

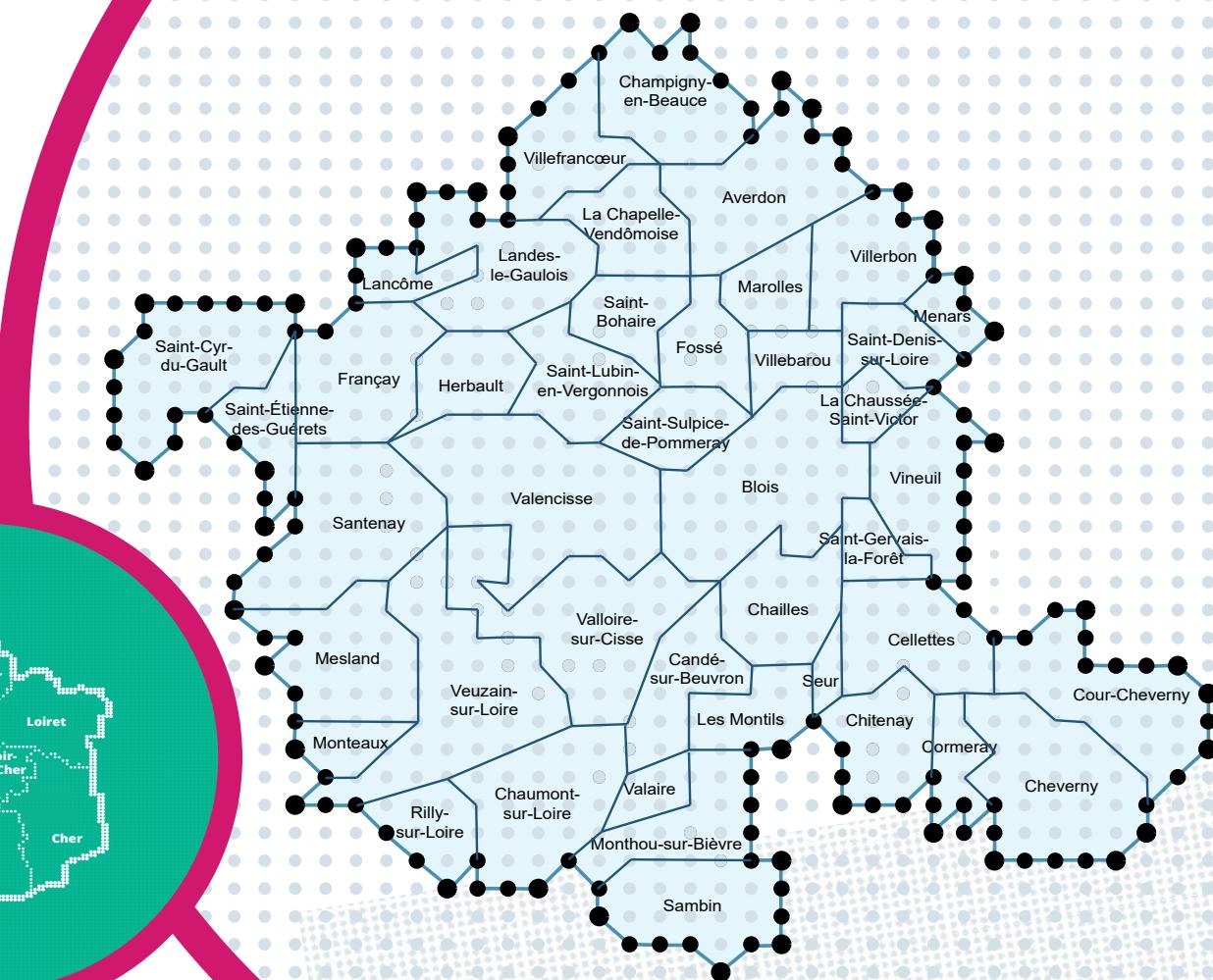
# DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTÉ

