

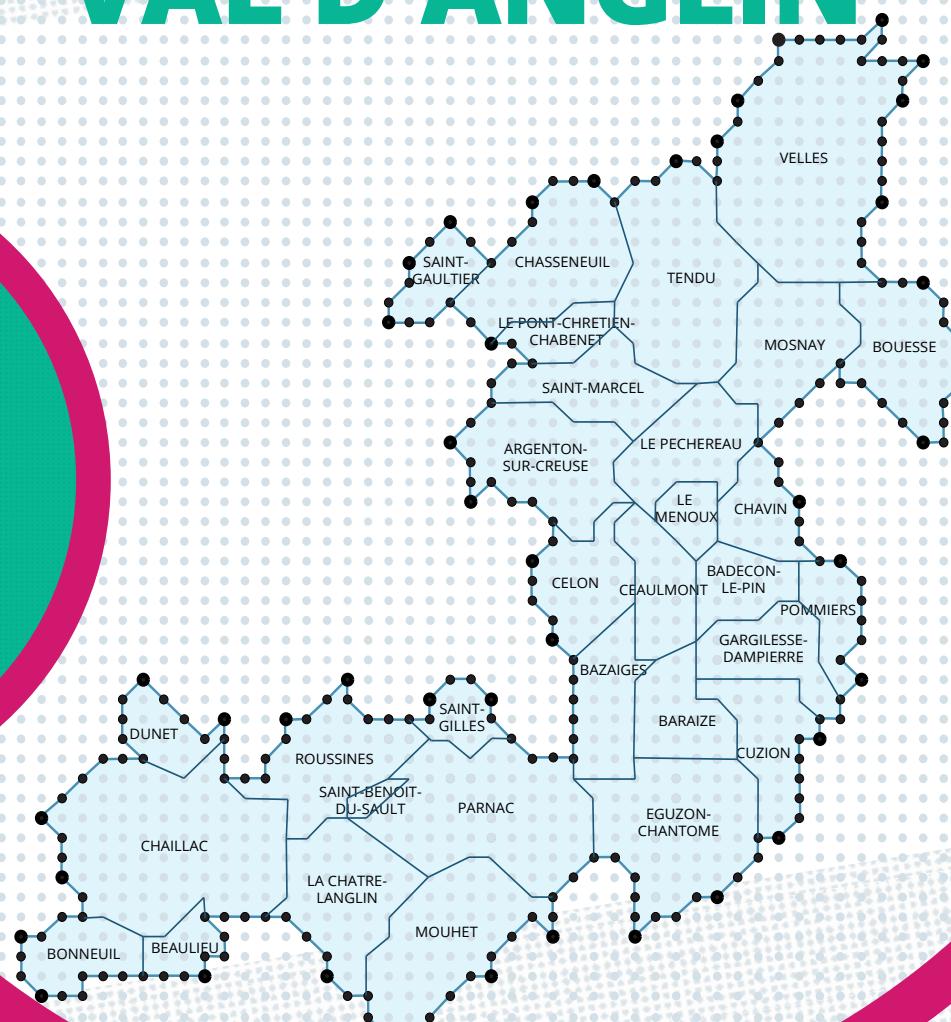
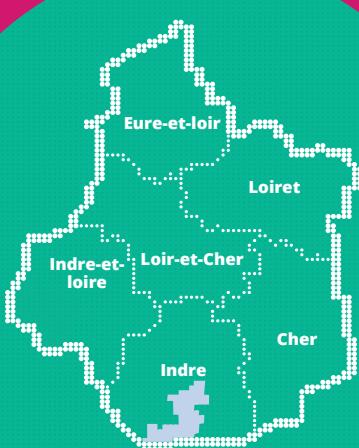
VAL DE CREUSE LOCAL DE SANTÉ

