,3 décès pour 100 000 habitants, soit un taux comparable à ceux observés aux niveaux départemental, régional et national (respectivement 22,9, 19,2 et 16,2).

Chez les hommes, ce taux est de 39,8 décès pour 100 000 personnes, soit un taux comparable à ceux du département (38,9) et de la région (31,9) mais statistiquement supérieur à celui de la France hexagonale (26,1). Concernant les femmes, ce taux est de 11,8 décès pour 100 000 habitants, soit un taux comparable à ceux des territoires de référence (9,3 pour le département, 8,6 pour la région et 7,9 pour la France hexagonale).

Les décès par suicide surviennent majoritairement entre 30 et 64 ans (41,2 %). Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent 37,3 % des décès par suicide.

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR SUICIDE EN 2005-2013



SOURCES : INSERM CEPIDC, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
POPULATION DE RÉFÉRENCE : FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

Admissions en affection de longue durée pour affections psychiatriques

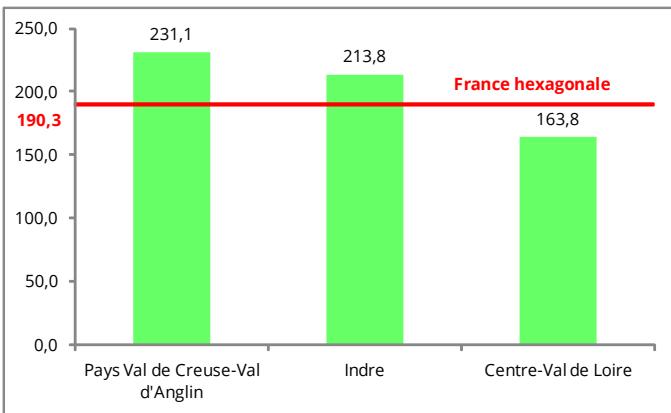
Au total, en 2014, 696 habitants du pays Val de Creuse-Val d'Anglin bénéficient d'une prise en charge ALD pour affections psychiatriques (6 223 sur le département, 48 410 sur la région et 1 337 492 sur la France hexagonale).

En matière d'incidence, le territoire compte au cours de la période 2006-2014, en moyenne, 56 nouvelles admissions pour affections psychiatriques par an (23 pour les hommes, 33 pour les femmes), ce qui représente 7,5 % de l'ensemble des nouvelles admissions en ALD (4 074 nouvelles admissions en ALD pour affections psychiatriques dans le Centre-Val de Loire et 6,9 % de l'ensemble des admissions). Elles constituent un des principaux motifs d'admission en ALD, derrière les pathologies cardiovasculaires, les tumeurs malignes et le diabète.

Après standardisation de la population par tranche d'âge, le taux d'admissions en ALD pour affections psychiatriques est de 231,1 pour 100 000 personnes du territoire. Le taux est comparable à celui du département (213,8) et à celui obtenu au niveau national (190,3) mais est statistiquement supérieur à celui observé au niveau régional (163,8).

Sur ce territoire, parmi les admissions en ALD affections psychiatriques de longue durée, 58,9 % sont liées à des troubles de l'humeur, 14,3 % à des troubles de la personnalité et du comportement et 7,1 % à un diagnostic de schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants.

TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES (2006-2014)



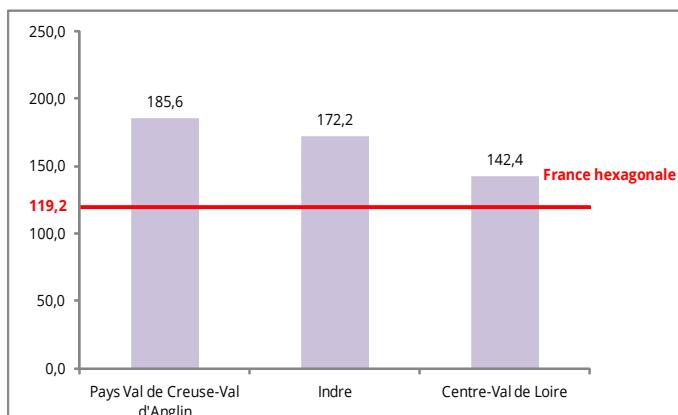
SOURCES : CNAMTS, CCMSC, RSI, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Patients hospitalisés pour tentative de suicide certaine

Au cours de la période 2013-2015, 3 508 patients ont été hospitalisés annuellement pour une tentative de suicide certaine en région Centre-Val de Loire. L'Indre compte en moyenne 355 patients par an et le pays Val de Creuse-Val d'Anglin en dénombre 39.

Le taux standardisé du territoire est de 185,6 patients hospitalisés pour cette cause pour 100 000 habitants, soit un taux significativement supérieur à celui retrouvé aux niveaux régional et national (respectivement 172,2 et 119,2 pour 100 000) mais comparable à celui du département (172,2 pour 100 000).

TAUX COMPARATIF DE PATIENTS HOSPITALISÉS POUR TENTATIVE DE SUICIDE CERTAINE (2013-2015)



SOURCE : ATIH [PMSI 2013-2015] INSEE [2014]
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
POPULATION DE RÉFÉRENCE : FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

Méthodologie

Les données du PMSI relatives aux patients et séjours hospitaliers sont domiciliées. Elles prennent en compte les patients et les séjours hospitaliers des patients du pays Val de Creuse-Val d'Anglin hospitalisés quel que soit l'établissement de santé où ils ont été admis. Ces données ne sont pas le reflet de l'activité des établissements de soins présents sur le territoire.

Les données PMSI sont disponibles par code postal. Pour les reconstituer à l'échelle du territoire, des redressements ont dû être effectués (pondérations) à partir des données

du recensement de population de l'Insee de 2013. Un redressement a ainsi été effectué lorsqu'un code postal correspondait à plusieurs communes, dont certaines ne faisaient pas partie du pays. Le nombre de patients et de séjours hospitaliers a été estimé en réaffectant proportionnellement le poids par sexe et par âge quinquennal de la population du code postal du territoire par rapport au poids total du code postal. À partir de ces effectifs reconstitués, le calcul des taux standardisés sur l'âge des patients hospitalisés a été réalisé.

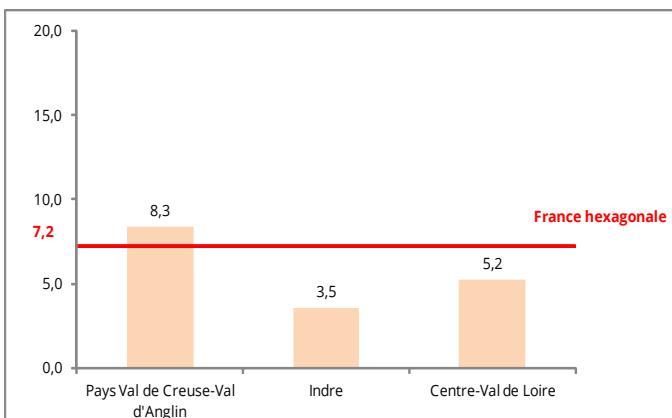
Prise en charge de la santé mentale

Depuis les années 60, la politique de santé mentale a profondément évolué. L'évolution de la psychiatrie hospitalière a été marquée par une diminution de la capacité d'accueil et un développement des traitements ambulatoires et de l'hospitalisation partielle. Aujourd'hui, l'offre de soins spécialisés en santé mentale repose sur un dispositif diversifié tant au niveau des établissements publics et privés que des professionnels.

La région Centre-Val de Loire, à l'instar de nombreuses autres régions, présente un déficit important concernant l'offre de soins libérale psychiatrique. Au 1^{er} janvier 2017, la densité de la région en matière de psychiatres libéraux est de 5,2 professionnels pour 100 000 habitants par comparaison à celle de la France hexagonale qui est de 7,2 psychiatres libéraux pour 100 000 personnes.

La densité de psychiatres libéraux dans le département de l'Indre est inférieure à celle observée en région et représente 3,5 psychiatres pour 100 000 habitants (soit 8 psychiatres libéraux). S'agissant du territoire d'étude, 2 psychiatres libéraux sont en exercice au 1^{er} janvier 2017, soit une densité de 8,3 psychiatres pour 100 000 personnes. Aucun psychiatre salarié ou exerçant de façon mixte n'est installé sur le pays Val de Creuse-Val d'Anglin.

DENSITÉ DES PSYCHIATRES LIBÉRAUX AU 1^{ER} JANVIER 2017



SOURCES : RPPS 2017, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Offre de soins en psychiatrie

Le territoire compte, début 2017, 3 psychologues libéraux, ce qui représente une densité de 12,5 professionnels pour 100 000 habitants. Ce taux est supérieur à ceux retrouvés dans l'Indre (7,1), en région (11,8) mais inférieur au niveau national (18,0). À l'offre libérale, s'ajoutent les professionnels ayant une activité mixte (3) et salariée (4), soit au total, une densité pour le pays Val de Creuse-Val d'Anglin de 41,7 psychologues pour 100 000 habitants (83,6 dans l'Indre, 84,6 en Centre-Val de Loire et 94,4 en France hexagonale).

Psychiatrie infanto-juvénile

Le service de psychiatrie infanto-juvénile du centre hospitalier de Châteauroux est chargé de la prévention et des soins en matière de santé mentale des enfants de 0 à 17 ans résidant dans le département de l'Indre. Il s'adresse aux enfants et adolescents présentant des troubles légers ou graves entraînant par exemple de l'instabilité, des problèmes scolaires etc. allant jusqu'à des troubles plus importants de la personnalité. Le service reçoit l'enfant et les parents (ou ceux qui en ont la charge) et propose, si nécessaire, l'intervention la plus souhaitable : entretien psychologique, consultation psychiatrique, conseil éducatif, rééducation spécialisée, actes psychothérapeutiques, visites à domicile, groupes à médiation thérapeutique, hospitalisation partielle ou de journée (1 à 5 jours par semaine), hospitalisations à temps plein pour les urgences psychiatriques, placement familial thérapeutique... Les soins peuvent avoir lieu au centre hospitalier mais également sur les 7 centres médico-psychologiques répartis sur l'ensemble du département (Issoudun, Le Blanc, La Châtre, Levroux, Buzançais, Châteauroux et Argenton-sur-Creuse).

Le pôle de psychiatrie infanto-juvénile du Centre hospitalier de Châteauroux dispose d'une équipe pluridisciplinaire et propose différentes modalités de prise en charge (hospitalisations complètes, urgences psychiatriques, hospitalisations de jour, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATT), consultations externes).

Le pôle de psychiatrie adulte a vocation à assurer la prévention, le dépistage et les soins des patients adultes. Situé sur le site de Gireugne à Saint-Maur, il se compose en 4 pavillons :

- Un pavillon de soins intensifs (25 lits d'hospitalisation pour les patients nécessitant des soins sans consentement) ;
- Un pavillon de réadaptation (35 lits d'hospitalisation pour des patients nécessitant un accompagnement vers la resocialisation) ;
- Un pavillon d'accueil et d'information (35 lits d'hospitalisation accueillant des patients pour une évaluation et une orientation) ;
- Un pavillon d'addictologie (25 lits d'hospitalisation accueillant des patients qui présentent une problématique d'addiction avec ou sans comorbidité psychiatrique).

Le centre médico-psychologique départemental Pivot (CMP "Pivot") de Châteauroux a pour mission le dépistage, la prévention et les soins des adultes présentant des troubles psychologiques et psychiatriques, sur le département

de l'Indre. Il accueille et oriente toutes demandes de consultations. Il coordonne les prises en charge en lien avec l'hospitalisation, les urgences du centre hospitalier de Châteauroux, les urgences du centre hospitalier du Blanc et les partenaires extérieurs. Le CMP départemental "Pivot" est ouvert du lundi au vendredi, de 9h à 18h30 et le samedi de 9h à 12h30. Au sein du CMP départemental Pivot sont rattachés le CMP et le CATT de Châteauroux, l'Institut du couple et de la famille (ICF), l'équipe mobile spécialisée en soins psychiatriques et en précarité (EMSSP) et le réseau Respire, le centre médico-psychologique post-pénal qui propose des consultations psychologiques et psychiatriques, les structures de Mer-sur-Indre et Vatan et les appartements relais (deux appartements de type F3 pouvant accueillir deux personnes chacun). Le CMP Pivot assure une articulation forte avec les CMP satellites (Buzançais, Argenton-sur-Creuse, Le Blanc).

L'unité sanitaire en milieu carcéral se situe au centre carcéral « Le Craquelin » à la maison centrale de Saint-Maur. L'équipe soignante assure la prévention, le diagnostic et le traitement des pathologies psychiatriques et des conduites addictives des détenus incarcérés. Elle assure également le relais du suivi post-pénal au sein du CMP départemental.

L'ICF reçoit les couples et/ou les familles en difficultés afin de leur permettre de retrouver un sens à leur vie personnelle et commune en se référant au concept de l'approche systémique et aux pratiques des thérapies familiales.

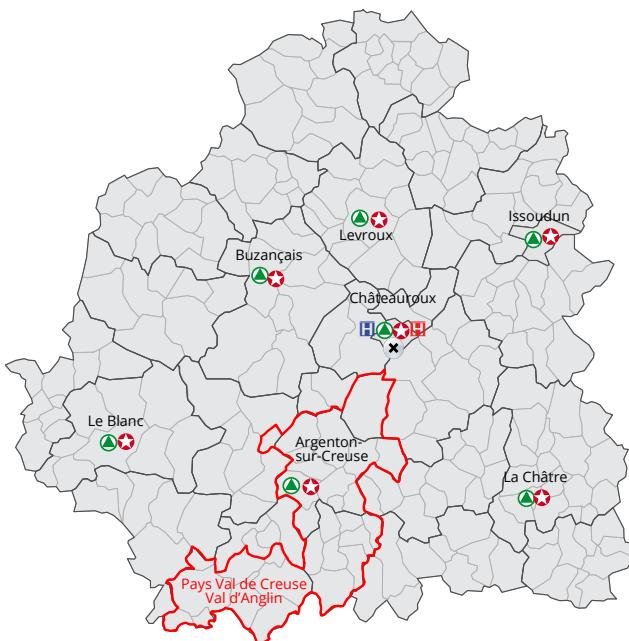
Le réseau Respire et l'EMSSP ont pour objectif la prise en compte, sur l'ensemble du département de l'Indre, de la souffrance et de la détresse psychique d'origine sociale des populations précaires et démunies. Une structure de 15 appartements thérapeutiques à Vatan (résidence Léontine Boursier) accueille, pour une durée prolongée, des patients dont les troubles sont stabilisés, dans un but de réhabilitation psycho-sociale.

Un foyer de vie associatif à Mers-sur-Indre (résidence l'Étape) accueille des personnes dont l'autonomie reste limitée malgré la stabilisation des troubles psychiques.

Deux groupes d'entraide mutuelle (GEM) fonctionnent dans le département de l'Indre (Cap 36 à Châteauroux et Café Soleil à Issoudun). Ces structures sont destinées aux personnes en souffrances psychiques désireuses de s'insérer socialement par des activités multiples (artistiques, sportives, culturelles, manuelles...).

DISPONIBILITÉ MÉDICALISÉE

OFFRE HOSPITALIÈRE PSYCHIATRIQUE POUR ENFANTS



Offre de soins en psychiatrie infanto-juvénile :

- Hospitalisation complète
- Hospitalisation de jour
- Centre médico-psychologique
- Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
- Accueil familial thérapeutique

SOURCES : SITE INTERNET DU CENTRE HOSPITALIER DE CHÂTEAUROUX
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

OFFRE HOSPITALIÈRE PSYCHIATRIQUE POUR ADULTES



- Hospitalisation (Complète/Jour/Nuit)
- Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
- Centre médico-psychologique
- Groupe d'entraide mutuelle
- Appartement thérapeutique

SOURCES : SITE INTERNET DU CENTRE HOSPITALIER DE CHÂTEAUROUX
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Ressources disponibles sur le territoire

Le centre d'action médico-sociale précoce (Camsp) mène des actions de dépistage et de prévention. Il assure le diagnostic, l'orientation et le traitement des jeunes enfants de 0 à 6 ans éprouvant des difficultés d'adaptation, présentant des troubles sensoriels, moteurs, psychologiques ou du comportement ou souffrant de perturbations de développement. Il accompagne également les familles en menant des actions de soutien à l'adaptation sociale et éducative. L'équipe du Camsp est constituée de professionnels qualifiés au sein d'une équipe pluridisciplinaire qui intervient sur quatre lieux de suivi (Châteauroux, Argenton-sur-Creuse, Le Blanc et Châtillon-sur-Indre).

L'antenne du Camsp d'Argenton-sur-Creuse (19, rue Victor Hugo à Argenton-sur-Creuse, Tél : 02.54.01.14.63) couvre les cantons d'Argenton-sur-Creuse, d'Éguzon-Chantôme, Saint-Benoît-du-Sault et Saint-Gaultier. La file active de l'antenne, en 2017, est de 69 enfants. Le service est actif dans la prise en charge de l'enfant prématuré dans le cadre du réseau GERC (Grandir en région Centre).

En dehors de la prise en charge des enfants du Camsp, des actions de prévention ont été développées, notamment dans le cadre du soutien à la parentalité. L'équipe du Camsp animait les lieux d'accueil enfants/parents (LAEP) de Châteauroux. La contribution du Camsp à l'animation des LAEP s'est interrompue faute de familles participantes.

Le Camsp intervient en direction des partenaires concernés par les enfants suivis au Camsp (Éducation nationale, Rased, réseau Grandir en région Centre etc.). Il intervient également en direction des professionnels de la petite enfance (crèches, multi-accueil, relais assistantes maternelles, écoles, SPIJ, PMI etc.).

Le Camsp a été reconnu en 2015 comme équipe compétente pour le diagnostic précoce et les interventions coordonnées pour les enfants avec autisme ou autres troubles envahissants du développement (TED) et leur famille. Le dispositif AIDA (Autisme Indre diagnostic accompagnement) a pour mission principale le diagnostic précoce et la mise en œuvre des interventions coordonnées pour les enfants avec autisme sur le territoire indrien, en réseau avec le Centre de ressources autisme (CRA) de la région Centre-Val de Loire. Elle est constituée d'un coordonnateur, de médecins (pédiatre et pédopsychiatre), d'une psychologue, d'une orthophoniste, d'une éducatrice spécialisée et d'une psychomotricienne. Outre les évaluations diagnostiques, l'équipe AIDA assure une fonction d'animation, de mobilisation et de coordination des acteurs du champ sanitaire et médico-social du territoire indrien.

Le centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) assure le diagnostic, l'orientation et le traitement des enfants et adolescents de 6 à 20 ans, éprouvant des difficultés d'adaptation scolaire, sociale ou familiale, des troubles psychologiques ou du comportement, des troubles dits instrumentaux (apprentissage, langage, motricité...). Ses interventions sont constituées par des bilans, des diagnostics et des traitements, sous forme de consultations en cure ambulatoire, permettant le maintien des activités scolaires, professionnelles ou autres. Le CMPP assure une mission de diagnostic et de traitement basée sur une approche globale et un regard pluridisciplinaire des problématiques complexes ou étiologiques multifactorielles et il occupe une place au carrefour du social, du pédagogique et de l'éducatif. Il est un outil d'analyse et de compréhension des troubles psychiques.

L'équipe du CMPP est constituée de professionnels qualifiés au sein d'une équipe pluridisciplinaire qui intervient sur quatre lieux de suivi (Châteauroux, Argenton-sur-Creuse, Le Blanc et Châtillon-sur-Indre). Les antennes permettent de rapprocher l'offre de soins au plus près des usagers. La distance maximale entre le domicile le plus éloigné et les lieux de soins est ainsi de 30 kilomètres. Les délais d'attente sont extrêmement longs sur les antennes et malgré l'arrivée de moyens complémentaires, il y a maintenant quelques années, la demande reste très supérieure aux capacités d'accueil. Dans ces conditions, certaines situations sont transférées sur Châteauroux pour éviter une attente trop longue. En effet, Châteauroux dispose de l'offre de soins la plus développée du département aussi bien au niveau du secteur libéral que du secteur public. Certaines zones rurales sont extrêmement démunies dans certains domaines.

L'antenne du CMPP d'Argenton-sur-Creuse (19, rue Victor Hugo à Argenton-sur-Creuse, Tél : 02.54.01.14.63) couvre les cantons d'Argenton-sur-Creuse, d'Éguzon-Chantôme, Saint-Benoît-du-Sault et Saint-Gaultier. Le nombre d'enfants concernés par l'antenne d'Argenton-sur-Creuse en 2017 est de 190 enfants.

Le CMPP travaille en partenariat avec de nombreux acteurs (travailleurs sociaux et médico-sociaux des circonscriptions d'action sociale, services de l'aide sociale à l'enfance, services d'action éducative en milieu ouvert, maison départementale des personnes handicapées, CMPP des PEP de l'Indre, Maison des adolescents, service d'investigation éducative, greffe du tribunal pour enfants, équipe pluridisciplinaire de l'Éducation nationale etc.). Une consultation dédiée aux adolescents est ouverte depuis 2005.

Le dispositif Arc-en-Ciel est le fruit du partenariat formalisé par un groupement de coopération sociale et médico-

SANTÉ MENTALE

sociale conclu entre l'Aidaphi et l'association régionale pour l'éducation sensorielle qui apporte son expérience et qui met à disposition du SAFEP-SAAAS et du SAFEP-SSEFIS des personnels très spécialisés. Les deux SAFEP s'adressent aux enfants déficients sensoriels de 0 à 3 ans, l'un aux jeunes enfants déficients visuels, l'autre aux jeunes enfants déficients auditifs. Le SAAAS accompagne les enfants et adolescents de 3 à 20 ans présentant des déficiences visuelles. Le SSEFIS accompagne les enfants et adolescents de 3 à 20 ans présentant des déficiences auditives. À vocation départementale, le service se déplace dans tout le département de l'Indre. Le service est implanté à Châteauroux, le personnel se déplace sur les différents lieux de vie de l'enfant. Des activités éducatives sont organisées auprès des enfants à travers divers événements (journée Handiférence, journée inter-SSEFIS, activités éducatives collectives, sorties etc.) et ateliers (enrichir le vocabulaire, développer les connaissances, apprendre à s'exprimer oralement, oser donner son opinion, améliorer la compréhension et l'expression, développer l'imaginaire, accepter les autres, respecter la place de chacun etc.). Le dispositif Arc-en-Ciel fonctionne depuis 2016 et met en place le groupe d'expression des parents. Cette participation prend la forme de rencontre entre parents accompagnés de leurs enfants suivis au dispositif, du personnel et des participants extérieurs.

Dans le cadre de la prévention du lien parent-enfant, des consultations psychologiques sont réalisées par le réseau périnatalité de l'Indre (centre hospitalier de Châteauroux-Le Blanc) en partenariat avec le Conseil départemental et les communes. Ces consultations ont lieu aux centres communaux d'action sociale (CCAS) d'Argenton-sur-Creuse, La Châtre, Le Blanc (pour les communes de Saint-Gaultier etc.) et Châteauroux (pour les communes de Velles, Tendu etc.). Ces consultations sont effectives depuis janvier 2015, avec deux demi-journées de permanence par mois pour Argenton-sur-Creuse et La Châtre et une demi-journée par mois pour Le Blanc. Ces consultations ont pour objectif de réduire la maltraitance et les troubles psychopathologiques chez l'enfant en établissant une prévention de qualité autour de l'établissement des premiers liens parents-enfants. Ces consultations sont à destination des patientes fragilisées, en situation de vulnérabilité médico-psychosociale en période périnatale, les parents ou futurs parents et les enfants (nouveau-nés, nourrissons). Le nombre de prise en charge croissant a conduit à une augmentation de la permanence à deux demi-journées pour Argenton-sur-Creuse et La Châtre.

Des consultations de psychiatres et de psychologues pour adultes et enfants ont lieu au centre médico-psychologique et au centre d'accueil thérapeutique à temps partiel d'Argenton-sur-Creuse (1 chemin de la Vigne aux Chèvres à Argenton-sur-Creuse depuis janvier 2018). Le centre hospitalier de Châteauroux-Le Blanc propose également les mêmes services à proximité de certaines communes du pays Val de Creuse-Val d'Anglin au CMP-CATTP du Blanc (locaux distincts adultes et enfants) et au CMP de Châteauroux (locaux distincts adultes et enfants). Les patients peuvent également être orientés vers le CMP de La Châtre. Ces structures ont pour objectif le dépistage, la prévention et les soins des enfants et adultes présentant des troubles psychologiques et psychiatriques sur le secteur du pays Val de Creuse-Val d'Anglin.

Dans le cadre du projet de santé mentale du Codes de l'Indre, l'association en partenariat avec le collectif Darc, l'Anpaa, Alis et le planning familial (sauf en 2017) est intervenu dans le cadre du Darc au pays en 2015 et 2016 à Mosnay et Badecon-le-Pin. Le Codes a animé un stand sur les lieux de concerts délocalisés. L'objectif était de mettre à jour ses connaissances en matière d'équilibre alimentaire, d'adapter son alimentation à sa pratique sportive, de gérer son stress et d'optimiser son sommeil.

L'association Elisabeth Kübler-Ross a organisé le vendredi 20 avril 2018 de 18h à 19h30, un café deuil au café du centre à Argenton-sur-Creuse. Cette rencontre permet à chacun de parler ou d'écouter parler du deuil, qu'il s'agisse de la perte d'un proche ou de toute autre perte douloureuse, séparation, maladie, handicap, chômage, déménagement, départ en retraite etc. dans le respect de la douleur de chacun.

En partenariat avec la Carsat Centre-Val de Loire, la Ligue contre le cancer et d'autres partenaires éventuels, l'Udaf de l'Indre met en place une action de soutien à la valorisation de l'estime de soi. Cette action pérenne de portée départementale est à destination des personnes fragilisées par la maladie ou la vieillesse afin de prévenir l'exclusion sociale. Des interventions de socio-esthétique sont réalisées auprès du public fragilisé au moment où il en a le plus besoin au sein des établissements (centres hospitaliers ou hôpitaux locaux, maisons de retraite, autres établissements de santé, structures d'insertion). Des soins de socio-esthétique sont également réalisés auprès des personnes âgées, en situation de handicap ou malades. La socio-esthétique est également un outil de lutte contre l'exclusion sociale en permettant l'accès aux personnes défavorisées à des soins de bien-être.

Synthèse de la rencontre avec les professionnels et les habitants

Un des principaux constats posés par les élus et professionnels est que l'isolement des personnes malades psychiques est plus important qu'ailleurs, renforcé par la ruralité du territoire. Leurs possibilités d'insertion ou de réinsertion sociale sont réduites dans ce secteur, avec les difficultés liées à la mobilité et une population peu sensibilisée à ces questions. Lorsque les familles des malades ne sont plus présentes ou plus en capacité de leur apporter une aide, ces personnes se retrouvent entièrement seules, avec souvent des problématiques ajoutées, en matière d'addictions notamment.

Professionnel : « J'habite Saint-Marcel, j'en ai dans mon village et je vais aller à leur porte, je vais frapper. Je suis toujours bien reçu etc. mais ce sont des personnes complètement recluses. Si elles n'ont pas de famille, complètement. »

Élu : « Est-ce que, mais je me dis, enfin, je vous dis, j'ai 3 cas c'est quand même l'isolement essentiellement qui les a conduit à ça. »

Professionnel : « Lorsqu'il n'y a plus d'accompagnement, parce que les familles ont vieilli parce que voilà, il n'y a plus d'aidants et que les personnes ne sont pas encore bien autonomes, que fait-on ? Que fait-on à ce moment-là ? Et où il y a des addictions, de nombreuses addictions, que ce soit le tabac, parfois c'est aussi l'alcool, donc c'est une population qui est quand même assez sous le boisseau. Assez cachée, parce qu'elle ne réclamera jamais rien, elle ne défilera jamais, elle ne demandera jamais rien, au contraire, elle s'enfermera dans sa prison intérieure. »

Les professionnels observent une dégradation des situations sur le long terme lié au manque de prise en charge et de suivi régulier. Ce manque de suivi est pour une part la conséquence d'un refus des soins par les usagers eux-mêmes ou leurs familles, d'autre part la conséquence des difficultés d'accès aux ressources professionnelles susceptibles de leur apporter un accompagnement, une aide. Il est en effet particulièrement difficile de convaincre les personnes malades de la nécessité d'une prise en charge, d'autant plus quand elles ont déjà eu des rapports peu satisfaisants avec la psychiatrie ou d'autres professionnels. La prise en charge des soins somatiques des malades psychiques est d'ailleurs également jugée mauvaise. Les personnes elles-mêmes effectuent peu de suivi de leur santé et lorsqu'elles sont amenées à consulter (en médecine de ville ou l'hôpital), leurs troubles psychiques peuvent empêcher ou nuire à leur bonne prise en charge en détournant l'attention des soignants sur les priorités de leur suivi.

Professionnel : « Ce sont les plus mal soignés, les plus mal soignés. D'ailleurs, je vous l'avais dit il y a quelques jours, leur longévité par rapport à la population normale est inférieure de

25 ans (...) L'année dernière, j'en ai eu 3 qui sont décédées dans l'été, maladies cardiovasculaires, l'une sous la douche, l'autre sur autre chose etc. Donc, naturellement, leur suivi, le suivi somatique serait encore plus important à prodiguer pour ces personnes et elles ne sont pas suivies parce que, d'elles mêmes, elles n'iront pas. »

Professionnel : « Il y a 3 jours, une personne va au 15 parce que voilà elle est malade. On vient la chercher en VSL, elle va attendre 7 heures. On va lui donner du Spasfon parce que les maladies psychiques ça passe toujours en dernier ou on les renvoie et on la renvoie à 5h du matin à faire 4 kilomètres à pied mais pas en VSL là. Il faut qu'elle rentre à pied. »

Si les malades rejettent les solutions de prise en charge de leurs pathologies mentales, leur entourage se refuse généralement à leur faire effectuer des soins sans leur consentement, hors cas d'urgence.

Professionnel : « Ils n'y vont pas. Parce qu'ils sont trop, ils ne sont pas... Ils sont pas en état d'accepter et de voir, de discerner le besoin qu'elles ont, ces personnes. Donc elles vont rester à charge, soit des familles, soit elles sont complètement isolées. »

Professionnel : « C'est plus compliqué déjà, vu la pathologie, de requérir le consentement, de faire accepter que la personne, ça ne va pas. Il faut que tu consultes, il faut aller voir un psy, faut aller voir... Donc quand il n'y a pas consentement, il faudra attendre, 7 fois sur 10 ou 8 fois sur 10 et là je ne suis pas du tout dans l'exagération, que ça aille jusqu'au clash. Il faudra attendre ce clash. »

Même lorsque des situations très lourdes à domicile sont identifiées où la personne risque de se mettre en danger et de porter atteinte à son entourage, les professionnels comme le médecin traitant ne recourent que rarement à une hospitalisation sans le consentement de la personne.

Professionnel : « Par exemple, une famille qui voit que son proche ne va pas bien. Elle ne va pas bien, elle essaie de le faire consulter. Et dans les pathologies psychiques, naturellement, pour requérir le consentement et la volonté, c'est pas du tout acquis, c'est même rarement acquis. Donc, ça complexifie énormément la problématique. (...) Une famille qui n'arrive pas au bout d'un mois, un mois qui a appelé qui appelle les gendarmes qui appelle le service, les soins qui fait tout ce qu'elle peut, le généraliste, « Oh bah non, on ne peut rien faire ». Le médecin, personne ne peut rien faire, jusqu'à temps qu'il y ait un événement, ce qu'on appelle un événement grave indésirable mais naturellement préjudiciable aux autres ou à soi-même. »

Professionnel : « Il y a un proche qui peut faire une demande de tiers dans ce cas-là, il faut le médecin. Il faut un médecin, il

SANTÉ MENTALE

faut le tiers et tout ça conduit à l'hospitalisation. Ça mais c'est... Et on démarre d'un clash effectivement parce qu'au quotidien, bon si le médecin voit le patient régulièrement, s'il n'est pas dans une situation plus grave que d'habitude, il ne va pas forcément estimer qu'il faut faire hospitaliser la personne sans consentement. »

Les familles des malades peuvent aussi contribuer à retarder ou empêcher les prises en charge, en souhaitant s'occuper elles-mêmes de leur proche et éviter la honte, la stigmatisation, le rejet social que peut ou pourrait susciter la maladie psychique. Les acteurs relèvent que sur ces sujets les tabous sont encore importants parmi la population, particulièrement dans ces secteurs ruraux où l'interconnaissance est forte.

Professionnel : « Les gens ont tendance à les garder chez eux, surtout ne pas le dire, je dirai pratiquement les cacher et à la limite, la famille, ça fonctionne comme ça. On voit le médecin traitant qui donne un petit quelque chose et puis on le garde surtout chez soi. (...) C'est ça effectivement qui est le plus difficile, c'est d'arriver à déjà à ce que la famille accepte que la personne soit soignée. »

Les barrières sociales et psychologiques ne constituent qu'une des dimensions pénalisant le recours aux soins en santé mentale. Il est également relevé un manque de ressources disponibles à la population, que ce soit pour des raisons de coût, de trop forte demande auprès des professionnels ou d'accessibilité géographique. Ainsi, les antennes du CMP ont des délais de rendez-vous importants, que ce soit pour les enfants ou les adultes. La population peut avoir accès à Argenton à des entretiens avec des infirmiers mais un peu plus difficilement avec la psychologue et les médecins dont les temps de travail sont partagés avec le centre de La Châtre et celui d'un autre secteur psychiatrique. La situation ne devrait pas s'améliorer à l'avenir avec le départ probable en retraite d'un des médecins et la réorganisation du secteur qui doit permettre la réouverture de l'antenne de Valençay à moyens constants.

Professionnel : « Sur nos antennes CMP, c'est vrai qu'il y a beaucoup de gens suivis et on n'a pas non plus des équipes qui permettent d'en prendre beaucoup plus. »

Les suivis des patients sont particulièrement difficiles à organiser de façon suffisamment régulière en ambulatoire, dans un contexte de diminution du nombre d'infirmiers de psychiatrie et de psychiatres. Certains malades psychiques n'ont pas de solution de prise en charge ambulatoire viable. Pour ces personnes, les structures avec hébergement restent la seule réponse, avec une inscription dans une durée qui peut devenir très longue.

Professionnel : « Les cas que l'on n'a pas pu résoudre, parce qu'on n'a rien, on n'a pas de structures suffisamment et bien ils restent à l'hôpital. Je suis en train de m'attaquer à ces dossiers, où il y a des personnes qui sont là depuis 15 ans, voire plus qui restent en hôpital. »

Mais globalement, avec la désinstitutionnalisation de la psychiatrie, les enfants et adultes souffrant de problèmes psychiques sont de moins en moins souvent intégrés et maintenus dans des établissements. Les suivis ambulatoires sont donc plus nombreux de ce fait, sans compter l'augmentation des sollicitations de la population envers les professionnels des CMP pour des troubles parfois moins importants.

L'offre libérale ne permet pas de compenser ces lacunes, qu'ils s'agissent des psychiatres, médecins, psychologues ou autre professionnels. Actuellement, les médecins généralistes ne sont pas formés pour effectuer un véritable suivi psychiatrique. La plupart ne contribue donc qu'aux renouvellements d'ordonnances des patients. D'autres professionnels et bénévoles sont certes plus disponibles et peuvent proposer des accompagnements mais ils ne conviennent qu'à une partie des usagers. La prise en charge par un psychologue ne convient pas aux personnes qui ont des pathologies psychiatriques importantes et n'est pas accessible à tous en raison du non-remboursement par la Sécurité sociale. Il en va de même pour l'offre des médecines douces, de la sophrologie etc.

Professionnel : « Les psychiatres se font rares, ça devient une denrée très très rare, on ne recrute qu'à l'étranger, on recrute sur le volet étranger. »

Professionnel : « Le problème majeur, c'est quand-même la désertification et le fait qu'on n'ait pas assez de médecin, parce qu'effectivement on pourrait organiser, sur les maladies psychiques, on pourrait organiser beaucoup plus de choses si on avait des psychiatres qui organisent des activités, des suivis à domicile, on pas tout ça. »

L'accessibilité géographique à ces ressources est aussi limitée (absence de visites à domicile du CMP sur le secteur, faible présence des professionnels en territoire rural, absence de centre de réhabilitation dans le département...), ce qui peut occasionner un manque de réactivité pour les soins psychiatriques en urgence, une irrégularité du suivi, voire un renoncement aux soins des usagers les plus précaires.

Professionnel : « Nous sommes loin, assez loin de l'hôpital, surtout si on est à Chaillac ou à Saint-Benoît donc une difficulté. (...) Voilà mais c'est aussi la configuration de notre territoire, ce n'est pas forcément les institutions qui sont en cause mais c'est ainsi, c'est compliqué... »

Pour répondre à la problématique de mobilité, l'ouverture de l'antenne du CMP d'Argenton-sur-Creuse constitue une avancée, toutefois insuffisante (il s'agit d'ailleurs non d'une augmentation de l'offre totale mais d'un déplacement de locaux existants au Pêchereau). Une équipe mobile de psychiatrie semble très importante à créer pour répondre aux besoins de certaines populations en particulier, comme celle vivant dans la rue ou celle des Ehpad qui n'est pas prise en charge de façon adaptée dans ces établissements.