en vue de l'élaboration  
du Contrat Local de Santé

## SYNTÈSE DU RAPPORT

INDICATEURS  
SANITAIRES,  
MÉDICO-SOCIAUX  
ET SOCIAUX

## CA DE BLOIS AGGLOPOLYS



JANVIER 2022



# DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTÉ

Présentation du diagnostic . . . . .	3
Synthèse de l'étude . . . . .	4
Caractéristiques du territoire et démographie . . . . .	4
Santé environnement . . . . .	6
État de santé . . . . .	7
Santé de la mère et de l'enfant . . . . .	7
Santé mentale/bien-être . . . . .	8
Autonomie . . . . .	9
Offre de soins/prévention . . . . .	9
Recommandations . . . . .	11
Méthodologie . . . . .	12
Remerciements . . . . .	13
Glossaire . . . . .	14

## Contenu du diagnostic

Le diagnostic sanitaire de la CA de Blois Aggropolys 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 (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.

## 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 du Loir-et-Cher, de l'ARS et la Communauté d'agglomération (CA) de Blois Aggropolys 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 réalisée au préalable.

## Outils et méthode

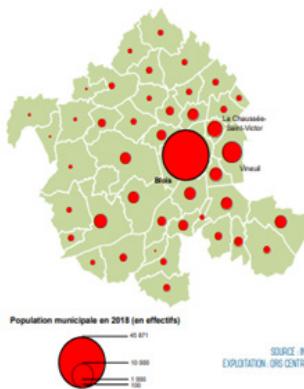
L'Observatoire régional de la santé (ORS) de la région Centre-Val de Loire, mandaté pour la réalisation de ce diagnostic en collaboration avec la CA de Blois Aggropolys, s'est attaché à mettre en perspective l'état de santé de la population et l'offre de soins disponible sur le territoire avec une mise 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.

# LA COMMUNAUTÉ D'AGGLOMERATION DE BLOIS AGGLOPOLYS

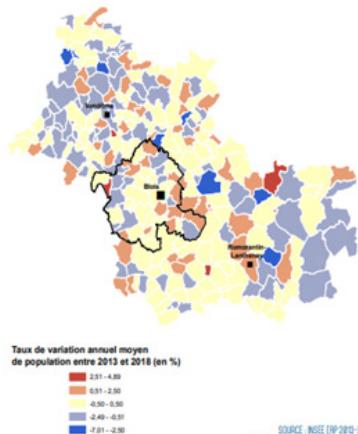
## Démographie, cadre de vie et aspects socioéconomiques

La communauté d'agglomération de Blois Aggropolys se compose de 43 communes et compte 105 286 habitants au recensement de population de 2018. Les villes de Blois (45 871), Vineuil (7 845) et La Chaussée-Saint-Victor (4530) sont les principales communes du territoire. La communauté d'agglomération s'étend sur 732 km<sup>2</sup>, soit une densité de population de 132,9 habitants au km<sup>2</sup>. Sur la période 2013-2018, nous observons une hausse de la population, avec un taux de variation annuel de + 0,13 %. À titre de comparaison, ce taux est supérieur à ceux du département du Loir-et-Cher (- 0,11 %) et de la région (+ 0,02 %) mais inférieur à celui de la France hexagonale (+ 0,36 %).

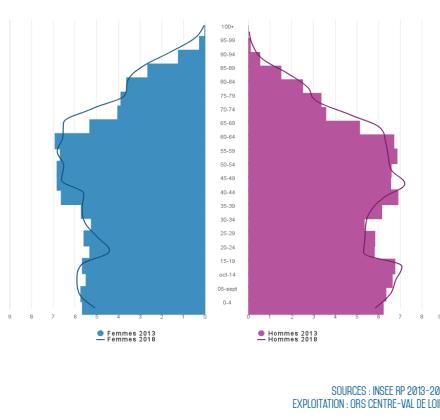
POPULATION MUNICIPALE DES COMMUNES DE LA CA DE BLOIS AGGLOPOLYS EN 2018



VARIATION INTER-CENSITAIRE DANS LES COMMUNES DE LA CA DE BLOIS AGGLOPOLYS [2013-2018]