en vue de l'élaboration
du Contrat Local de Santé

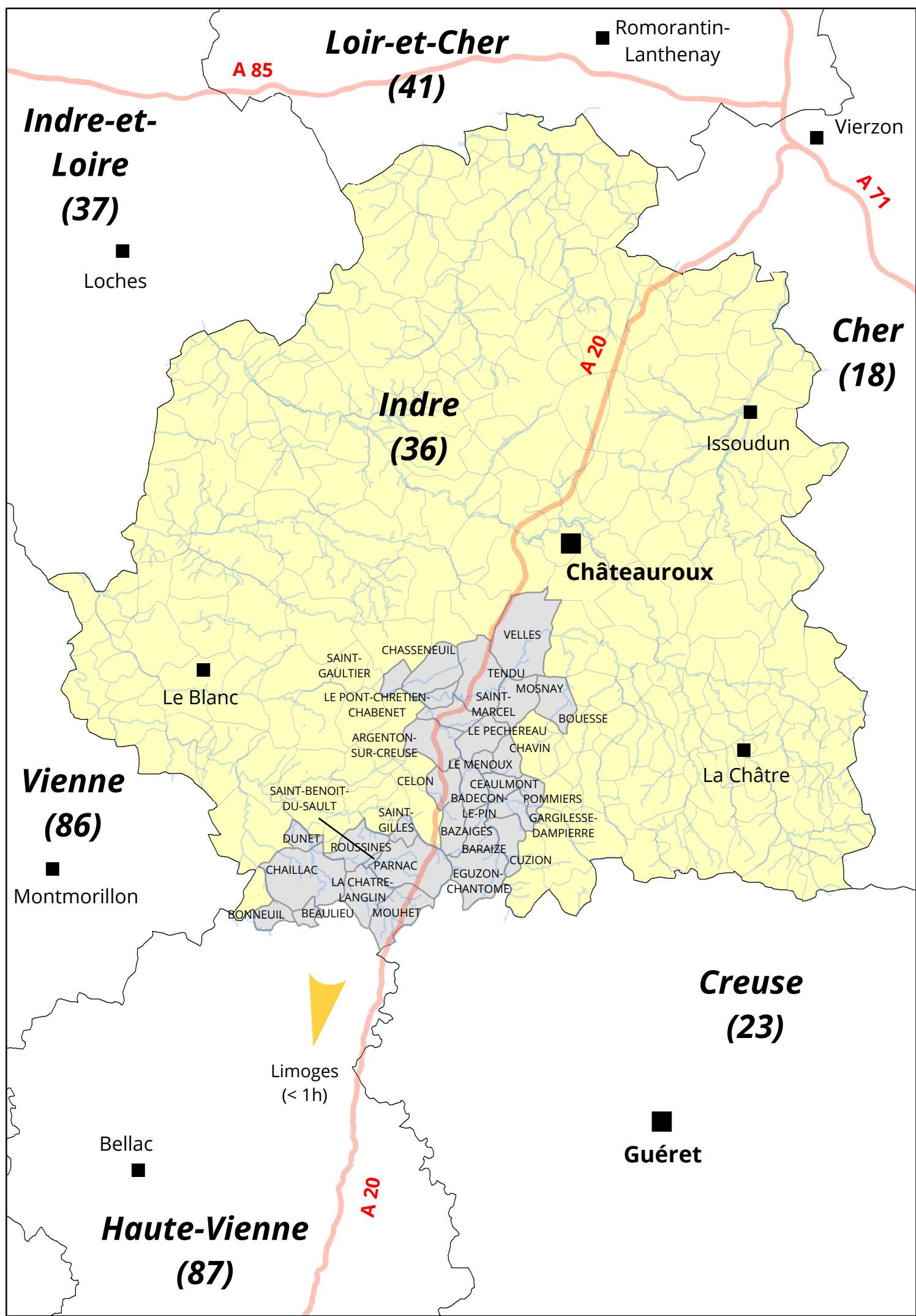
SYNTHÈSE DU RAPPORT

INDICATEURS
SANITAIRES,
MÉDICO-SOCIAUX
ET SOCIAUX

VAL DE CREUSE- VAL D'ANGLIN



JUIN 2018



DIAGNOSTIC SANITAIRE

Présentation du diagnostic	3
Synthèse de l'étude	4
Caractéristiques du territoire et démographie	4
Santé environnement	5
État de santé	6
Santé de la mère et de l'enfant	6
Santé mentale	7
Maladies chroniques	9
Vieillissement de la population	10
Addictions et conduites à risque	11
Offre de soins	12
Recommandations	14
Méthodologie	15
Remerciements	16
Glossaire	17

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.