SÉCURITÉ MENTALE

Professionnel : « Cela délaissait tout un pan de personnes qui auraient besoin de soins et qui sont, parce qu'elles sont logées aujourd'hui en... Quoi que... Nous avons quand même pas mal de personnes en souffrance psychique dans la rue, hein. Ça aussi, ça existe. Et ça existe aussi chez nous et ça existe aussi dans notre département. »

Pour cette population en Ehpad, l'équipe mobile du centre départemental gériatrique n'a pas assez de moyens pour intervenir efficacement sur l'ensemble du département. L'hôpital de jour pour la géronto-psychiatrie, situé à La Châtre, ne peut répondre rapidement à la demande des établissements qui n'arrivent pas à gérer les troubles des personnes âgées. Ces dernières sont donc prises en charge en urgence à l'hôpital de Châteauroux. Pour limiter ces hospitalisations, des formations pourraient être plus largement financées et ainsi plus souvent réalisées auprès des personnels des Ehpad, pour qu'ils comprennent mieux les réactions des personnes âgées affectées par des troubles psychiatriques et aient plus de moyens pour gérer les situations aigües en interne.

Professionnel : « S'il attend que l'hôpital de La Châtre libère un lit, il va peut-être attendre 8 jours pour avoir de la place, voire plus donc en situation de crise la seule solution c'est que les gens... (...) On aimeraient faire évoluer ça de façon à ce que les personnes âgées puissent trouver une réponse autre qu'en passant par le soin sans-consentement. (...) Et puis c'est en déficit de médecins aussi sur l'hôpital de La Châtre. Donc ça n'aide pas et c'est vrai que autant nous sur le pôle psychiatrie, ça peut à la limite entre guillemet encore être attractif pour des... Parce qu'on est une équipe de psychiatre assez imposante, sur La Châtre, ils sont démunis. »

Une autre réponse à la problématique de mobilité est d'avoir des relais plus importants avec les médecins généralistes et les professionnels qui peuvent accompagner les personnes ayant d'autres problématiques de santé (professionnels accompagnant dans le champ des addictions, de l'aide et du soin à domicile).

Pour pouvoir améliorer la prise en charge des malades psychiques, les professionnels insistent sur les actions possibles en amont pour contribuer à une meilleure acceptation des soins. Continuer le processus de désinstitutionnalisation et développer de nouvelles formes d'accompagnement (cafés-rencontres entre usagers, visites de bénévoles, groupes d'entraide mutuelle, parrainage, accueil familial thérapeutique, ateliers cuisine, ateliers socio-esthétiques, art-thérapie...) facilitera probablement le recours des personnes malades. Certains accompagnements peuvent être proposés mais le plus souvent seulement sur Châteauroux, pour les personnes stabilisées psychiquement, résidant sur l'agglomération ou les usagers les plus mobiles des autres territoires. Les malades psychiques du pays Val de Creuse-Val d'Anglin utilisent assez peu ces dispositifs et leur extension à d'autres secteurs du département implique un soutien public au-delà des bénévoles.

Professionnel : « Moi j'attends beaucoup aussi qu'on désinstitutionnalise parce que l'institution, ça protège, c'est vrai ça a une fonction de protection mais ça a aussi une protection d'appréhension. »

Professionnel : « (le parrainage) On le faisait pour les personnes âgées, on commence à le faire avec des personnes en situation de handicap. Voilà, ça, ça fonctionne bien et pour certaines personnes, certains patients, certains malades, c'est des choses qui apportent un plus aussi sur, voilà, sur l'ouverture et rompre un peu cet isolement, parfois qui peut exister. (...) C'est en réflexion parce que c'est aussi compliqué en termes de moyens, c'est toujours pareil. Mais bon voilà. Ça c'est des choses en tout cas que nous on a repérée et on pense qu'il y a quand même pas mal de choses qui peuvent être développées encore mais il faudrait, oui il faudrait des bénévoles et puis des moyens de toute façon, c'est clair, voilà, matériel humain quoi. »

Professionnel : « C'est pas à l'accueillant familial aujourd'hui qui lui, n'est pas formé pour accueillir des personnes psychiquement dépendantes, elle n'est pas formée pour ça, de faire le travail de quelqu'un en accueil thérapeutique. (...) Pour des personnes qu'on essaie de mettre en accueil familial à caractère social, ça marche pas quoi ! Ça marche pas, ou on arrive à une accueillante qui s'essouffle qui en a marre, elle est pas faite pour ça, elle est pas formée pour ça ! »

Parallèlement, il est essentiel d'améliorer l'image des institutions et la tolérance de la population générale vis-à-vis de la maladie psychique afin qu'elle puisse intégrer et réintégrer ces malades dans une vie sociale ordinaire.

Professionnel : « Nous avons besoin en somme par un café-rencontre, j'en ai fait à La Châtre, j'en ai fait un au mois de novembre, nous avons fait, enfin l'Unafam l'a fait au mois de novembre et là sont venues des personnes qui ne seraient pas allées voir ni le psy, ni rien. Et notamment, j'ai pu renseigner les familles, j'ai pu renseigner des patients, des patients qui avaient décroché ou qui avaient etc. qui ne voulaient plus prendre des médicaments et tout et bien sûr que j'essaie moi de remettre dans le circuit. »

Professionnel : « Ils ont besoin aussi de revenir un peu dans la société, dans le collectif, après des périodes qui sont parfois assez longues de crise ou d'hospitalisation et ça c'est vrai que c'est un peu difficile. Nous on le voit. On sait pas trop quoi mettre en place parce que c'est aussi compliqué d'aller sur les territoires. (...) Des fois, on est appelé, il y a des gens qui auraient envie de venir à des ateliers sur Châteauroux mais voilà qui peuvent pas se déplacer (...) »

Pour faciliter la participation et réduire les réticences des usagers, le regard sur la maladie doit évoluer, y compris dans les territoires ruraux où ils vivent actuellement en ayant peu de contact avec le reste de la population. C'est une intégration globale aux activités sociales qu'il faut viser pour éviter l'exclusion et la marginalisation de cette population.

Professionnel : « J'ajouterais aussi informer le grand public,

SANTÉ MENTALE

c'est le grand public qui nous donnera en somme, l'accès et beaucoup de résolutions dans les difficultés qui se nouent actuellement. Et c'est, si on a plus peur, si on ne craint plus, si on arrive à dépasser cette soi-disant, entre guillemet, honte qui n'est pas une honte mais qui est simplement parce que la société a stigmatisé, le mal-être psychologique. »

Professionnel : « On a un défi... Je pense, enfin je crois que dans les campagnes, le terme psy doit faire peur encore et que, alors après il y a tout l'entourage, les voisins etc. ça c'est une influence considérable aussi. »

Cette intégration pourra mieux s'effectuer si une plus grande diversité de solutions est donnée. Parmi d'autres, un accueil thérapeutique pourrait être financé comme dans le département voisin du Cher, pour faciliter la transition entre la prise en charge en établissement et le retour à un domicile. Actuellement le retour auprès de la famille ou d'une famille d'accueil non formée ne permet pas de prendre en charge ces personnes convenablement.

Professionnel : « Après une hospitalisation sous contrainte qui est parfois difficile qui va créer des traumatismes qui c'est indemne de faire 4 mois au pavillon A, d'avoir, d'être resté 3 semaines, voire plus en chambre d'isolement, ça ne laisse pas indemne. (...) Mais il y aurait cette famille d'accueil qui est formée, parce qu'il faut une expertise. (...) Imaginez, après les situations conflictuelles avec le père, la mère, le frère ou les sœurs etc. C'est compliqué à gérer. »

Professionnel : « Aujourd'hui, vous sortez de l'hôpital psychiatrique et vous les faites sortir, on prend le train, on fait n'importe quoi, on ne sait pas si y a un logement, on sait rien. Et en période de transition ça serait très utile d'avoir un accueil thérapeutique. »

Prévention

En matière de santé mentale, les établissements scolaires investissent assez largement cette dimension en prévention, en développant une approche positive par le bien-être et le développement des compétences psychosociales. Ce travail est réalisé, dans les lycées à travers notamment l'appel à projets du Conseil régional « bien dans son corps, bien dans sa tête » mais aussi au collège et prochainement dans les écoles, avec des séances d'initiation à la sophrologie, la méditation. Certains établissements, de façon volontaire, s'impliquent dans les semaines d'information en santé mentale. Les professionnels des établissements peuvent s'appuyer sur les compétences d'une infirmière du rectorat qui peut les former sur ces thématiques.

Les formations au repérage et à la gestion de la crise suicidaire sont organisées depuis 2003 et s'adressent à tous professionnels ou bénévoles. Malgré une existence de longue date sur le département, peu de professionnels directement issus du territoire ont bénéficié de ces formations, essentiellement du fait de l'éloignement des lieux de formation et du peu d'événements organisés pour les personnes intéressées par cette thématique en dehors de Châteauroux.

Professionnel : « C'est pour ça qu'on a décidé de délocaliser là ces deux soirées ciné-débat sur deux territoires qui nécessitent aussi qu'on en parle parce que c'est vrai qu'on parle beaucoup de territoires ruraux et d'isolement de la population. Et donc du coup, cette année, mais je pense que ça commence doucement à rentrer dans les mœurs de ce comité de pilotage de prévention du suicide que les choses doivent se faire aussi sur les territoires... »

Mortalité par cancers

Sur la période 2005-2013, le cancer est la première cause de décès à l'échelle nationale et régionale (28,3 % en France hexagonale et 28,6 % en région Centre-Val de Loire). Dans le département et dans le pays Val de Creuse-Val d'Anglin, il correspond à la deuxième cause de mortalité après les maladies cardiovasculaires avec respectivement 26,7 % et 24,5 % des décès. Dans le pays, cela représente en moyenne 93 décès par an. À structure d'âge égale, le nombre de décès par cancer sur le territoire étudié est de 244,0 décès pour 100 000 habitants, soit un taux comparable à ceux observés dans l'Indre (245,0), en Centre-Val de Loire (237,6) et en France hexagonale (230,5). Chez les femmes et chez les hommes, les taux sont également comparables entre le pays Val de Creuse-Val d'Anglin et les différents échelons géographiques.

Les cancers des voies respiratoires (trachée, bronches, poumons) sont la première cause de décès par cancer sur le territoire avec une moyenne de 16 décès par an, représentant 16,9 % de la mortalité par tumeur maligne et 4,1 % du total des décès. Après standardisation par âge, cela représente 51,9 décès pour 100 000 habitants, ce qui est statistiquement supérieur au taux observé au niveau de la région Centre-Val de Loire (44,3) et comparable aux taux observés sur le département de l'Indre (49,9) et en France hexagonale (50,1).

Les tumeurs colorectales représentent la seconde catégorie de cancer la plus meurrière sur le territoire avec en moyenne 13 décès par an, sur la période 2005-2013. Ils représentent 3,3 % de la mortalité globale et 13,5 % des cas de décès par cancers. À structure d'âge égale, cela représente 29,6 décès pour 100 000 habitants, soit un taux similaire aux niveaux départemental (28,2), régional (26,8) et national (25,4).

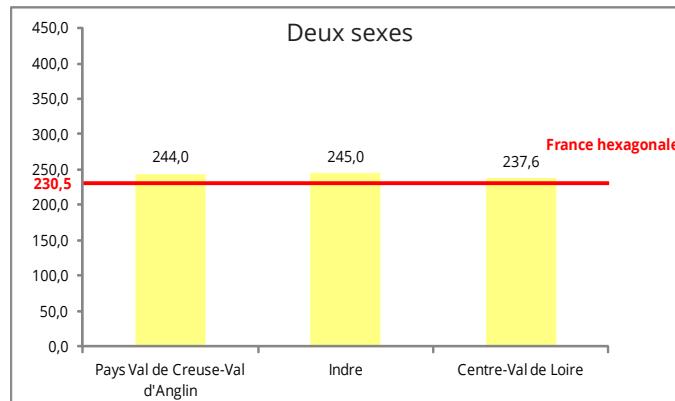
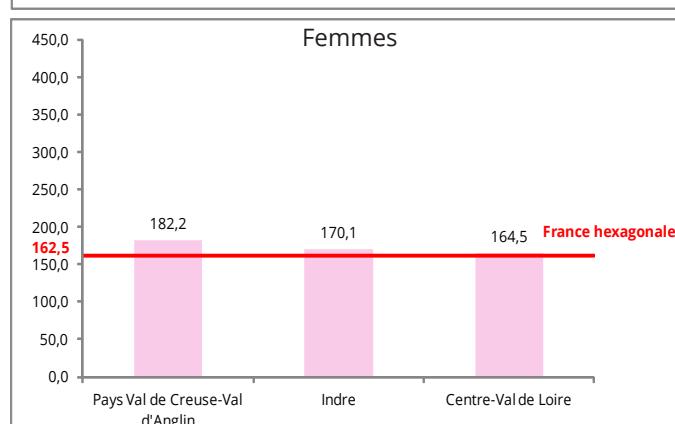
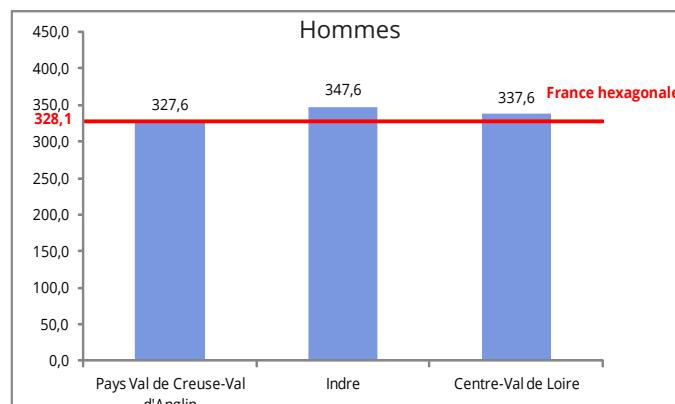
Le cancer du sein constitue la première cause de mortalité par néoplasie chez les femmes du territoire avant les cancers colorectaux. Leur part équivaut à 2,9 % des décès féminins et à 14,2 % des cancers mortels chez la femme. Entre 2005 et 2013, 6 femmes par an en moyenne en sont décédées, ce qui correspond, après standardisation, à 29,3 décès pour 100 000 femmes. Ce taux est comparable à ceux observés aux niveaux du département (30,6), de la région (32,0) et de la France hexagonale (30,9).

Les néoplasies prostatiques sont la troisième cause de mortalité par cancer chez les hommes (après les cancers des voies respiratoires puis du cancer colorectal) au sein du pays Val de Creuse-Val d'Anglin. Elles sont responsables de 5 décès annuels en moyenne sur la période considérée. Rapporté à la population de référence, cela correspond à 31,3 décès pour 100 000 hommes, ce qui est comparable au

taux retrouvé au niveau de la France hexagonale (36,6) mais statistiquement inférieur aux niveaux départemental (44,3) et régional (42,4).

S'agissant de la mortalité prématuée par cancers, le taux sur le territoire (92,2) est comparable à ceux observés au niveau du département et de la région (86,8 pour 100 000 habitants dans l'Indre et 82,2 en région) mais statistiquement supérieur au taux retrouvé en France hexagonale (78,7 pour 100 000 habitants).

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR CANCERS (2005-2013)



SOURCES : INSERM CÉPIDC, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

Admissions en affection de longue durée (ALD)

Entre 2006 et 2014, 13 462 nouvelles admissions en ALD par an pour tumeurs malignes ont en moyenne été recensées en région Centre-Val de Loire. Au total, en 2014, 96 500 résidents de la région sont pris en charge au titre d'une ALD cancer. Au sein du territoire, cela représente, en moyenne, 171 nouvelles admissions par cancers par an (94 pour les hommes et 77 pour les femmes), soit 22,8 % du total des nouvelles ALD. Au total, en 2014, 1 351 personnes du pays sont prises en charge en ALD. Après standardisation sur l'âge, le taux de nouvelles admissions en ALD pour cancer est de 510,0 pour 100 000 habitants dans le pays Val de Creuse-Val d'Anglin. Ce taux est comparable aux taux retrouvés aux niveaux du département (507,3), de la région (495,2) et de la France hexagonale (497,0).

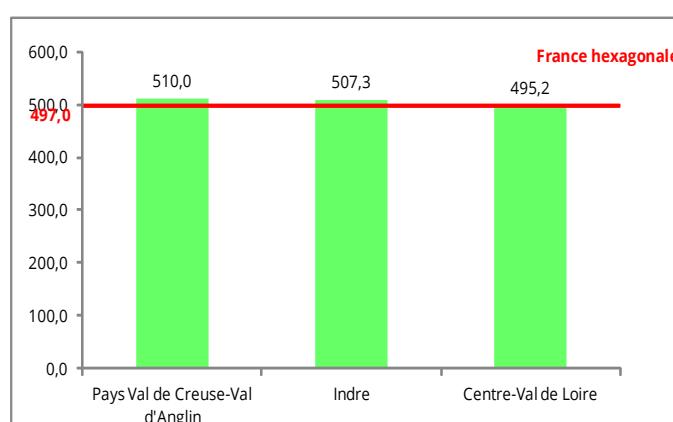
Le cancer de la prostate est le principal motif d'admission en ALD pour cancer chez les hommes, avec 30 nouvelles inscriptions en ALD par an en moyenne et sur la période 2006-2014. Le taux standardisé de nouvelles admissions en ALD pour cancer de la prostate sur le territoire (188,4 nouvelles admissions pour 100 000 hommes), est comparable à ceux observés dans l'Indre (188,9), la région Centre-Val de Loire (168,3) et au niveau national (169,3).

Avec en moyenne 26 nouvelles admissions par an, le cancer du sein occupe le premier rang en termes d'admissions ALD pour cancer chez les femmes sur le pays Val de Creuse-Val d'Anglin. Le taux comparatif pour ce territoire est de 157,1 nouvelles admissions en ALD cancer du sein pour 100 000 femmes, soit un taux comparable à ceux du département (155,3), de la région (175,6) et du territoire national (174,2).

Le cancer colorectal est le troisième motif d'admission pour cancer dans le pays après le cancer de la prostate et le cancer du sein. Il représente 21 nouvelles admissions en ALD en moyenne par année sur le territoire. Cela représente, après standardisation, un taux de 57,7 pour 100 000 habitants, soit un taux comparable à ceux retrouvés au niveau du département de l'Indre (59,4), de la région (52,3) et de la France hexagonale (52,0).

Le cancer de la trachée, des bronches et du poumon a été responsable de 11 nouvelles admissions en ALD en moyenne par an. Après standardisation par âge, cela représente 36,1 nouvelles admissions en ALD pour 100 000 habitants, taux comparable à ceux du département (37,4), de la région (39,3) et de la France hexagonale (41,5).

TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR CANCERS [2006-2014]



SOURCES : CNAMTS, CCMSA, RSI, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

Patients hospitalisés

Entre 2013 et 2015, 196 615 patients de la région ont été hospitalisés en moyenne par an pour une tumeur maligne. Au sein du département et du pays Val de Creuse-Val d'Anglin, on dénombre respectivement 19 997 et 2 451 patients hospitalisés en moyenne par an. Cela représente, après standardisation par l'âge, un taux comparatif de 7 375,6 patients hospitalisés pour 100 000 habitants pour le pays Val de Creuse-Val d'Anglin, soit un taux significativement supérieur à celui retrouvé dans l'Indre et en région (respectivement 6 870,6 et 6 803,8 pour 100 000) et inférieur au niveau national (7 921,2).

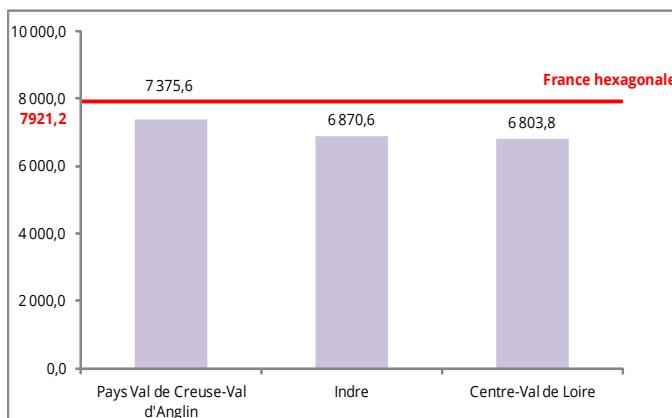
Les hospitalisations pour cancer du sein ont concerné 659 patientes hospitalisées pour cette cause par an sur le pays Val de Creuse-Val d'Anglin. Le taux standardisé de recours à l'hospitalisation du territoire est significativement supérieur aux taux départemental, régional et national (4 365,8 pour 100 000 habitantes du pays Val de Creuse-Val d'Anglin contre 3 646,4 dans l'Indre, 3 411,2 en Centre-Val de Loire et 3 532,9 en France hexagonale).

Les hospitalisations pour cancer de la prostate représentent en moyenne 137 patients hospitalisés sur la période, sur le territoire. Le taux de recours à l'hospitalisation est comparable aux niveaux départemental et régional (740,7 pour 100 000 hommes du pays Val de Creuse-Val d'Anglin, 681,7 pour l'Indre et 779,6 pour la région Centre-Val de Loire) mais est significativement inférieur au taux national (983,2 pour 100 000 hommes).

Le cancer du côlon-rectum représente en moyenne 343 patients du pays Val de Creuse-Val d'Anglin hospitalisés entre 2013 et 2015. Le taux standardisé du territoire est significativement supérieur à ceux des territoires de référence (964,9 patients hospitalisés sur le pays pour cette cause pour 100 000 habitants contre 855,5 dans l'Indre, 737,9 en Centre-Val de Loire et 724,4 en France hexagonale).

Le cancer du poumon, quant à lui, compte en moyenne 222 patients du pays Val de Creuse-Val d'Anglin hospitalisés par an pour cette cause. Le taux standardisé des habitants du territoire pour cancer du poumon n'est significativement pas différent de ceux des territoires de référence (663,5 patients hospitalisés sur le pays Val de Creuse-Val d'Anglin pour cette cause pour 100 000 habitants contre 618,8 dans l'Indre, 641,3 en Centre-Val de Loire et 688,5 en France hexagonale).

TAUX COMPARATIF DE PATIENTS HOSPITALISÉS POUR TUMEURS MALIGNES* (2013-2015)



SOURCES : ATIH [PMSI 2013-2015], INSEE [2014]

EXPLOITATION : DRS CENTRE-VAL DE LOIRE

POPULATION DE RÉFÉRENCE : FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)

TAUX POUR 100 000 HABITANTS

*HORS RADIOTHÉRAPIE AMBULATOIRE

INFORMATIONS SUR LE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN ET DU CANCER COLORECTAL

Recours au dépistage organisé

Le dépistage organisé du cancer du sein est généralisé sur l'ensemble du territoire français depuis 2004. Il concerne toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans. Tous les deux ans, elles sont invitées à effectuer une mammographie avec double lecture et examen clinique des seins, à la recherche d'éléments en faveur d'un processus tumoral.

Au cours de la période 2012-2013, 2 153 femmes du pays Val de Creuse-Val d'Anglin âgées de 50 à 74 ans ont participé au dépistage organisé du cancer du sein, soit un taux de participation de 51,7 %. Le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein sur le territoire est inférieur à ceux de l'Indre (55,6 %) et de la région Centre-Val de Loire (63,0 %). À l'échelle des communautés de communes, il varie de 44,6 % sur la CC Marche Occitane-Val d'Anglin, à 53,4 % sur celle d'Éguzon-Argenton-Vallée de la Creuse.

Le dépistage organisé du cancer colorectal est destiné aux personnes âgées de 50 à 74 ans, invitées tous les deux ans à réaliser un test de présence de sang dans les selles (test immunologique depuis le printemps 2015, test Hemoccult auparavant). Au cours de la période 2012-2013, 2 217 habitants du pays y ont participé équivalent à un taux de participation de 27,2 %. Le taux est inférieur à ceux observés dans le département (27,5 %) et en région Centre-Val de Loire (32,8 %). À l'échelle des CC, il varie de 23,7 % sur la CC Marche Occitane-Val d'Anglin à 28,1 % sur celle d'Éguzon-Argenton-Vallée de la Creuse.

TAUX DE PARTICIPATION AU DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN ET DU CANCER COLORECTAL [2012-2013]

	Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein (%)	Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal (%)
CC Éguzon-Argenton-Vallée de la Creuse	53,4	28,1
CC Marche Occitane-Val d'Anglin*	44,6	23,7
Pays Val de Creuse-Val d'Anglin	51,7	27,2
Indre	55,6	27,5
Centre-Val de Loire	63,0	32,8

SOURCE : ARS CENTRE-VAL DE LOIRE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
*HORS COMMUNES COUVERTES PAR LE CLS PNR BRENNNE

Maladies cardiovasculaires

Chiffres clés

Maladies cardiovasculaires et appareil circulatoire

Définition et données

Mortalité par maladies cardiovasculaires

Le pourcentage de décès liés à une pathologie cardiovasculaire sur le pays Val de Creuse-Val d'Anglin (30,2 %) est supérieur à celui de l'Indre (29,3 %), de la région (27,0 %) et du niveau national (26,8 %). Cela représente en moyenne 115 décès annuels sur la période 2005-2013 sur le territoire d'étude. Après standardisation des variations liées à l'âge, le taux comparatif de mortalité équivaut à 246,1 décès pour 100 000 habitants. Ce chiffre est comparable au taux obtenu pour l'Indre (240,4) mais est statistiquement supérieur à ceux observés au niveau de la région (208,2) et de la France hexagonale (211,6).

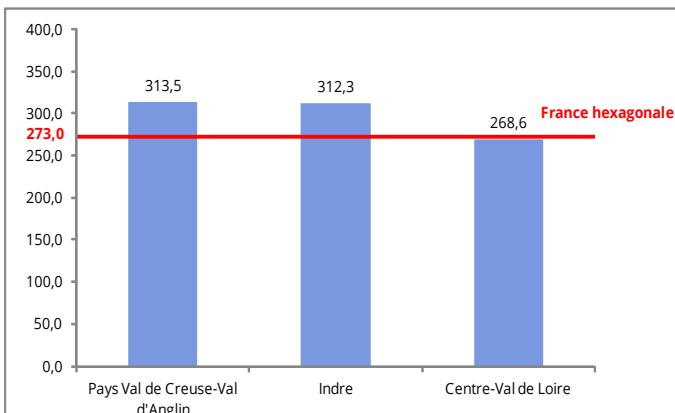
Les cardiopathies ischémiques et les maladies neurovasculaires représentent une grande partie des décès liés aux pathologies du système circulatoire (51,0 % de l'ensemble des décès par pathologie de l'appareil circulatoire). Au cours de la période 2005-2013, les cardiopathies ischémiques représentent en moyenne 30 décès par an sur le territoire (16 pour les hommes et 14 pour les femmes). Pour cette cause de décès, le taux observé est de 66,4 décès pour 100 000 habitants, taux comparable à celui observé au niveau départemental (63,9), mais significativement supérieur aux niveaux régional (54,6) et national (54,3).

Les maladies neurovasculaires représentent en moyenne 29 décès annuels sur le pays Val de Creuse-Val d'Anglin (16 femmes et 13 hommes). Le taux observé sur le territoire (61,6 décès pour 100 000 habitants) est comparable à celui du département (56,4 décès pour 100 000 habitants) mais est significativement plus élevé qu'au niveau de la région (47,4) et de la France hexagonale (47,5).

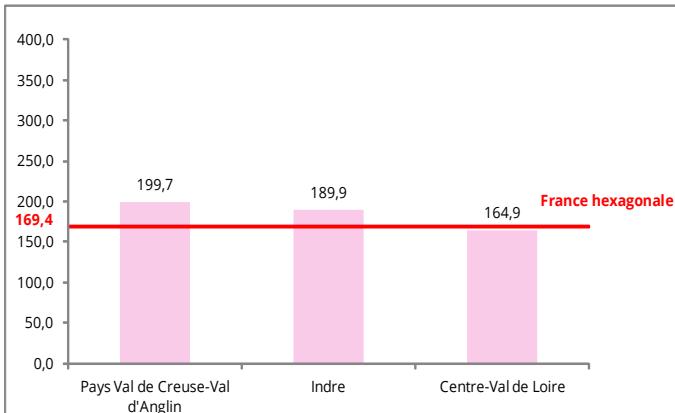
S'agissant de la mortalité prématurée par maladies de l'appareil circulatoire, le taux comparatif de mortalité sur le territoire est de 31,1 décès pour 100 000 habitants, ce qui est comparable aux taux retrouvés au niveau de l'Indre (31,5), de la région Centre-Val de Loire (25,1) et de la France hexagonale (25,2).

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE (2005-2013)

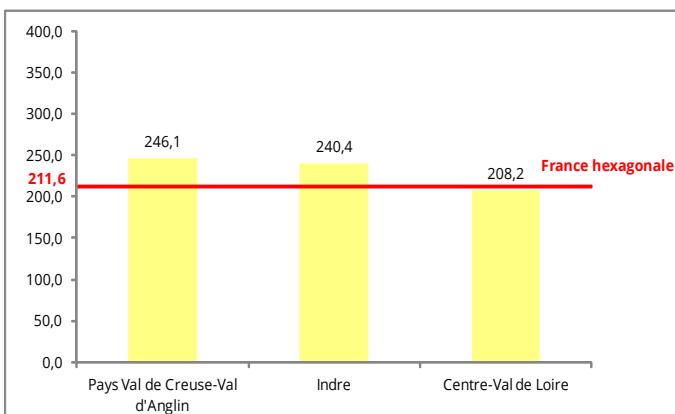
Hommes



Femmes



Deux sexes



SOURCES : INSERM CEPIDC, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE [RP 2006]
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

Maladies cardiovasculaires

Admissions en affection de longue durée (ALD)

Chiffres clés

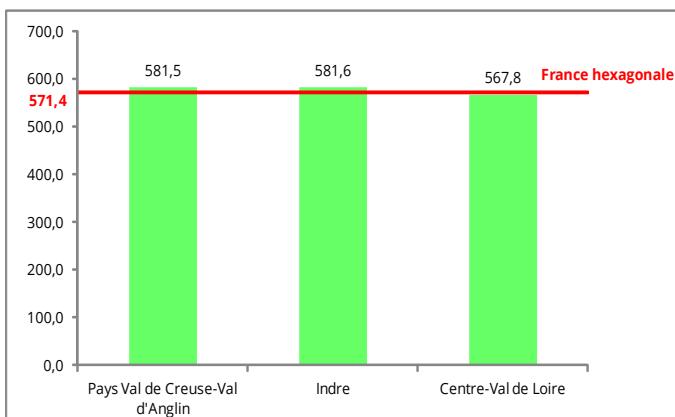
Admissions en affection de longue durée (ALD)

En 2014, 2 093 résidents du pays Val de Creuse-Val d'Anglin sont en ALD pour des maladies cardiovasculaires. Au cours de la période 2006-2014, 15 928 nouvelles admissions annuelles en ALD ont été recensées en moyenne pour maladies cardiovasculaires sur la région Centre-Val de Loire. Au sein du pays Val de Creuse-Val d'Anglin, elles représentent 212 nouvelles admissions en ALD pour ces pathologies, en moyenne, par an (121 pour les hommes et 91 pour les femmes).

Sur le territoire, le taux standardisé des nouvelles admissions en ALD pour ces pathologies est de 581,5 admissions en ALD pour 100 000 habitants, soit un taux comparable à ceux observés au niveau du département (581,6), de la région (567,8) et de la France hexagonale (571,4). Aucune différence significative n'est retrouvée ni chez les hommes ni chez les femmes.

L'indicateur présenté ici prend en compte 4 Codes de la liste des 30 ALD (1 : accident vasculaire cérébral invalidant, 3 : artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques, 5 : insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves, 13 : maladies coronaires). À noter que depuis 2011, l'hypertension artérielle a été supprimée de la liste des ALD 30.

TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR MALADIES CARDIOVASCULAIRES (2006-2014)



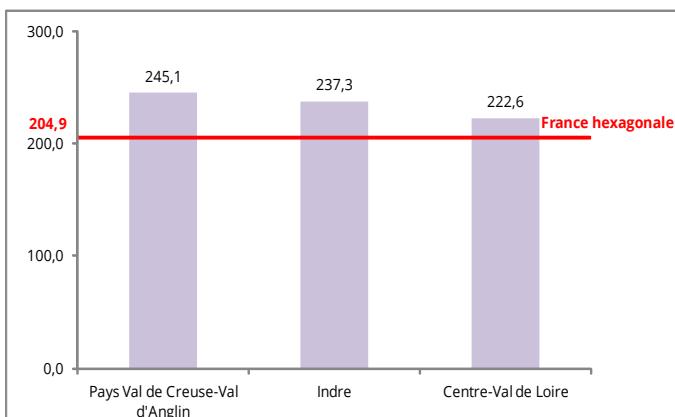
SOURCE : CNAMTS, CCMSC, RSI, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Patients hospitalisés

Au cours de la période 2013-2015, 90 patients, en moyenne et par an, ont été hospitalisés pour cardiopathie ischémique au sein de la population du pays Val de Creuse-Val d'Anglin, 745 dans l'Indre, 6 714 en région et 142 513 en France hexagonale.

Cela représente, après standardisation sur l'âge, un taux de 245,1 patients hospitalisés pour 100 000 habitants au sein du territoire d'étude, soit un taux significativement supérieur à celui du niveau national (204,9/100 000). En revanche, aucune différence significative n'est relevée avec l'Indre (237,3) et le Centre-Val de Loire (222,6).

TAUX COMPARATIF DE PATIENTS HOSPITALISÉS POUR CARDIOPATHIE ISCHÉMIQUE (2013-2015)



SOURCES : PMSI, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
POPULATION DE RÉFÉRENCE : FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

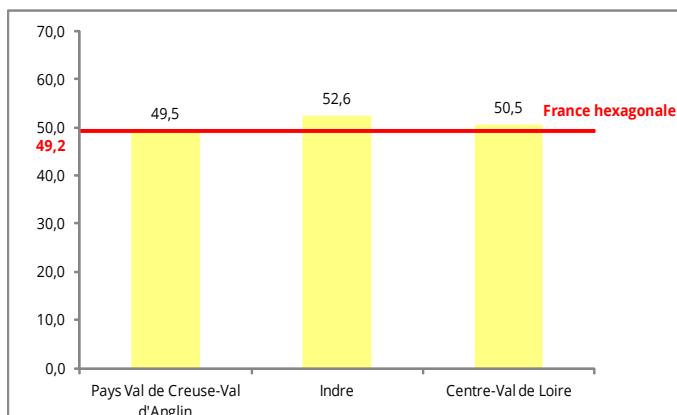
INFORMATIONS SOCIALES CHIFFRES CLÉS DIABÈTE

Mortalité par diabète

Le diabète et ses complications ont été en moyenne responsables de 21 décès annuels sur le territoire (dont 52 % de femmes) au cours de la période 2005-2013 (182 dans l'Indre et 1 553 en région Centre-Val de Loire).

Après standardisation, le taux comparatif de mortalité par diabète est de 49,5 pour 100 000 habitants, soit un taux comparable à ceux retrouvés sur le département (52,6), la région (50,5) et la France hexagonale (49,2).

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR DIABÈTE* (2005-2013)



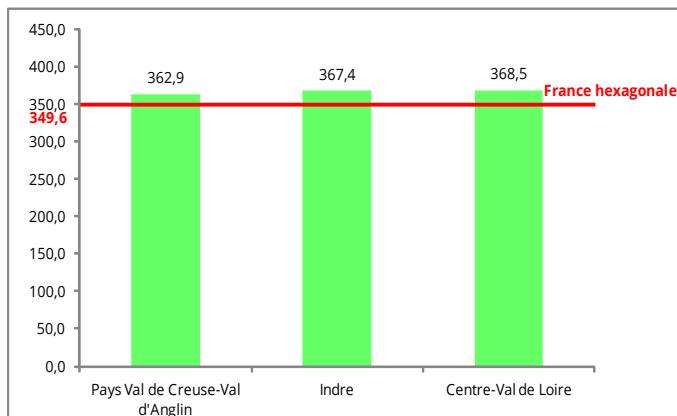
*CAUSES INITIALES, ASSOCIÉES ET COMORBIDITÉ DE DÉCÈS
SOURCES : INSERM CEPIDC, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

Admissions en affection de longue durée (ALD)

Au total en 2014, près de 1 500 résidents du pays Val de Creuse-Val d'Anglin sont pris en charge pour un diabète (153 de type 1 et 1 349 de type 2).

Au cours de la période 2006-2014, le diabète est responsable de 115 nouvelles admissions en ALD par an sur le territoire (10 de type 1 et 105 de type 2). Après standardisation, cela représente 362,9 nouveaux individus pris en charge en ALD diabète pour 100 000 habitants, soit un taux comparable à ceux du département (367,4), de la région (368,5) et de l'Hexagone (349,6). Chez les hommes, le taux de nouvelles admissions en ALD diabète est de 438,9/100 000 alors qu'il est de 295,5 chez les femmes.

TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR DIABÈTE DE TYPE 1 ET 2 [2006-2014]



SOURCES : CNAMTS, CCMSA, RSI, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

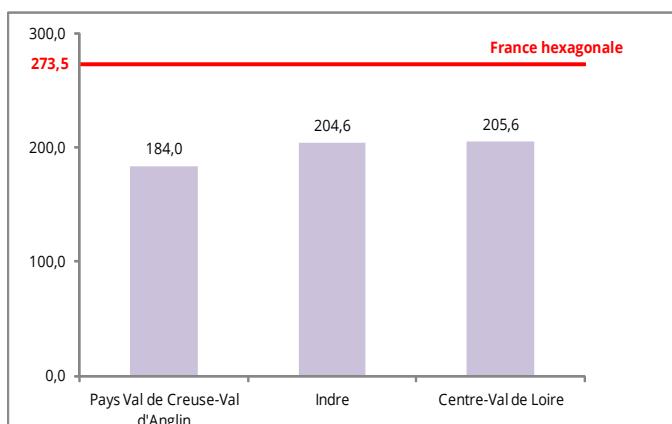
ENTRE 2013 ET 2015 57 PATIENTS ONT ÉTÉ HOSPITALISÉS POUR UN DIABÈTÉ

Patients hospitalisés

Entre 2013 et 2015, 57 patients du pays Val de Creuse-Val d'Anglin ont été hospitalisés en moyenne et par an pour un diabète (565 dans l'Indre, 5 776 en Centre-Val de Loire et 183 235 en France hexagonale).

Après standardisation par classes d'âge, le taux est comparable à ceux du département et de la région (184,0 pour 100 000 habitants du pays Val de Creuse-Val d'Anglin, 204,6 pour l'Indre et 205,6 pour la région) mais significativement inférieur au niveau national (273,5).

TAUX COMPARATIF DE PATIENTS HOSPITALISÉS POUR DIABÈTÉ (2013-2015)



SOURCES : PMSI, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
POPULATION DE RÉFÉRENCE : FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

Maladies de l'appareil respiratoire

Maladies de l'appareil respiratoire

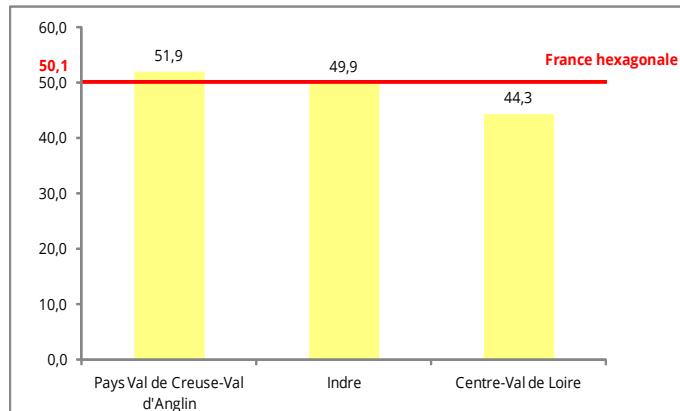
Maladie de l'appareil respiratoire

Mortalité par maladies de l'appareil respiratoire

Les maladies de l'appareil respiratoire (pneumonie, grippe, insuffisance respiratoire, asthme, bronchite chronique, cancers des voies respiratoires exclus) représentent une importante cause de décès à l'échelle du territoire. Ces pathologies équivalent localement à 24 décès annuels en moyenne sur la période 2005-2013, soit 6,4 % de l'ensemble des décès.

Le taux standardisé de mortalité relevé sur le pays Val de Creuse-Val d'Anglin (51,9) est comparable à ceux observés sur l'Indre (49,9) et la France hexagonale (50,1) mais statistiquement supérieur au taux retrouvé sur la région Centre-Val de Loire (44,3).

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE (2005-2013)



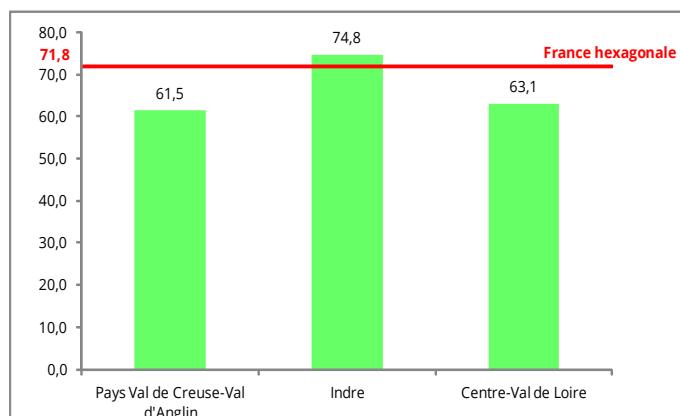
SOURCES : INSERM CÉPIDC, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE [RP 2006]
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

Admissions en affection de longue durée (ALD)

Entre 2006 et 2014, 20 nouvelles admissions ont été enregistrées, en moyenne, pour insuffisance respiratoire chronique dans le pays Val de Creuse-Val d'Anglin. Au total, cela représente, en 2014, 213 résidents du pays Val de Creuse-Val d'Anglin pris en charge chaque année en ALD pour insuffisance respiratoire chronique grave.

Après standardisation, le taux de nouvelles admissions en ALD pour ces pathologies sur le territoire est de 61,5 pour 100 000 habitants, soit un taux comparable aux niveaux régional (63,1) mais inférieur aux taux départemental (74,8) et national (71,8).

TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE GRAVE (2006-2014)



SOURCES : CNAMTS, CCMSC, RSI, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE [RP 2006]
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

PHYSIOPATHOLOGIES CHRONIQUES CHRONIQUES CHRONIQUES

PHYSIOPATHOLOGIES CHRONIQUES CHRONIQUES CHRONIQUES

PHYSIOPATHOLOGIES CHRONIQUES CHRONIQUES CHRONIQUES

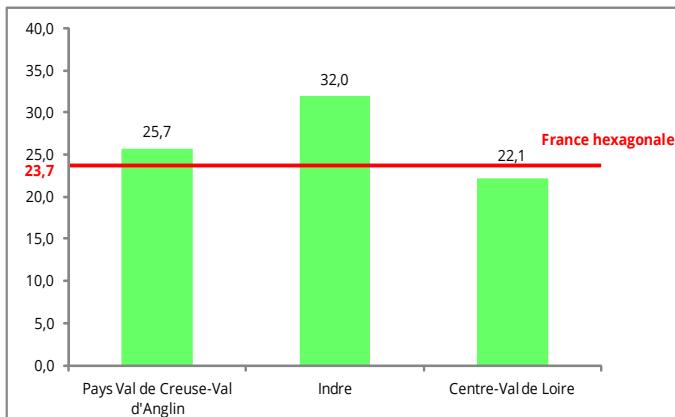
Asthme et broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)

La BPCO est une pathologie respiratoire chronique très majoritairement due à la consommation tabagique mais aussi à l'exposition professionnelle ou à la pollution atmosphérique. Elle entraîne progressivement une insuffisance respiratoire chronique allant jusqu'à la nécessité de l'oxygénothérapie à domicile et les aggravations aigues l'accompagnant représentent une cause importante d'hospitalisation et de décès.

En 2014, 41 habitants du pays Val de Creuse-Val d'Anglin sont en ALD pour une BPCO. En termes d'incidence, cela représente au cours de la période 2006-2014, 6 nouvelles admissions en ALD pour BPCO en moyenne par an sur le territoire.

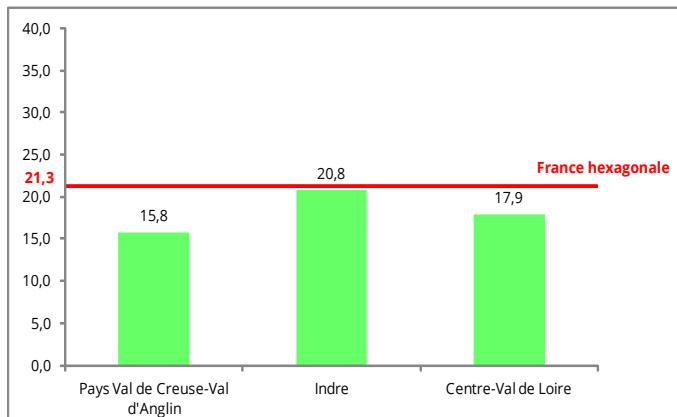
En éliminant les effets de l'âge, le taux de nouvelles admissions en ALD pour BPCO du territoire est 15,8 pour 100 000 habitants, soit un taux comparable à celui de la région (17,9) mais significativement inférieur à ceux retrouvés dans le département (20,8) et en France hexagonale (21,3). Chez les hommes, le taux est uniquement inférieur au taux départemental. Chez les femmes, le taux est comparable à ceux des zones géographiques de référence.

TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR ASTHME [2006-2014]



SOURCES : CNAMTS, CCMSSA, RSI, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR BPCO [2006-2014]



SOURCES : CNAMTS, CCMSSA, RSI, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

PHYSIOPATHOLOGIES CHRONIQUES DES MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

Patients hospitalisés

Entre 2013 et 2015, 1 775 patients hospitalisés pour de l'asthme ont été recensés chaque année dans la région. Dans l'Indre, cela représente 110 personnes hospitalisées par an et 12 dans le pays Val de Creuse-Val d'Anglin.

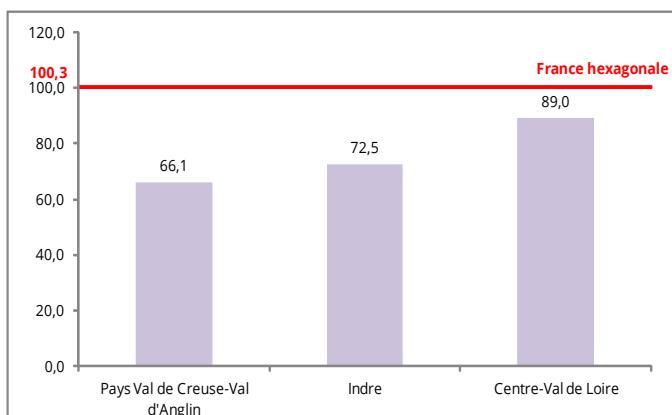
À structure d'âge comparable, le taux est de 55,9 personnes hospitalisées pour 100 000 habitants du territoire d'étude, taux statistiquement inférieur à celui de la France hexagonale (78,8) mais comparable à ceux de l'Indre (52,9) et du Centre-Val de Loire (69,9).

TAUX COMPARATIF DE PATIENTS HOSPITALISÉS POUR ASTHME (2013-2015)



SOURCES : PMSI, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

TAUX COMPARATIF DE PATIENTS HOSPITALISÉS POUR BPCO (2013-2015)



SOURCES : PMSI, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

Entre 2013 et 2015, 2 827 patients hospitalisés pour BPCO ont été recensés chaque année dans la région. Dans l'Indre, cela représente 244 personnes hospitalisées par an dont 27 dans le pays Val de Creuse-Val d'Anglin.

À structure d'âge comparable, le taux comparatif est de 66,1 personnes hospitalisées pour 100 000 habitants du territoire d'études, taux statistiquement inférieur à ceux de la région (89,0) et de la France hexagonale (100,3) mais comparable à celui de l'Indre (72,5).

Ressources disponibles sur le territoire

Le **CodesPA 36 (Comité départemental de soins palliatifs de l'Indre)** est une structure ouverte à toute personne morale ou physique, désireuse de contribuer à la promotion des soins palliatifs dans le département. Son action vient en complémentarité et en soutien des structures de soins palliatifs du département. À ce titre, il mène plusieurs actions sur le territoire départemental. Il accompagne les Ehpad dans la prise en charge des soins palliatifs à travers une cellule d'évaluation composée d'un médecin, d'un cadre de santé ou d'une infirmière avec DU de soins palliatifs et d'un membre de direction se déplaçant au sein de l'Ehpad demandeur. Une fois par an, il forme le personnel des Ehpad à la prise en charge palliative (au sein d'un Ehpad avec la présence de 24 personnels de différents Ehpad). Le Codespa porte également la commission des soins palliatifs gérontologiques. Organisées 4 fois par ans, ces réunions sont un lieu de rencontre et d'échange entre professionnels des Ehpad. Elles permettent de confronter les expériences des différentes structures en matière de soins palliatifs. Le Codespa gère également une commission « Handicap et fin de vie ». Sur le même rythme que la commission gérontologique, les réunions ont lieu 4 fois par an et sont à destination des professionnels des établissements pour adultes en situation de handicap. Une fois par an, une formation à destination de ces derniers est organisée afin de les former à la prise en charge palliative (20 personnes formées par an).

L'équipe d'appui départementale en soins palliatifs de l'Indre (EADSP 36) développe la démarche palliative au sein du département de l'Indre, en accompagnant les malades en phase avancée ou terminale de leur maladie, leurs proches et les soignants, à domicile ou en institution. Ainsi, il accompagne les malades en soins palliatifs (sur le plan physique, psychologique, social et spirituel), soutient les proches, y compris après le décès et apporte soutien, conseil et formation aux soignants et aides à domicile.

L'EADSP 36 est rattachée au pôle d'activités transversales du centre hospitalier de Châteauroux. C'est une des équipes opérationnelles du réseau de soins palliatifs en région Centre. Il a pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients en soins palliatifs et de développer la démarche palliative auprès des soignants en réalisant des évaluations auprès des malades, des rencontres de leurs proches et des rencontres auprès des soignants.

L'EADSP 36 réalise depuis 2005 des interventions auprès des professionnels, notamment du territoire (Ehpad de Chasseneuil, Ehpad de Chaillac, Ehpad d'Argenton, Coordination gérontologique du canton d'Éguzon, maison des associations d'Éguzon etc.). Il informe et forme sur les

soins palliatifs et la fin de vie :

- formation « soins palliatifs gérontologiques » auprès des soignants des Ehpad de l'Indre depuis 2015 ;
- information sur « les soins palliatifs » à la maison des associations à Éguzon (9 février 2015) ;
- conférence à destination du grand public et des professionnels : « Quand le grand âge fragilise » à l'Ehpad « Rive Ardente » de Chasseneuil (5 juin 2015) ;
- présentation de l'EADSP 36 à l'Ehpad de Chaillac (22 mai 2017) ;
- présentation de l'EADSP 36 auprès de la coordination gérontologique du canton d'Éguzon (8 décembre 2017).

Le Credep 36 (Centre de recherche épidémiologique de dépistage et de prévention) assure la coordination des dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal dans l'Indre à destination de tout public âgé de 50 à 74 ans. En partenariat avec l'établissement français du sang (EFS), le Credep informe le public sur les dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal lors des séances de dons du sang (Saint-Marcel, le 29 août 2017 et Argenton-sur-Creuse, le 3 octobre 2017). Il a également participé à la formation de personnes relais de la Mutualité sociale agricole (MSA) sur le dépistage organisé à l'occasion de la mise en place du « Côlo'Tour » (initiative de la MSA), prévu pour Mars Bleu 2018 et qui sillonnera l'ensemble du département de l'Indre (Le Blanc/Chaillac le 21 mars 2018 et Argenton-sur-Creuse/Éguzon-Chantôme le 24 mars 2018).

À l'occasion de Mars Bleu 2018, la MSA Berry Touraine a mis en place le Colo'Tour, du 19 au 24 mars. Cette action est à destination des adultes actifs et retraités, du milieu agricole et autres, sur les territoires concernés entre 50 et 74 ans. Elle a été réalisée en partenariat avec de nombreux acteurs (Credep 36, la Ligue contre le cancer Indre, Ufolep 36, Codes 36, Oncoberry, l'association pour le développement agricole et rural (ADAR-Civam), Agefiph 36, les collectivités locales (mairies, CCAS, Communautés des Communes, Conseil départemental de l'Indre et région Centre-Val de Loire), les commerçants et associations des communes étapes, Groupama assurances, Familles Rurales, la Carsat Centre-Val de Loire, Groupe Klésia-Agirc-Arcco, l'ARS Centre-Val de Loire et le centre hospitalier de Châteauroux, les contrats locaux de santé du pays de Valençay, du Parc de la Brenne, du pays de La Châtre-en-Berry, du pays d'Argenton-sur-Creuse, de Châteauroux, la CPAM de l'Indre, le RSI, l'ASEPT Berry Touraine (Association santé éducation et prévention sur les territoires), le réseau Marpa (Maison d'accueil rural pour les personnes âgées), la MGEN de l'Indre, le groupe GRDF, les médias : France Bleu Berry, BIP TV, France 3 Centre, La Nouvelle République, Écho la Marseillaise, AG2R La Mondiale).

PRINCIPALES ACTIONS CHRONIQUES

L'objectif du Colo'Tour est de favoriser l'atteinte d'un taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal de 32 % sur la période 2017 à 2018 et amener 1 000 personnes supplémentaires à faire le test sur cette même période. Du 19 au 24 mars 2018, dans le cadre de la campagne nationale « Mars bleu », une caravane mobile composée de deux véhicules et d'un « Village santé » est allée à la rencontre de la population pour transmettre des messages de santé accessibles à toutes et à tous dans une ambiance conviviale, d'étape en étape et de village en village (douze au total). Pour les animer et donner à cette démarche innovante une portée territoriale, des bénévoles, des partenaires, des sportifs, des professionnels de santé, des hommes et des femmes se sont mobilisés et relayés pour sensibiliser leurs concitoyens.

La **Mutualité française du Centre-Val de Loire** (MFCVL) développe des actions de prévention et de promotion de la santé, à destination des adhérents mutualistes et du grand public, notamment sur le maintien de l'autonomie (personnes âgées, personnes handicapées), la santé de la petite enfance et la jeunesse et la prévention des maladies chroniques. Ces actions sont mises en œuvre sur l'ensemble de la région, notamment dans les territoires prioritaires et pour les personnes en difficulté. La MFCVL est incluse dans les groupes de travail régionaux et dans les instances décisionnelles régionales et locales. Son rôle politique est également très important, de par la représentation des élus et le poids des mutualistes en région. Dans le cadre de ce travail régional, la MFCVL travaille avec les CPAM, ARS... pour le développement d'actions pilotes comme la télémédecine ou le recouvrement de créances. Elle établit également des conventions avec les établissements de santé de la région pour faciliter l'accès de tous à des soins de qualité. Enfin, la MFCVL a un rôle de coordination et de conseil auprès de ses délégations départementales et des services de soins et d'accompagnement mutualistes.

Dans le cadre de la prévention des maladies chroniques, la **MFCVL** a réalisé deux actions le 14 septembre 2017 à la maison de santé d'Argenton-sur-Creuse, en partenariat avec la maison de santé et l'association Diapason : « Mangez, bougez : c'est facile ! » et « Votre santé sur mesure ». Ces actions visaient la population âgée de 18 à 75 ans. La première action avait pour objectif de donner des conseils de professionnels afin de faire le point sur ses habitudes alimentaires et l'activité physique et sportive, d'informer et conseiller et de trouver des solutions adaptées à la santé des participants et à leur mode de vie. La seconde action intitulée « Votre santé sur mesure » participe au dépistage de la glycémie et de la tension. Elle a pour objectif de favoriser l'accès à la prévention et aux soins, de repérer des problématiques de santé et d'orienter vers des professionnels de santé et des dispositifs de prévention.

La **l'association française des diabétiques de l'Indre** (AFD 36) accompagne les personnes diabétiques pour mieux vivre au quotidien avec leur maladie, les conseiller pour

une meilleure prise en charge et les informer des nouvelles techniques ou nouvelles recommandations. L'association informe et communique sur les risques de développer un diabète et donne les mesures de prévention à mettre en place : meilleure hygiène alimentaire, activité physique. Elle agit dans la prévention du diabète en organisant des actions de contrôle de glycémies et de sensibilisation du grand public à une meilleure hygiène de vie. Dans le cadre de la journée mondiale du diabète, l'AFD 36 a réalisé, le 14 novembre 2017 à Argenton-sur-Creuse, une action de prévention et de sensibilisation à une bonne hygiène alimentaire et a proposé des tests de glycémie (sensibilisation à l'activité physique, tests de glycémie, conférence).

La **Sécurité Solaire**, créée en 1994, a pour objet la sensibilisation et l'information de la population sur les risques pour la santé liés aux "surexpositions" solaires. Elle est un des 11 centres collaborateurs de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans le cadre du programme Intersun. **Météo Solaire** diffuse des prévisions d'index UV et des conseils. 8 000 professionnels (santé, tourisme, animation) sont destinataires des bulletins UV par mail. Le programme « Vivre avec le soleil » détaille les effets du soleil sur la santé (cancers de la peau, cataracte, bronzage, vitamine D...), l'origine des couleurs de peau, la protection solaire, la météo solaire etc. Le programme est réalisé pendant 5 semaines, de mars à juillet (dans les écoles primaires) et l'été dans les centres aérés et les colonies de vacances.

Le réseau de santé maladies chroniques **Diapason 36** assure une mission d'éducation thérapeutique du patient (ETP) atteint de maladies chroniques dont le diabète, le diabète gestationnel, l'obésité et l'insuffisance cardiaque. Il met en place des ateliers sur différents secteurs du département : Le Blanc, Argenton-sur-Creuse (MSP), Buzançais, La Châtre, Châteauroux et Issoudun. Il assure des dépistages de complications du diabète à travers différents examens pratiqués 1 à 2 fois par an sur les différents secteurs dont la rétinographie (fond d'œil sans dilatation). Les fonds d'œil sont réalisés toute l'année au réseau à Châteauroux pour les moins de 71 ans.

Les programmes d'**ETP** sont animés par des professionnels de santé libéraux sur chaque secteur du département (entretiens éducatifs : initial et de suivi ; ateliers collectifs : médicaux, infirmiers, diététiques, podologiques ; groupes de parole avec un psychologue ; séances d'activité physique ; consultations individuelles : diététicienne, psychologue, infirmier). Les objectifs de ces programmes sont d'aider les patients à mieux vivre avec leur diabète ou leur diabète gestationnel par l'acquisition de compétences d'auto-soins et d'adaptation et de suivre les glycémies et coordonner la prise en charge des patientes atteintes de diabète gestationnel par les différents professionnels (infirmier, diététicien, endocrinologue, sage-femme).

Deux fois par an sur le secteur d'Argenton-sur-Creuse (contre

DIAPASON 36 : DES DÉPISTAGES GROUPÉS

une fois par an sur les autres secteurs du département), Diapason 36 organise des dépistages groupés des complications du diabète. En effet, la difficulté d'accès aux spécialistes dans le département est une problématique pour les bilans annuels des personnes diabétiques. Afin d'améliorer l'accès aux soins et d'éviter les ruptures de parcours de santé, le réseau propose d'assurer un suivi annuel de ces personnes avec la réalisation de différents examens sur prescription du médecin traitant :

- Fond d'œil (sans dilatation) qui doit être annuel et en alternance avec un bilan ophtalmologique complet tous les 3 ans ; réalisé par l'orthoptiste et transmis à l'ophtalmologiste pour interprétation ;
- Index de pression systolique qui permet de dépister l'artérite des membres inférieurs ;
- Électrocardiogramme (ECG) de repos, interprétré par le cardiologue ;
- Bilan sanguin (non à jeun) : hémoglobine glyquée (HbA1c), clearance à la créatinine ; et bilan urinaire (microalbuminurie/ créatininurie sur échantillon) ;
- L'examen des pieds par un podologue avec gradation du risque.

Ces examens sont réalisés par une orthoptiste, une infirmière et un podologue et sont transmis pour interprétation aux médecins spécialistes par télémédecine. Suite aux résultats et si besoin, le réseau coordonne la prise en charge du patient par des spécialistes en accord avec son médecin traitant. Un compte rendu est transmis par courrier ou par messagerie sécurisée au médecin traitant.

Dans le cadre de la journée mondiale du diabète, le 14 novembre 2017, Diapason 36, en partenariat avec l'AFD 36, la ville d'Argenton-sur-Creuse et l'IFSI de Châteauroux, a mis en place une journée de prévention et de promotion de la santé sur le diabète à Argenton-sur-Creuse. Les objectifs de cette action étaient de sensibiliser et d'informer sur le diabète et ses complications, d'axer sur la prévention par des ateliers d'activité physique et de bien-être (relaxation/ sophrologie) et des jeux sur l'alimentation et de dépister le diabète. La journée s'est organisée autour de conférences, d'ateliers, de stands et d'échanges avec des professionnels de santé. Cette journée était gratuite et ouverte à tous (participation financière pour le repas).

Synthèse de la rencontre avec les professionnels et les élus

Maladies chroniques

Les professionnels rencontrés constatent le développement de maladies chroniques en lien avec le vieillissement de la population et les changements de mode de vie. L'augmentation des cas de diabète et d'hypertension, notamment, est la conséquence du surpoids, de l'obésité, du manque d'activité physique et de la sédentarité croissante de la population. Celle-ci semble peu sensible aux campagnes générales de prévention, concernant l'alimentation par exemple. Le discours même des professionnels de santé a parfois un impact moindre sur les comportements des patients, ce qui traduit une certaine évolution des relations de la population avec ses praticiens en santé. Plus isolées, certaines personnes âgées ne voient plus régulièrement de médecin.

Professionnel : « Voilà 5 ans, quand on donnait des consignes ou tout au moins qu'elles voyaient des diététiciennes dans leur suivi, parce qu'elles sont suivies à la fois par une infirmière, une diététicienne et la sage-femme, heu voilà, c'était respecté à la lettre, il y a 5 ans. Aujourd'hui, depuis 1 an et demi, deux ans, c'est plus difficile. Moi, j'entends la maman me dire je vais un effort parce que je suis enceinte mais après c'est fini. Et puis même, je fais ce que je veux, je fais ce que je veux (...) »

Un lien est établi par certains acteurs entre les maladies chroniques et les difficultés croissantes pour accéder à un médecin traitant et à un dépistage spécialisé. Les pharmacies constituent en revanche des professionnels de premier recours qui sont facilement consultés et qui adressent les personnes vers un médecin quand ils l'estiment nécessaire. Prises en charge globalement plus tardivement, l'évolution de certaines maladies ne peut plus être prévenue et celles-ci se chronicisent.

Le diabète et les troubles mentaux, apparaissent particulièrement mal dépistés dans la mesure où ils ne créent pas de douleur susceptible d'alerter la personne ou son entourage. Les personnes ne peuvent pas bénéficier de conseils appropriés de proches, soit parce que ces derniers sont absents, soit parce qu'ils ne connaissent pas les pathologies concernées, ou encore parce qu'ils minimisent parfois, voire nient l'apparition de certains troubles.

Professionnel : « Donc au moment où vous en apercevez il peut y avoir déjà des lésions graves... C'est pas comme une crise de goutte, hein... Je vous mets un coup de rouge, là, un coup de vin blanc, plutôt, une bonne crise de goutte vous vous dites : y a peut-être quelque chose qui se passe ; mais pas par le diabète, ça faut pas l'oublier... et puis les pertes de mémoire, c'est : « oh bah oui ben il vieillit, il se souvient un peu moins bien et puis

voilà » compliqué hein ! »

Professionnel : « Il y a le dépistage du cancer du côlon et bien quand même quand dans une famille il y a eu un cancer du côlon, il faut peut-être s'en méfier, y a des gens pttt ! On a toutes les peines du monde à ... Il faut sans arrêt sans arrêt marteler marteler, bon ben si on y pense pas un coup, mais c'est sans arrêt, alors on soigne pas toute la famille. Des fois, on soigne le proche, le cousin il est soigné par quelqu'un d'autre, mais ils ne le disent jamais, hein. »

Pour mieux repérer les premiers signes des pathologies, des actions de préventions pourraient mieux informer quant aux risques existants. Ces actions peuvent toucher aussi bien la population générale du territoire que des intervenants comme les aides à domicile qui n'ont actuellement pas les formations pour repérer le développement de ces problématiques de santé, des démences.

Professionnel : « Je pense le réseau d'aides à domicile où ils sont au plus près des personnes qui sont pas forcément toutes formées à tout ce qui est maladies chroniques, pathologiques etc. Et c'est vrai qu'il y a des signes, que ce soit du diabète ou insuffisance cardiaque, ou Alzheimer etc. il y a des... Quand la maladie commence à se développer, il y a des petits signes. »

Des actions de prévention sont menées au niveau des établissements scolaires sur l'alimentation et l'activité physique mais en dehors de ce cadre, peu d'actions sont menées. Une des contraintes importantes sur le territoire est en effet que la mise en place d'actions de prévention ne peut toucher qu'une faible population, étant donné la densité du territoire. Il existe par exemple, contrairement à d'autres territoires, des créneaux horaires pour des activités physiques adaptées avec des clubs de tennis et de natation mais ils sont sous-utilisés par la population qui n'en est pas informée et/ou conseillée en ce sens par les médecins prescripteurs. Des actions de dépistage, des ateliers de groupe, de l'éducation thérapeutiques sont aussi parfois réalisées sur une ville comme Argenton-sur-Creuse mais elles le sont de façon très occasionnelle et avec une participation demeurant faible. Pour la plupart des situations, il est nécessaire de se rendre à Châteauroux ou sur une autre agglomération pour effectuer un dépistage ou consulter un spécialiste, ce qui freine une partie des recours. La montée en charge du dispositif Asalée (avec des protocoles de coopération entre médecins et infirmières) devrait cependant permettre à l'avenir également un meilleur dépistage et une meilleure prise en charge des maladies chroniques.

Professionnel : « On fait de l'éducation thérapeutique. Et sur

EN PARLANT DES CHRONIQUEUSES

le territoire d'Argenton, on fait avec des professionnels de la maison médicale, de l'éducation thérapeutique, donc des ateliers de groupe et puis des consultations individuelles notamment en diététique, avec des infirmières. Voilà, on propose aussi des dépistages, des complications du diabète, donc on vient aussi à Argenton deux fois par an, où là on va faire donc dépistage... On va faire des examens, quand les patients ne sont pas à jour, donc il nous faut une prescription du médecin traitant, on fait des fonds d'œil, on a un appareil qu'on peut transporter... »

Professionnel « Si on avait assez de patients, on pourrait faire aussi sur Argenton des ateliers éducation thérapeutique et insuffisance cardiaque... »

Globalement, le dépistage des maladies chroniques est trop tardif, du fait d'un accès limité aux spécialistes. Mais les actions locales de dépistage menées sur les territoires ruraux du département permettent d'atteindre une population qui n'accèderait pas spontanément aux ressources des agglomérations et les prises en charge spécialisées se coordonnent ensuite plutôt efficacement avec les ressources disponibles localement. Il apparaît donc important pour les professionnels de maintenir ou de développer des actions de dépistage et de prévention au plus près des territoires.

Professionnel : « On s'aperçoit, dans les bilans faits de notre médecin coordonnateur, que c'est quand même quand on fait ces recherches sur tout les secteurs du département, en pourcentage c'est quand même là où on dépiste le plus de rétinopathie diabétique... »

Professionnel : « D'un point de vue positif, au niveau du suivi des maladies chroniques, je pense qu'au niveau du diabète, je pense qu'on est quand même assez implantés dans le département. Donc il y a de la coordination, il y a des dépistages. On travaille, on envoie les comptes-rendus au niveau des médecins généralistes voilà. »

Pour la prise en charge des maladies chroniques des enfants, les ressources sont également surtout situées sur les agglomérations en-dehors du territoire.

Professionnel : « Nous, c'est des adultes déjà, parce qu'au niveau diabète, obésité, les enfants sont pris en charge en éducation thérapeutique à l'hôpital de Châteauroux par le docteur (nom)

qui a aussi des programmes en éducation thérapeutique. »

On peut relever néanmoins que l'accompagnement des enfants scolarisés est plus souvent réalisé directement dans les établissements scolaires par l'Éducation nationale car ils sont mieux identifiés que par le passé par l'administration et parce que les parents effectuent plus souvent des demandes en ce sens. L'Éducation nationale n'effectue pas directement d'éducation thérapeutique, car le personnel n'est pas formé pour cela, mais les infirmières ou le personnel des cantines peuvent par exemple s'assurer du suivi des traitements avec l'accord des parents.

Professionnel : « C'est monté en flèche parce que le nombre de dossiers que l'on traite a été multiplié par 3 (...) On fait de l'accompagnement dans le sens où les soins se font à l'infirmérie déjà. Donc comme ça, ça permet de maintenir un lien, de voir comment les pathologies sont traitées, d'être assuré que le traitement est suivi. (...) On va plus facilement demander maintenant une ordonnance et mettre en place un protocole pour être sûr que c'est suivi, qu'ils aient l'autorisation par les parents de donner ou de constater les soins etc. »

QUELLE EST LA TENDANCE EN FRANCE ? LA POPULATION

Depuis 1999, en France, alors que la population totale n'a augmenté que de 5 %, celle des 75 ans et plus a augmenté de 30 %.

Le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus va augmenter au cours des prochaines décennies, ainsi que leur part dans l'ensemble de la population qui devrait s'élever à 15 % en 2030. Cette tendance nationale qui va vers un vieillissement de la population, est également remarquée à l'échelle du pays de Val de Creuse Val d'Anglin. Le vieillissement de la population est l'un des défis majeurs qu'il va falloir relever de part ses conséquences démographiques, économiques et sanitaires. Et ce d'autant qu'il va concerner tous les territoires. Il est donc nécessaire de réfléchir et d'anticiper dès à présent les solutions en termes d'aide et de prise en charge de nos aînés, notamment à domicile.

Indice démographique du vieillissement

L'indice de vieillissement mesure le nombre de personnes de 65 ans pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans. Quant à l'indice de grand vieillissement, celui-ci mesure le nombre de personnes de 80 ans et plus pour 100 personnes âgées de 65 à 79 ans.

Au sein du pays Val de Creuse-Val d'Anglin, l'indice de vieillissement est supérieur, en 2008 comme en 2013, aux territoires de référence. Il a cependant diminué entre 2008 et 2013 contrairement aux autres échelons (-1,4 % dans le pays Val de Creuse-Val d'Anglin contre +5,7 % dans l'Indre, +7,6 % en Centre-Val de Loire et +8,3 % en France hexagonale).

En 2013, l'indice de grand vieillissement du territoire est de 59,8, ce qui est supérieur aux territoires de référence (54,1 dans l'Indre, 50,5 en Centre-Val de Loire et 47,6 en France hexagonale). L'évolution de l'indice entre 2008 et 2013 est plus importante sur le pays que sur les différents territoires de référence (+17,4 % sur le pays contre +15,4 % dans l'Indre et +10,0 % en région et en France hexagonale).

ÉVOLUTION DE L'INDICE DE VIEILLISSEMENT ET DE GRAND VIEILLISSEMENT ENTRE 2008 ET 2013

	Indice de vieillissement			Indice de grand Vieillissement		
	2008	2013	Évolution	2008	2013	Évolution
CC Éguzon-Argenton-Vallée de la Creuse	140,9	138,0	-2,0	54,1	61,7	14,0
CC Marche Occitane-Val d'Anglin*	186,9	192,1	2,8	39,0	52,2	33,8
Pays Val de Creuse-Val d'Anglin	147,9	145,8	-1,4	51,0	59,8	17,4
Indre	112,0	118,4	5,7	46,9	54,1	15,4
Centre-Val de Loire	77,2	83,1	7,6	46,0	50,5	10,0
France hexagonale	67,9	73,6	8,3	43,3	47,6	10,0

SOURCE : INSEE (RP 2008 ET 2013)

EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

*HORS COMMUNES COUVERTES PAR LE CLS PNR BRENNNE

MEILLEUREMENT DE LA POPULATION

Conditions de vie des personnes âgées

En 2013, le pays Val de Creuse-Val d'Anglin dénombre 3 465 personnes âgées de 75 ans et plus vivant en logement ordinaire, soit 88,5 % de la population de la classe d'âge. Cette proportion est légèrement inférieure à celle de la région, du département et de la France hexagonale (89,8 % ; 90,1 % et 90,3 %). Les personnes âgées de 75 ans et plus du territoire vivent, en proportion, davantage dans un

service ou un établissement de moyen ou long séjour, une maison de retraite, un foyer ou une résidence sociale que leurs homologues des territoires de référence. Elles sont en effet 11,4 % (soit 448 individus) à résider dans ce type de structure alors que ce mode d'hébergement ne représente que 9,8 % des 75 ans et plus de l'Indre, 10,0 % en Centre-Val de Loire et 9,4 % en France hexagonale.

PERSONNES ÂGÉES VIVANT DANS LEUR DOMICILE PERSONNEL EN 2013

	Personnes âgées de 75 ans et plus vivant en logement ordinaire		Personnes âgées de 75 ans et plus vivant dans un service ou établissement de moyen ou long séjour, maison de retraite ou résidence sociale		Personnes âgées de 75 ans et plus vivant dans un autre mode d'habitation		Total population 75 ans et plus
	Effectifs	% de la population des 75 ans et plus	Effectifs	% de la population des 75 ans et plus	Effectifs	% de la population des 75 ans et plus	
CC Éguzon-Argenton-Vallée de la Creuse	2 747	85,9	448	14,0	nd	nd	3 197
CC Marche Occitane-Val d'Anglin*	718	100,0	nd	nd	nd	nd	718
Pays Val de Creuse-Val d'Anglin	3 465	88,5	448	11,4	nd	nd	3 915
Indre	27 989	90,1	3 040	9,8	38	0,1	31 066
Centre-Val de Loire	244 026	89,8	27 072	10,0	496	0,2	271 594
France hexagonale	5 318 819	90,3	554 985	9,4	15 670	0,3	5 889 474

SOURCE : INSEE (RP 2013)

EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

*HORS COMMUNES COUVERTES PAR LE CLS PNR BRENNET

ND : NON DISPONIBLES EN RAISON D'EFFECTION INFÉRIEURS À 5

QUELQUES RÉSULTATS SUR LA POPULATION

Isolement des personnes âgées

Selon le recensement de population de l'Insee de 2013, 1 792 personnes âgées de 75 ans et plus vivent seules au sein du pays, ce qui représente 45,8 % des habitants de cette classe d'âge et une proportion supérieure à celle de la région, du département et de la France hexagonale (37,7 % ; 38,5 % et 38,6 %). Sur l'ensemble des territoires, la majorité des personnes de 75 ans et plus vivant seules sont des femmes (76,1 % sur le pays Val de Creuse-Val d'Anglin).