PYRAMIDE DES ÂGES DE LA CA DE BLOIS AGGLOPOLYS [2013-2018]

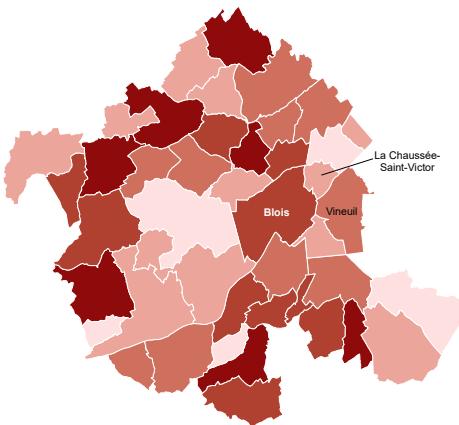


La pyramide des âges de la CA de Blois Aggropolys, au recensement de la population de 2018, présente une structure marquée par une forte fécondité de 1955 à 1990, une baisse entre 1990 et 2010 puis un regain à partir de 2010 correspondant à la période du baby-boom (1945-1975). Le vieillissement de la génération du « baby-boom » (1946-1964) va induire, à court terme, une augmentation du nombre de personnes âgées. Dès lors, il apparaît nécessaire d'anticiper dès à présent la prise en charge de la dépendance.

Cette tendance peut d'ores-et-déjà s'observer entre 2013 et 2018, sur le territoire d'étude comme sur les autres territoires de référence. Le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus a augmenté, avec une évolution annuelle de +1,1 % (10,5 % des habitants) contre + 0,2% pour les moins de 20 ans (24 % des habitants). En comparaison, le département et la région ont vu l'évolution annuelle des moins de 20 ans décliner (respectivement - 0,5 % et - 0,2 %), là où la France connaît des chiffres proches de celui du territoire étudié (+ 0,1 %). Quant aux plus de 75 ans, la tendance va à l'augmentation générale avec + 0,2 % pour le département, + 0,3 % pour la région et + 0,8 % pour la France hexagonale. Nous constatons d'importantes disparités selon les communes, la proportion des jeunes de moins de 20 ans et des plus de 75 ans varie selon les communes (de 18,7 % sur la commune de Saint-Denis-sur-Loire à 30,1 % sur celle de Cormeray pour les premiers et de 3,8 % pour Cormeray à 16,7 % pour Saint-Cyr-du-Gault pour les seconds). L'indice de vieillissement est inférieur au département et à la région (89,7 contre respectivement 103,9 et 93,9) et supérieur à la France hexagonale (83,1). Concernant les variations selon les communes, l'indice va de 46,5 sur Cormeray à 170,7 sur Saint-Denis-sur-Loire. Cela met en exergue un vieillissement et une baisse de la natalité dans certaines petites communes.

Des indicateurs socio-économiques indiquent qu'il s'agit d'un territoire attractif attirant plusieurs profils de population. Si les employés et les professions intermédiaires sont les plus représentés (27,3 % et 28,1 %), les cadres et les professions intellectuelles sont néanmoins plus présentes qu'à l'échelle de la région et du département (16,7 % contre respectivement 14,0 % et 11,9 %). En comparaison aux territoires de référence, la CA de Blois Aggropolys comporte une proportion moindre d'agriculteurs (0,9 % contre 2,1 % dans le département, 1,9 % au niveau régional et 1,5 % au niveau national) et d'artisans, commerçants et chefs d'entreprise (5,8 % dans la CA de Blois Aggropolys contre 7,2 % dans le département, 6,2 % au niveau régional et 6,7 % au niveau national). Quant au chômage au sein de la CA de Blois Aggropolys, le taux de chômage (RP 2018) des 15-64 ans est de 12,8 %, taux supérieur à ceux du département (11,8 %) et de la région (12,6%) mais légèrement inférieur à celui de la France hexagonale (13,0%). Des disparités au sein de la CA de Blois Aggropolys existent cependant. Si le taux de chômage des 15-64 ans est de 18,8 % à l'échelle de la ville de Blois, il est de 8,6 % sur la CA de Blois Aggropolys en excluant Blois.