LE PAYS VAL DE CREUSE-VAL D'ANGLIN

1- Caractéristiques du territoire et démographie

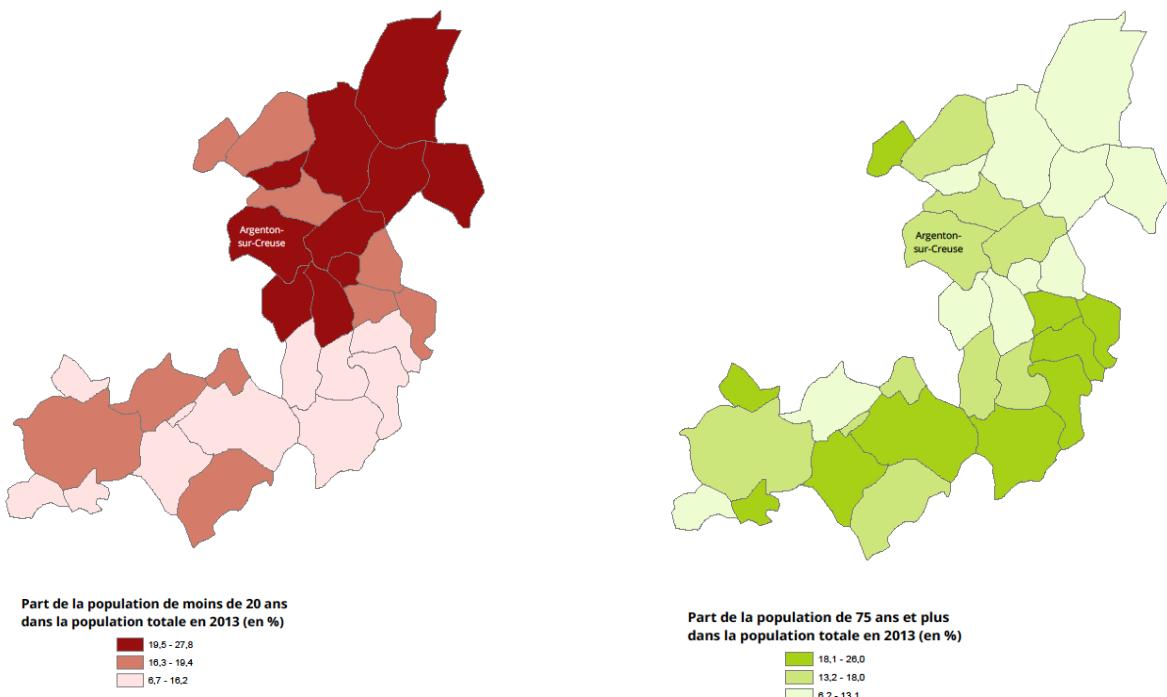
Le pays Val de Creuse-Val d'Anglin, situé dans l'Indre, se compose de 31 communes réparties dans deux communautés de communes : celle d'Éguzon-Argenton-Vallée de la Creuse et celle de la Marche Occitane-Val d'Anglin. Le pays compte près de 24 100 habitants au recensement de population de 2013. Les villes 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.