PERSONNES ÂGÉES VIVANT SEULES EN 2013

	Nombre de personnes âgées de 75 ans et plus vivant seules	Nombre de femmes âgées de 75 ans et plus vivant seules	Part des femmes âgées de 75 ans et plus vivant seules	Part des personnes âgées de plus de 75 ans vivant seules à domicile
CC Éguzon-Argenton-Vallée de la Creuse	1 296	991	76,5 %	40,5 %
CC Marche Occitane-Val d'Anglin*	254	198	78,0 %	35,4 %
Pays Val de Creuse-Val d'Anglin	1 792	1 364	76,1 %	45,8 %
Indre	11 962	9 228	77,1 %	38,5 %
Centre-Val de Loire	102 353	79 837	78,0 %	37,7 %
France hexagonale	2 270 420	1 798 598	79,2 %	38,6 %

SOURCE : INSEE (RP 2013)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
*HORS COMMUNES COUVERTES PAR LE CLS PNR BRENNET

QUELLE EST LEUR RÉTENTION DANS LA POPULATION ?

Potentiel de solidarité intergénérationnelle

De manière très schématique, les aidants des personnes âgées (leurs enfants particulièrement) peuvent être quantitativement représentés par la population des 55-64 ans. Le potentiel de solidarité intergénérationnelle est un indicateur du soutien des aînés dépendants, notamment à domicile, étant le rapport entre le nombre d'individus de 55-64 ans et celui des 85 ans et plus. Le ratio sur le pays Val de Creuse-Val d'Anglin est de 2,9, soit un ratio aidants/aidés proche de celui de l'Indre (3,4) mais inférieur à ceux de la région Centre-Val de Loire (4,0) et de la France hexagonale (4,4).

POTENTIEL DE SOLIDARITÉ INTERGÉNÉRATIONNELLE - RATIO AIDANTS/AIDÉS EN 2013

	Personnes de 55-64 ans	Personnes de 85 ans et plus	Ratio aidants/aidés (55-64/85 et plus)
CC Éguzon-Argenton-Vallée de la Creuse	3 002	1 139	2,6
CC Marche Occitane-Val d'Anglin*	703	194	3,6
Pays Val de Creuse-Val d'Anglin	4 207	1 453	2,9
Indre	33 895	9 916	3,4
Centre-Val de Loire	346 089	87 495	4,0
France hexagonale	8 099 047	1 836 962	4,4

SOURCE : INSEE (RP 2013)

EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

*HORS COMMUNES COUVERTES PAR LE CLS PNR BRENN

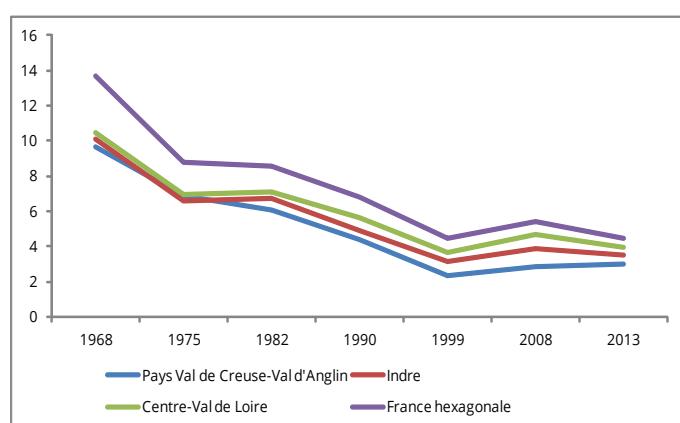
Évolution du potentiel de solidarité intergénérationnelle

Entre 1968 et 1999, en région Centre-Val de Loire, le potentiel de solidarité intergénérationnelle est passé de 10,5 à 3,7, soit une baisse de 6,8 points. On observe sensiblement la même chute de ce potentiel dans le département (10,1 en 1968 et 3,2 en 1999) et au sein du pays Val de Creuse-Val d'Anglin (9,6 en 1968 et 2,3 en 1999). En France hexagonale, ce potentiel est passé de 13,7 en 1968 à 4,5 en 1999, soit une baisse de 9,2 points. Au cours de cette période, le nombre de personnes âgées de 55 à 64 ans est passé de 3 852 en 1968 à 2 724 en 1999, soit une baisse d'effectif de 1 128 individus. Les 85 ans et plus ont connu une nette évolution, passant de 400 individus en 1968 à 1 164 en 1999, soit environ trois fois plus de personnes âgées de 85 ans et plus.

Entre 1999 et 2008, le potentiel de solidarité a connu une augmentation dans tous les territoires de référence. Il est passé de 2,3 à 2,8 dans le pays Val de Creuse-Val d'Anglin et ceci dû à l'augmentation du nombre de personnes dans la tranche d'âge 55-64 ans (2 724 en 1999 contre 3 378 en 2008, soit une augmentation de 24,0 %) alors que la population de la tranche d'âge 85 ans et plus ne s'est accrue que de 2,3 % (1 164 en 1999 contre 1 191 en 2008).

Entre 2008 et 2013, ce ratio connaît une hausse très légèrement marquée au sein du pays Val de Creuse-Val d'Anglin (2,8 en 2008 contre 3,0 en 2012) mais une légère baisse dans le département (de 3,8 à 3,5), dans la région (de 4,7 à 4,0) et en France hexagonale (de 5,4 à 4,6).

ÉVOLUTION DU POTENTIEL DE SOLIDARITÉ INTERGÉNÉRATIONNELLE



SOURCE : INSEE (RP 1968, 1975, 1982, 1990, 1999, 2008, 2013)

EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

QUELLE EST L'ESTIMATION DU LA POPULATION

Allocation de solidarité aux personnes âgées

L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) est une allocation qui permet aux personnes disposant de faibles revenus de garantir un niveau minimum de ressources. Depuis 2006, elle remplace le minimum vieillesse. Pour cet indicateur, l'ensemble des communes de la CC Marche Occitane-Val d'Anglin a été pris en compte dans le calcul et non pas uniquement les 10 communes de cette communauté de communes concernées sur le territoire.

Le pays Val de Creuse-Val d'Anglin compte, fin 2016, 127 personnes âgées bénéficiaires de l'ASPA, soit 1,9 % des 65 ans et plus. Le taux de bénéficiaires de l'ASPA sur le territoire est comparable à ceux retrouvés pour l'Indre (2,2 %) et pour la région Centre-Val de Loire (2,2 %).

BÉNÉFICIAIRES DE L'ASPA AU 31.12.2016

	Nombre d'allocataires de l'ASPA	En % du total de personnes âgées de 65 ans et plus*
CC Éguzon-Argenton-Vallée de la Creuse	109	2,0
CC Marche Occitane-Val d'Anglin*	18	1,4
Pays Val de Creuse-Val d'Anglin	127	1,9
Indre	1 257	2,2
Centre-Val de Loire	11 263	2,2

SOURCE : CARSAT CENTRE-VAL DE LOIRE AU 31/12/2016. INSEE [RP2018]

EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Soins et soutien à domicile pour les personnes âgées

Différents organismes interviennent en matière d'offre de prise en charge des personnes âgées à domicile sur le territoire du pays Val de Creuse-Val d'Anglin. Ils apportent des services en matière de santé (soins infirmiers à domicile), de maintien à domicile et un soutien aux familles.

En lien avec leurs missions d'action sociale, les centres communaux d'action sociale (CCAS), les municipalités et les communautés de communes du pays accompagnent les personnes âgées dans le maintien à domicile ou dans la recherche de structures ressources pouvant leur apporter un soutien dans l'accomplissement de tous les actes essentiels de la vie courante (travaux ménagers quotidiens, aide à la toilette, accompagnement dans les déplacements en-dehors du domicile, assistance aux personnes âgées, assistance administrative, livraison de courses à domicile, préparation des repas et portage de repas, soins et promenades d'animaux, travaux de bricolage...).

Les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) ont pour objectif de maintenir la personne âgée ou handicapée dans son milieu de vie dans les meilleures conditions possibles, de prévenir et de retarder les hospitalisations, d'écourter les séjours en établissements de soins, de favoriser et d'organiser de manière harmonieuse le retour à domicile.

Selon le Finess, sur le département de l'Indre, 738 places de Ssiad sont autorisées et financées, dont 30 places en ESA (équipe spécialisée Alzheimer). Concernant le pays Val de Creuse-Val d'Anglin, on dénombre 5 Ssiad :

- le Ssiad ASSID de Saint-Benoît-du-Sault (26 places),
- le Ssiad ADSPA d'Argenton-sur-Creuse (65 places),
- le Ssiad Mieux-Vivre de Saint-Gaultier (30 places),
- le Ssiad de Châteauroux pour la commune de Velles (112 places),
- le Ssiad d'Aigurande (40 places) pour les communes d'Éguzon-Chantôme, Baraize, Cuzion, Gargilesse et Pommiers.

Tous les Ssiad qui couvrent le territoire du pays sont privés. L'équipe ESA de Châteauroux (10 places) intervient sur une majeure partie du pays, à l'exception des communes de Pommiers, Gargilesse, Baraize, Cuzion et Éguzon-Chantôme qui dépendent de l'ESA de La Châtre (5 places).

Les services d'hospitalisation à domicile (HAD) permettent d'assurer au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés sous la responsabilité du médecin traitant. Il y a 3 HAD dans l'Indre : celui du CH de Châteauroux, celui du CH de Le Blanc et celui de l'hôpital local de Châtillon-sur-Indre.

MEILLEUREMENT DE LA POPULATION

Concernant le maintien à domicile, plusieurs associations et structures sont présentes sur le territoire afin d'aider la personne âgée dans son quotidien : petits travaux, aide ménagère, téléassistance, portage de repas, aide administrative, accueil de jour, animation et activités culturelles, lieux d'écoute...

L'ADMR du pays d'Argenton-sur-Creuse et du pays d'Argenton/FILIEN et d'Issoudun Champagne, l'association intercommunale d'aide à domicile d'Argenton-sur-Creuse (AIDAD), l'ASMAAD d'Argenton-sur-Creuse, Aux Milles saveurs d'Éguzon-Chantôme, Familles rurales de l'Indre, assurent également le maintien et l'aide à domicile des personnes âgées dépendantes. Différentes structures (société Dédion, Arkea assistance etc.) proposent, quant à elles, une téléassistance aux personnes âgées ou isolées qui vivent à leur domicile et souhaitent bénéficier d'une assistance en cas de chute, de malaise ou d'intrusion...

Les centres locaux d'information et de coordination (Clic) accueillent, écoutent et proposent des solutions adaptées aux plus de 60 ans pour améliorer leur vie quotidienne. Ils

délivrent des informations sur le soutien à domicile (aide à la vie quotidienne, soins, télésurveillance...), l'adaptation du domicile, les établissements d'accueil, les aides financières, les mesures de protection juridique, les loisirs proposés par la commune etc. Il s'agit d'un service public destiné à jouer le rôle de « guichet unique » pour les personnes âgées sur un territoire. Pour autant, le Clic ne se substitue pas à l'ensemble des acteurs mais oriente vers eux les personnes en fonction de leurs besoins. Au-delà de ces missions envers les usagers, les Clic coordonnent également les différents acteurs d'un territoire. Dans l'Indre, il existe un seul Clic pour l'ensemble du territoire, le Clic départemental situé à Châteauroux.

Des réseaux locaux de coordination gérontologique maillent l'intégralité du territoire départemental. Au total, 20 réseaux couvrent l'ensemble du territoire départemental. Le pays Val de Creuse-Val d'Anglin est couvert par 5 réseaux au 1^{er} janvier 2016. Les coordinations de Belâbre et Saint-Benoît-du-Sault se regroupent en association pour les actions collectives.

La prise en charge en hébergements collectifs des personnes âgées

L'évolution de la structure d'âge de la population en France se traduit par un vieillissement marqué de ses habitants, engendrant le développement d'une part de services et de prestations favorisant le maintien à domicile et, d'autre part, de l'accueil en hébergement collectif.

Avec l'avancée en âge, lorsque le maintien à domicile n'est plus possible, la personne âgée peut être accueillie dans un établissement d'hébergement et/ou de soins adaptés : maisons de retraite non médicalisées, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ou bien encore en unité de soins de longue durée.

Le territoire du pays Val de Creuse-Val d'Anglin compte 7 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) totalisant 561 places d'accueil (24 places d'hébergement pour personnes autonomes, 435 en hébergement complet pour personnes âgées dépendantes, 6 places d'accueil de jour, 6 places d'accueil temporaire et 90 places dédiées aux malades d'Alzheimer ou à des maladies apparentées), soit un taux d'équipement de 143,3 places d'hébergement pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (117,4 dans l'Indre et 124,6 en Centre-Val de Loire).

QUELLES SONT LES LA POPULATION

Les personnes affectées par la maladie d'Alzheimer

Avec le vieillissement de la population, la fréquence de survenue de maladies démentielles a beaucoup augmenté. Parmi ces maladies, la maladie d'Alzheimer est la plus courante (60 à 70 % des syndromes démentiels). La maladie d'Alzheimer représente la principale cause de dépendance lourde des personnes âgées et des entrées en institution. En effet, 40 % des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer vivent en institution.

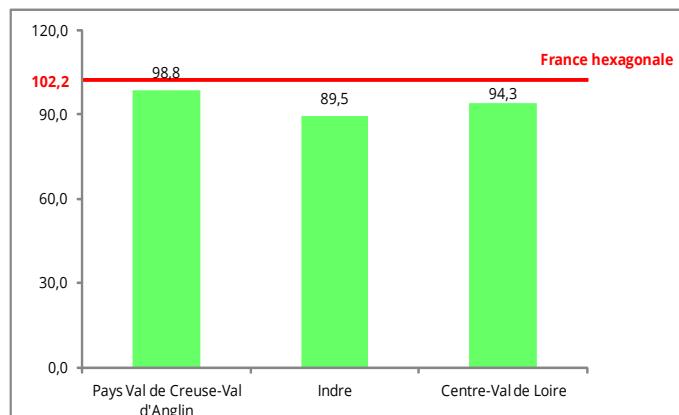
Le récent changement de la perception des maladies démentielles par la population ainsi que l'augmentation des moyens mis en oeuvre (plan Alzheimer et maladies apparentées 2005-2007, plan Alzheimer 2008-2012, plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019) pour le diagnostic précoce a aussi entraîné un meilleur repérage des patients Alzheimer. Les régions sont désormais équipées de centres mémoire de ressources et de recherche (CMRR) et d'un maillage du territoire par des consultations mémoires spécialisées.

En 2014, 233 résidents du pays Val de Creuse-Val d'Anglin sont pris en charge en ALD pour la maladie d'Alzheimer ou une autre démence (1 528 dans l'Indre, 14 706 en Centre-Val de Loire et 365 733 en France hexagonale).

Entre 2006 et 2014, 44 personnes du territoire ont été nouvellement admises en moyenne par an en ALD pour maladie d'Alzheimer et autres types de démences (15 hommes et 29 femmes). Ces ALD représentent 5,9 % de l'ensemble des nouvelles admissions en ALD du territoire (4,8 % pour chacun des trois territoires de référence : l'Indre, le Centre-Val de Loire et la France hexagonale).

À structure d'âge égal, le taux comparatif de nouvelles admissions en ALD pour ces pathologies est de 98,8 pour 100 000 habitants, soit un taux comparable à ceux retrouvés dans l'Indre (89,5), le Centre-Val de Loire (94,3) et l'Hexagone (102,2). Rapporté à la population des 65 ans et plus, le taux du pays est de 575,3 pour 100 000 habitants. Il ne présente pas de différence significative avec le département (522,4), la région (554,0) et le niveau national (599,7).

TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR MALADIE D'ALZHEIMER ET AUTRES DÉMENCES [2006-2014]



SOURCES : CNAMTS, CCMSA, RSI, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
POPULATION DE RÉFÉRENCE : FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

QUELLES SONT LES MEILLEURES FAÇON DE LA POPULATION A SE PROTEGER

Ressources disponibles sur le territoire

La mutualité sociale agricole (MSA) Berry-Touraine est un organisme de protection sociale obligatoire des salariés et exploitants du secteur agricole (secteurs agricoles classiques : l'agriculture, le paysagisme, la sylviculture...), connexes (organisations professionnelles) et industries agroalimentaires. Elle met en place des actions de prévention santé à travers une offre de promotion et d'éducation à la santé par des actions spécifiques et territorialisées et des actions prenant en compte les objectifs prioritaires de la loi de santé publique et les programmes nationaux définis par l'État.

Dans le cadre de l'aide aux aidants, la MSA, en partenariat avec la Carsat Centre-Val de Loire, a réalisé en 2018 sur Argenton-sur-Creuse (action qui existe depuis 2011) l'action « Aidants Solid'Air » à destination des aidants familiaux. Des groupes de parole d'aidants familiaux (10 à 12 bénéficiaires) ont lieu une demi-journée par mois avec, comme objectifs, de partager son vécu avec d'autres personnes confrontées à des situations similaires, de pouvoir échanger librement, d'exprimer ses émotions et de développer de l'entraide au sein du groupe.

À l'automne 2018, la MSA Berry Touraine réalisera l'action « En voiture les séniors » à Belâbre. Différents partenaires pourront potentiellement être sollicités dans le cadre de cette action (une auto-école, un ergonome, un opticien, Groupama, la gendarmerie, l'association départementale de sécurité routière, Familles rurales, la communauté de communes Marche Occitane-Val d'Anglin, le Conseil départemental, la mairie de Belâbre et le centre mémoire de Châteauroux). Cette action a pour objectifs de favoriser l'autonomie et la sécurité des séniors au quotidien, de retrouver les bons gestes à adopter et reprendre confiance en soi et d'actualiser ses connaissances et faire face à un environnement routier qui ne cesse d'évoluer. Différents ateliers seront organisés (simulateur de conduite par Groupama (Centaure), diagnostic optique par un opticien sur place, posture- ergonomie avec un ergonome spécialisé, atelier transport par les collectivités (département) et choix alternatif (BlaBla Car, covoiturage), conduite en réel dans la commune de Bélâbre avec un formateur auto-école, atelier jeu de mémoire (spécialiste du centre mémoire de Châteauroux) et un stand MSA (offre de services et assistantes sociales).

Des mini-conférences seront également organisées (mise à jour du code de la route à 10h et 15h par l'auto-école et Groupama, clôture de la journée avec une conférence-débat animée par la gendarmerie nationale, la Sécurité routière,

puis un médecin et une assistante sociale sur les risques routiers).

Les missions des unions départementales des affaires familiales (Udaf) sont inscrites dans le code de l'Action sociale et des familles (art L211-1 à L211-14). L'ordonnance du 3 mars 1945 a créé l'Unaf et les Udaf. La loi du 11 juillet 1975 a élargi leur champ d'action. Leur mission est spécifiée dans le code de l'Action sociale et des familles : représenter officiellement auprès des pouvoirs publics l'ensemble des familles françaises et étrangères vivant régulièrement en France ; défendre les intérêts familiaux, moraux et matériels de l'ensemble des familles ; exercer devant toutes les juridictions l'action civile relativement aux faits de nature à nuire aux intérêts moraux et matériels des familles ; gérer les services de nature familiale dont les pouvoirs publics estimeront devoir lui confier la charge. Elles assurent ainsi des missions de protection de la personne (tutelle-curatelle), de parrainage de personnes âgées, de parrainage de proximité d'enfants, de valorisation de l'image de soi, de groupement d'entraide mutuel (GEM) pour les malades psychiques, de résidence accueil, d'intermédiation locative, d'accompagnement social lié au logement etc.

Afin de rompre l'isolement des personnes âgées, l'Udaf met en place une action de parrainage des personnes âgées du département de l'Indre (à domicile ou en établissement). Le parrainage de personnes âgées contribue à la construction d'une relation affective privilégiée instituée entre une personne âgée et un adulte afin de rompre l'isolement et la solitude du bénéficiaire.

La fédération départementale de l'Indre de Familles rurales accueille les familles et répond à leurs différents besoins, accompagne les parents dans leur mission d'éducation et représente et défend les intérêts des familles. Familles rurales propose une grande diversité de loisirs aux enfants pendant et hors périodes scolaires. La Fédération départementale de l'Indre a pour mission d'accompagner et de développer des structures enfance-jeunesse gérées par les associations locales. Elle propose également de nombreuses activités de loisirs pour les « adultes-âînés » afin d'occuper leur temps libre tout en favorisant leur épanouissement personnel : rencontrer de nouvelles personnes, créer du lien dans les communes rurales, lutter contre l'isolement. La Fédération départementale propose une large palette d'actions de prévention et d'éducation aux associations locales. Bien plus que des animations, ces actions, notamment proposées dans le cadre du Programme annuel d'animation des familles (PAAF),

MIEUX VIVRE ENSEMBLE

LA POPULARITÉ DES

s'attachent à faire vivre les valeurs de Familles rurales à travers l'action locale. La prévention-éducation est l'un des trois piliers du mouvement. Le service d'aide à domicile occupe une place importante de l'activité de Familles rurales. Elle dispose également d'un service de protection juridique des majeurs. Il s'agit d'aider les personnes les plus fragiles à faire face aux aléas de la vie dans le respect de leur dignité et de leur autonomie. Dans ce cadre, les objectifs du service de protection juridique des majeurs de la Fédération départementale sont d'assurer une gestion des mesures de protection de qualité, de soutenir et de renforcer l'accompagnement social des majeurs protégés.

Le service d'aide à domicile a pour objectif de favoriser et de promouvoir le soutien à domicile des personnes âgées et en situation de handicap, d'assurer un service de qualité basé sur l'écoute des personnes âgées et sur la formation des personnels employés et d'accompagner les responsables bénévoles des associations locales dans l'exercice de leur fonction.

Sont inscrites dans le programme annuel des animations de la fédération départementale des actions de prévention et d'éducation sur la thématique :

- de la nutrition (atelier cuisine enfants : bien manger, bien bouger : CLA santé, atelier cuisine & santé adultes, des rencontres autour de la nutrition : ces aliments qui nous protègent et des rencontres de consonutrition afin de déchiffrer les étiquettes alimentaires).
- des actions de prévention santé au sens large (rencontre santé : les maladies cardio-vasculaire, les allergies, la maladie d'Alzheimer, le stress, santé et environnement, « Vieillir et alors ? », la maladie des ondes, l'AVC : prévenir et vivre après, le diabète, le don du sang, atelier mémoire etc.).
- de bien-être (rencontre bien-être : « bien dormir mieux vivre (adultes), le sommeil chez l'enfant, la médecine complémentaire pour les petits maux au quotidien, conférence « Plantes & santé » etc., atelier : « bien respirer pour retrouver l'équilibre »).
- sur la vie quotidienne (Sécurité routière séniors : révision du Code de la route et séance de conduite en auto-école, rencontre premiers gestes de secours, faire soi-même : coudre ses vêtements, rencontre prévention : les bons réflexes pour votre sécurité (gendarmerie), sécurité domestique enfant et adultes avec une rencontre sur « Aménager son chez soi pour y vivre en toute autonomie ».
- d'éducation et d'information (séniors 2.0 : initiation à la tablette numérique, ateliers informatiques adultes ; parentalité : sensibilisation des adultes à l'accès aux

écrans pour les enfants, faire grandir les enfants, grands-parents aujourd'hui, jeux des sens pour les enfants etc.).

- d'environnement (atelier de fabrication de ses produits ménagers et de ses produits de beauté, atelier de fabrication de décoration naturelle d'intérieur et d'extérieur ; atelier enfants : je fabrique mon pinceau et ma peinture avec des produits de la nature, travail autour de la laine et de la fabrication par soi-même).

Les programmes d'actions de promotion pour la santé (PAAF) de Familles rurales propose aux associations locales des actions de santé concrètes « clé en main » autour de 5 axes sur trois années (lutte contre l'isolement, lien social, autonomie, mobilité ; nutrition, alimentation ; bien-être ; santé des jeunes et environnement).

Dans le cadre de l'action « Mieux vivre ensemble », il est proposé l'accueil un après-midi par mois de personnes âgées isolées (mobilité, domicile éloigné, perte d'autonomie, famille éloignée etc.). L'après-midi est animé par des aides à domicile. Chaque personne se voit véhiculer par les aides à domicile. Les objectifs de cette action sont de rompre l'isolement social et relationnel des personnes âgées, de stimuler les facultés cognitives au travers d'activités ludiques, de promouvoir des messages de santé et de favoriser l'estime de soi par la rencontre, le partage, la solidarité entre les participants. Cette action concerne les personnes de plus de 60 ans en situation d'isolement et s'est déroulée en 2017 à Aigurande, La Châtre, Sainte-Sévère-sur-Indre et Valençay. En fonction des financements, l'action pourrait se développer sur d'autres territoires (canton de Bélâbre notamment).

Dans le cadre du bien vieillir, la Mutualité française Centre-Val de Loire met en place des parcours ateliers santé séniors (Pass). Ces parcours ont été réalisés en partenariat avec l'ARS, la Carsat (partenariats financiers), Harmonie mutuelle, la MGEN 36, la MGEFI 36, la Mutuelle générale 36, la MGET 36, la MNH, Familles rurales, la communauté de communes Marche Occitane-Val d'Anglin et la mairie de Saint-Benoît-du-Sault (partenariats opérationnels). En 2015, cette action a été organisée à Saint-Benoît-du-Sault ainsi qu'à Prissac (atelier alimentation à partir d'août 2015). Le parcours ateliers santé séniors (Pass) est composé d'une quarantaine d'atelier visant à :

- Entretenir, voire améliorer les capacités physiques, sociales et psychiques des séniors dans le cadre d'un parcours long,
- Lutter contre l'isolement souvent lié au passage à la retraite : diminution des activités, des relations sociales et un remaniement des priorités de vie,
- Prévenir les risques liés à l'avancée en âge (prévention des chutes par exemple) en adoptant un mode de vie favorable à la santé globale ;

MEILLEUREMENT DE LA POPULATION AGE

- Orienter les participants vers des activités susceptibles de maintenir, suite au Pass, un bon état de santé global (activités gym douce, club de seniors...).

Ce parcours s'adresse aux personnes de 60 ans et plus. Les ateliers proposés sont composés en ateliers longs (alimentation, numérique, mémoire, équilibre) et en ateliers courts/optionnels sur différentes thématiques (médicament, vision, audition, pieds, bien-être...).

La méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie de l'Indre (MAIA 36) intervient sur l'ensemble du département, en lien avec les coordinations gérontologiques et l'ensemble

des professionnels, bénévoles et élus concernés par la situation des personnes âgées. Elle a pour missions de renforcer la concertation entre les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires pour l'amélioration du service rendu aux personnes âgées. Elle met en œuvre une dynamique territoriale pour développer un guichet intégré permettant un accueil et une réponse plus pertinente aux besoins et aux demandes des personnes âgées, quelque soit l'endroit où elles s'adressent dans le département. Elle fait fonctionner un service de gestion de cas : accompagnement personnalisé intensif à domicile pour aider les personnes âgées en situation complexe du fait d'une pathologie neuroévolutive et de problématique sociale ou d'accès aux soins à poursuivre leur vie à domicile.

QUELQUES RÉPONSENT SUR LA POPULARITÉ DES EHPAD

Synthèse de la rencontre avec les professionnels et les élus

Autonomie

Le pays Val de Creuse-Val d'Anglin est marqué par un vieillissement de sa population qui s'accompagne du développement des maladies chroniques, des problématiques liées au grand âge et du maintien de l'autonomie. Le nombre de personnes concernées est plus important et les niveaux de dépendance observés à domicile sont également plus forts que par le passé.

Professionnel : « On reste un département qui est vieillissant de toute façon. »

Professionnel : « Avant tout, la population de la région est très vieillissante, c'est pour ça que la maladie chronique et la dépendance se renforcent. »

Les familles étant plus dispersées géographiquement qu'autrefois, de nombreuses personnes âgées vivent relativement ou totalement isolées à leur domicile. Continuer à vivre chez soi correspond toutefois à un souhait majoritaire des personnes âgées. Les situations d'isolement deviennent problématiques dès lors que la perte d'autonomie intervient.

L'entourage ne peut répondre aux besoins de la personne âgée que de façon ponctuelle, alors que les aides et soins au domicile peuvent être insuffisants sans apport financier propre.

Professionnel : « Vous savez, un GIR 4, pour 664 euros, au prix maintenant de l'association... Au maximum vous avez trente heures. Trente heures, ça vous fait une heure par jour du lundi au dimanche et ben avec ça voilà ! (...) Mais un GIR 2 c'est pareil ! Ça vous fait quoi ? Une heure et demi à deux heures par jour... Ben pour un GIR 2 qui a besoin de transferts qui a besoin qu'on lui change ses changes qui a besoin de temps pour le faire manger, sa toilette... Généralement les toilettes c'est fait par le Ssiad qui a besoin de temps pour manger... Eh ben ou même de se déshabiller, deux heures c'est pas suffisant ! »

Les professionnels rencontrés relèvent les situations les plus complexes à domicile lorsque les personnes âgées développent des troubles psychiques, de la démence, situations qui nécessitent une présence quasi permanente, comme c'est le cas pour la maladie d'Alzheimer. Ces situations de grande dépendance, associées à des troubles cognitifs, posent aux professionnels des questionnements éthiques, ne pouvant forcer la décision des familles sur un placement en institution et participant à des situations

difficilement acceptables de maintien à domicile, à la limite de la maltraitance.

Professionnel : « Vous avez un maintien à domicile qui est pas toujours dans des conditions... très satisfaisantes. Quand je vois certains patients, que les aides-ménagères... font ce qu'elles peuvent, (...) qui le soir, parce que la famille veut pas les mettre en Ehpad, elles ferment la porte à 20h et elles rouvrent le lendemain matin, à 20h bon ça, ça me paraît totalement aberrant. »

Professionnel : « C'est plus facile à gérer à mon avis, quelqu'un qui est hémiplégique, dépressif tout ce qu'on peut imaginer par rapport à sa maladie, que quelqu'un qui a une démence. Il n'y a pas de comparaison en termes de gestion. Donc d'un côté on a des armes, si j'ose dire et de l'autre côté on en a pas des masses. »

L'entrée en maison de retraite ou Ehpad est difficilement envisagée, pour différentes raisons. Les Ehpads sont en premier lieu trop chers pour un grand nombre de familles, sur un territoire relativement pauvre. Elles gèrent tant qu'elles le peuvent par leurs propres moyens la situation à domicile. Certaines familles pourraient quant à elles financer ces séjours en Ehpads, mais se refusent à effectuer de telles dépenses et préfèrent essayer de conserver le patrimoine familial en vue de l'héritage.

Professionnel : « Les Ehpads coûtent cher, ça c'est quelque chose qu'il ne faut pas écarter, donc c'est vrai que plus ils vont pouvoir repousser l'échéance de le faire, mieux c'est pour eux. »

Professionnel : « Ce que je remarque aussi à l'aide sociale, c'est qu'on affiche des revenus à 0 et derrière on a des terres, on a des choses, on a quand même un peu de capital qu'on pourrait là pour le coup peut-être vendre et puis peut-être avoir une qualité de vie autre. »

Professionnel : « On a aussi des enfants qui mettent leurs parents en établissement et tout d'un coup et souvent des GIR 2 et tout d'un coup les ramènent à domicile, parce que pour la plupart ils sont obligés alimentaires auprès de leurs parents (...) Ça arrive, j'en ai un ou deux, pour lequel le problème va se poser, la mésentente des enfants, la maison ils ne veulent pas la vendre. »

Professionnel : « On saisit de plus en plus le juge hein ! Moi je saisit de plus en plus le juge. »

En plus du frein financier s'ajoutent de nombreux freins

QUELLE EST LA RÉTENTION DANS LA POPULARITÉ DES EHPAD

psychologiques et sociaux. Parce que les Ehpad accueillent en très grande majorité des personnes lourdement dépendantes, ils sont perçus comme des lieux réservés à la toute fin de vie, avec en outre, des possibilités de soins qui n'y sont pas toujours suffisantes et des contraintes liées à la vie en collectivité.

Professionnel : « Sur les Ehpad, c'est vrai que les moyens sont quand même difficiles (...), je me retrouve avec un soignant pour 14 résidents. Donc le matin, vous imaginez ce que ça peut faire... Donc ce n'est pas évident et les soignants souffrent et les personnes qui se dégradent en autonomie. Il y a des fois, je pense qu'on pourrait les accompagner différemment, alors est-ce qu'il faut des intervenants extérieurs ? Style psychomotricien, orthophoniste ou des choses comme ça ? (...) Je n'ai pas encore la solution aujourd'hui mais la perte d'autonomie en Ehpad est très rapide »

Habitant : « ça devient de la chaîne parce qu'il n'y a pas assez de personnel pour le nombre de personnes. C'est comme l'usine c'est une toilette, hop, on sort de la chambre et on oublie un peu la personne. »

Il reste assez difficile pour un grand nombre d'aidants familiaux de ne pas répondre à ce qu'ils considèrent comme étant un devoir moral, celui d'apporter eux-mêmes le soutien à leur proche. Le « placement » en institution est vécu comme un abandon, source de culpabilité. Il est nécessaire que les aidants soient accompagnés dans la durée pour accepter les solutions d'hébergement de leurs proches. Ce cheminement peut commencer avec les dispositifs d'hébergement temporaire et accueil de jour. Actuellement, sur le territoire du pays Val de Creuse-Val d'Anglin, ces solutions de soutien ne sont pas assez développées ou utilisées. D'un côté, les professionnels estiment qu'il manque depuis longtemps et de façon criante, un accueil de jour qui répondrait à un besoin de répit essentiel. Les habitants du territoire sont contraints d'utiliser l'accueil de jour d'Azerables.

Professionnel : « Première chose qui manque sur le secteur, c'est un accueil de jour. »

Professionnel : « Nous, Mutualité française, on est même peut-être prêt à... aider, proposer des solutions, pour avoir un accueil de jour dans des régions comme Argenton où il n'y en a pas. »

De l'autre quand ces solutions d'accueil de jour ou d'hébergement temporaires ont été mises en place, elles n'ont pas rencontré les demandes des personnes qui en auraient eu besoin. Certaines contraintes matérielles comme les possibilités de transport jusqu'à l'accueil de jour ont constitué un frein ou la faible densité de population limite la possibilité de remplir ces structures.

Professionnel : « Pour les faire venir en accueil de jour même il faut qu'ils aient un moyen de locomotion et si on peut pas

aller les chercher et que personne ne peut les ramener, c'est pour ça aussi qu'on a pas forcément ce type de structures qui fonctionne. »

Professionnel : « Un accueil de jour c'est quoi ? C'est en fait trois-quatre demi-journées où le patient va aller à son accueil de jour, c'est-à-dire une demi-journée ou une journée entière. Donc pour remplir, c'est toujours l'éternel problème, ça tourne toujours autour du pognon de toute façon. Pour remplir, il faut quoi ? Il faut à peu près 25 patients. »

Professionnel : « L'Ehpad que je gère avait été construit en juillet 2016 avec un accueil de jour et un PASA. Malheureusement, faute de moyens puisqu'on était qu'un seul ETP AS d'ajouté par rapport à l'ensemble de la population que nous avons et un 0,75 ETP animateur, c'est un peu léger pour accueillir en plus en accueil de jour, on avait peu de demandes. »

Pour l'hébergement temporaire, la démarche est encore souvent vécue par les aidants comme la fin de leur accompagnement de leur proche et les personnes âgées qui pourraient en bénéficier craignent d'être laissées pour une durée plus longue dans l'établissement, voire définitivement. Ceci est d'autant plus crédible que ces places sont situées directement dans les Ehpad.

Professionnel : « On a des accueils, des places temporaires. (...) Vous savez, on est prêt à ouvrir ne serait-ce qu'une semaine par mois trois jours et échelonner ça pour dire que l'aide puisse avoir du répit. Et bien même ça, ça ne marche pas. Ils ne viennent pas, ils sont dans un sentiment de culpabilité, de placer leur époux, leur femme, dans une structure. »

Professionnel : « Dans tous les hébergements temporaires adossés aux Ehpad, alors y a la culpabilité du conjoint à laisser son compagnon, son mari, son époux, mais y a aussi la personne qui ne veut pas y aller parce qu'elle a peur d'y rester. Et donc elle se dit, si j'y vais, ils vont me laisser là et je ne reviendrais plus chez moi. Et je pense que c'est ça qui leur fait peur. »

Pour changer l'image négative des établissements pour personnes âgées, certains établissements essaient d'établir des liens autres en amont, avec des personnes âgées à domicile, en associant les personnes auparavant à des temps de vie de l'établissement et/ou en permettant de se familiariser avec certains personnels, par exemple dans le cadre du portage de repas.

Professionnel : « On a une vingtaine de résidents à domicile, pour lesquels on distribue les repas, tous les deux jours. On a fait le choix que ce soit notre animatrice qui le fasse, parce que justement ça permettait aussi d'avoir ce lien avec l'Ehpad, de nous les préparer. On les invite à nos grands événements, quand on fait la fête de Noël, quand on fait les festivités, ces résidents on va les chercher. »

QUELLES SONT LES LA POPULATION

Il existe d'autres possibilités de soutien avec le centre gériatrique de l'Indre et la Mutualité française, comme les cafés des proches, des temps d'échange, l'organisation de marches, de la sophrologie mais ces initiatives ne sont pas directement accessibles sur le territoire du pays et nécessitent donc une bonne autonomie des aidants pour le transport et une organisation pour ne pas laisser leur proche seul. Les aidants recourant peu à ces solutions de répit et de soutien ont tendance à s'épuiser.