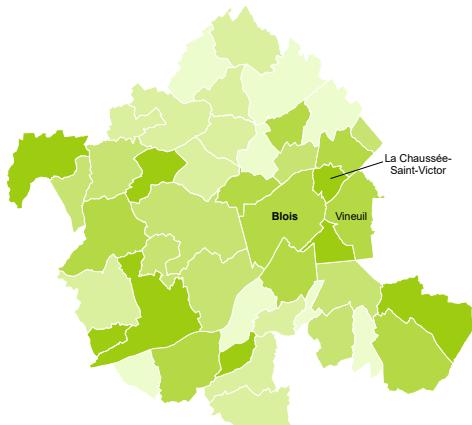
## STRUCTURE DE LA POPULATION EN 2018



Part des moins de 20 ans dans la population totale en 2018 (en %)

26,4 - 30,1
24,2 - 26,3
22,3 - 24,1
20,1 - 22,2
18,7 - 20,0

SOURCE : INSEE (RP 2018)  
 EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



Part des 75 ans et plus dans la population totale en 2018 (en %)

12,2 - 16,7
10,2 - 12,1
8,3 - 10,1
6,6 - 8,2

SOURCE : INSEE (RP 2018)  
 EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

D'autres indicateurs mettent en exergue des disparités et des conditions socio-économiques difficiles en certaines parties de la CA de Blois Agglopoly. Ainsi, les prestations Cnaf ou CCMSA constituent l'unique ressource des allocataires de minima sociaux sur la ville de Blois contre 7,1% sur l'agglomération hors Blois (soit plus que le département et la région où les taux sont respectivement de 12,4 % et 12,9 % mais inférieur à celui de la France hexagonale qui est de 14,4 %). En 2018, le taux de pauvreté de la CA de Blois Agglopoly est de 14,7 %, un taux supérieur aux taux des territoires de référence (12,6 % pour le département, 13,1 % pour la région et 14,6 % au niveau national). De cela, d'importantes variations sont relevées à l'intérieur de la communauté d'agglomération avec des taux variant de 7,0 % sur La Chaussée-Saint-Victor à 26,0 % sur Blois. Quant au revenu fiscal, 54,6 % de foyers fiscaux sont non-imposés soit une situation plus favorable qu'en moyenne comparativement au département (57,9 %), la région (56,7 %) et la France hexagonale (55,7%). Des disparités sont très marquées également pour cet indicateur : 61,5 % des foyers fiscaux de la ville de Blois ne sont pas imposés contre 48,8 % sur la CA de Blois Agglopoly sans Blois. Par ailleurs, près de 8 000 euros séparent le revenu net imposable par foyer fiscal dans la ville de Blois (21 776 euros) de celui de la communauté d'agglomération hors Blois (29 337 euros).

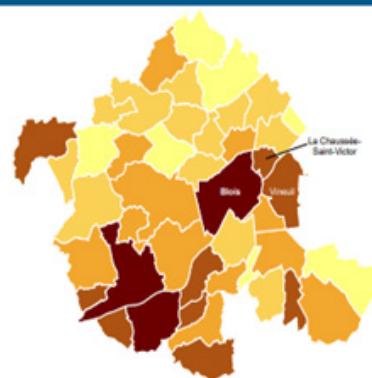
## TAUX DE CHÔMAGE DES 15-64 ANS EN 2018 (%)



Part de la population dépendant à 100 % des prestations en 2019 (en %)

20,1 - 46,6
10,1 - 20,0
5,0 - 10,0
ND

SOURCE CARTE ET TABLEAU : CNAF AU 31/12/2019, CCMSA AU 30/12/2019, INSEE RP 2018  
 EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



Taux de chômage des 15-64 ans en 2018 (en %)