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- Etat de santé

Mortalité et morbidité

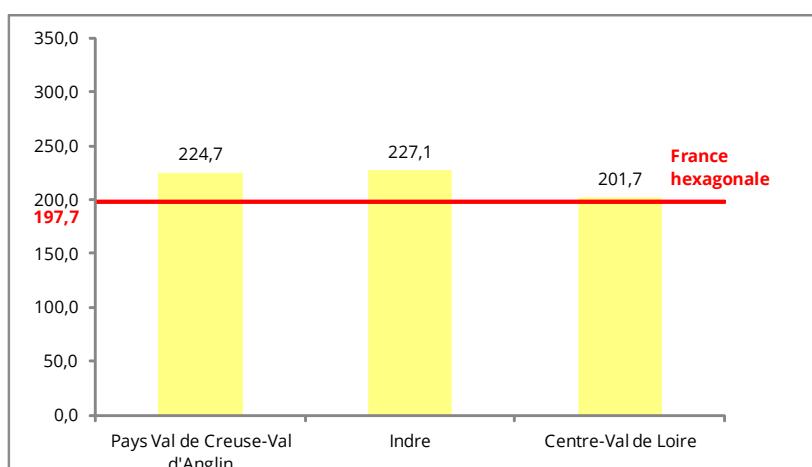
L'analyse de la mortalité générale met en évidence une situation comparable à celle du département de l'Indre. En effet, avec une moyenne de 382 décès par an sur la période 2005-2013, le territoire présente une mortalité générale de 885,4 décès pour 100 000 habitants, ce qui est comparable à celui observé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



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.

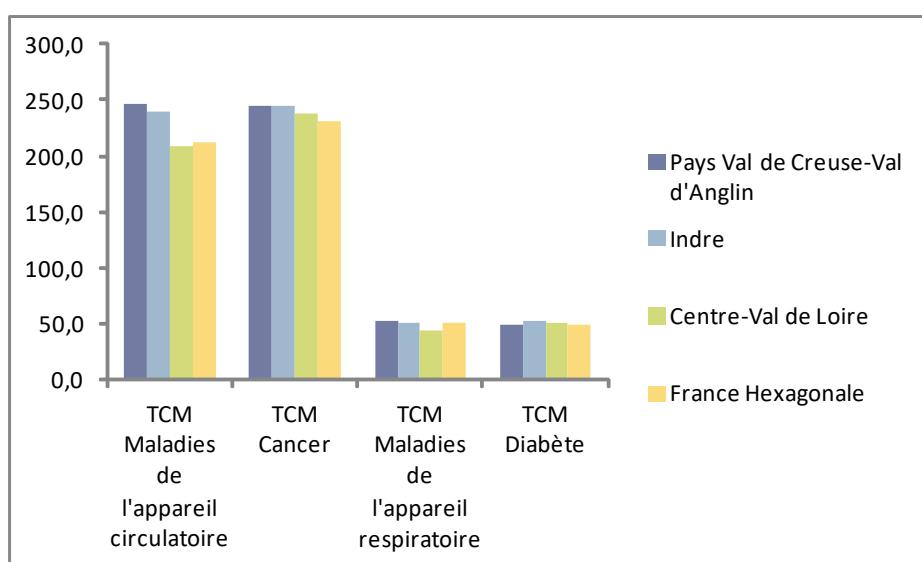


Une des contraintes importantes sur le territoire est que la mise en place d'actions de prévention ne peut toucher qu'une faible population, étant donné la densité du pays. Des actions de dépistage, des ateliers de groupe, de l'éducation thérapeutiques sont aussi parfois réalisées sur une ville comme 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.

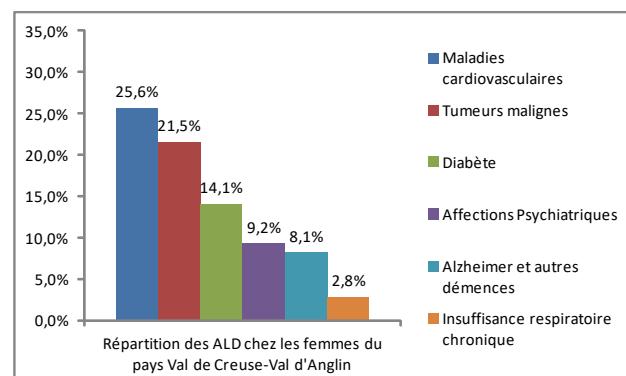
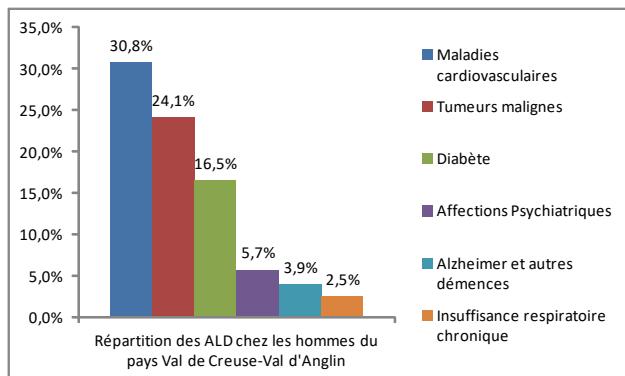