Professionnel : « Il y a le mari, la femme par exemple et il y en a un qui est atteint de maladie dégénérative. Et il y a une lourdeur importante et ces gens-là aimeraient et c'est leur souhait, de garder leur proche le plus longtemps possible. Mais si le monsieur il a 85 ans ou je ne sais quoi ou plus et bien la dame elle a le même âge, donc malgré toutes les aides qu'on peut faire, le Ssiad, l'Ehpad, enfin tout mélangé, tout ce qu'on peut faire, y a quand même un épuisement de l'aidant. »

Si les formes actuelles de soutien des aidants ne touchent pas toutes les personnes qui en ont le besoin, il est toutefois relevé un développement des dispositifs et une prise en compte de plus en plus formelle de la place et des besoins de l'aidant dans les dispositifs publics. Par exemple, les plateformes d'accompagnement et de répit ont été créées ; la loi d'adaptation de la société au vieillissement a permis de prendre en compte plus explicitement et clairement les tâches effectuées par l'aidant dans le cadre de l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie, de financer le répit de l'aidant.

Les professionnels déplorent d'autres manques liés au territoire qui pénalisent la prise en charge de certaines personnes âgées. Tout d'abord, le dépistage des troubles mentaux des personnes âgées a tendance à être tardif, car les familles ne s'en rendent pas toujours compte ou se trouvent dans une situation de déni, ou encore préfèrent cacher cette réalité aux personnes extérieures. Les aides à domicile qui interviennent au domicile n'ont pas les formations pour repérer précocement et efficacement ces troubles. Les possibilités de formation existent mais leur investissement personnel est variable et il est parfois complexe de leur trouver un remplacement pour la durée de la formation. Il en va de même pour les aidants de structures bénévoles qui ne sont pas suffisamment outillés pour le repérage.

Professionnel : « Il faudrait beaucoup plus de stages de formation pour nos aidants qui rencontrent certaines difficultés, comme je le disais tout à l'heure, de détection de maladies chroniques comme Alzheimer, peut-être que ces aidants pourraient le détecter aussi plus facilement et plus précocement que la famille qui, quelquefois, est dans le déni en fait. »

Habitant : « Il manque, ah oui par contre il manque des personnes qualifiées parce que les filles qui sont embauchées,

elles peuvent faire mais si elles n'ont pas de diplôme, enfin elles n'ont pas de diplôme pour... Moi je pars du principe que si pour travailler dans ce métier, donc la toilette, le ménage, enfin tout, tout ce qui est, tout ce qui entoure la vie quotidienne de la personne, si vous n'êtes pas diplômé ce n'est même pas la peine. Il y a beaucoup de filles. Il y a les trois quart des filles qui travaillent avec moi, enfin comme collègues qui ne sont pas diplômées. »

Même quand des difficultés psychiques sont repérées par un intervenant, l'accès à un véritable diagnostic des pathologies est ensuite compliqué par le manque de spécialistes à disposition sur le territoire ou à proximité.

Professionnel : « À la limite, on fait le diagnostic. Des fois c'est caché par la famille, il ne faut jamais l'oublier. Oh bah il oublie un petit peu. »

Professionnel : « Il y a le dépistage des démences aussi, on pourrait en discuter. Ils mettent des choses en place, mais bon des neurologues on n'en a pas, des psychologues on n'en pas suffisamment. »

Les professionnels rencontrés relèvent également un manque de places adaptées dans des établissements pour les personnes handicapées (psychiquement ou mentalement) avançant en âge. Ils rencontrent des problématiques spécifiques et ont des besoins qui ne sont pas bien pris en charge ni dans les structures dédiées aux personnes en situation de handicap, ni dans les établissements pour personnes âgées.

Du fait de leur inadaptation dans ces structures, ils complexifient le travail réalisé pour les autres usagers ou restent à domicile avec l'aide de leur famille. Il n'existe que trop peu de places d'accueil temporaire pour ce type de public, afin d'offrir un répit aux aidants. Il apparaît essentiel de créer des structures véritablement adaptées, car les usagers des structures pour le handicap vivent plus longtemps et sont de plus en plus nombreux à avancer en âge.

Professionnel : « C'est vrai que j'ai un résident, d'un Fam qui a été accueilli à l'Ehpad de (ville) qui est là et c'est vrai qu'il est complètement inadapté, alors que ce soit pour lui, parce qu'on ne peut pas lui offrir les soins dont il aurait besoin, parce que l'accompagnement est différent pour un adulte handicapé vieillissant d'une personne âgée, dans son accompagnement, dans sa prise en charge, dans tout ce qui est psychologique et les besoins qu'ils ont et il est inadapté pour les autres résidents qui ne le regardent pas avec le même... Parce que vous avez beau dire, il a des troubles, enfin il réagit de façon complètement différente. Et je trouve dommage que justement, on n'ait pas plus de structures intermédiaires, entre l'Ehpad et la Mas ou le foyer d'accueil médicalisé. »

QUELLES SÉCURITÉS LES POPULATIONS RURALES

Professionnel : « J'ai ma structure Mas-Fam, où j'ai une population de plus en plus vieillissante, avec des gros troubles moteurs et psychiques. On a des pathologies très lourdes. »

Professionnel : « Je n'ai qu'une place séquentielle qui me permet d'accueillir, des fois pour des répits justement, les aidants. Mais ce n'est pas suffisant. Et puis je trouve dommage qu'à un moment donné, on arrive quand même à une limite, l'adulte handicapé vieillissant, on ne peut plus l'accompagner comme on pourrait le faire sur un Fam. Et on n'arrive pas non plus à les mettre dans les structures classiques. Donc je pense qu'on arriverait à une meilleure prise en charge pour la dépendance et l'autonomie en ayant des structures aussi plus adaptées et intermédiaires entre les deux. »

Sur un autre domaine de prise en charge, les services de soins de suite les plus proches sont situés seulement au Blan, à La Châtre ou Buzançais tandis que l'ensemble du sud du département de l'Indre en est dépourvu. Pour l'accompagnement en fin de vie, l'équipe mobile de soins palliatifs de Châteauroux a bien des compétences reconnues mais est saturée.

Professionnel : « Il y a le premier problème qui va se poser, c'est la distance par rapport... Ben la dame de 88 ans qui a ses enfants qui sont parisiens ou je ne sais quoi et ce pauvre homme il est dans son petit coin et sa pauvre femme elle est dans le petit coin à côté, donc est-ce qu'on fait une mobilité ? Est-ce qu'on essaie de rapprocher un établissement par ici, c'est un problème qui se pose ! »

Enfin certains professionnels récemment installés sur le territoire regrettent une difficulté générale à identifier les partenaires avec lesquels travailler, à mutualiser les ressources alors que la coordination et le travail en réseau fonctionne souvent plutôt bien sur ce type de territoire rural, peu doté en professionnels.

CONSO ALCOOL ET TABAC CONSOMMATION

ANALYSES

Une consommation d'alcool divisée par plus de deux en 50 ans mais...

Bien que la consommation d'alcool ait été divisée par plus de deux en 50 ans, passant de 26,0 litres d'alcool pur par habitant de plus de 15 ans en 1961 à 11,6 en 2013 (source : OFDT), les dommages liés à la consommation éthylique restent la deuxième cause de mortalité évitable en France et de grands pourvoyeurs de complications médicales, tant aigües (psychose alcoolique...) que chroniques (cirrhose hépatique, cancers des voies aérodigestives supérieures...).

Concernant le tabac, il reste la première cause de décès évitable en France (environ 73 000 par an en 2010), de par les dégâts pulmonaires mais aussi cardiovasculaires et

tumoraux engendrés par sa consommation. Cette dernière, après deux décennies de franche diminution, est en légère hausse depuis quelques années, notamment chez les femmes.

Selon l'Inpes, la région Centre-Val de Loire se situe dans la moyenne nationale quant au nombre de consommateurs de ces deux produits : 29,0 % des 15-75 ans déclaraient fumer en région Centre-Val de Loire en 2010, contre 29,1 % pour la France. Selon les indicateurs considérés (nombre d'ivresses, usage quotidien...), la région se situe aux alentours des chiffres nationaux.

Mortalité par pathologies liées au tabac

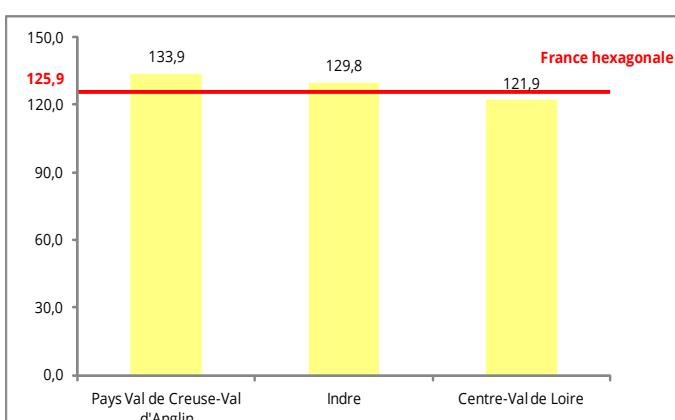
On peut représenter de manière très schématique la mortalité liée à la consommation de tabac par celle de 3 pathologies prédominantes et relativement spécifiques, ou du moins dont le fait de fumer représente un facteur de risque clairement établi : les cancers de la trachée, des bronches et du poumon, la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) et les cardiopathies ischémiques.

Sur le territoire, la mortalité imputable au tabac représente 55 décès annuels en moyenne sur la période 2005-2013 (dont 60 % d'hommes).

Le taux comparatif de mortalité du territoire, après standardisation, sur la période, est de 133,9 décès pour 100 000 habitants, soit un taux significativement comparable aux taux départemental (129,8), régional (121,9) et national (125,9).

De grandes variations entre les sexes sont observées, car si le taux comparatif de mortalité pour les femmes du territoire est de 79,5 décès pour 100 000 habitantes, il est de 203,3 chez les hommes.

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR PATHOLOGIES IMPUTABLES AU TABAC [2005-2013]



SOURCES : INSERM CÉPIDC, INSEE
EXPLOITATION : DRSCM CENTRE-VAL DE LOIRE
POPULATION DE RÉFÉRENCE : FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

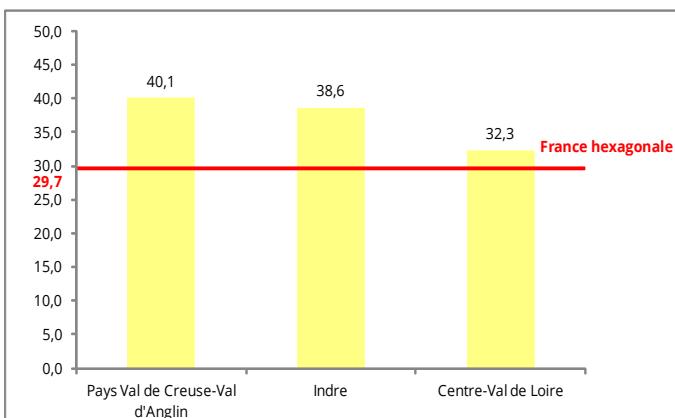
Mortalité par consommation excessive d'alcool

De la même manière, un indicateur de mortalité par pathologie liée à d'alcool peut être composé en alliant 3 pathologies propres à celle-ci : la cirrhose alcoolique, la psychose alcoolique et les cancers des voies aérodigestives supérieures.

Durant la période 2005-2013, sur le territoire, les pathologies liées à l'alcool sont responsables, en moyenne par an, de 14 décès. Ces pathologies représentent 3,7 % de la mortalité totale, chiffre comparable à ceux retrouvés dans les territoires de référence (entre 3,6 % et 3,8 %). Après standardisation par tranches d'âge, cela correspond sur le territoire à un taux comparatif de mortalité de 40,1 décès par pathologies liées à l'alcool pour 100 000 habitants, soit un taux non significativement différent de celui du département (38,6) mais supérieur aux taux régional (32,3) et national (29,7).

Pour ces pathologies des différences selon le sexe sont également observées sur le territoire, car si le taux chez les femmes est de 17,8 pour 100 000 habitantes, il est environ quatre fois plus élevé chez les hommes (65,9).

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL [2005-2013]

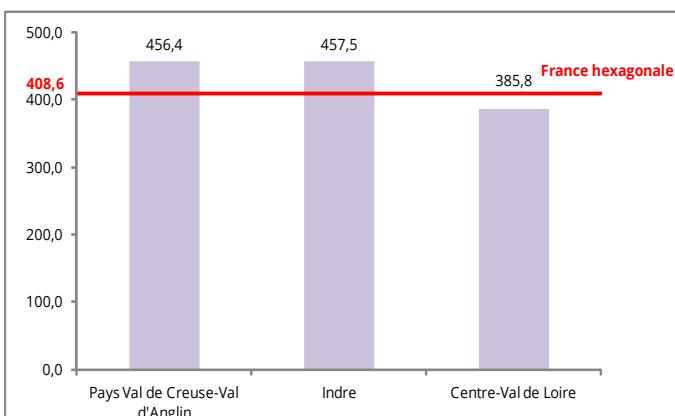


SOURCES : INSERM CÉPIDC, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

Patients hospitalisés pour troubles liés à la consommation d'alcool

Entre 2013 et 2015, 117 patients du pays Val de Creuse-Val d'Anglin ont été hospitalisés par an en moyenne. Après standardisation, le taux du territoire est de 456,4 patients hospitalisés pour 100 000 habitants, soit un taux significativement supérieur à celui retrouvé dans le Centre-Val de Loire (385,8). Aucune différence significative n'est constatée avec les niveaux départemental et national (respectivement 457,5 et 408,6 pour 100 000 habitants).

TAUX COMPARATIF DE PATIENTS HOSPITALISÉS POUR TROUBLES LIÉS À LA CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL [2013-2015]



SOURCES : PMSI [2013-2015], INSEE (RP 2014)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
POPULATION DE RÉFÉRENCE : FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

Prise en charge des personnes en situation d'addiction en structures d'accueil spécialisées et/ou associatives

L'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa) est une association nationale avec des unités départementales qui mène une mission générale de prévention, de soins et d'accompagnement en addictologie. L'Anpaa apporte une aide et une écoute, intervient dans la prévention et propose des soins pour les 10-25 ans. Ses domaines d'intervention sont la prévention, l'intervention, la réduction des risques, les soins et l'accompagnement.

Le Csapa-Anpaa 36 (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie), implanté à Châteauroux, est une structure d'accueil, d'écoute et d'accompagnement pour les personnes rencontrant des difficultés face à l'alcool, les drogues, les médicaments... Il propose une prise en charge médico-psycho-sociale, sous la forme de consultations individuelles gratuites et anonymes, pour

les personnes souffrant d'une problématique addictive. Le traitement peut allier médicaments, psychothérapie et fréquentation d'un groupe d'entraide.

Différents acteurs interviennent en matière d'addictologie notamment dans l'Indre, où l'on compte également Alcool Assistance de l'Indre, le Caarud (centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues), Alis 36 (association lutte information sida), AISMT 36 (service de santé au travail interentreprises), AEBTP 36 (services interentreprises de santé au travail du BTP) et PAEJ/MAD (Point accueil écoute jeunes/Maison des adolescents). De même, des acteurs nationaux sont présents sur la région (Drogues Info Service, l'Inpes, SOS Addictions, Tabac Info Service, Alcool Info Service, Alcooliques Anonymes...).

Ressources disponibles sur le territoire

Le réseau périnatalité de l'Indre met en place des consultations d'aide à l'arrêt du tabac (en partenariat avec le Conseil départemental et les communes) à destination des femmes ayant un désir de grossesse, des femmes enceintes, des mamans et de leur entourage. Ces consultations se déroulent au centre communal d'action sociale d'Argenton-sur-Creuse, de La Châtre, de Le Blanc (pour les communes de Saint-Gaultier etc.) et de Châteauroux (pour les communes de Velles, Tendu etc.).

Ces consultations existent depuis janvier 2015, une demi-journée par mois. Elles ont pour objectif de réduire la morbidité néonatale en établissant une prévention de qualité des complications néonatales liées au tabagisme pendant la grossesse et réduire le nombre de femmes fumeuses.

GUIDE D'APPROFONDISSEMENT ET SÉCURISATION : PRÉVENTITION DES DRDS

L'épidémie par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)/sida a débuté en France dès le début des années 80.

L'InVS, devenu Santé publique France en 2016, estime le nombre total de cas de VIH notifiés au 30/06/2017* à 1 509 en région Centre-Val de Loire, dont 76 dans l'Indre. Au sein de la région, 60,8 % des nouvelles séropositivités sur cette période sont des hommes et la classe d'âge la plus touchée est celle des 30-39 ans, avec 31,3 % des nouveaux diagnostics. Fin juin 2017*, la prévalence du nombre de diagnostic de sida en Centre-Val de Loire est de 1 218 cas notifiés (dont 90 dans l'Indre) (*Source : InVS Surveillance du SIDA et du VIH données cumulées de 2003 à 2017 - données au 30/06/2017 non corrigées pour la sous-déclaration - * Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration*).

En 2014, l'InVS estime que 60 sérologies ont été réalisées pour 1 000 habitants en région Centre-Val de Loire. C'est moins qu'en France (80 % personnes, DOM compris). Cela

représente, avec 116 découvertes de séropositivité par million d'habitants en région, 1,9 sérologie positive pour 1 000 habitants, tandis que dans la France entière, 2,1 tests sur 1 000 révèlent l'infection, équivalent à 167 sérologies positives par million d'habitant.

Par ailleurs, au niveau national, parmi la sous-population à risque que représentent les usagers de drogue par injection intraveineuse (héroïne principalement), il est à noter une baisse très importante des nouvelles contaminations. En effet, sur les 6 700 personnes ayant découvert leur séropositivité en 2009, 85 ont été contaminées par usage de drogues injectables, soit 1,25 % des nouvelles contaminations, là où ce taux était de 10 % dans les années 90, avec par exemple, plus de 1 800 diagnostics posés en 1994 parmi les consommateurs (*source : InVS*).

Grossesses précoces

Sur la période 2011-2014, 10 mères du pays Val de Creuse-Val d'Anglin étant mineures au moment de l'accouchement ont été recensées. Cela représente 1,4 % de l'ensemble des accouchements. Ce chiffre est supérieur à ceux retrouvés dans le département et en région (respectivement 0,7 % dans l'Indre et 0,6 % en Centre-Val de Loire).

Si l'on considère les mères résidant au sein du territoire qui étaient mineures au moment de la conception, ce pourcentage est de 2,1 % sur la période considérée. C'est supérieur à ce qui est constaté dans l'Indre (1,2 %) et en région Centre-Val de Loire, (1,1 %).

PROPORTION DE MÈRES MINEURES (2011-2014)

	Nombre de mères mineures à l'accouchement	Part dans l'ensemble des accouchements	Nombre de mères mineures à la conception	Part dans l'ensemble des accouchements
Pays Val de Creuse-Val d'Anglin	10	1,4 %	14	2,1 %
Indre	57	0,7 %	89	1,2 %
Centre-Val de Loire*	653	0,6 %	798	1,1 %

SOURCES : PMI
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
* ESTIMÉ APRÈS PONDÉRATION. LE NOMBRE DE MÈRES MINEURES AU MOMENT DE LA CONCEPTION N'ESTANT PAS DISPONIBLES POUR LE DÉPARTEMENT D'INDE-ET-LOIRE

ÉTUDE D'APPROFONDISSEMENT ET SÉCURISATION : PRÉVENTITION DES RISQUES

Pratique de l'interruption volontaire de grossesse

La SAE (statistique annuelle des établissements de santé) est une enquête commanditée par la Drees qui collecte annuellement de façon exhaustive et obligatoire un ensemble de données ayant trait à l'activité des diverses structures de santé et notamment celles concernant les pratiques d'interruption volontaire de grossesse (IVG).

Deux méthodes de recours à l'IVG existent : une médicamenteuse, schématiquement réservée aux interruptions précoces et sans signe de gravité et une chirurgicale, de référence. Cette première s'est rapidement développée en région Centre-Val de Loire. En 2017, 23 établissements de santé pratiquent l'IVG en région Centre-Val de Loire, dont 20 relevant du public.

La SAE de 2016 montre que 55,7 % des 163 408 IVG pratiquées en France métropolitaine durant l'année l'ont été par administration médicamenteuse (contre 48,5 % en 2007 et 54,0 % en 2010). Ce pourcentage est plus élevé en région Centre-Val de Loire (64,9 % des 5 477 IVG) et atteint même 73,5 % dans l'Indre.

Par ailleurs, depuis 2004, l'évolution de la législation permet à des médecins de ville ayant passé une convention avec un établissement de santé de pratiquer les IVG par voie médicamenteuse. Le CPEF a l'autorisation de réaliser des IVG. Selon la Dress, en 2012, 8,5 % des IVG en région Centre-Val de Loire ont été réalisées hors établissement de santé (cabinets, centres de santé, centre de planification ou d'éducation familiale...) contre 7 % en 2010.

Le nombre d'interruptions de grossesse en France hexagonale a légèrement augmenté entre le milieu des années 1990 et 2006 avant de se stabiliser autour de 220 000 IVG par an (IVG en établissements hospitaliers et hors établissements hospitaliers). En 2015, le taux de recours à l'IVG en région Centre-Val de Loire est de 12,6 % femmes âgées de 15 à 49 ans (12,5 % en France hexagonale).

Du fait de l'essor des taux de scolarité et d'activité féminins, 52 % des femmes ayant recours à l'IVG ont moins de 25 ans (Drees 2007). L'engagement professionnel ou scolaire apparaît comme un motif déterminant de recours à l'IVG. Le taux de recours augmente avec l'âge pour atteindre son apogée chez les 20-24 ans (27,0 % en France entière en 2015). Selon l'enquête, en 2015, le taux d'IVG chez les mineures en région Centre-Val de Loire est de 6,1 pour 1 000 mineures de 15 à 17 ans (7,6 % dans la France métropolitaine). Si le taux global est stable, il continue à baisser légèrement chez les moins de 20 ans depuis 2010 après une forte hausse entre 1990 et 2010.

Malgré de nombreuses campagnes de l'évolution de la législation en matière de recours à l'IVG, l'étude Drees 2007 montre qu'un quart des femmes en situation de grossesse non prévue ne savent pas à qui s'adresser pour prendre leur décision. À cette difficulté s'ajoute parfois l'absence de parents ou de proches dans l'accompagnement des démarches à effectuer. De plus, lors du premier rendez-vous, près d'une femme sur deux (46 %) se présente seule. Cependant la question posée de l'enquête ne permet pas de répondre à ce sujet (volonté individuelle, incapacité à mobiliser un proche, difficultés techniques...).

GUIDE D'APPROFONDISSEMENT ET SEXUELLE : PRÉVENTION DES RISQUES

Ressources disponibles sur le territoire

Le Planning familial est une association militante affiliée à un mouvement national qui lutte pour créer les conditions d'une sexualité vécue sans répression ni dépendance dans le respect des différences, de la responsabilité et de la liberté des personnes.

Les objectifs et les engagements de l'association sont :

- Prendre en compte toutes les sexualités. Agir pour la prise en compte de la sexualité comme un des droits de la personne, animer des lieux d'expression où parler de désir, de plaisir, pour vivre une sexualité épanouie dans le respect de l'autre.
- Accompagner dans le choix d'une contraception adaptée à son âge, à son mode de vie, à ses besoins, favoriser l'accès à toutes les méthodes et agir pour améliorer leur remboursement.
- Écouter et orienter pour une demande d'IVG. Accompagner toute personne dans sa démarche, dans le respect de sa décision, sans pression ni culpabilisation. Veiller à l'application des lois, à l'accès et aux conditions dans lesquelles sont pratiquées les interventions, favoriser une meilleure prise en charge.
- Promouvoir l'éducation à la sexualité. Agir pour son intégration dans les programmes scolaires, favoriser les échanges entre les filles et les garçons pour dissiper tabous et malentendus, faire évoluer les mentalités, aborder la sexualité avec des personnes handicapées, migrantes, détenues...
- Dénoncer et combattre toutes les formes de violences, discriminations, viols, violences au sein du couple ou de la famille, harcèlement sexuel, mariages forcés, mutilations sexuelles.
- Lutter contre le sida et les IST (infections sexuellement transmissibles). Sensibiliser les femmes à leur exposition particulière aux risques, renforcer leurs capacités à se protéger, favoriser la diffusion des moyens de protection dont elles ont la maîtrise, en particulier le préservatif féminin.
- Privilégier une maternité choisie. Veiller à ce que le droit d'accoucher anonymement, la possibilité de recourir à la procréation médicalement assistée (PMA) ou à l'adoption soient respectés. Rester attentif à l'accompagnement et au suivi de la grossesse et de l'accouchement.

Le Planning familial inscrit ses objectifs dans le combat contre les inégalités sociales, les oppressions et agit pour

le changement des mentalités et des comportements. Il entend développer les conditions d'une prise de conscience individuelle et collective pour que l'égalité des droits et des chances soit garantie à toutes et à tous. Il lutte contre l'oppression spécifique des femmes contre toutes formes de discrimination dont elles sont l'objet, en cela le Planning familial est un mouvement féministe. En matière d'éducation à la vie affective et sexuelle et dans le cadre du plan régional de santé publique, le Planning familial de l'Indre a organisé des interventions en milieu scolaire qui ont pour objectifs de :

- Présenter l'association et la différencier du centre de planification ;
- Permettre un temps de parole autour de la sexualité, les risques qui y sont liés et les moyens de s'en protéger dans une démarche de réduction des risques (méthodes contraceptives, la pilule d'urgence et l'interruption volontaire de grossesse, préservatifs internes/externes, les différents dépistages) ;
- Apporter des connaissances sur les droits et lois en la matière et faciliter l'orientation et le repérage des lieux ressources existants sur le département.

Dans le cadre également de son intervention en milieu scolaire, une action a permis de réunir les jeunes scolarisés du département afin de mettre en place des actions d'informations collectives en direction des élèves scolarisés en 4^{ème} et 3^{ème} sur la thématique puberté et/ou sexualité. Les permanences, anonymes et gratuites, des services du Planning familial ont lieu un mercredi par mois avec ou sans rendez vous, de 14h à 17h, à Argenton-sur-Creuse (hôtel des services sociaux, 67, rue Auclerc Descottes, tél : 02.54.61.07.08). Elles s'adressent aux jeunes, à la population générale et aux professionnels médico-sociaux sans limite d'âge, avec ou sans rendez-vous. Les entretiens peuvent durer de 5 minutes à une heure et peuvent être individuels ou collectifs selon la demande formulée. Dans une démarche de réduction des risques, ils sont réalisés par des personnes formées à l'animation de prévention sur la thématique de la vie affective et sexuelle. Cette action vise en particulier à :

- participer à la diminution des inégalités d'accès à l'information et aux moyens de réduction de risques relatifs à la vie affective et sexuelle ;
- ouvrir un espace de parole, anonyme et gratuit ;
- faciliter l'orientation et le repérage vers les lieux ressources existants sur le département.

CODE D'INFORMATION ET SÉCURISATION : PRÉVENTION DES RISQUES

Elle apporte des informations sur :

- les méthodes contraceptives ;
- la contraception d'urgence ;
- l'interruption volontaire de grossesse ;
- les risques liés à la sexualité ;
- les droits et les lois en matière de sexualité.

Enfin, elle donne l'accès à des outils de réductions de risques : contraception d'urgence, test de grossesse urinaire, préservatifs féminins et masculins et gels lubrifiants.

Alis 36 (association lutte et information sida) intervient également en matière de vie sexuelle et affective. C'est une association de lutte et d'information sur le VIH/sida dont l'objectif est de combattre l'extension des IST-sida-hépatites par l'information, le dialogue, la communication, l'installation de distributeurs de préservatifs et tous moyens de prévention.

Ses missions sont de :

- coordonner les actions de prévention de l'EMIPS (équipe mobile d'information et de prévention sida) ;
- proposer et réaliser des actions de formation ;
- apporter aux personnes atteintes par le VIH et les virus hépatites un accompagnement global ;
- héberger temporairement les personnes touchées par ces pathologies ;
- gérer et/ou installer un échangeur de seringues sur Châteauroux et sur l'ensemble du département ;
- accueillir, accompagner et mettre à disposition du matériel de réduction des risques à destination des usagers de drogues sur un service médico-social (Caarud).

Le centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) du centre hospitalier de Châteauroux (hôpital de jour, pavillon 3) réalise des dépistages du VIH, des IST et des hépatites (Tél : 02.54.29.66.78).

COOPÉRATION TERREINNE 03 ET CONDUITES EN TERREAU

Synthèse de la rencontre avec les professionnels et les élus

Tabac/ Drogues/addictions

Concernant la consommation de tabac, les professionnels constatent que l'action « mois sans tabac » n'a pas suscité autant de démarches d'arrêts que la première année qui avait été un relatif succès. La campagne médiatique a été probablement d'une ampleur moins importante et le nombre d'inscrits a chuté, de même que les demandes en pharmacie pour des substituts. Cette campagne ne trouve pas facilement de relai au niveau local. Par exemple, les personnels de l'Éducation nationale, même s'ils abordent toujours une prévention de la consommation de tabac, n'investissent pas beaucoup cette thématique par rapport à d'autres et ne sollicitent pas de nouvelles formations. En revanche, ils abordent régulièrement la consommation d'autres produits et désormais la prévention du tabac dès l'école primaire, quand elle n'était traitée auparavant qu'à partir du collège.

Professionnel : « « mois sans tabac » on est moins bons, ce n'est pas une thématique qui prend, alors peut-être que notre personnel n'est pas assez bien formé. Quand on leur demande de se former ça ne les branche pas, donc on est moins bons sur le mois sans tabac, mais on va traiter des addictions. »

Les démarches d'arrêts partent essentiellement d'initiatives personnelles, même si elles peuvent être soutenues par les médecins traitants et les pharmaciens et dans certains cadres particuliers, comme lors des suivis de grossesse où des consultations en tabacologie sont proposées dans le cadre du réseau Périnat à Argenton-sur-Creuse; et avec les infirmières puéricultrices de PMI qui délivrent aussi des conseils et des informations sur les incidences de la consommation de tabac pendant la grossesse et l'allaitement.

Les addictions sans substance (comme les cyberaddictions ou encore les addictions au jeu, les achats compulsifs) sont mieux prises en considération que par le passé. Il est désormais plus facile d'en parler et les professionnels des addictions sont de plus en plus formés à ces thématiques émergentes.

Les professionnels n'ont pas relevé beaucoup de spécificités quant aux addictions de la population locale qui se portent sur une aussi large diversité de drogues (cocaïne, cannabis...) que les médicaments. Les pratiques sont similaires à celles d'autres territoires, même s'il existe probablement, pour certains usagers, des fluctuations dans les types de produits en fonction des approvisionnements. Il est cependant

difficile pour le professionnel d'effectuer des constats de consommation globale à partir des seules personnes qu'ils prennent en charge. Ils observent néanmoins que les produits sont généralement aussi accessibles en secteur rural et/ou que les consommateurs se débrouillent pour s'en procurer sans trop de difficultés. En revanche, les problématiques liées à une consommation excessive d'alcool sont jugées fréquentes sur le territoire où l'isolement social entraîne et agrave ces consommations. Une difficulté essentielle est, dans un contexte de banalisation de cette consommation et de difficulté d'accès aux structures de prise en charge, de susciter et de maintenir chez les personnes alcoolodépendantes la volonté de se soigner.

Professionnel : « On peut avoir du déni et, des fois, c'est d'ailleurs plus facile à reprendre à partir du moment où la personne n'est pas, est dans un état où elle est quand même capable d'échanger, ça peut les rendre agressifs. C'est que, des fois, quand on les prend entre guillemets sur le fait, bon ils peuvent difficilement nier mais c'est quand on a des doutes que c'est des fois plus compliqué. »

Interviewer : « Non mais après, blague à part, donc pour vous il y a une vraie culture de consommation d'alcool ? »

Professionnel : « Ah si oui quand même. C'est culturel. Bah, c'est culturel quand même l'alcool. »

Professionnel : « C'est vrai que la ruralité des fois... peut y contribuer, les personnes ont tendance à boire. »

L'accès aux soins et aux structures de réduction des risques est en effet moins évident qu'en milieu urbain. Il existe des structures dédiées vers lesquelles les professionnels peuvent orienter les usagers pour lesquels ils repèrent cette problématique. Mais elles bénéficient d'abord aux usagers à proximité ou à ceux les plus mobiles. Les structures médico-sociales susceptibles de prendre en charge les conduites addictives sont implantées principalement à Châteauroux (Csapa, Caarud, maison des adolescents). Le Csapa dispose néanmoins de lieux de permanence sur plusieurs secteurs géographiques du département. Cette organisation correspond aux besoins d'une grande partie des usagers de ces structures qui sont peu mobiles. La maison des adolescents qui reçoit principalement à Châteauroux, peut aussi effectuer des permanences délocalisées dans les locaux de différents partenaires locaux.

Professionnel : « La difficulté aussi dans la mobilité des personnes que nous recevons et que nous accompagnons, la

COMPRÉHENSION DES ÉTÉNEMENTS ET COMORBITUDES PAR LES USAGERS

difficulté liée à des fragilités cognitives ou de repères spatio-temporels, je veux dire les troubles cognitifs sont pas rares dans les addictions. Et ce genre de chose, il faut qu'on soit ou dans un accompagnement de proximité ou local, soit qu'on se débrouille pour une logique nous de réponse de proximité. »

Professionnel : « C'est des personnes qui, souvent, ne sont pas mobiles donc... C'est bien qu'on fasse nous, on fait beaucoup de visites à domicile ou de visites en mairie pour se rapprocher un peu des personnes et qu'elles aient aussi un peu de lien social et qu'on puisse détecter, parce que si en effet il fallait que les personnes se déplacent jusqu'à chez nous, ça serait compliqué. »

Professionnel : « Maison des ados c'était le cas un temps mais ce n'est plus le cas a priori, se déplacer en établissement scolaire (...). Et par contre ils peuvent se déplacer également, alors ils le font vraiment quand la personne n'est pas mobile, ils peuvent le faire aussi de venir en circonscription, de réserver un bureau. »

Sur le territoire Val de Creuse-Val d'Anglin, une seule permanence du Csapa est organisée tous les 15 jours à Argenton-sur-Creuse, avec du personnel infirmier. Cela ne permet pas de répondre à tous les besoins des usagers. Il est nécessaire, pour bénéficier de l'ensemble des prestations du Csapa, que les usagers consultent sur le centre de Châteauroux. En raison de son manque de ressources médicales internes mobilisables sur le territoire, le Csapa essaie de développer des liens avec les médecins traitants, les MSP et les réseaux locaux du territoire. L'absence de relais médical pour certains usagers est pénalisante notamment pour les potentielles prescriptions médicamenteuses.

Professionnel : « On essaie de mesurer les choses sur des personnes qui peuvent être autonomes et vers qui on oriente davantage, par exemple, sur la méthadone, sur du relai-ville ou du relai-pharmacie. On essaie de travailler en lien avec les pharmas et du relai-médecin traitant quand y en a un. À un moment, il faut que la prescription se fasse là et à nous de faire du lien et via un de nos médecins d'intervenir dans le cadre des FMC en soirées, pour que les médecins soient aussi au clair avec ce genre de choses. »

Professionnel : « On ne peut quasiment plus faire de sevrage ambulatoire si ce n'est pas fait par un médecin de ville ou un médecin traitant. Ça veut dire qu'il y a des gens qui n'ont pas de renouvellement de traitement où on sait que les troubles cognitifs ou anxiodepresseurs ou parfois on va dire que c'est un sur deux en termes de comorbidité psychiatrique. Il n'y a pas de relève, on maintient nous à travers des outils en interne, des visites à domicile, en essayant de maintenir un maximum les choses et en faisant jouer le réseau mais avec toutes les limites que ça a. »

D'autres professionnels, hors du corps médical, peuvent venir en appui dans une prise en charge globale des usagers.

Les ressources sont néanmoins parfois difficiles à mobiliser, dans la prise en charge des problèmes psychologiques notamment. Les psychologues du Csapa en faible effectifs, prenant en charge certaines prises en charge spécifiques (addictions sans produits comme le jeu pathologique, les entretiens familiaux etc.), ne peuvent apporter une aide à tous les autres usagers de la structure qui en ont besoin.

Professionnel : « Au bout d'un moment ça se chronicise aussi du point de vue social, psychologique, médical, par rapport à ce qu'on vient de se dire... Le coût de la prise en charge, c'est ce qu'on essaie nous de maintenir, de la prise en charge globale. »

Professionnel : « Est-ce que la comorbidité psy, est-ce qu'elle passe avant la problématique addicto, est-ce que la problématique addicto passe après ou avant la problématique psy ? Quand vous avez un CMP qui a 7 mois de délai, on essaie de faire en sorte que la problématique addicto passe avant. Ou alors on essaie de travailler ensemble sur des prises en charge intégrées mais les délais ou les difficultés de moyens pour aller vers les uns et les autres nous obligent à bricoler. (...) C'est les limites du mythe de l'articulation et de la coordination entre acteurs, pour continuer à coordonner faut-il encore avoir des choses à coordonner sur le terrain ! »

Sexualité

Les acteurs rencontrés estiment que les actions d'éducation à la sexualité, de prévention, menées au niveau national ou local, ont une certaine efficacité auprès des jeunes qui connaissent globalement les risques. Néanmoins, ils constatent un manque d'information de certains jeunes qui sont plus précoces quant à la vie affective et sexuelle (13 à 15 ans). Ce type de prévention est assez peu réalisé par les parents ou parfois trop tardivement. Les jeunes sont aujourd'hui assez influencés par internet qui leur donne des représentations faussées des relations sexuelles. Les repères sont également différents dans certains milieux sociaux où les jeunes peuvent vouloir devenir parents précocement comme leurs propres parents l'ont été.