12,6 - 18,8
10,2 - 12,5
7,4 - 9,1
5,8 - 7,3
4,2 - 5,7

ISOLET LOCAL DE SANTE  
 & DE L'ELABORATION DU  
 ATLAS DE SANTE

En 2018, la proportion de non-diplômés ou d'un faible niveau de formation est en baisse de 4,3 points par rapport à 2013 (de 22,9 % à 18,6 %). Le taux observé sur le territoire demeure équivalent à celui du niveau national (18,5 %) et inférieur à ceux du département (20,4 %) et de la région (19,4 %). En parallèle, 34,9 % de la population des 15-64 ans non scolarisée du territoire

# LA CA DE BLOIS AGGLOPOLYS



est titulaire d'un bac+2 et plus. En augmentation depuis le recensement de 2013 (30,7 %), ce taux est supérieur à ceux observés dans le département (27,8 %) et la région (31,0%) mais inférieur au niveau national (36,5 %).

De la pluralité et des contrastes se retrouvent dans le profil des nouveaux habitants qui s'installent dans la CA de Blois Aggropolys. Nous pouvons y trouver des retraités à la recherche d'une meilleure qualité de vie et de services de proximité. Il y a également des familles à la recherche de logements plus vastes à des prix abordables, notamment dans les communes les plus éloignées de Blois (dans le nord du département notamment). Et enfin, s'installent également des actifs plus aisés acquérant des maisons avec terrain, séduits par un mode de vie associant environnement calme et accès facilité aux services (notamment au sud de la Loire).



Toutefois, des disparités d'accès au soin et aux services sont constatés. Même si nombre de petites communes ne sont pas dénuées de services de proximité, les ressources et les structures médico-sociales sont souvent concentrées dans les centres urbains. Les habitants des communes qui en sont les plus éloignées sont dépendants de la voiture pour accéder à ces services, aux structures de soin, aux activités culturelles et de loisirs. Des populations sont, de facto, pénalisées : jeunes, personnes en perte d'autonomie, personnes âgées notamment, les populations en situation de précarité, celles dépourvues de véhicule. De plus, l'immobilier est parfois difficilement accessible pour les populations jeunes et les familles : l'attractivité de certaines communes du territoire, notamment pour les retraités aisés venant des grandes villes, entraîne une augmentation des prix de l'immobilier et un éloignement des familles et des populations jeunes vers des communes plus éloignées de Blois dotées de logements plus vastes et abordables. Enfin, des populations sont démunies face à la généralisation de la dématérialisation de plus en plus présentes : inégalités d'accès à certains services dans un contexte où des populations peinent à s'approprier, voire accéder aux outils numériques et donc à réaliser leurs démarches administratives voire accéder au soin (familles précaires, populations âgées). Ces problématiques font de l'accompagnement au vieillissement de la population et de la mobilité un enjeu important.

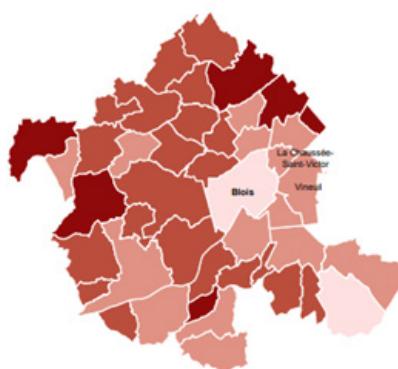
La voiture est le moyen de transport le plus utilisé par la population active dans la CA de Blois Agglopays (81,5 %), ce qui est inférieur au département (83,3%) et légèrement supérieur à la région (79,2%). En revanche, l'écart se creuse avec le taux national qui est de 70,1%. Sur le territoire, seulement 5,7 % des actifs utilisent les transports en commun, 5,5 % utilisent la marche à pied pour les déplacements quotidiens, 3,8 % n'utilisent pas de transport, 2,4 % utilisent le vélo et 1,2 % les deux-roues motorisés.