**Taux comparatifs de mortalité (deux sexes) des principales maladies chroniques 2005-2013
Référence France hexagonale (RP 2006) – (taux pour 100 000 habitants)**



CHARTRE THÉMATIQUE

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).

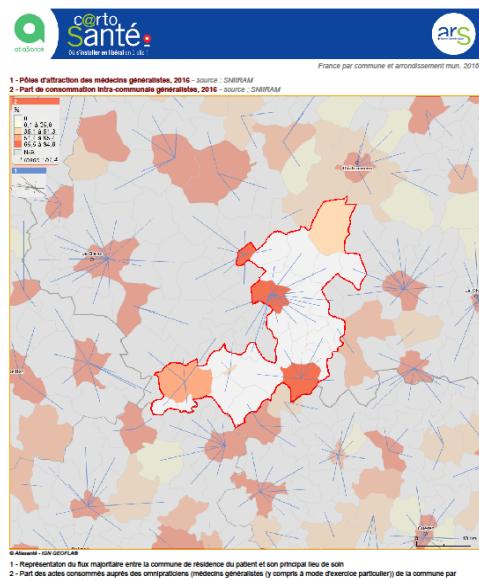
En matière de sécurité routière, les facteurs de risque d'accidents sont principalement les mêmes qu'au niveau national. La consommation d'alcool et la vitesse excessive sont ainsi souvent en cause. Le caractère rural du territoire favorise assez largement la vitesse et les conséquences des accidents 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.

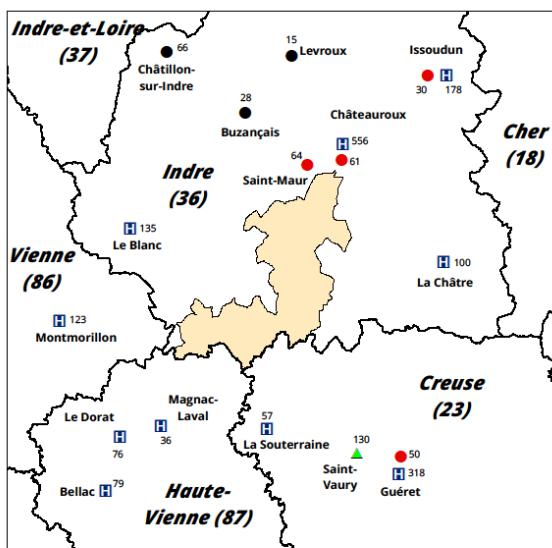


L'accessibilité aux spécialistes, mesurée par l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (comprenant la distance, la durée d'activité des professionnels, l'âge de la population) fait apparaître qu'un grand nombre de communes ont une très faible accessibilité aux pédiatres, gynécologues et ophtalmologues. 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.



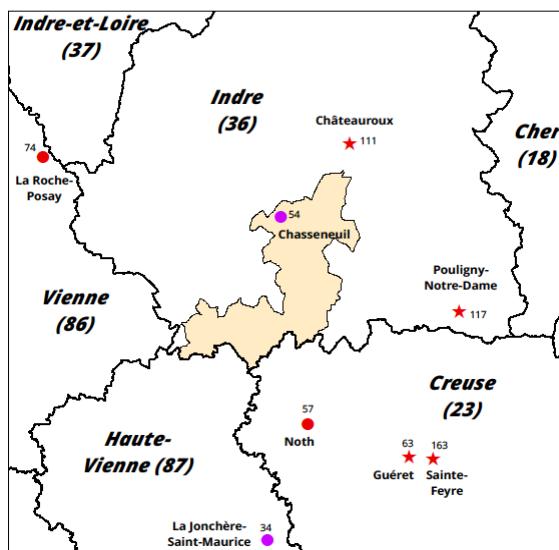
Etablissements publics de santé en 2016

- 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.