Professionnel : C'est plutôt encourageant quand même, sur le côté où je pense que tout ce qui est informations sur la contraception etc. Mais bon je pense que c'est aussi le travail au niveau national qui paye. Les jeunes sont quand même bien informés de tout ça. Ce qui n'empêche pas des fois les prises de risque. »

Professionnel : « C'est quand même un mouvement un peu global aussi où les jeunes hommes et jeunes filles ont des relations sexuelles plus tôt et que des fois... On essaie en tout cas d'être vigilant dans le cadre de nos accompagnements. On sait qu'une jeune de 13 ans peut avoir une vie sexuelle et qu'à ce moment-là, on essaie de mettre les pieds dans le plat pour s'assurer, ou auprès d'elle, ou auprès de ses parents qu'il y a quelque chose qui est fait au niveau contraception. »

COOPÉRATION VERTUELLE ET CONDUITES EN CAS D'URGENCE

Lorsque des professionnels du milieu éducatif ou social repèrent des conduites à risque en matière de sexualité ou ressentent le besoin d'accompagner des jeunes sur ces sujets, ils peuvent envoyer les jeunes vers le centre de planification ou le planning familial qui disposent de permanences ponctuellement à Argenton-sur-Creuse, anonymes et sans-rendez-vous. Néanmoins, tous les jeunes ne peuvent s'y rendre facilement et les professionnels ont eux-mêmes à développer une approche de prévention dans le cadre de leurs accompagnements. De la même façon, lorsque des violences conjugales sont constatées ou présumées, les acteurs locaux ne comptent pas seulement sur les dispositifs spécialisés qui ne sont pas directement disponibles, alors que les personnes ont besoin d'un accompagnement immédiat. Le service accueil écoute 36 qui a ses locaux à Châteauroux, propose aussi des créneaux de permanences téléphoniques, pour ne pas laisser les personnes sans aucune réponse locale.

Professionnel : « Mais nous c'est vrai qu'on peut se retrouver à le faire, dans le cadre de soutiens éducatifs, auprès de jeunes... À reprendre un peu avec eux leur sexualité ou autres. »

Professionnel : « On sait vers qui on peut renvoyer. On essaie, en tout cas à partir du moment où la personne a besoin, ou en tout cas fait la démarche de venir au service social, on essaie à tout prix de la recevoir tout de suite, même si ce n'est pas son assistante sociale de secteur qui est là. Mais voilà, on sait que quand elles font la démarche il faut qu'on soit là, il faut qu'elles aient un interlocuteur, parce qu'elles ne reviendront pas nécessairement. Donc on est sensibilisé à cette dimension-là. »

De façon générale, le principe « d'aller-vers » est retenu par la plupart des acteurs rencontrés sur ce territoire, quelle que soit les problématiques prises en charge. La plupart

des acteurs de prévention et de prise en charge ont un rayonnement départemental et ne disposent souvent que de locaux situés à Châteauroux. Ils tentent souvent de mettre en place des lieux ponctuels pour accompagner les personnes qui ne peuvent pas facilement se déplacer ou avoir un premier accompagnement, un contact préalable sous une autre forme.

Professionnel : « En tout cas, ce qu'il est important de garder, c'est le côté permanence délocalisée. Parce que pour l'instant, on a sur des villes comme Argenton et que en tout cas ce qui est important c'est je pense qu'à minima, que les choses puissent se maintenir en l'état, c'est-à-dire que si jamais tout devait se centraliser sur Châteauroux ça serait plus compliqué. Heureusement on a encore ce système-là de différents partenaires qui peuvent se déplacer sur le terrain, nous aussi et je pense que c'est un peu la condition sur ce type de problématiques-là, c'est que ce soit relativement proche des gens. Parce qu'ils ne feront pas forcément la démarche, s'il faut faire 30-40km à chaque fois. »

Sécurité routière

En matière de sécurité routière, les facteurs de risque d'accidents sont principalement les mêmes qu'au niveau national. La consommation d'alcool et la vitesse excessive sont ainsi souvent en cause. Le caractère rural du territoire favorise assez largement la vitesse et les conséquences des accidents sont donc en moyenne plus graves. Les professionnels relèvent aussi les risques liés à la conduite de deux roues motorisées sans casque de protection et à certaines personnes âgées qui continuent à conduire alors qu'elles ont des réflexes amoindris ou présentent des troubles cognitifs qui peuvent occasionner des accidents (contresens...).

Violences faites aux femmes

Les violences faites aux femmes

Les violences conjugales peuvent prendre différentes formes (verbales, physiques, sexuelles, psychologiques...) et sont dans la majorité des cas le fait des hommes. Selon un rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 1 femme sur 10 est victime de violence conjugale. La conséquence de ces violences sur les femmes qui les subissent est une perte de l'espérance de vie allant de 1 à 4 ans.

Les violences conjugales subies par les femmes ont de multiples conséquences sur leur santé, qu'elles soient physiques (plaies, fractures, brûlures...) ou psychiques (dépressions, consommations d'anxiolytiques, tentatives de suicide). Les relations sexuelles forcées engendrent également des problèmes gynécologiques et psychologiques. La grossesse en est un facteur déclenchant ou aggravant. Des conséquences sont également visibles sur les enfants témoins de violences conjugales avec l'apparition chez eux de troubles du comportement et de la conduite, de troubles psychosomatiques.

Les violences conjugales sont souvent considérées comme un processus évolutif, s'aggravant plus elles perdurent dans le temps, conduisant dans bien des cas à l'homicide. Selon l'étude nationale des décès au sein de couples réalisée par le ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du territoire, en 2016, une femme décède tous les 3 jours sous les coups de son compagnon contre un décès d'homme tous les 13 jours. Sur 138 personnes décédées victimes de leur partenaire en 2016, 79 % étaient des femmes ($n = 109$).

L'Indre dispose, au sein de la direction départementale de la cohésion sociale, d'une délégation départementale aux droits des femmes et à l'égalité. Celle-ci « met en œuvre au niveau local la politique d'égalité entre les femmes et les hommes impulsée par le ministère des Droits des femmes. L'objectif de cette mission est de sensibiliser les acteurs du département et d'animer un réseau de référents locaux sur le thème de l'égalité. »

Les violences exercées sur les femmes impactent fortement leur santé. Ainsi on diagnostique des difficultés :

- En matière d'accès aux soins (notamment des publics précaires). En effet, n'ayant pas d'autonomie financière et portant un fort sentiment de honte, les femmes ne vont que très peu chez le médecin.
- Dans le champ de la santé de la mère et de l'enfant. Avec les risques importants de fausses couches, malformations, accouchements prématurés, risques directs et indirects pour l'enfant témoin de violences au sein du couple.
- Dans le champ de la santé mentale : avec des risques forts de dépression nerveuse, de tentative de suicide, une consommation de tranquillisants, d'anti-dépresseurs.
- Dans le champ de la nutrition et de l'activité physique. En effet, les femmes sont assez souvent isolées et ne pratiquent que peu souvent une activité physique.
- Dans le champ des conduites à risques (vie affective et sexuelle, prévention des IST, tabac/alcool, drogues illicites, jeux pathologiques, violence routière).
- Dans le champ des maladies chroniques. Les pathologies y compris chroniques accompagnent régulièrement les victimes d'agression à caractère sexuel.
- Dans le champ du vieillissement de la population. Les femmes âgées victimes de violence ne recherchent plus d'aide, de soutien. Elles sont isolées et résignées.

Violences faites aux femmes

Ressources disponibles sur le territoire

Dans le cadre de la lutte contre les violences faites aux femmes, le Conseil départemental de l'Indre propose un demi-poste d'assistante sociale en zone gendarmerie et assure une mission d'accompagnement des personnes vulnérables par les circonscriptions d'action sociale (CAS). Ces missions sont dévolues aux départements dans le cadre de leurs compétences en matière d'action sociale. Ces actions sont à destination des femmes victimes de violence, avec une prise en compte de la situation de leurs enfants mineurs. Le demi-poste d'assistante sociale est situé dans les locaux de la gendarmerie d'Issoudun, avec comme zone d'intervention les territoires situés en zone de gendarmerie. Deux circonscriptions d'action sociale interviennent sur le

territoire du pays Val de Creuse-Val d'Anglin, la CAS de Le Blanc/Argenton-sur-Creuse, site d'Argenton-sur-Creuse pour toutes les communes du territoire concerné, à l'exception de Velles (site d'Ardentes). Cette action est pérenne et existe depuis juin 2014. L'objectif de cette action est, à partir des informations transmises par les différentes gendarmeries, la mise en place d'un traitement social des situations. À partir des accompagnements réalisés par les CAS et/ou à partir d'informations transmises par les partenaires, un accompagnement social des personnes victimes peut être proposé. Pour ces deux actions, il est assuré l'accueil des personnes, l'évaluation des situations élargies aux enfants mineurs et la proposition d'un plan d'aide.

Mortalité par accidents de la circulation

Entre 2005-2013, les accidents de la route représentent 0,5 % des décès du territoire (0,7 % sur le département, 0,9 % en Centre-Val de Loire et 0,7 % en France métropolitaine).

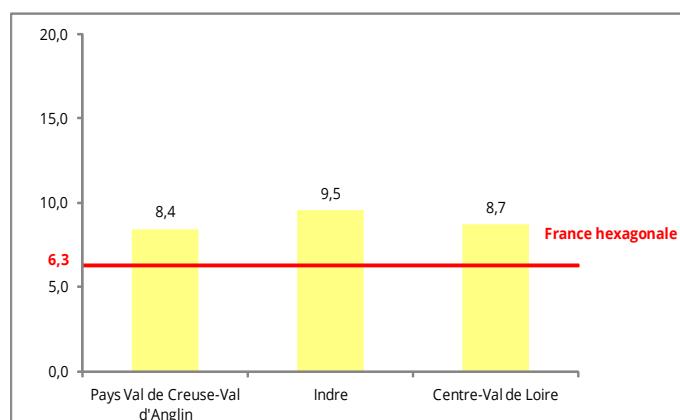
La région Centre-Val de Loire occupe le 2^{ème} rang des 13 nouvelles régions françaises métropolitaines présentant les plus mauvais chiffres en matière de mortalité par accidents de la circulation derrière la Corse. Ce constat s'explique, mais en partie uniquement, par des éléments de géographie physique et d'infrastructures. L'accidentologie est en effet de manière générale plus sévère en zone rurale et les régions les plus urbanisées sont celles où il y a le moins d'accidents graves de la circulation (vitesse réduite en ville, meilleur éclairage...).

Après standardisation, le taux de mortalité par accidents de la circulation des habitants du territoire est de 8,4 pour 100 000 habitants, chiffre statistiquement comparable à ceux retrouvés dans l'Indre (9,5), en région Centre-Val de Loire (8,7) et en France métropolitaine (6,3). Le constat est identique lorsque l'on compare les populations masculine et féminine.

Chez les 15-24 ans, population souvent décrite comme plus à risque dans le domaine des accidents liés à la circulation, la part des décès dus à la violence routière parmi l'ensemble des décès de cette classe d'âge est de 57,1 %, sur le territoire, soit un taux nettement supérieur à ceux retrouvés dans l'Indre (48,5 %), la région Centre-Val de Loire (39,5 %) et la France métropolitaine (31,1 %).

Au total, les 15-24 ans représentent 25,0 % de la mortalité par accidents de la circulation du territoire (27,8 % dans l'Indre, 23,8 % en Centre-Val de Loire et 24,5 % en France hexagonale).

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR ACCIDENTS DE LA CIRCULATION (2005-2013)



SOURCES : INSERM CEPIDC, INSEE
EXPLOITATION ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

Depuis 2004, la nutrition est l'une des priorités régionales et est inscrite dans le plan régional de santé publique autour de 4 objectifs : prévention et prise en charge de l'obésité, prévention et prise en charge de la dénutrition des personnes âgées, promotion d'une meilleure alimentation des personnes en situation de précarité et promotion de l'activité physique.

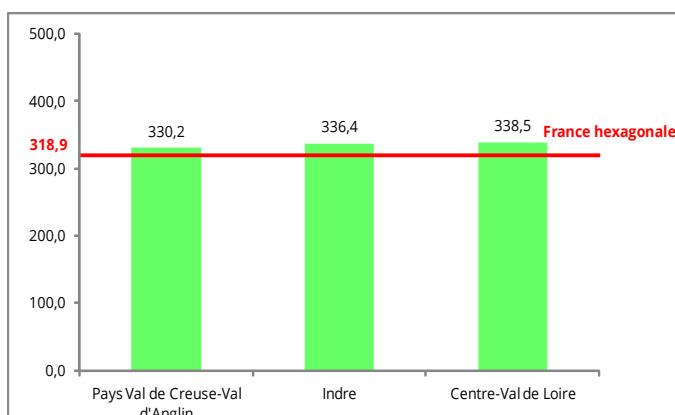
Selon l'enquête Obépi réalisée en 2012, 16,9 % de la population âgée de 18 ans ou plus du Centre-Val de Loire seraient en situation d'obésité (selon l'indice de masse corporelle), soit une proportion en baisse par rapport à l'année 2007 (17,7 %) mais toujours supérieure à celle observée en France hexagonale (15,0 %). Entre 1997 et 2012, la proportion de personnes obèses domiciliées en région Centre-Val de Loire a augmenté de 72,4 % (contre près de 76,0 % en France hexagonale).

Affections de longue durée pour motifs liés à la nutrition

Le diabète de type 2 est une pathologie fortement liée à un trouble nutritionnel. En 2014, 1 349 résidents du pays Val de Creuse-Val d'Anglin sont pris en charge au titre d'une ALD diabète de type 2.

Durant la période 2006-2014, 105 nouvelles admissions annuelles en ALD pour diabète de type 2 (59 hommes et 46 femmes) ont été en moyenne recensées au sein du pays. Après standardisation, le taux comparatif de nouvelles admissions en ALD sur le territoire pour le diabète de type 2 est comparable à ceux observés sur les territoires de référence (330,2 individus pour 100 000 habitants sur le pays Val de Creuse-Val d'Anglin, 336,4 dans l'Indre, 338,5 en Centre-Val de Loire et 318,9 en France hexagonale).

TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR TROUBLES LIÉS À LA NUTRITION (DIABÈTE DE TYPE 2) [2006-2014]



SOURCES : CNAMTS, CCMSA, INSEE
EXPLOITATION ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

Prise en charge médicale des patients diabétiques et en situation d'obésité

Le territoire compte 1 diététicien libéral au 1^{er} janvier 2017, soit une densité inférieure à celles retrouvées dans l'Indre, la région Centre-Val de Loire et l'Hexagone (respectivement 4,2, contre 5,3, 4,6 et 5,1). Aucun diététicien n'exerce de façon salariée ou mixte sur le territoire.

Concernant les pédicures-podologues, 8 professionnels libéraux exercent sur le territoire soit une densité de 33,4 professionnels pour 100 000 habitants (19,9 dans l'Indre, 18,9 en Centre-Val de Loire et 20,8 en France hexagonale). Aucun podologue n'exerce de façon salariée ou mixte sur le territoire.

Aucun ophtalmologue libéral n'est installé sur le territoire au 1^{er} janvier 2017. Cependant, la densité d'ophtalmologues libéraux du département est de 2,7 pour 100 000 habitants. Celles de la région et de la France hexagonale sont respectivement de 4,4 et 5,8.

Ressources disponibles sur le territoire

Dans le cadre du programme d'action de la fédération départementale **Famille rurales**, l'association, en partenariat avec le Codes, a réalisé des actions (C'est moi le chef, Jeun'food, sensibilisation à l'équilibre alimentaire et au sport) à destination des jeunes âgés de 3 à 12 ans inscrits au centre de loisirs à Saint-Benoît-du-Sault, Éguzon-Chantôme et Argenton-sur-Creuse. Ces actions se sont déroulées en 2015 et 2016 sous la forme d'animation d'une séance à partir d'outils pédagogiques construits entre les animatrices de Familles rurales et du Codes. Elles avaient pour objectifs d'acquérir des notions sur l'équilibre alimentaire et de développer des compétences pratiques.

Dans le cadre du dispositif Garantie Jeunes, la **Mission locale Indre-Sud**, en partenariat avec le Codes, a réalisé l'action « Santé garantie pour les jeunes ». Cette action réalisée en 2016 et 2017 à Argenton-sur-Creuse à destination des jeunes de 16 à 25 ans inscrits dans le dispositif avait pour objectifs d'acquérir des notions sur l'équilibre alimentaire, d'échanger sur les bienfaits de l'activité physique et de redécouvrir les rôles et bienfaits d'un sommeil de qualité. Les séances d'une durée de 2h ont permis de travailler les représentations de chacun en matière de santé/hygiène de vie, d'évaluer les pratiques de chacun concernant l'alimentation, l'activité physique et le sommeil, d'échanger sur les connaissances et de rechercher ensemble des solutions possibles au regard des questionnements des jeunes.

Le **Codes de l'Indre** est une organisation destinée à promouvoir la santé par l'éducation sanitaire et sociale dans le département. Il a pour but de favoriser la coordination des actions entreprises par les différents organismes qui participent au développement de l'éducation sanitaire et sociale et d'assurer la mise en œuvre de ces actions éducatives ou d'y participer. Le Codes assure 4 missions principales : la documentation, le conseil et l'accompagnement méthodologique, la formation et la coordination des acteurs. Le Codes de l'Indre développe également ses propres actions et propose des interventions.

Dans le cadre du programme départemental nutrition du Codes de l'Indre, la structure en partenariat avec l'ASEPT Berry-Touraine, la Carsat Centre-Val de Loire et l'association Familles rurales a mis en place l'action « Pas de retraite pour la fourchette » à destination des personnes âgées de 55 ans et plus. Cette action s'est déroulée en 2015 sur le territoire à Cuzion et Mosnay ainsi qu'à Argenton-sur-Creuse en 2016. L'objectif de cette action était d'acquérir des notions sur l'équilibre alimentaire, de prévenir la dénutrition et la malnutrition des personnes âgées et de découvrir des techniques, culinaires. 4 ateliers théoriques ont été organisés ainsi que 3 ateliers cuisine à Cuzion. Pour Mosnay

et Argenton-sur-Creuse, une réunion d'information a eu lieu en préambule à 3 séances pratiques de cuisine. Cette action est localement appréciée car elle brise l'isolement et redynamise la préparation quotidienne des repas.

Le Codes de l'Indre a mis en place en partenariat avec l'Éducation nationale, l'action « Varier les plaisirs dès la maternelle : manger, bouger pour sa santé ! » dans les écoles maternelles des communes d'Éguzon-Chantôme et Le Pêchereau en 2015 et 2016. L'action avait pour objectifs de mettre en place au sein des écoles maternelles du département un projet d'éveil au goût afin de développer le goût des jeunes, de sensibiliser les jeunes enfants aux recommandations nutritionnelles adaptées ainsi qu'à la pratique d'une activité physique et d'impliquer la communauté éducative dans ce processus.

En partenariat avec l'**association Solidarité accueil**, le Codes a mis en place une action intitulée « Alimentation de qualité et précarité, c'est possible » à Bouesse à destination des personnes en insertion (personnes en réinsertion professionnelle) de Solidarité accueil. Cette action s'est déroulée en 2017 et avait pour objectifs de transmettre les bases nécessaires à la conception d'une alimentation diversifiée et adaptée aux besoins et possibilités des personnes, de promouvoir la pratique régulière d'activités physiques comme gage d'un mieux être physique et mental.

Le Codes a également réalisé sur le territoire (Argenton-sur-Creuse, Celon, Le Pêchereau) des prestations à la demande des partenaires (Anpaa, mairie d'Argenton-sur-Creuse, AFPA, ESPE/MGEN, Dirco) :

- stand d'information sur l'alimentation et l'hygiène de vie,
- séance de sensibilisation à l'équilibre alimentaire et au sommeil dans le cadre des TAP (temps d'activités périscolaires),
- formation de cantinières sur le thème de l'équilibre alimentaire,
- formation de futurs assistants de vie aux familles sur le thème de l'équilibre alimentaire et des régimes particuliers liés à l'âge,
- intervention auprès de salariés de la Dirco (Direction inter-régionale du Centre Ouest) sur l'hygiène de vie (santé globale, alimentation, sommeil...).

Le **collège Saint-Exupéry d'Éguzon-Chantôme**, dans le cadre de son projet d'établissement, a mis en place, en partenariat avec le Codes de l'Indre, une action à destination des élèves de 5^{ème} en 2015, 2016 et 2017. L'action « Alimentation et estime de soi » a pour objectifs de transmettre les bases d'une alimentation équilibrée et de promouvoir l'importance de l'activité physique bénéfique

à la santé ainsi que de développer les compétences psychosociales des adolescents.

Le lycée des métiers Châteauneuf d'Argenton-sur-Creuse, en partenariat avec le Codes de l'Indre, a réalisé une action de prévention sur le thème de l'alimentation et de l'équilibre alimentaire à destination des élèves de BTS Hôtellerie-Restauration. Cette action s'est déroulée en 2015 et 2016 et avait pour objectifs de transmettre les bases de l'équilibre alimentaire et des alimentations « particulières » (végétarisme, allergies etc.).

L'association Passerelles.info, fondée en 2007 par des personnes issues de l'Éducation nationale et de la vie associative, a pour objet de développer des programmes d'éducation, d'information et de formation dans les champs de l'éducation au développement durable (environnement, santé, citoyenneté...). En collaboration avec l'Éducation nationale, les éditions Hatier et des structures expertes (Ademe, Direction générale de la santé, Organisation mondiale de la santé...), l'association produit et diffuse gratuitement sur inscription (en ligne et sur support papier)

des guides d'activités faciles à utiliser pour les enseignants sur des thèmes représentant un enjeu pour la société. Ces guides, transdisciplinaires (sciences, maîtrise de la langue, mathématiques, géographie...), permettent aux enseignants de poursuivre leurs objectifs pédagogiques (programme, socle commun de connaissances et de compétences) mais également des objectifs d'éducation au développement durable. Les intervenants issus de collectivités et d'associations sont accompagnés tant sur le plan méthodologique qu'opérationnel.

Le programme « Manger, bouger pour ma santé » est mis en place par les enseignants et à destination des élèves d'écoles primaires, des parents, des animateurs et des intervenants divers. Le programme repose sur un guide de l'enseignant gratuit, disponible sur inscription via une plateforme web comprenant un module d'activités clef en main, des informations pour en savoir plus, un formulaire d'inscription, des formations pour les CPC (commissions professionnelles consultatives) et enseignants ainsi que pour les collectivités et des évaluations intégrant un suivi opérationnel et des analyses de l'impact sur les élèves.

OFFRE ET DÉMANDES DE SOINS

À L'INDRE : SOINS ET MÉDECINS

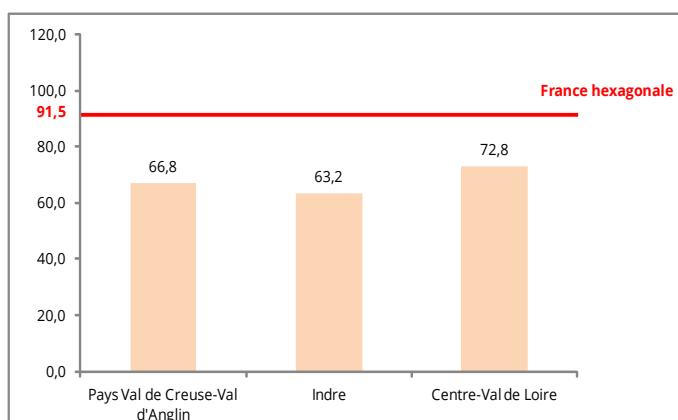
LAISSEZ FAUVELLES ET SPECIALISATION LIBÉRALE

Offre de soins en médecine libérale

Selon le répertoire partagé des professions de santé, au 1^{er} janvier 2017, la région Centre-Val de Loire est la région de France la moins dotée en médecins généralistes (libéraux, salariés et mixtes). L'Indre est quant à lui le 10^{ème} département français où l'offre est la plus faible. S'agissant de l'activité libérale, la région est également la moins dotée des 13 nouvelles régions métropolitaines. L'Indre apparaît à la 8^{ème} place des départements ayant une offre faible.

Le pays Val de Creuse-Val d'Anglin compte 19 médecins généralistes exerçant sur son territoire, soit une densité totale de 79,3 professionnels pour 100 000 habitants. Elle est largement inférieure à celles retrouvées dans l'Hexagone (155,0), dans l'Indre et en région (respectivement 116,3 et 124,3).

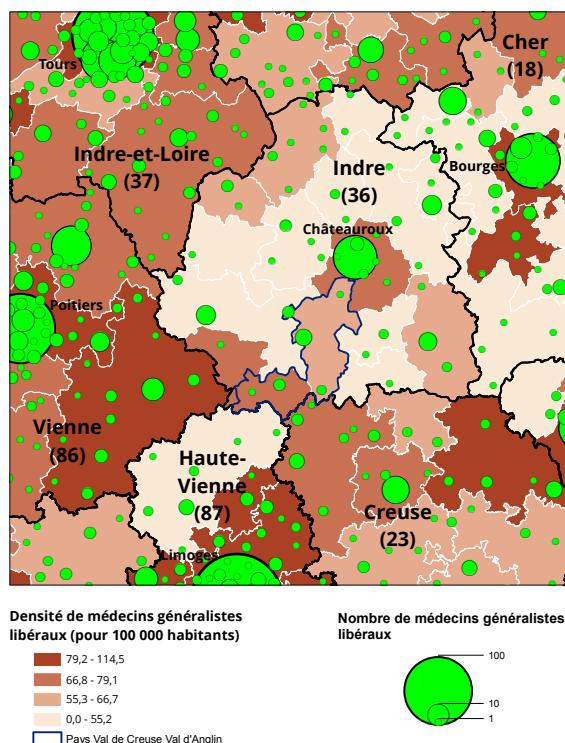
Le territoire compte 16 médecins généralistes libéraux pour une densité de 66,8 pour 100 000 habitants. Elle est supérieure à la densité départementale (63,2) mais inférieure aux densités régionale (72,8) et nationale (91,5).



SOURCES : RPPS 2017, INSEE (RP 2014)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Dans un contexte de démographie médicale d'ores et déjà problématique en région, le vieillissement des professionnels de santé, particulièrement des médecins généralistes libéraux, est à anticiper sur le territoire, puisque 56 % d'entre eux ont plus de 55 ans (60 % dans l'Indre, 56 % en Centre-Val de Loire et 52 % en France hexagonale).

DENSITÉ DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX AU 1^{ER} JANVIER 2017



SOURCES : RPPS 2017, INSEE (RP 2014)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

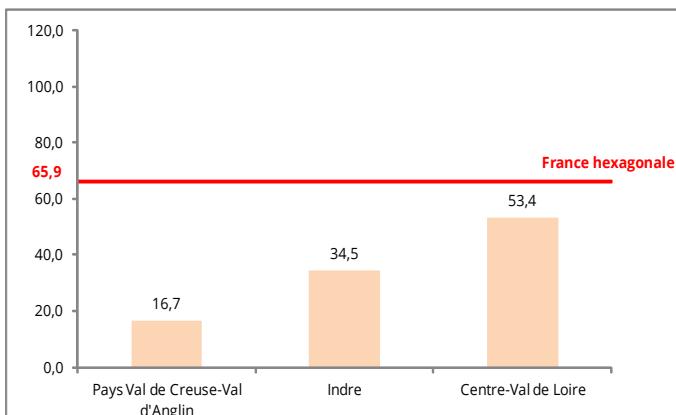
OFFRE ET DÉMANDES À L'UVEZ SPÉCIALESTES ET SÉNITÉ DE MÉDECINS SPÉCIALISTES LIBÉRAUX

Selon le fichier RPPS au 1^{er} janvier 2017, la région Centre-Val de Loire est la région la moins dotée en médecins spécialistes. S'agissant de ceux ayant un mode d'exercice exclusivement libéral, elle apparaît au 4^{ème} rang.

Sur le pays Val de Creuse-Val d'Anglin, 4 médecins spécialistes exercent une activité exclusivement libérale. Cela représente une densité de 16,7 spécialistes libéraux pour 100 000 habitants, soit une densité inférieure à celles retrouvées dans le département, dans la région ou dans l'Hexagone (respectivement 34,5, 53,4 et 65,9).

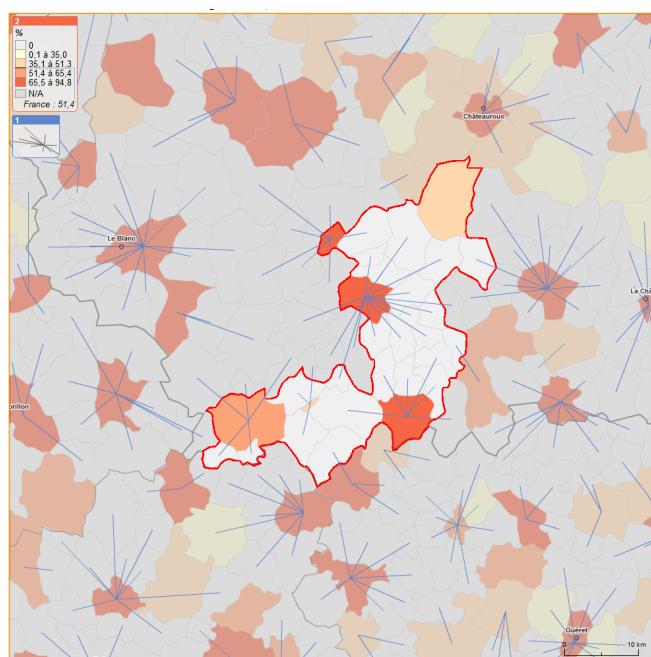
L'offre libérale de spécialistes du territoire se compose de 2 psychiatres situés à Argenton-sur-Creuse et Chasseneuil, 1 dermatologue à Argenton-sur-Creuse et 1 pédiatre également situé à Argenton-sur-Creuse. Le territoire ne compte pas de médecins spécialistes exerçant totalement ou en partie de manière salariée. Sur le territoire, la moitié des médecins spécialistes libéraux ont 55 ans ou plus.

DENSITÉ DE MÉDECINS SPÉCIALISTES LIBÉRAUX AU 1^{ER} JANVIER 2017



SOURCES : RPPS 2017. INSEE (RP 2014)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

PÔLE D'ATTRACTION^[1] DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET PART DE CONSOMMATION INTRA-COMMUNALE^[2] DES GÉNÉRALISTES EN 2016



1 - Représentation du flux majoritaire entre la commune de résidence du patient et son principal lieu de soin
2 - Part des actes consommés auprès des omnipraticiens (médecins généralistes (y compris à mode d'exercice particulier)) de la commune par rapport à la consommation totale.

SOURCES : SNIIRAM, ATLASANTÉ, IGN GEOFLA
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

OFFRE DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX SUR LE TERRITOIRE

Au 1^{er} janvier 2017, 5 dentistes libéraux étaient installés sur le pays Val de Creuse-Val d'Anglin. La densité du territoire est de 20,9 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants, soit une proportion inférieure à celle retrouvée dans l'Hexagone (53,1), en région (39,2) et dans le département (31,8).

Le territoire compte 38 infirmiers libéraux, pour une densité de 158,6 professionnels pour 100 000 habitants. Elle est supérieure à celles observées dans l'Indre (147,2), en région (97,8) et inférieure à celle de la France hexagonale (159,8).

Rapportée à la population de plus de 65 ans, ces derniers étant potentiellement les plus grands consommateurs de soins à domicile, la densité d'infirmiers libéraux sur le pays Val de Creuse-Val d'Anglin est de 547,4 pour 100 000 habitants de 65 ans et plus. Cette proportion est inférieure à celles retrouvées dans l'Indre (578,5) et en France hexagonale (871,2). Elle est cependant supérieure à la densité observée en Centre-Val de Loire (480,5).

Au 1^{er} janvier 2016, le pays Val de Creuse-Val d'Anglin compte 13 masseurs-kinésithérapeutes libéraux, soit une densité de 54,2 professionnels pour 100 000 habitants. Elle est supérieure d'un point au département (53,1) mais est inférieure à la région (64,4) et au niveau national (99,3).

S'agissant des orthophonistes, 3 exercent en libéral sur le territoire au 1^{er} janvier 2017, soit une densité de 12,5 pour 100 000 habitants, supérieure à la densité retrouvée dans l'Indre (11,1) mais inférieure à celles du Centre-Val de Loire (18,7) et de la France hexagonale (27,3).

AUTRES PROFESSIONS SANITAIRES

DU SECTEUR LIBÉRAL EN 2017

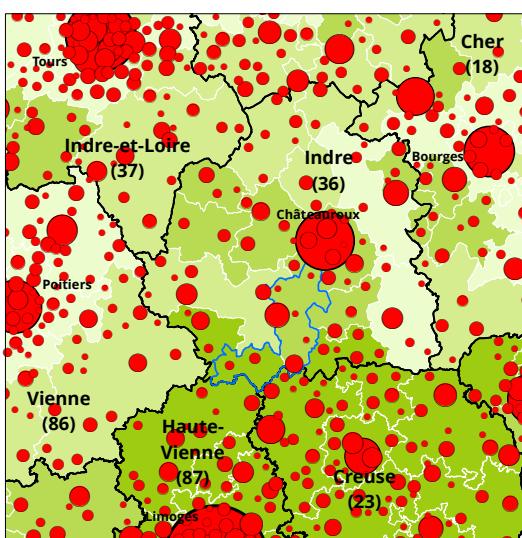
DENSITÉ DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX AU 1^{ER} JANVIER 2017

SOURCES : ADÉLI AU 01/01/2017, INSEE (RP 2014)

EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

* AU 1^{ER} JANVIER 2016 POUR LES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES

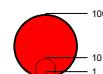
Infirmiers



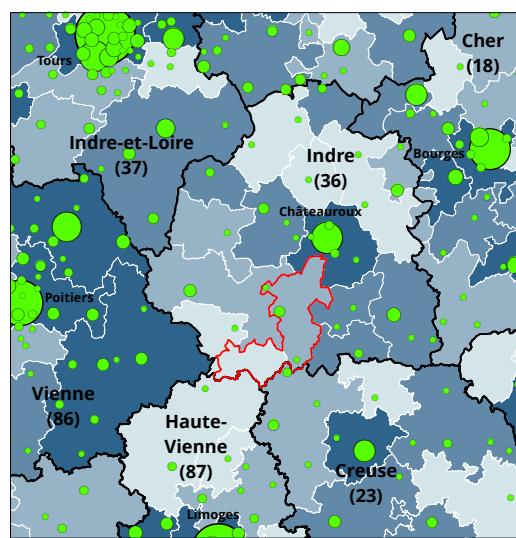
Densité d'infirmiers libéraux
(pour 100 000 habitants)

191,9 - 304,9
139,8 - 191,8
106,7 - 139,7
47,8 - 106,6
Pays Val de Creuse Val d'Anglin

Nombre d'infirmiers libéraux



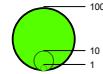
Chirurgiens-dentistes



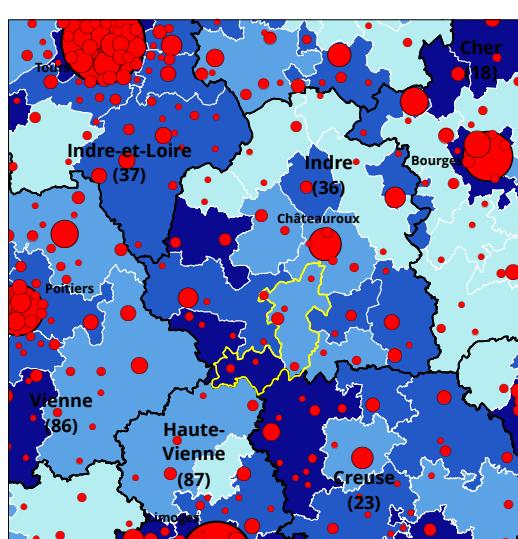
Densité de chirurgiens-dentistes libéraux (pour 100 000 habitants)

41,8 - 74,8
30,7 - 41,7
20,2 - 30,6
0,0 - 20,1
Pays Val de Creuse Val d'Anglin

Nombre de chirurgiens-dentistes libéraux



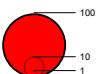
Masseurs-kinésithérapeutes*



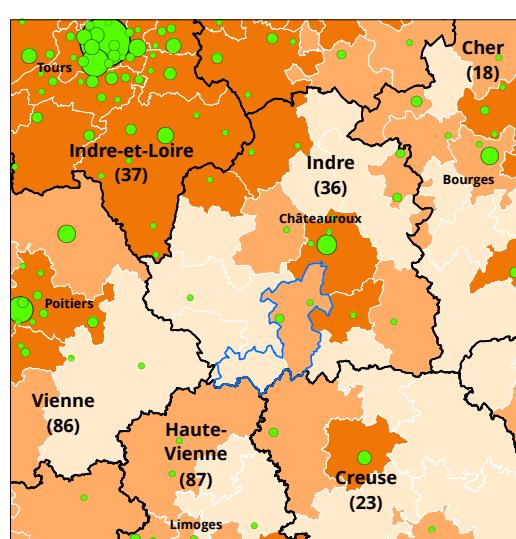
Densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux (pour 100 000 habitants)

76,9 - 147,5
60,6 - 76,8
42,8 - 60,5
0,0 - 42,7
Pays Val de Creuse Val d'Anglin

Nombre de masseurs-kinésithérapeutes libéraux



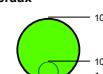
Orthophonistes



Densité d'orthophonistes libéraux (pour 100 000 habitants)

15,7 - 44,2
5,5 - 15,6
0,0 - 5,4
Pays Val de Creuse Val d'Anglin

Nombre d'orthophonistes libéraux



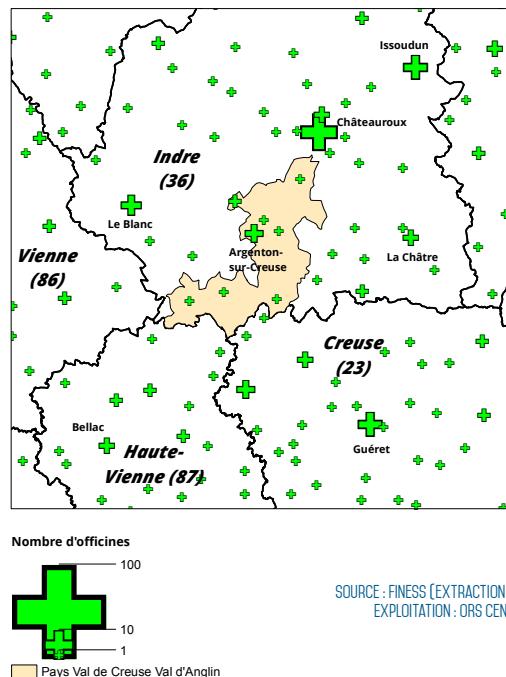
À LAUZES POUR LE 2020 D'ABORD

QUE SAURAUTRE L'OPÉRATION ALORS QU'ELLE

Offre en pharmacie

Selon le fichier Finess, début 2018, 11 officines sont implantées sur le territoire, représentant 1 pharmacie pour 2 188 habitants. 4 sont situées à Argenton-sur-Creuse, 2 à Saint-Gaultier et 1 à Chaillac, Éguzon-Chantôme, Saint-Marcel, Saint-Benoît-du-Sault et Velles.