Part de la population active utilisant le vélo pour les déplacements domicile-travail (2018)

2,68 - 4,30
1,64 - 2,87
0,63 - 1,83
0,00 - 0,82

Insee - RP 2018  
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire



Part de la population active utilisant la voiture, le camion, une fourgonnette pour les déplacements domicile-travail (2018)

94,75 - 100
89,19 - 94,74
77,93 - 85,18
69,26 - 77,32

Insee - RP 2018  
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

## Santé et environnement

Au sein de la CA Blois Agglopays, le secteur du transport est le premier secteur émetteur d'émissions de gaz à effet de serre avec 50 % suivi du secteur résidentiel qui représente 21 % et, enfin, le secteur tertiaire à 10 %.

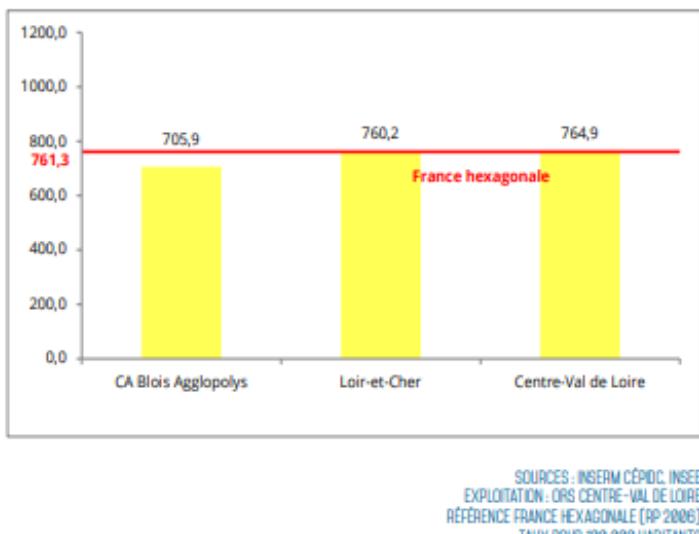


Concernant les eaux d'alimentation, 4 communes de la CA de Blois Aggropolys présentent en 2019 une non-conformité avec une teneur maximale en métolachlore supérieure à la réglementation (entre 0,29 et 0,40 µg/l) et 4 communes une non-conformité avec une teneur maximale en métazochlore supérieure à la réglementation (0,19 µg/l).

## Etat de santé

### Mortalité générale et prématurée

Dans la CA Blois Aggropolis, les différents taux indiquent une mortalité générale nettement inférieure aux niveaux départemental, régional et national.



Si les taux de mortalité prématuée rejoignent peu ou prou ceux des territoires de références, la ville de Blois enregistre un taux nettement supérieur avec 247,4 décès pour 100 000 habitants contre 143,5 pour le reste du territoire hors Blois qui est, quant à lui, nettement inférieur. Les hommes sont davantage touchés par cette mortalité prématuée avec un taux de 250 décès prématués pour 100 000 habitants, taux significativement inférieur à celui du Loir-et-Cher (274,1) et équivalent à ceux des autres échelons géographiques. Chez les femmes, on retrouve un taux de 123,3 décès prématués pour 100 000 habitantes, similaire aux autres territoires. De fait, une grande part de ces décès aurait pu être évitée en agissant sur les facteurs de risques individuels ou grâce à 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, notamment la consommation d'alcool, de tabac, les

accidents de la route, le suicide... Ainsi, pour la période 2008-2016, parmi les 293 décès annuels de personnes de moins de 75 ans survenus sur la CA de Blois Aggropolis, on peut considérer que 125 décès auraient pu être évités par la prévention primaire (définition OCDE 2019), soit 42,8 % des décès (43,0 % dans le Loir-et-Cher, 43,2 % dans la région Centre -Val-de-Loire et 42,6 % en France hexagonale). 55 décès auraient pu être évités par la prévention lié au traitement (définition OCDE 2019), soit 18,9 % des décès des moins de 75 ans du territoire (19,0% dans le Loir-et-Cher, 19,5 % dans la région Centre-Val-de-Loire et 19,5 % en France hexagonale).