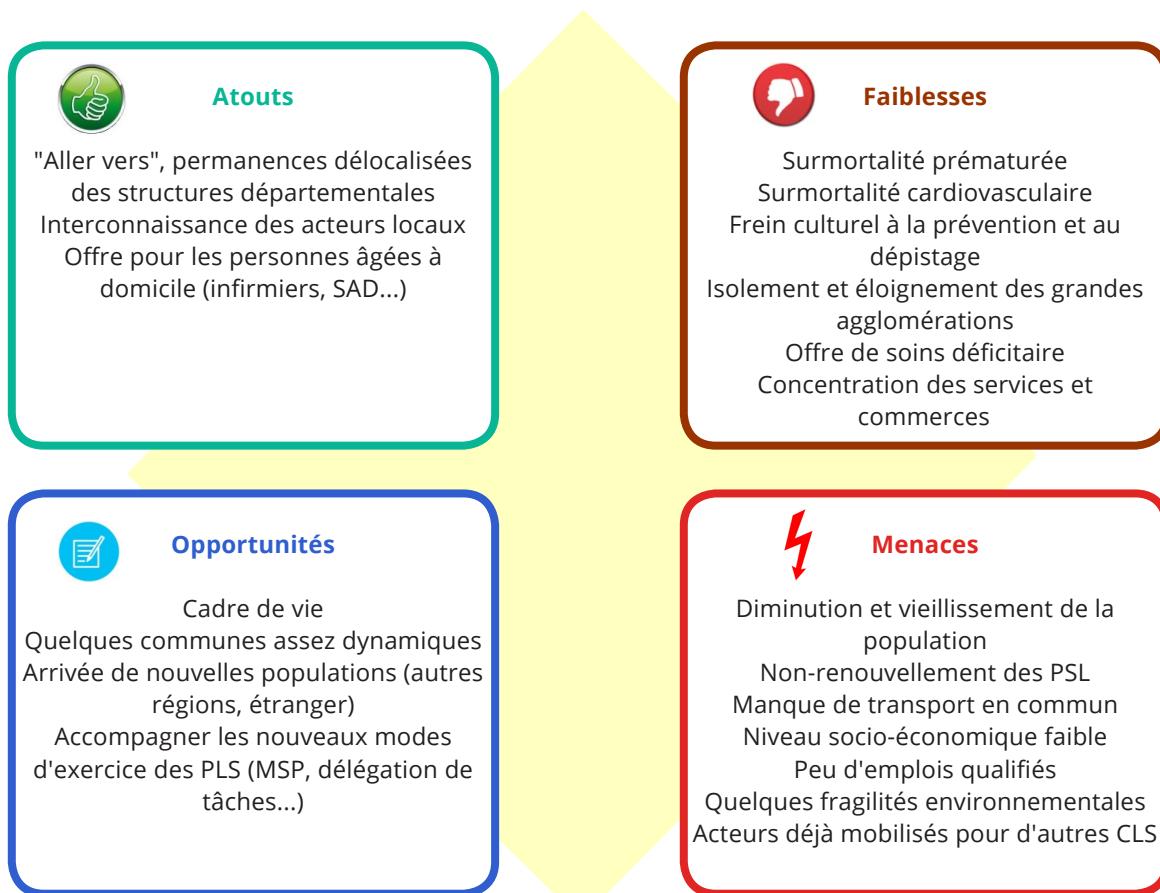
Enfin, mieux prendre en charge les problématiques de santé passe aussi par un travail préventif qui n'a pas été assez encouragé par le passé et qui peine aujourd'hui à toucher la population du territoire.

Recommendations

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...



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.

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 DSDEN 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 DSDEN 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 DSDEN 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

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



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