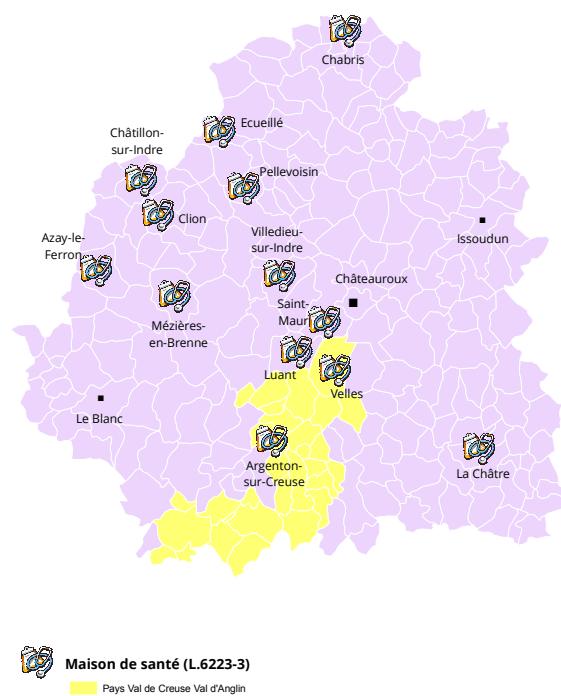
NOMBRE D'OFFICINES SUR LE TERRITOIRE EN 2018



Maisons de santé pluridisciplinaires (MSP)

Les maisons de santé pluridisciplinaire (MSP) assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales (article L 6223-3 du code de la Santé publique). Début 2017, 2 MSP sont ouvertes sur le territoire : 1 est située à Argenton-sur-Creuse et la seconde à Velles.

LES MAISONS DE SANTÉ PLURIDISCIPLINAIRE



ANTERES POUR LA SANTE DE LA SANTÉ L'INNOVATION

Permanence des soins ambulatoires (PDSA) sur le territoire

La permanence des soins en médecine ambulatoire (PDSA) est une mission de service public qui a pour objectif de répondre aux besoins de soins, non programmés, aux heures habituelles de fermeture des cabinets libéraux et des centres de santé. Les médecins participent à la permanence des soins et à l'activité de régulation sur la base du volontariat. Cette mission est assurée en fonction des besoins de la population, évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante : le samedi à partir de midi, les jours ouvrables de 20h à 23h, les dimanches et jours fériés de 8h à 23h, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié. Au-delà de 23h, il existe un transfert de l'activité de permanence des soins vers les urgences hospitalière et ce, jusqu'à 8 heures.

La définition des secteurs tient compte de la population (nombre, typologie...), de la localisation des services d'urgences, de la superficie à couvrir, du temps nécessaire pour relier les points extrêmes de chaque territoire n'excédant pas 1h30 de l'activité observée.

L'Indre est subdivisé en secteurs pour l'organisation de la PDSA. Leur nombre n'a cessé de diminuer, passant de 27 zones en 2005 à 5 depuis 2016.

Le pays Val de Creuse-Val d'Anglin se situe sur deux secteurs : sur une partie du secteur Sud-Est et sur une partie du secteur Sud-Ouest (Levroux).

Deux types d'effection existent sur ces secteurs : une effection fixe et une effection mobile. Pour l'effection fixe, elle correspond aux modalités citées ci-dessus. L'effection mobile a lieu uniquement les week-ends et jours fériés et vient compléter l'effection fixe. Il s'agit de deux médecins itinérants qui effectuent les visites sur l'ensemble du territoire (un médecin pour le nord du département et un pour le sud du département). Le médecin itinérant n'intervient qu'à la demande du centre 15.

À ces deux types d'effection, une maison médicale de garde est également implantée sur le territoire à Argenton-sur-Creuse, dans les locaux de la maison de santé pluridisciplinaire. Elle est ouverte du lundi au vendredi de 20h à 23h, les samedis de 12h à 23h, les dimanches et jours fériés de 8h à 23h et à titre expérimental, les samedis de 8h à 12h. L'accès à la maison médicale est régulé par le centre 15 du CH de Châteauroux.

ACCÉS ET DISPO

DISPONIBILITÉ

POSSÉDATION

DISPONIBILITÉ

Méthodologie

L'accessibilité potentielle localisée (APL) permet d'appréhender la disponibilité de l'offre au niveau communal. L'indicateur développé par la Drees et l'Irdes vise à améliorer les indicateurs usuels d'accessibilité aux soins (distance d'accès au plus proche médecin, densité par bassin de vie ou département etc.). Elle se lit comme une densité en rapportant le nombre de professionnels accessibles, en équivalent temps plein, à la population (pour 100 000 habitants). Cet indicateur tient compte, côté offre, du niveau d'activité des professionnels dans la commune de résidence ou dans les communes avoisinantes et, côté demande, de la structure par âge de la population dans le rayon d'exercice des professionnels.

Le calcul de l'APL repose sur l'estimation de plusieurs paramètres :

- L'accessibilité au professionnel diminue avec la distance. Les seuils de distance sont estimés à partir des taux de fréquentation des médecins observés dans les bases de l'Assurance maladie.
- L'activité de chaque médecin est convertie en « équivalent temps plein » (ETP), calculé en fonction

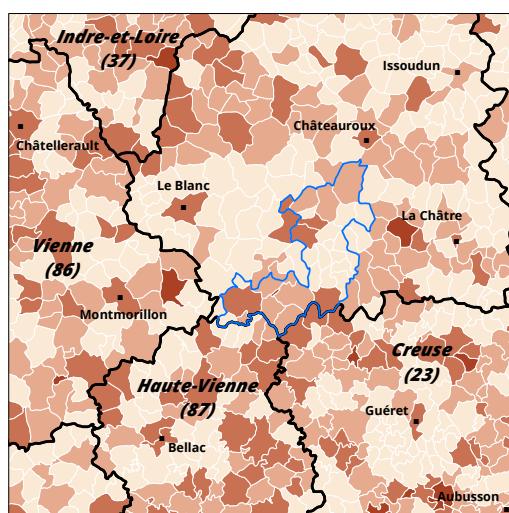
du nombre d'actes (consultations et visites) suivant certaines hypothèses.

- La demande de soins en professionnels de premier recours est différenciée par classes d'âge, d'après l'observation des consommations par tranches d'âge disponibles dans les bases de l'Assurance maladie.

Dans les différentes cartographies réalisées, l'APL est étudiée en 4 niveaux :

- le premier niveau concerne les communes où l'APL est la plus basse (inférieure ou égale à la moitié de la moyenne nationale) ;
- le deuxième niveau regroupe les communes à basse APL (comprise entre la moitié de la moyenne nationale et la moyenne nationale incluse) ;
- le troisième concerne les communes à APL élevée (c'est-à-dire supérieure à la moyenne nationale mais inférieure ou égale au double de cette moyenne) ;
- le quatrième concerne les communes où l'APL est la plus élevée (supérieure au double de la moyenne nationale).

APL AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX



Accessibilité potentielle localisée (APL) en 2013

Médecins généralistes libéraux (en ETP pour 100 000 habitants)

■ 138,1 - 453,7

■ 69,1 - 138,0

■ 34,6 - 69,0

■ 0,0 - 34,5

APL France entière : 69 / 100 000

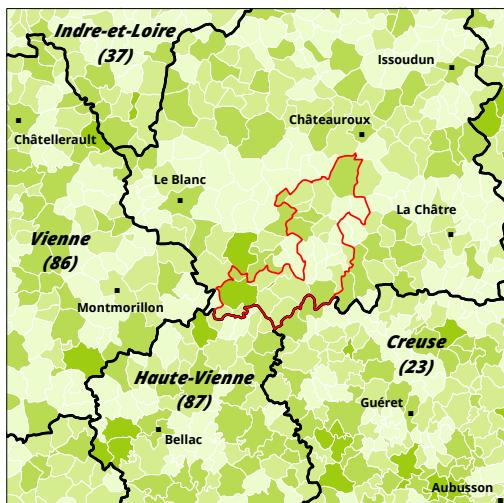
■ Pays Val de Creuse Val d'Anglin

Sources : Drees (SNIIRAM, CNAMTS), Insee RP
Exploitation ORS Centre-Val de Loire

En 2013, la densité médicale de médecins généralistes, calculée à partir d'une mesure de l'offre de soins en équivalents temps plein (ETP), est de 69 ETP pour 100 000 habitants en France, hors Mayotte. À l'échelle du pays Val de Creuse-Val d'Anglin, 51,6 % des communes se situent dans la borne où les APL sont les plus basses (inférieures ou égales à la moitié de la moyenne nationale), 29,0 % ont des APL basses (comprises entre la moitié de la moyenne nationale et la moyenne nationale incluse), 5 communes ont des APL élevées (supérieures à la moyenne nationale mais inférieures ou égales au double de la moyenne nationale) et 1 commune a une APL très élevée (supérieure ou égale au double de la moyenne nationale). Les APL les plus élevées concernent les communes de Saint-Gaultier (82,3 ETP/100 000), d'Éguzon-Chantôme (92,3 ETP/100 000), de Chaillac (97,1 ETP/100 000), d'Argenton-sur-Creuse (99,6 ETP/100 000), de Saint-Marcel (103,5 ETP/100 000) et de Saint-Benoît-du-Sault (150,2 ETP/100 000).

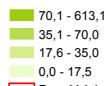
ACCÉS À LA SANITÉ POTENTIELLE LOCALISÉE

APL AUX PHARMACIENS LIBÉRAUX



Accessibilité potentiellement localisée (APL) en 2013

Pharmacien libéral (en ETP pour 100 000 habitants)



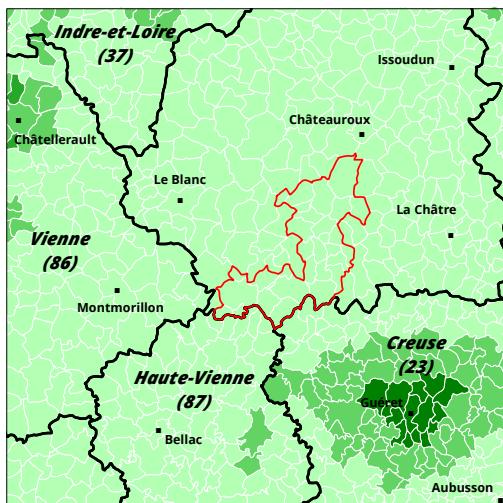
APL France
entière : 35 / 100 000

■ Pays Val de Creuse-Val d'Anglin

Sources : Drees (SNIRAM, CNAMTS), Insee RP
Exploitation ORS Centre-Val de Loire

En 2013, au niveau national, l'accessibilité potentiellement localisée des pharmaciens libéraux est de 35 ETP pour 100 000 habitants. Moins d'un tiers des communes du territoire (29,0 %) a une APL très basse et près de la moitié (45,2 %) a une APL basse. Six communes ont une APL élevée (Dunet : 39,1 ETP pour 100 000 habitants, Saint-Gaultier : 40,8, Éguzon-Chantôme : 42,9, Argenton-sur-Creuse : 57,4, Saint-Marcel : 57,4 et Velles : 60,9) et deux communes ont une APL très élevée (Chaillac : 71,2 et Saint-Benoît-du-Sault : 96,2).

APL AUX PÉDIATRES LIBÉRAUX



Accessibilité potentiellement localisée (APL) en 2013

Pédiatre libéral (en ETP pour 100 000 habitants)



APL France
entière : 3 / 100 000

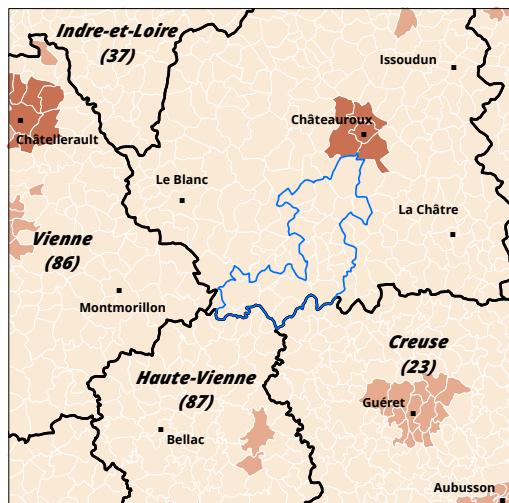
■ Pays Val de Creuse-Val d'Anglin

Sources : Drees (SNIRAM, CNAMTS), Insee RP
Exploitation ORS Centre-Val de Loire

L'accessibilité potentiellement localisée aux pédiatres libéraux en France est de 3 ETP pour 100 000 habitants. La totalité des communes du pays Val de Creuse-Val d'Anglin ont une APL très basse, c'est-à-dire inférieure à 1,5 ETP pour 100 000 habitants.

ACCÈS À LA SANTÉ POSSÉDÉ PAR LES HABITANTS

APL AUX GYNÉCOLOGUES LIBÉRAUX



Accessibilité potentielle localisée (APL) en 2013

Gynécologues libéraux (en ETP pour 100 000 habitants)

■ 14,1 - 21,4
■ 7,1 - 14,0
■ 3,6 - 7,0
■ 0,0 - 3,5

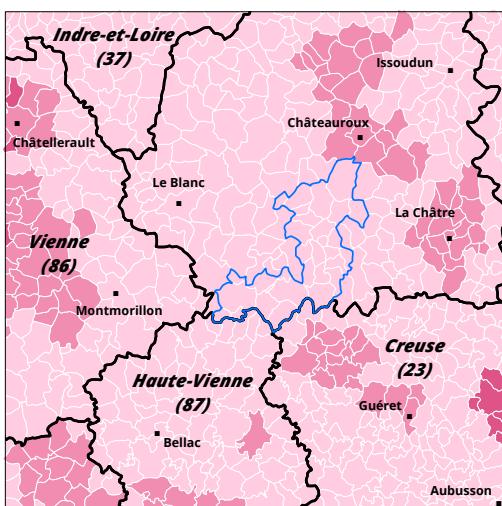
APL France
entière : 7 / 100 000

■ Pays Val de Creuse Val d'Anglin

Sources : Drees (SNIIRAM, CNAMTS), Insee RP
Exploitation ORS Centre-Val de Loire

S'agissant des gynécologues libéraux, l'APL en France est de 7 ETP pour 100 000 habitants. À l'échelle du pays Val de Creuse-Val d'Anglin, l'ensemble des communes ont une APL très basse (inférieure à la moitié de la moyenne nationale).

APL AUX SAGES-FEMMES LIBÉRALES



Accessibilité potentielle localisée (APL) en 2013

Sages-femmes libérales (en ETP pour 100 000 habitants)

■ 12,1 - 374,5
■ 6,1 - 12,0
■ 3,1 - 6,0
■ 0,0 - 3,0

APL France
entière : 6 / 100 000

■ Pays Val de Creuse Val d'Anglin

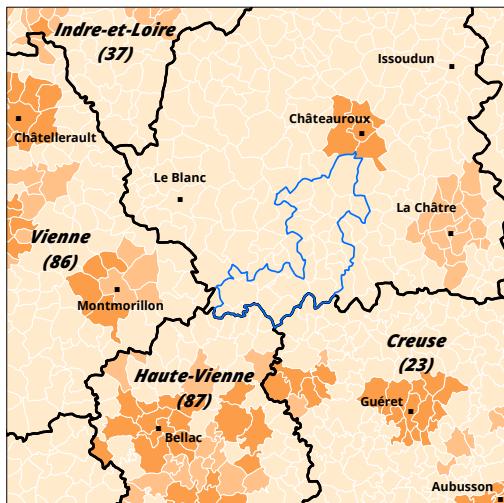
Sources : Drees (SNIIRAM, CNAMTS), Insee RP
Exploitation ORS Centre-Val de Loire

Pour les sages-femmes libérales, au niveau national, l'APL est de 6 ETP pour 100 000 habitants. Dans le pays Val de Creuse-Val d'Anglin, l'ensemble des communes ont des APL très basses.

ACCÉS À L'ASSURANCE

POTENTIELLE LOCALISÉE

APL AUX OPHTALMOLOGUES LIBÉRAUX



Accessibilité potentielle localisée (APL) en 2013

Ophtalmologues libéraux (en ETP pour 100 000 habitants)



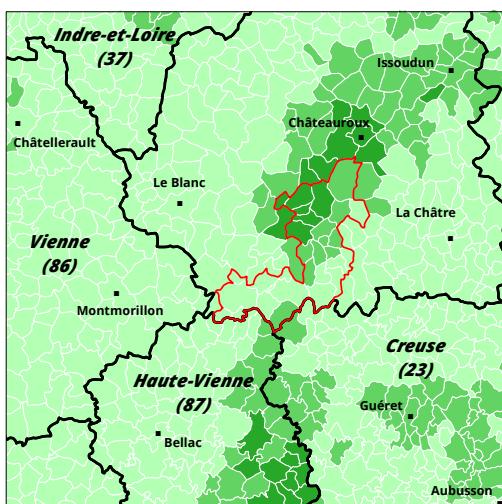
APL France
entière : 6 / 100 000

■ Pays Val de Creuse-Val d'Anglin

Sources : Drees (SNIIRAM, CNAMTS), Insee RP
Exploitation ORS Centre-Val de Loire

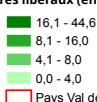
L'accessibilité potentielle localisée aux ophtalmologues libéraux en France, en 2013, est de 6 équivalents temps plein pour 100 000 habitants. L'ensemble des communes du pays Val de Creuse-Val d'Anglin ont des APL très basses, c'est-à-dire inférieures ou égales à 3 ETP pour 100 000 habitants.

APL AUX PSYCHIATRES LIBÉRAUX



Accessibilité potentielle localisée (APL) en 2013

Psychiatres libéraux (en ETP pour 100 000 habitants)



APL France
entière : 8 / 100 000

■ Pays Val de Creuse-Val d'Anglin

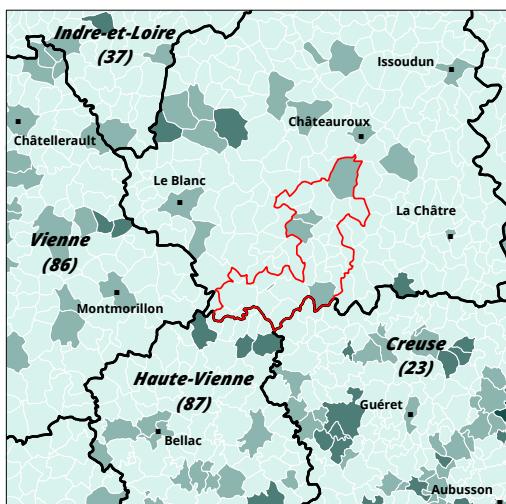
Sources : Drees (SNIIRAM, CNAMTS), Insee RP
Exploitation ORS Centre-Val de Loire

S'agissant des psychiatres libéraux, l'APL moyen en France, en 2013, est de 8 ETP pour 100 000 habitants. La moitié (51,6 %) des communes du pays Val de Creuse-Val d'Anglin ont une APL très basse (inférieure ou égale à la moitié de la moyenne nationale) et 32,3 % ont une APL basse (inférieure ou égale à la moyenne nationale). Le reste des communes (Saint-Gaultier : 8,9/100 000, Le Pont-Chrétien-Chabenet : 10,7/100 000, Chasseneuil : 10,7/100 000, Tendu : 10,7/100 000, Argenton-sur-Creuse : 10,7/100 000 et Saint-Marcel : 10,7/100 000) a une APL élevée.

ACCÈS À L'OFFRE MÉDICALE

POUR ENTRER DANS LA CHAÎNE DE SOINS

APL AUX MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES LIBÉRAUX



Accessibilité potentielle localisée (APL) en 2013

Masseurs-kinésithérapeutes libéraux (en ETP pour 100 000 habitants)

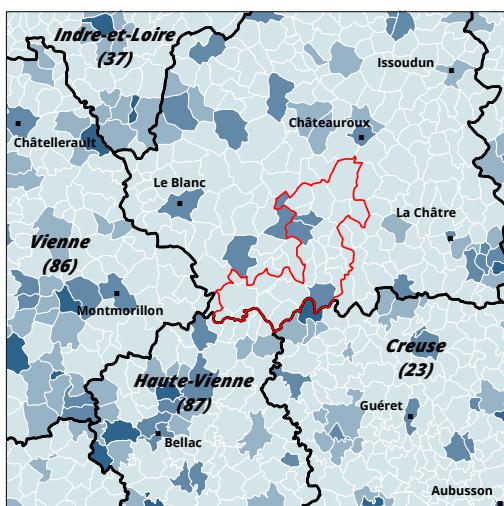


Pays Val de Creuse Val d'Anglin

Sources : Drees (SNIRAM, CNAMTS), Insee RP
Exploitation ORS Centre-Val de Loire

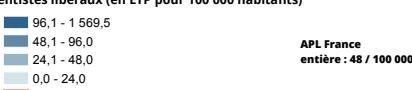
En 2013, la densité médicale de masseurs-kinésithérapeutes libéraux, calculée à partir d'une mesure de l'offre de soins en équivalents temps plein (ETP), est de 77 ETP pour 100 000 habitants en France. À l'échelle du pays Val de Creuse-Val d'Anglin, la majorité (83,9 %) des communes ont une accessibilité potentielle localisée très basse. Les communes de Saint-Benoît-du-Sault (45,0 ETP pour 100 000 habitants), Saint-Marcel (50,2 ETP pour 100 000 habitants), Argenton-sur-Creuse (50,2/100 000), Éguzon-Chantôme (60,4/100 000) et Velles (61,7/100 000) ont quant à elles une APL basse.

APL AUX CHIRURGIENS-DENTISTES LIBÉRAUX



Accessibilité potentielle localisée (APL) en 2013

Chirurgiens-dentistes libéraux (en ETP pour 100 000 habitants)



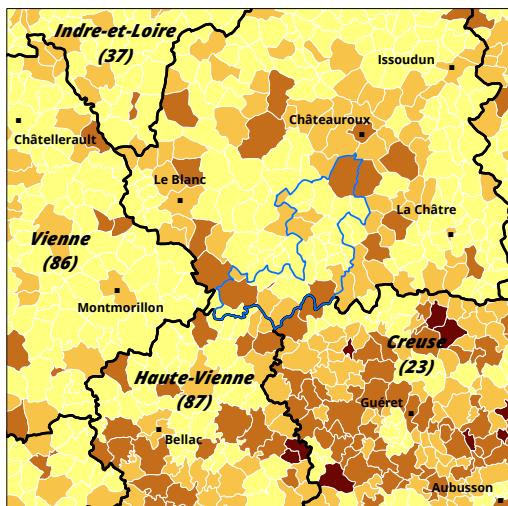
Pays Val de Creuse Val d'Anglin

En 2013, au niveau national, l'accessibilité potentielle localisée moyenne des chirurgiens-dentistes libéraux est de 48 ETP pour 100 000 habitants. Une grande majorité des communes du territoire (87,1 %) ont une APL très basse (inférieure ou égale à la moitié de la moyenne nationale). Quatre communes ont une APL élevée (Saint-Gaultier avec 50,7 ETP pour 100 000 habitants, Éguzon-Chantôme avec 59,8 ETP pour 100 000 habitants, Argenton-sur-Creuse avec 62,4 ETP pour 100 000 habitants et Saint-Marcel avec 62,4 ETP pour 100 000 habitants).

ACCÈS À L'QUALITÉ

POUR ENTRER DANS LA LOCALISATION

APL AUX INFIRMIERS LIBÉRAUX



Accessibilité potentielle localisée (APL) en 2013

Infirmiers libéraux (en ETP pour 100 000 habitants)

- 200,1 - 1838,5
- 100,1 - 200,0
- 50,1 - 100,0
- 0,0 - 50,0

APL France
entière : 100 / 100 000

■ Pays Val de Creuse Val d'Anglin

Sources : Dreess (SNIIRAM, CNAMTS), Insee RP
Exploitation ORS Centre-Val de Loire

En 2013, la densité médicale moyenne d'infirmiers libéraux, calculée à partir d'une mesure de l'offre de soins en équivalents temps plein (ETP), est de 100 ETP pour 100 000 habitants en France. À l'échelle du pays Val de Creuse-Val d'Anglin, la majorité des communes (67,7 %) a une accessibilité potentielle localisée très basse et 22,6 % une APL basse. Quatre communes ont une APL élevée. Il s'agit des communes de : Velles avec 108,2 ETP pour 100 000 habitants, Saint-Benoît-du-Sault (123,9), Chaillac (133,6) et Éguzon-Chantôme (160,6).

Équipements hospitaliers sur le territoire

Selon la statistique annuelle des établissements de santé 2016, collectée par la Drees, l'offre hospitalière du pays Val de Creuse-Val d'Anglin se décline sur un établissement au sein du territoire : la clinique privée de Chasseneuil qui compte 54 lits en psychiatrie générale.

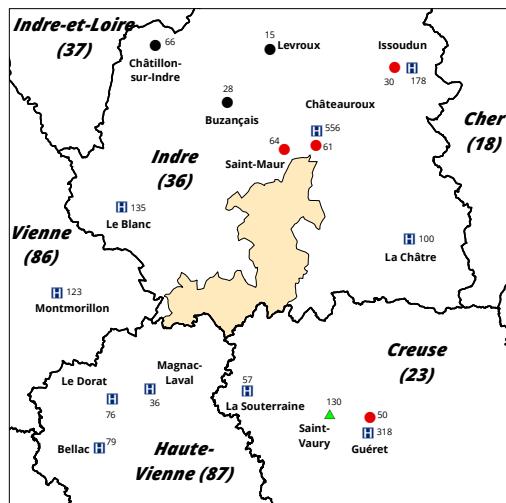
En plus des équipements présents sur le territoire, on retrouve sur le département de l'Indre :

- le centre hospitalier de Châteauroux ;
- des centres hospitaliers de proximité à Issoudun, Le Blanc et La Châtre ;
- des hôpitaux locaux à Levroux, Châtillon-sur-Indre, Buzançais et Valençay ;
- la clinique privée Saint-François de Châteauroux (13 lits de médecine, 78 lits de chirurgie et 20 lits de soins de suite et réadaptation) ;
- le centre de convalescence et diététique Manoir-en-Berry de Pouligny-Notre-Dame qui dispose de 25 lits de médecine et 92 lits de soins de suite et réadaptation ;
- l'unité de soins de suite et longue durée (USLD) de Saint-Maur qui dispose de 64 lits.

Le territoire bénéficie également de la proximité d'établissements dans les départements limitrophes, notamment avec les centres hospitalo-universitaire de Tours (Indre-et-Loire), de Limoges (Haute-Vienne), de Poitiers (Vienne), les centres hospitaliers de Guéret (Creuse), Châtellerault (Vienne) etc.

DOFFICE DE L'ÉLABORATION DES CONTRATS LOCAUX DE SANTÉ

LOCALISATION DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET NOMBRE DE LITS D'HOSPITALISATION COMPLÈTE EN 2016



Etablissements publics de santé en 2016

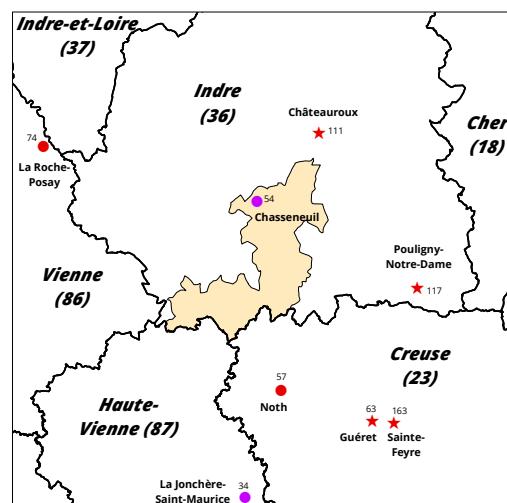
- Centre hospitalier
- Centre hospitalier (ex hôpital local)
- ▲ Centre hospitalier (spécialisé en psychiatrie)
- Unité de soins de longue durée (USLD) / Service de soins de suite et de réadaptation (SSR)

De 15 à 556 : Lits installés en hospitalisation complète au 31/12/2016

Pays Val de Creuse Val d'Anglin

Source : Sae diffusion
Exploitation ORS Centre-Val de Loire

LOCALISATION DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS DE SANTÉ ET NOMBRE DE LITS D'HOSPITALISATION COMPLÈTE EN 2016



Etablissements privés de santé en 2016

- ★ Clinique / Pôle de santé / Hôpital privé
- Etablissement de psychiatrie
- Soins de suite et réadaptation fonctionnelle
- Hospitalisation à domicile (HAD)

De 34 à 163 : Lits installés en hospitalisation complète au 31/12/2016

Pays Val de Creuse Val d'Anglin

Source : Sae diffusion
Exploitation ORS Centre-Val de Loire

Les données hospitalières (PMSI MCO 2016) révèlent, pour l'année 2016, qu'une grande partie des 5 500 séjours des patients domiciliés dans le territoire (zones PMSI de Saint-Benoît-du-Sault, Argenton-sur-Creuse, Chaillac et Éguzon-Chantôme) se sont déroulés dans le département. En effet, 38,4 % d'entre eux ont eu lieu au centre hospitalier de Châteauroux, 13,4 % à la clinique Saint-François de

Châteauroux et 9,2 % au centre hospitalier du Blanc, ce qui représente 61,0 % de l'ensemble des séjours hospitaliers du territoire. 27,3 % des séjours ont eu lieu sur Limoges (CHU, clinique François Chenieux, clinique Emailleurs-Colombier). Seul 3,1 % des séjours se sont déroulés sur Tours et son agglomération (clinique Saint-Gatien et CHU). 8,6 % des séjours ont eu lieu dans d'autres établissements.

OPÉRATION ET PROGRAMME AUX SANTÉS

Ressources disponibles sur le territoire

Le groupement hospitalier de territoire de l'Indre se compose de neuf établissements dont le centre hospitalier de Châteauroux-Le Blanc est l'établissement support. Le centre hospitalier de Châteauroux-Le Blanc dispose d'une activité sur le pays Val de Creuse-Val d'Anglin et porte plusieurs actions :

- Améliorer les sorties d'hospitalisation avec en particulier la transmission systématique d'une fiche de liaison (en cours).
- Formation « appel d'urgence en Ehpad » réalisée par le centre d'enseignement des soins d'urgence (CESU) et destinée au personnel des Ehpad en lien avec le Samu 36-Centre 15.
- Le CMP-CATTP d'Argenton-sur-Creuse et à proximité de certaines communes sur Le Blanc, la Châtre et Châteauroux.
- Le réseau Perinat 36 qui délocalise des consultations de tabac et de sevrage tabagique sur le site d'Argenton-sur-Creuse et à proximité de certaines communes sur Le Blanc et La Châtre. Il assure également un soutien psychologique.
- Des actions d'accès aux soins avec la MSP d'Argenton-sur-Creuse, avec des consultations avancées (demi-journées) réalisées par les médecins spécialistes du site de Châteauroux (chirurgie digestive, angiologie, cardiologie), de la téléinterprétation d'holters cardiaques avec la pose d'holters cardiaques par les médecins de la MSP et l'interprétation par un cardiologue du centre hospitalier de Châteauroux et des actes d'imagerie médicale (du lundi au vendredi) avec la mise à disposition de manipulatrices radio et la téléinterprétation par le service d'imagerie médicale du centre hospitalier de Châteauroux.
- Des consultations gynécologiques au centre hospitalier de Châteauroux-Le Blanc ainsi que des consultations gynécologiques avancées une fois par semaine à La Châtre.
- L'objectif de développer les liens hôpital/ville : par des actions d'information avec la diffusion de la lettre médicale auprès des professionnels de santé du département (mise en ligne également sur le site internet du centre hospitalier) ; l'envoi de courriers, comptes-rendus par messagerie sécurisée (courant 2018) ; l'utilisation de la plateforme MIRC (mutualisation des images médicales sur son territoire) au cours de l'année 2018, projet porté par le GCS Télésanté incluant les médecins traitants et les spécialistes ; le développement du dossier médical partagé (fin 2018).

Des actions développées par ailleurs dans le cadre du

contrat local de santé de Châteauroux Métropole pourraient être envisagées en partenariat avec des associations ou des professionnels (sous réserve de disponibilité des acteurs et de financement) :

- Une fiche action « porter secours – les gestes qui sauvent » à destination de la jeunesse et des enfants en milieu scolaire ou en centre aéré réalisé par le CESU avec distribution de la BD Cœurrentin : projet co-constructifs entre les services du centre hospitalier/ CESU et les services municipaux et l'Éducation nationale. Transmettre des valeurs, des postures simples autour de la notion de « porter secours » et organisation d'ateliers ludiques avec la BD Cœurrentin.
- Une fiche action « consultation préconceptionnelle » réalisée par le réseau Perinat 36 qui a pour but d'anticiper les risques prénataux pour permettre leur prévention, mieux informer et dépister les risques médicaux, obstétricaux et psychosociaux, faire passer des conseils de prévention (vaccination, nutrition, addiction, traitement médical etc.).

La **Caisse primaire d'assurance maladie de l'Indre** (CPAM), en partenariat avec l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UBSBD) et le Codes, a mis en place l'action de prévention bucco-dentaire «M'T Dents » auprès des élèves de classes de CP des écoles élémentaires de Velles et de Vaux entre 2015 et 2017. L'objectif de cette action est de diminuer le nombre moyen de dents cariées et augmenter le pourcentage d'enfants de 6 ans qui vont régulièrement chez le dentiste.

L'**union de caisses de l'Institut inter-régional pour la santé de l'Indre** (UC-IRSA) est un établissement de l'Assurance maladie. Il a pour missions de promouvoir la médecine préventive par l'examen périodique de santé de l'Assurance maladie et de développer des actions de sensibilisation et d'accompagnement à destination du grand public. Deux missions lui sont confiées par l'ARS : le centre de vaccination départemental et le centre de lutte anti-tuberculeuse.

L'examen périodique de santé est à destination en priorité des personnes vulnérables et en situation de précarité. Il a lieu à Châteauroux ou sur l'antenne décentralisée d'Argenton-sur-Creuse. Il a pour objectif de promouvoir l'accessibilité à bénéficier de l'examen de santé de l'Assurance maladie par le biais d'envois postaux, de rencontres de groupes via les partenaires de l'UC-IRSA (associations caritatives, centres de formation, Pôle emploi, Mission locale, centres communaux d'action sociale etc.). Des actions ou ateliers

COMPÉTENCE ET ACCÈS AUX SANTÉ

Santé

complémentaires peuvent découler de ces examens de santé.

Le **centre de vaccination de Châteauroux ou l'antenne décentralisée d'Argenton-sur-Creuse** sont ouverts à tous dès 6 ans, avec une action prioritaire auprès de la population vulnérable voire prioritaire. Il travaille notamment en partenariat avec les centres d'accueil de demandeurs d'asile (Cada), les centres de formation etc. Il répond aux demandes de mises à jour et de suivi du calendrier vaccinal et fait la promotion de la vaccination.