### Santé de la mère et de l'enfant



Pour la période 2017-2019, l'indice conjoncturel de fécondité de la CA de Blois Aggropolis est de 1,9 enfant par femme âgée de 15 à 49 ans ce qui est comparable aux territoires de référence. Sur la ville de Blois, l'indice conjoncturel de fécondité est 2,2 tandis qu'il est de 1,7 sur le territoire hors Blois. L'âge moyen des mères primipares domiciliées dans la CA de Blois Aggropolis est de 27,6 ans au cours de la période 2016-2019. Au cours de la période 2016-2019,

60 % des naissances ont eu lieu au centre hospitalier de Blois. 19,7 % des naissances ont eu lieu à la polyclinique de Blois sur la même période. Au cours de cette même période, 2,1 % des accouchements des femmes habitant la CA de Blois Aggropolis se sont déroulés en dehors du département, dont une grande majorité a eu lieu dans l'Indre-et-Loire et le Loiret.

Au cours de la période 2016-2019, 41,0 % des femmes enceintes ont réalisé le nombre d'échographies recommandé, ce qui est nettement plus faible que dans le département et la région (respectivement 51,1 % et 67,6 %). Le taux de préparation à l'accouchement sur le territoire est de 46,2 %, ce qui est inférieur au niveau départemental (47,2 %) mais bien supérieur au niveau régional (40,8 %). Quant à l'allaitement, durant cette même période, 72,0 % des mères du territoire avaient l'intention d'allaiter. C'est supérieur aux taux observés dans le département et en région (respectivement 62,4 % et 62,0 %).



Plusieurs problématiques ont été soulevées par les professionnels. Dans un premier temps, la prévention des grossesses semble plus complexe auprès de certains publics, notamment pour les populations primo-arrivantes (prévention autour de la sexualité et de la contraception parfois difficile, renforcée par la barrière de la langue, par le poids de situations administratives complexes et des traumatismes de l'exil). Un manque de relais et d'interlocuteurs spécialisés pour s'adresser à ces publics est constaté sur le territoire. Cela concerne également les femmes en situation de handicap (difficultés pour accompagner les désirs de maternité et les questions de sexualité dans un contexte où l'on se concentre le plus souvent sur le handicap) et les femmes en milieu rural puisque les lieux ressources sont concentrés dans les centres-villes. De fait, des disparités territoriales sont observées dans le suivi des grossesses. L'accès à un suivi par un médecin traitant ou une sage-femme s'avère plus compliqué à mesure que l'on s'éloigne de Blois. Cela peut causer des prises en charge tardives des pathologies de grossesse.

# CHAPTERS

À noter également que les parents sont parfois isolés en sortie de maternité, notamment dans les familles monoparentales en situation d'isolement social et/ou géographique ou bien les populations primo-arrivantes qui sont difficiles à orienter et à informer en sortie de maternité.

Des difficultés d'accès aux spécialistes compliquent les orientations et les diagnostics : le manque de spécialistes et les longs délais d'attente pour accéder à des professionnels (pédiatres, orthophonistes, psychomotriciens...) peuvent retarder les dépistages de troubles du langage, du développement, du comportement... Par ailleurs, une fois le diagnostic posé, arrive la problématique de l'orientation des enfants (manque de structures d'accueil, délais d'attente très long pour l'accès un CAMSP par exemple).

L'un des principaux enjeux réside dans la prévention des addictions auprès des enfants, des jeunes et de leurs parents. Dans les priorités remontées, nous trouvons l'éducation à la sexualité et au consentement, la prévention des addictions aux substances (alcool, protoxyde d'azote notamment) et aux écrans, le renforcement des compétences psychosociales, l'enjeu de l'augmentation de la prostitution des mineures en lien avec l'usage des réseaux sociaux et des écrans... Il est également nécessaire de développer le soutien à la parentalité sur les conduites à risque. De ce fait, il est également important de renforcer les liens entre professionnels et l'Éducation nationale afin de développer les démarches partenariales de prévention et d'alerte dans le milieu scolaire.