La **maison des adolescents de l'Indre** (située à Châteauroux) a pour missions :

- de favoriser l'accueil en continu (par des professionnels divers) afin de faciliter l'accès de ceux qui ont tendance à rester en dehors des circuits plus traditionnels ;
- de fournir aux adolescents des informations, des conseils, une aide au développement d'un projet de vie ;
- d'apporter une réponse de santé et plus largement prendre soin des adolescents en leur offrant les prestations les mieux adaptées à leurs besoins et attentes qui ne sont pas actuellement prises en charge dans le dispositif traditionnel ;
- de garantir la continuité et la cohérence des prises en charge ;
- de constituer un lieu ressource sur un territoire donné pour l'ensemble des acteurs concernés par l'adolescence (parents, professionnels, institutions) ;
- d'évaluer le suivi des prises en charge et des méthodes dans un souci d'amélioration de la qualité de ces prises en charge et d'assurer la cohérence des actions menées en faveur des jeunes sur le territoire concerné.

Elle accueille, écoute, oriente les jeunes se posant des questions et/ou rencontrant des difficultés de santé psychique, physique, familiales, éducatives, relationnelles, d'insertion sociale, prise de risque, conduites addictives avec ou sans produits etc. Elle écoute et soutien tous les parents et/ou entourage ayant des questions sur l'enfance, l'adolescence, la parentalité ou en proie à des difficultés familiales, éducatives et de communication. La maison des adolescents est un lieu ressource pour tous les professionnels ou partenaires concernés par la question de l'enfance, de l'adolescence et de la parentalité.

Dans le cadre de la prise en charge des adolescents et de leurs familles, la maison des adolescents réalise des entretiens individuels et familiaux qui permettent de fournir aux adolescents et à leur famille des informations, des conseils, une écoute et un soutien. Les rendez-vous individuels sont à la demande des usagers. Afin de faciliter l'accessibilité aux différents services, il est proposé aux jeunes et aux parents étant dans l'impossibilité de venir sur la structure, un rendez-vous proche de leur lieu de résidence ou de leur établissement scolaire. Les rendez-vous peuvent également avoir lieu directement au sein de leur collège ou

lycée. Pour cela, la maison des adolescents bénéficie d'un partenariat avec l'Éducation nationale, la Circonscription d'action sociale, les mairies et la Mission locale qui mettent à disposition un bureau pour recevoir les usagers.

Le 15 octobre 2015, la maison des adolescents est intervenue à la halle municipale d'Argenton-sur-Creuse auprès des élèves de 6^{ème} du collège Rollinat d'Argenton-sur-Creuse sur l'action « Ma santé en jeu(x) ». En partenariat avec le collège Rollinat d'Argenton sur Creuse, Alis 36, le Planning familial, le PRAJ (Point relais accompagnement jeunes), les mairies, le CCAS, Vie libre, Familles rurales etc. a mis en place différents. Les élèves étaient répartis en groupe de 5/6 et avaient 20 minutes pour découvrir chaque atelier. La Maison des adolescents a proposé un jeu de l'oie lors de cette action. L'objectif de ce jeu était d'identifier et valoriser les compétences des élèves, les amener à mieux se connaître et à être plus à l'écoute de l'autre, favoriser la coopération dans le groupe. Suite à ce jeu, la Maison des adolescents leur a été présentée et un questionnaire d'évaluation de la séance a été distribué et complété par les élèves.

La **MSA Berry-Touraine** a réalisé le 19 janvier 2017 à Saint-Benoît-du-Sault une formation aux gestes d'urgence cardio-respiratoires à destination des assurés de la MSA. L'objectif de cette action était de permettre aux participants de maîtriser les gestes d'urgence en cas d'arrêt cardiaque : savoir alerter, masser, défibriller sous forme d'une intervention interactive puis par une mise en pratique des gestes d'urgence cardio-respiratoire. Le faible nombre de participants (14) n'entrainera pas de reconduction de cette action.

En matière d'accès aux soins, le **Conseil départemental de l'Indre** met en place différentes actions à destination des bénéficiaires du RSA sur l'ensemble du département : référent parcours social Anpaa 36, référent parcours social office technique d'insertion et de formation (OTDIF), mesure écoutant par l'OTDIF.

Afin de favoriser l'accès aux soins et l'insertion des bénéficiaires confrontés à une addiction, un accompagnement individualisé pendant 12 mois est proposé par un référent de l'**Anpaa 36** en lien avec l'ensemble du plateau technique.

Afin de favoriser l'accès aux soins et l'insertion des bénéficiaires manifestant des comportements singuliers et/ou des difficultés spécifiques en référence à des troubles psychiques, un accompagnement individualisé peut être réalisé par un référent de l'OTDIF, en lien avec l'ensemble du plateau technique de l'association.

L'OTDIF peut également offrir un lieu d'accueil et d'écoute spécifique aux bénéficiaires confrontés à des difficultés psychologiques afin de favoriser leur insertion sociale et professionnelle. Un accompagnement peut être réalisé

OFFRE ET RECEPTION DES SOINS

par un psychologue en entretien individuel (12 entretiens maximum sur une période de 12 mois).

Dans le cadre de ses missions d'insertion et d'accompagnement social qui lui sont confiées, le Conseil départemental de l'Indre met en place des permanences d'assistant(e)s de service social sur le territoire du pays Val de Creuse-Val d'Anglin :

- dans les locaux de la circonscription sociale de Le Blanc/ Argenton-sur-Creuse, site d'Argenton-sur-Creuse (pour toutes les communes sauf celle de Velles qui a lieu sur le site d'Ardentes),
- à la mairie de Saint-Marcel, 1 jeudi après-midi par mois,
- à la mairie de Tendu, 1 jeudi après-midi par mois,
- à la mairie de Bouesse, 1 jeudi après-midi tous les

2 mois,

- à la mairie de Mosnay, 1 jeudi après-midi tous les 2 mois,
- à la mairie d'Éguzon-Chantôme, les jeudis après-midi,
- à la mairie de Saint-Benoît-du-Sault, les 1^{er} et 3^{ème} mardis du mois de 10h à 11h30,
- à la mairie de Chaillac, les 2^{ème} et 4^{ème} mardis du mois de 10h à 11h30,
- à la mairie de Saint-Gaultier, les mardis matins de 9h30 à 11h30.

Ces permanences ont pour objectifs d'accompagner les personnes en difficulté dans leur insertion sociale : accueil, écoute, évaluation de la situation et accompagnement individualisé dans la réalisation des démarches.

Synthèse de la rencontre avec les professionnels, les élus et les habitants

Offre de soins

La faible démographie des professionnels de santé libéraux limite l'accès aux soins de la population. Des communes comme Argenton-sur-Creuse ou Éguzon disposent d'une offre significative mais leurs praticiens doivent souvent prendre en charge les patients des environs, issus des petites communes qui ne comptent quasiment aucun professionnel de santé. Sur les professionnels de premier recours, la problématique est surtout prégnante pour les médecins généralistes dont plusieurs sont partis en retraite ces dernières années sans avoir trouvé de remplaçant. La population, dès lors qu'elle dispose de moyens de transports, a généralement pu trouver une alternative à ces départs. Certains habitants ont néanmoins renoncé à trouver un nouveau médecin traitant.

Habitant : « Des généralistes, on en trouve quand même relativement facilement. Je veux dire, on en a deux à Chaillac, il y en a un ou 2 à Saint-Benoît, il y en a un à Prissac, il y en a un à Belâbre, bon... »

Habitant : « Alors là moi j'ai plus de médecin depuis je ne sais pas combien de temps donc là c'est mal barré. parce que le mien est parti en retraite. »

Habitant : « Bah oui je lui dis (au médecin) c'est ma sœur. Il me dit vous l'amènerez hein. Autrement elle n'aurait pas eu de rendez-vous si elle avait téléphoné d'elle-même. Surtout que la

plateforme, ils ont dit de répondre qu'ils ne prennent pas. Parce que maintenant c'est sur des plateformes qu'on téléphone. Et ils ont vite fait de... on vous connaît pas. Hop, ça raccroche. »

Élu : « Vous savez que dans l'Indre, il y a plus de 13 000 personnes qui n'ont pas... [de médecin traitant] Alors après ou ces gens là abandonnent les soins, ce qui arrive malheureusement, ou alors bon c'est à la demande. Certains médecins quand-même prennent en charge bien évidemment le « au cas par cas ». J'en fais partie, de ceux qui n'ont pas de médecin référent donc voyez. »

Les perspectives de nouveaux départs en retraite des médecins généralistes inquiètent la population. Il est encore possible d'avoir accès aux médecins généralistes mais une partie de la population interrogée perçoit surtout la dégradation de l'offre de soins, avec une restriction du choix, le médecin disponible n'exerçant plus à proximité ou n'apportant pas le service attendu, n'ayant pas la même disponibilité que le précédent.

Habitant : « Ça a baissé.... Jusqu'à maintenant il y avait quand même, il y a deux toubibs pour un bourg comme ici c'était pas mal. »

Habitant : « Je vois Saint-Benoît c'est le même, c'est exactement pareil quoi. Il y a pas de médecins, il y avait 3 médecins, il en reste plus qu'un. »

OFFRE ET REQUISITES SANITAIRES

SOINS

Professionnel : « On est de moins en moins de médecins, bon je vous rappelle qu'au cabinet on est 8 jusqu'à maintenant, mais ça fonctionne parce que y'en a 4 qui ont pratiquement 65 ans et plus, donc ça c'est un manque important de médecins. »

Leurs compétences ou leur relationnel sont parfois mis en question, notamment quand il s'agit de médecins d'origine étrangère.

Habitant : « Je sais que dans la Marche Occitane c'est assez délicat parce que un, bah les médecins partent en retraite pour la plupart donc à partir du moment où ils sont partis, ils sont pas toujours remplacés. Parfois remplacés, maintenant ce sont des étrangers qui viennent, ce qui est... Moi j'ai travaillé à l'étranger donc c'est des échanges mais ils mettent un certain temps pour s'adapter parce que bon bah il y a les histoires d'habitudes locales et puis les histoires aussi de langue. »

La population comme les élus craignent aussi un effet d'entraînement, de cercle vicieux qui va amener peu à peu leurs communes à se vider de leurs professionnels de santé mais aussi de leurs autres services, de leurs commerces, de leur transport etc. Ainsi, la fermeture des cliniques sur Argenton-sur-Creuse, la menace de fermeture de la gare, où la diminution du nombre de commerces est déjà actée et c'est une vision d'ensemble de désertification de leur territoire qui s'impose au fil des années.

Élu : « Dans 6 mois, si j'ai pas, 6 mois ou 1 an, si je n'ai pas un médecin et quelque chose d'un peu performant sur ma commune, comme il y a plus de patientèle, dans 6 mois j'aurai plus de pharmacie, j'aurai la kiné qui s'en ira, podologue et tout ça. Le travail de 15 années d'élus pour faire une maison de santé. »

La situation apparaît contrastée selon les secteurs du territoire : pour certains habitants, le généraliste est encore très accessible, tandis que la dégradation de l'offre médicale a ailleurs pour conséquence une moindre disponibilité des praticiens et des délais de rendez-vous qui ont alors tendance à s'allonger.

Habitant : « Le matin, il [le médecin généraliste] est sans rendez-vous donc, quand j'ai besoin d'y aller j'y vais le matin en fait. Ça va. Après, il faut faire la queue mais comme je suis malade, on prend sans rendez-vous. »

Habitant : « Les rendez-vous sont assez rapides, même, c'est 48-72h, après pour un généraliste ici. »

Habitant : « C'est un petit peu plus, avant c'était effectivement dans la semaine, maintenant c'est la semaine suivante. Mais bon, c'est pas pire qu'ailleurs au contraire quoi. »

Habitant : « Il y a plusieurs médecins mais apparemment ils sont tous plus ou moins surbookés quoi. »

Les jeunes professionnels qui se sont installés ont également une activité plus réduite que leurs prédécesseurs ; leurs horaires sont plus restreints et ils ne répondent pas à toutes les sollicitations ou sont plus réticents à effectuer des visites à domicile. Certaines personnes âgées se questionnent sur la possibilité de continuer à vivre sur le territoire, sachant qu'il devient plus difficile de se faire soigner chez elles. Il leur est également plus difficile de consulter lorsque leur médecin est absent. La permanence des soins apparaît insuffisamment organisée ou trop peu visible pour la population.

Habitant : « Je travaillais jour et nuit comme disait l'autre. Maintenant, vousappelez à 7h, vous être relayé sur le Samu, c'est fini. Le dimanche, ils sont pas de garde, c'est pas comme avant. C'est vrai dans le temps, médecins généraliste ça bossait si vous les appelez le dimanche, ils étaient tout le temps là. »

Habitant : « Ah bah non même lui, le dimanche ils ont des gardes une fois la lune et puis bah à une certaine heure, quand vousappelez bah c'est le 15. Vous tombez plus sur votre médecin. Quand vous êtes malade ce n'est pas votre médecin qui répond. »

Par conséquent, la population est plus souvent amenée à recourir aux services d'urgence, généralement à Châteauroux. Si l'existence de cette solution est appréciée, la plupart des personnes interrogées y voit un service inférieur à celui du médecin traitant quand il s'agit de pathologies peu sévères. La nécessité du déplacement jusqu'à Châteauroux, le temps d'attente sur place, le manque de connaissance des antécédents, le manque de suivi dans le temps ou encore le relationnel des soignants peuvent être décriés.

Habitant : « Ça a un impact oui parce que plus de médecins c'est-à-dire aller aux urgences. Directement aux urgences. Et aux urgences, c'est zéro. Aux urgences on est reçu comme des chiens. (...) Mon mari a été reçu deux fois pour une occlusion intestinale. La première on l'a renvoyé à 2h du matin sans soins, sans examens. (...). Et on me téléphone à 2h du matin d'aller le chercher. Donc non, non. »

Habitant : « Bon appeler le Samu c'est bien mais le médecin généraliste il se déplace plus. Tout du moins, les week-ends tout ça, c'est fini. Donc ça nécessite des déplacements à Châteauroux. Je connais des tas de gens qui sont allés à Châteauroux. L'ambulance arrive et puis on vous emmène. On vous ramène et je connais même des gens qui sont partis parce que le cœur battait dans tous les sens, on a remis le cœur en place je sais pas quoi et ils sont revenus toujours avec un taxi mais ils ont du payer le taxi au retour parce qu'ils sont restés moins de 6h... »

Peu de spécialistes sont présents sur le territoire et ceux qui le sont ne peuvent répondre à l'ensemble des besoins. Globalement, comme sur beaucoup de territoires ruraux, l'offre de soins est déficiente pour les médecins spécialistes

OPÉRATION ET PROBLÈMES À CHAUX

SAUVEGARDER

et les habitants doivent régulièrement se rendre sur les agglomérations hors du territoire que ce soit à Châteauroux, La Châtre, Guéret, Limoges, voire Poitiers ou Tours pour consulter ou effectuer certains suivis de pathologies chroniques.

Habitant : « C'est Limoges pour les choses un peu plus graves. Et quand c'est très très grave, c'est même plus Limoges et Châteauroux, c'est Tours. Vous voyez c'est tout à côté hein. »

Habitant : « Alors les spécialistes, il faut aller si ça se complique un peu, bah c'est Limoges ou Poitiers. Alors Châteauroux, il y en a aussi mais je pense que ça n'a pas la même, comment dirai-je, ça a peut-être pas les moyens, il y a Le Blanc aussi. Mais Le Blanc a encore moins de moyens. Donc dans la couverture, moi personnellement, je vais plutôt à Limoges ou à Châteauroux. »

Même dans ce cas de figure, ils ont des délais de rendez-vous qu'ils jugent excessifs ou se voient refuser l'accès par des professionnels débordés, en particulier pour la gynécologie (plus de 6 mois de délais), l'ophtalmologie (entre 6 mois et 1 an) ou encore l'orthophonie. L'accès aux dentistes reste encore acceptable pour la plupart des personnes rencontrées (1 ou 2 mois) et ces derniers acceptent de raccourcir les délais si une intervention urgente est sollicitée.

Habitant : « Mais que ce soit un ophtalmo il faut un délai d'attente de 6 à 9 mois, pour un gynécologue c'est le même bazar. C'est le même bazar, il n'y en a pas. De toute façon ils sont tous près de la retraite. Un dermatologue, c'est le même cirque, enfin, il n'y a pas de spécialité. Ils sont tous âgés, ils vont tous, ils sont tous près de la retraite, ils ne trouvent pas de remplaçants. C'est tous, c'est tout pareil. »

La nécessité d'effectuer de grands déplacements est généralement acceptée comme une contrepartie inévitable de la vie en secteur rural. Toutefois, les distances sont jugées très importantes, surtout pour une population relativement précaire n'ayant pas de moyens de déplacement personnel et sans système de transport en commun efficace.

Habitant : « Parce que les patients vont pas forcément non plus se rendre, parce que y a des problèmes aussi de mobilité, vous avez un système de transport aussi dans la région qui est des plus déplorables, enfin on le voit bien y a pas de système de bus, faut la voiture, la population est pas très riche donc c'est pas facile non plus, on voit beaucoup de personnes avec des petites voitures sans permis, c'est très impressionnant, avec des kilomètres à faire pour trouver l'opportunité de trouver quelqu'un qui va pouvoir être dans le soin pour vous et vous donner une solution. ».

Habitant : « Alors les personnes âgées, il faut qu'elles prennent un taxi pour aller à Châteauroux. Donc déjà ça fait cher la visite. C'est inadmissible. On devait avoir un ophtalmo à la maison de

la santé là-haut, il n'y a rien. Il y a qu'un généraliste et puis c'est tout. Ils devaient mettre une navette pour les personnes âgées, on l'a jamais vue. »

La plupart des habitants, des professionnels et des élus, ont conscience d'une problématique globale qui va bien au-delà du territoire Val de Creuse-Val d'Anglin. Toutefois les critiques sont alimentées par le fait que la population s'était habituée à une situation plus favorable, avec la présence par le passé de plusieurs cliniques sur Argenton-sur-Creuse. L'accent est mis sur l'allongement des délais pour accéder à des spécialistes et de plus en plus de refus de prise en charge qui constraint la population à se faire accepter grâce à des relations personnelles, à recourir à des praticiens avec dépassements des tarifs conventionnés ou dans certains cas à renoncer à certains soins ou consultations.

Habitant : « Moi l'autre jour je suis allé chez le neurologue pour mes problèmes d'AVC et j'avais trop de tension, c'est lui qui a pris rendez-vous chez le cardiologue. (...) Il me dit moi, je vais l'appeler parce qu'autrement... Et il a appelé et j'ai eu rendez-vous dans les 10 jours autrement, si j'avais appelé le cardiologue moi c'est bon je pouvais... J'aurai jamais eu de rendez-vous. »

Habitant : « [les médecins ne prennent plus de nouveaux patients] j'en ai déduit que maintenant, bah si je suis malade, bah je reste tranquillement à la maison. J'attends que ça se passe. Si c'est quelque chose de grave et puis que c'est la fin, je resterai chez moi. Enfin, je dis ça parce que j'ai bientôt 90 ans. Je comprends très bien que des jeunes peuvent pas raisonner comme ça. »

Professionnel : Pour les patients je me dis c'est un frein ! Que vous êtes avec quelqu'un qui est fortement malade et que vous avez peu de possibilités de vous déplacer. C'est vrai que quand on vous dit : allez voir le spécialiste à Limoges, à Poitiers, c'est impossible pour eux. Donc du coup c'est vrai que pour la prévention et la prise en charge de la maladie et bien ils préfèrent rester dans l'état où ils sont. »

L'éloignement géographique des spécialistes est encore renforcé par la réputation, l'image peu favorable de certains services de l'hôpital de Châteauroux, qu'il s'agisse de l'accueil ou des compétences médicales. Celles-ci incitent une partie des habitants à partir se soigner sur des agglomérations encore plus distantes.

Habitant : « Pour la rééducation, c'est pour ça qu'en fait je vais bien maintenant. Pas grâce à l'hôpital de Châteauroux. Voilà. Grâce à mon mari. Grâce à mon mari qui a fait les démarches pour que je puisse aller au centre de Nohant... Parce que Châteauroux avait dit que c'était impossible, qu'il n'y avait pas de place mais en fait... Ils sont pas très... le docteur X n'est pas du tout aidant. »

Habitant : « Ça c'est passé sur Châteauroux et les deux jambes

OFFRE ET RECEPTION DES SOINS

ratées. Enfin les deux jambes étaient cassées, bah fracture il y avait tout, pneumo, hémorragie cérébrale, il y avait la totale... fracture visage et tout. Et j'ai été opéré à Châteauroux à l'arrache, voilà. Ils auraient mieux fait de toucher à autre chose (...) Châteauroux c'est pas des lumières pour beaucoup de choses mais voilà. Enfin, bon après il y a quand même Tours, Limoges qui sont proches. »

En revanche, les différents acteurs rencontrés sont plutôt satisfaits de la présence de professionnels paramédicaux en nombre suffisant (particulièrement infirmiers et aides-soignants) à l'exception notable des kinésithérapeutes. Les services d'aide à domicile sont également bien implantés et peuvent répondre aux besoins des personnes âgées même si un déficit de formation de ces professionnels est constaté.

Pour limiter la perte de démographie médicale et paramédicale et faciliter de nouvelles installations de professionnels, différentes initiatives peuvent être prises (mise à disposition de locaux, aides financières à l'installation, exonération d'imposition, accueil d'internes, création de MSP, salariat au sein de centres de santé...). Elles semblent indispensables pour maintenir le minimum de service médical et asseoir la mise en place d'un réseau de soins. Mais les démarches pour faire venir des médecins et autres professionnels semblent coûteuses, n'aboutissent pas forcément ou conduisent parfois à vider d'autres territoires ruraux voisins de leurs ressources médicales sans augmentation réelle de l'offre de soins pour l'ensemble de la population. Pour certains élus et habitants, seule la remise en question de la liberté d'installation des médecins pourrait enrayer le processus de désertification. Le territoire souffre d'un manque d'attractivité globale (économique, social et culturel) qu'il est très difficile de compenser.

Habitant : « Mais il se créé beaucoup de centres médicaux... Si ici on ne veut pas en faire, il n'y a plus rien. Je ne parle pas d'Éguzon spécialement mais un lieu où il y a plusieurs... où ça facilite la vie du médecin... »

Élu : « Je pense que l'ARS ne fait pas son travail et je l'ai évoqué en réunion à la préfecture où il y avait au moins 200 maires. Moi j'ai une kiné à [commune X] qui est à plein temps à [commune X], on lui a fait toutes les facilités pour s'installer, on a fait un employé gratuit, on a fait plein, plein de choses et elle a été appelé au secours par [commune Y] pour faire mi-temps [commune Y], mi-temps à [commune X]. Donc elle est partie mi-temps à [commune Y] pour que [commune Y] touche 15 000 euros de prime, c'est quoi ce bordel... de machin... C'est invraisemblable, je ne comprends pas qu'on puisse accepter ça, d'ailleurs monsieur le Préfet était de mon avis, c'est invraisemblable, on assiste à des chasseurs de prime des médecins. »

Pour améliorer la prise en charge de la santé sur le territoire, certains partenariats sont à entreprendre ou à

renforcer. Des collaborations interprofessionnelles existent déjà sur le territoire et sont utiles mais elles ne sont pas nécessairement institutionnalisées et sont fragilisées par le turn-over des professionnels sur le territoire. Les nouveaux praticiens installés sont moins connus et ne portent pas non plus une dynamique partenariale. Si des initiatives visant une meilleure coordination et organisation des soins existent, elles peinent à impliquer certains professionnels et souffrent de leur multiplicité et de leur manque de lisibilité, dans un contexte où les professionnels ont déjà du mal à assumer leur charge de travail avec la seule patientèle.

Professionnel : « Il y a de nombreuses années, quand un professionnel de santé, médical ou paramédical, arrivait dans une ville comme Argenton, on allait se présenter à tout le monde. Quand je suis arrivé à Argenton, je me suis présenté à tout le monde... Maintenant je peux vous dire une chose, on ne se connaît pas. C'est pas pour ça que le travail n'est pas fait, mais on ne se connaît pas ! Ou alors il faut qu'il y ait un gros truc... pour savoir, c'est untel ou untel, sinon ils ne se connaissent pas. »

Professionnel : « Le problème, c'est sûr, c'est que tout le monde a la tête dans le guidon, on fait le travail et puis y a pas le temps de... [se coordonner] »

Enfin, mieux prendre en charge les problématiques de santé passe aussi par un travail préventif qui n'a pas été assez encouragé par le passé et qui peine aujourd'hui à toucher la population, au moins sur ce territoire. L'Éducation nationale reste assez largement engagée sur cette thématique et formalise de mieux en mieux ses actions dans ce domaine. Les professionnels rencontrés estiment que les médecins généralistes n'ont pas le temps de donner ce type d'informations lors des consultations. Les autres initiatives menées, notamment les actions locales d'information du public, les conférences organisées ne touchent que très peu de public et manquent de soutien financier. La population présente aussi certaines caractéristiques culturelles qui la rendent peu enclue à s'intéresser dès lors qu'elle n'est pas directement concernée par une pathologie.

Élu : « On l'a fait au niveau de notre communauté de communes, il y a la MSA aussi qui fait des journées de prévention. On ne peut pas dire que ça ait beaucoup de succès non plus. Les gens ne sont pas très très intéressés par la prévention, en fait. Moi je l'ai ressenti comme ça en essayant de mettre en place des choses avec les mutuelles. On a essayé la MSA aussi, elle fait. Il y a très peu de public en fait. Il y a très peu de monde. »

Élu : « On ne met pas de rond dans la prévention. C'est un problème de fond quoi. »

Habitant : « La prévention vous avez affaire quand même à une population qui est rude, parce que essentiellement campagne, de père en fils. Un peu moins maintenant. Les gens,

COOPÉRATION ET COORDINATION PAULX

SOINS DE LA TERRE

ils entendent, ils savent ce qu'il faut faire, attention au soleil. Nous on a un exemple puisqu'on a notre, son frère à qui je viens de passer un petit savon. Mais voilà. Bah non on va pas mettre de crème parce que ça ne se fait pas. Mon père il n'a jamais fait.

Habitant : « Ils vous écoutent mais... Le grand-père était comme ça, le père est comme ça. »

Habitant : « C'est le territoire là hein. Et puis c'est des gens qui ont des vies rudes. Et encore ici, vous avez 300 km de Paris. Et comme mon mari il n'est pas resté là, il est parti à Paris mais on est revenu. Et tous ceux qui sont revenus, vous avez quand même une notion de soins et de prévention. Je pense. Mais ceux qui n'ont pas bougé d'ici... »

GLOSSAIRE

Admission en affection de longue durée (ALD) : en cas d'affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le Code de la Sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites « longue durée » (ALD) est établie par décret. La liste actuelle porte sur 30 affections ou groupes d'affections.

Allocataire à bas revenu : allocataire ayant son revenu par unité de consommation (RUC) inférieur à 60 % du revenu médian par unité de consommation (UC) de la population (hors 65 ans et plus). Le RUC correspond au revenu mensuel divisé par le nombre d'UC (les membres du foyer sont pondérés par des coefficients : 1 pour l'allocataire, 0,5 pour une personne de 14 ans ou plus supplémentaire, 0,3 pour un enfant de moins de 14 ans et 0,2 pour les familles monoparentales).

Allocation aux adultes handicapés (AAH) : allocation attribuée à toute personne âgée de 20 ans ou plus qui présente une incapacité permanente d'au moins 80 % ou qui est reconnue dans l'impossibilité de travailler par la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) lorsque son incapacité permanente est comprise entre 50 et 80 %. Elle est accordée sous conditions de ressources. C'est une allocation subsidiaire. Les bénéficiaires peuvent exercer une activité, soit en milieu ordinaire, soit en milieu protégé.

Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) : prestation attribuée aux personnes âgées en perte d'autonomie en vue de solvabiliser les besoins préconisés dans un plan d'aide personnalisée élaboré par une équipe médico-sociale. L'Apa peut être versée directement aux bénéficiaires ou aux structures professionnelles (services d'aide à domicile, établissements...) mettant en oeuvre ce plan d'aide.

ALSH : Accueil de loisirs sans hébergement

Anpaa : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie

Apleat : Association pour l'écoute et l'accueil en addictologie et toxicomanie

Association de service à domicile (ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural) : associations offrant différentes prestations permettant le maintien à domicile des personnes : aide à la vie quotidienne (ménage, repas, repassage, courses...), accompagnement dans les démarches (budget, relation avec les organismes...), relais pour maintenir un équilibre familial lors des difficultés passagères (naissance, maladie, décès...) et aide à l'insertion sociale et éducative (suivi scolaire, activités ludiques...). Ces types d'interventions peuvent être pris en charge par les caisses d'allocations familiales ou le Conseil départemental. La fédération ADMR est agréée « services aux personnes ».

Caarud : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues

Caf : Caisse d'allocations familiales

Camsp : Centre d'action médico-sociale précoce

CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CCAS : Centre communal d'action sociale

CCDC : Centre de coordination des dépistages des cancers

CDAG : Centre de dépistage anonyme et gratuit

CeGIDD : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (= CDAG + CIDDIST)

Centres locaux d'information et de coordination (Clic) : sous ce label, sont installés des guichets qui ont pour mission :

- l'accueil, l'écoute, l'orientation et l'information des personnes de plus de 60 ans, de leur famille et des professionnels ;
- l'évaluation des besoins, l'aide à la mise en place de réponses concrètes et adaptées aux situations, le suivi, la coordination

Les objectifs des CLIC sont :

- d'apporter une réponse globale aux besoins des personnes âgées dépendantes, fragiles ou en perte d'autonomie ;
- de permettre le soutien à domicile, l'accès à une filière de soins gériatriques, de favoriser le retour à domicile ou d'aider à l'entrée en institution ;
- de prévenir les situations de dépendance et de crise et d'assurer une mission de veille et d'alerte afin d'éviter les ruptures de prise en charge ;
- de renforcer l'efficience des prestations et des moyens mis en oeuvre.

GLOSSAIRE

CESC : Centre d'éducation à la santé et à la citoyenneté

CH : Centre hospitalier

CHIC : Centre hospitalier inter communal

Ciddist : Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles

CIDFF : Centre d'information sur les droits des femmes et des familles

CMP : Centre médico-psychologique.

CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique

Couverture maladie universelle (CMU) : dispositif qui garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie et qui comporte deux volets : la CMU de base et la CMU complémentaire. La couverture maladie universelle de base permet l'accès à l'assurance maladie pour toutes les personnes résidant en France de manière stable et régulière depuis plus de trois mois et qui n'ont pas droit à l'assurance maladie à un autre titre (activité professionnelle etc.). La CMU complémentaire permet de fournir une couverture complémentaire gratuite à toute personne résidant en France de manière stable et régulière, sous conditions de ressources fixées par décret.

CPEF : Centre de planification ou d'éducation familiale

Csapa : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

Ehpad : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Elsa : Équipe de liaison et de soins en addictologie

Esat : Etablissement et service d'aide par le travail

GES : Gaz à effet de serre

Grille AGGIR (autonomie gérontologique groupe iso-ressources) : grille qui classe les personnes âgées en 6 niveaux de perte d'autonomie à partir du constat des activités ou gestes de la vie quotidienne réellement effectués ou non par la personne. Le 1^{er} niveau comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotive et sociale et le 6^{ème}, les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

Hospitalisation à domicile (HAD) : l'hospitalisation à domicile s'adresse à des personnes dont la situation ne nécessite plus d'hospitalisation. Ce dispositif permet d'assurer la prise en charge globale et continue du patient chez lui et d'effectuer les soins techniques hospitaliers ou d'accompagnement dont il a besoin : pansements complexes, perfusions veineuses, soins de sonde, traitement de la douleur, soins palliatifs. L'admission en hospitalisation à domicile se fait à la demande du médecin.

IME : Institut médico-éducatif

Indice de masse corporelle (IMC) : mesure de référence internationale égale au poids (en kg) sur le carré de la taille (en mètre).

IST : Infection sexuellement transmissible

IVG : Interruption volontaire de grossesse

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

MDS : Maison départementale de la solidarité

MFPF : Mouvement français pour le planning familial

GLOSSAIRE

Mortalité infantile : nombre de décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes

Mortalité prématurée : ensemble des décès survenant avant 65 ans

PCH : Prestation de compensation du handicap

Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) : dispositif faisant partie de la réforme du système de santé français ayant pour but la réduction des inégalités de ressources entre les établissements de santé (ordonnance du 24/04/1996) sur la réforme de l'hospitalisation. Afin de mesurer l'activité et les ressources des établissements, il est nécessaire de disposer d'informations quantifiées et standardisées, le PMSI.

Rased : Réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté

Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (Reaap) : les Reaap permettent la mise en réseau d'actions visant à conforter, à travers le dialogue et l'échange, les compétences des parents et la mise en valeur de leurs capacités dans le respect et le soutien. Ils sont, par ailleurs, un cadre de partenariat entre les différentes institutions et associations intervenant dans le champ de la parentalité.

Revenu de solidarité active (RSA) : allocation qui complète les ressources initiales du foyer pour qu'elles atteignent le niveau d'un revenu garanti (si elles sont inférieures à ce dernier). En juin 2009, la réforme du revenu de solidarité active (RSA) modifie le système en place : en Métropole, le RSA se substitue au revenu minimum d'insertion (RMI), à l'allocation de parent isolé (API) ainsi qu'aux dispositifs d'aide à la reprise d'emploi qui leur sont associés. Le RSA est une prestation « hybride » assurant à la fois une fonction de minimum social (RSA socle) et de complément de revenu pour les travailleurs vivant dans des foyers aux revenus modestes (RSA activité). Dans les départements d'outre-mer, la mise en place du RSA est prévue ultérieurement et le RMI et l'API restent en vigueur.

SAAD (ou SAD) : Services d'aide et d'accompagnement à domicile assurent des prestations de services ménagers et d'aide à la personne pour les activités ordinaires et les actes essentiels de la vie quotidienne (aide à la toilette, aide à la prise des repas, courses...).

SASF : Service d'aide et de soutien aux familles

SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale

SEP : Sclérose en plaques

Service de soins infirmiers à domicile (Ssiad) : service ayant pour objet de prévenir ou de différer une hospitalisation ou une institutionnalisation, ou à l'inverse de rendre possible un retour au domicile plus rapide et dans de meilleures conditions suite à une hospitalisation. Le Ssiad est destiné aux personnes de 60 ans et plus, malades ou dépendantes, ainsi qu'aux moins de 60 ans présentant un handicap ou une maladie chronique (décret du 24 juin 2004). Le Ssiad apporte des services en matière de santé.

Sessad : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

SSR : Soins de suite et de réadaptation

Taux comparatif de mortalité : le taux comparatif de mortalité, ou taux standardisé direct, est défini comme le taux que l'on observerait dans la région et dans les cantons si ses différents échelons géographiques avaient la même structure par âge que la population de référence. Les taux comparatifs de mortalité éliminent les effets de la structure par âge et autorisent les comparaisons entre les sexes et les échelons géographiques.

UAD : Unité d'autodialyse assistée

UFSBD : Union française pour la santé bucco-dentaire

Unafam : Union nationale de familles et amis de personnes de personnes malades et/ou handicapées psychiques

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

CODAGE DE LA MORT DANS LES PHATHOLOGIES DES DECES

Cancers : C00 à C97 en diagnostic principal et relié

- Cancer du sein : C50 en diagnostic principal et relié
- Cancer de la prostate : C61 en diagnostic principal et relié
- Cancer du poumon : C33, C34 en diagnostic principal et relié
- Cancer colorectal : C18 - C20 en diagnostic principal et relié

Maladies de l'appareil circulatoire :

- Cardiopathies ischémiques :
 - I20 – I25 en diagnostic principal
 - Exclusion des séjours sans nuitée dont l'issue était un retour à domicile (hospitalisation de jour) et exclusion des séjours de moins de 2 jours avec mode de sortie par transfert, pour éviter les doublons de séjour avec DP d'infarctus.

Maladies de l'appareil respiratoire :

- Asthme : J45, J46 en diagnostic principal
- BPCO (indicateur strict) :
 - J44.0 ou J44.1 en diagnostic principal,
 - J960 en diagnostic principal et J44 ou J43 en diagnostic associé,
 - J10-J18, J20-J22 en diagnostic principal et J43 ou J44 en diagnostic associé,
 - J43 ou J44 en diagnostic principal et J10-J18, J20-J22 ou J960 en diagnostic associé.
 - Exclusion des séjours de moins de 2 jours dont l'issue n'est pas le décès.

Diabète :

- E10, E11, E12, E13, E14 en diagnostic principal et relié
- G59.0, G63.2, G73.0, G99.0, H28.0 en diagnostic principal et relié, E10, E11, E12, E13, E14 en diagnostic associé
- H36.0, I79.2, L97, M14.2, M14.6, N08.3 en diagnostic principal et relié

Complications liées à l'alcool : en diagnostic principal, relié ou associé

- Hospitalisation pour dépendance alcoolique : racine GHM 20Z04
- Hospitalisation pour complication liée à l'alcool : F10 en diagnostic associé
- Hospitalisation pour intoxication alcoolique aigüe : racine GHM 20Z05

Tentative de suicide (certaine) : X60 - X84 en diagnostic associé



Observatoire régional de la
santé du Centre-Val de Loire
14 avenue de l'Hôpital
CS 86709
45067 Orléans Cedex 2
www.orscentre.org



Agence régionale de santé du
Centre-Val de Loire
Cité Coligny
131 rue du Faubourg Bannier
BP 74409
45044 Orléans Cedex 1
www.ars.centre.sante.fr



Mairie de Celon
11 rue de l'Église
36200 Celon