## Santé mentale/bien-être

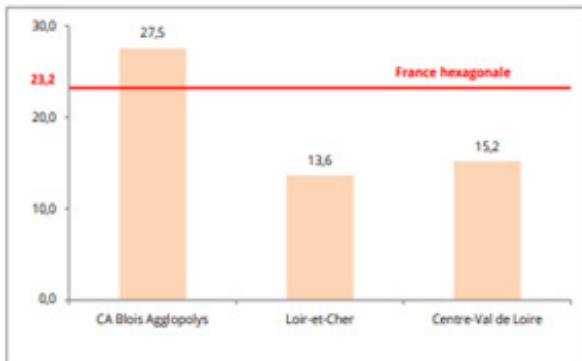
Après standardisation de la population par tranche d'âge, le taux d'admission en ALD pour affections psychiatriques est de 220,7 pour 100 000 personnes au sein de la CA de Blois Aggropolis. Ce taux est supérieur à ceux rencontrés dans le département (177,4) et la région (189,9) mais similaire à celui de la France hexagonale (234,3).

Concernant les tentatives de suicide, le taux standardisé du territoire est de 92,0 patients hospitalisés pour 100 000 habitants, soit un taux significativement inférieur à ceux retrouvés aux niveaux départemental, régional et national (respectivement 126,4 ; 128,7 et 117,2).



Dans la prise en charge et l'offre de soins en psychiatrie, la CA de Blois Aggropolis offre une densité nettement supérieure qu'aux niveaux départemental, régional et national. À titre d'exemple, le territoire étudié compte 27,5 professionnels psychiatriques pour 100 000 habitants contre 13,6 dans le Loir-et-Cher, 15,2 en Centre-Val de Loire et 23,3 en France hexagonale. Même densité concernant les psychologues libéraux (27,5) contre 17,9 dans le département, 17,1 dans la région et 23,3 en France hexagonale.

DENSITÉ DES PSYCHIATRES (LIBÉRAUX, SALARIÉS, MIXTES) AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2021



SOURCES : RPPS 2021 INSEE  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

DENSITÉ DES PSYCHOLOGUES LIBÉRAUX  
AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2021



SOURCES : ADÉLI 2021 INSEE  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Toutefois, les suivis sont difficiles une fois les problématiques repérées. Certes, des ressources existent (CMP, équipe mobile psychiatrie-précarité) mais plusieurs freins sont identifiés. Les capacités d'accueil sont limitées et, par conséquent, les délais de rendez-vous allongés (CMP : 6 à 8 semaines). La problématique réside également autour des enjeux de l'accessibilité et de la mobilité car les personnes malades psychiques souffrent souvent d'isolement et n'ont recours au soin que lorsque la situation est relativement dégradée.

Des besoins en pédopsychiatrie et en thérapie familiale sont constatés. La tendance est la même qu'au niveau national : de nombreux postes sont vacants, les relais manquent pour accompagner les enfants et les jeunes vers les structures dédiées. Les listes d'attente sont longues pour les consultations en CMP.

Des ressources sont manquantes pour la prise en charge de la santé mentale des personnes exilées. Les professionnels sont démunis pour orienter des personnes aux parcours jalonnés de ruptures, de violences, de traumatismes. Les professionnels du CMP ne sont pas encore tous formés à ces problématiques spécifiques. Par ailleurs, il a été exprimé un besoin de lieux et de professionnels spécialisés pour recevoir ces publics.

Une autre problématique est constatée concernant le manque de compétences spécifiques dédiées aux personnes vieillissantes avec troubles psychiatriques. Une absence d'offre en gérontopsychiatrie, des difficultés de prises en charge des personnes âgées avec troubles psychiatriques (généralement le vieillissement prend le dessus sur le reste) se font sentir sur le territoire, même si certains professionnels à l'hôpital ou encore en Ehpad essaient de pallier ces manques.

## Autonomie (personnes âgées, personnes handicapées)



Un manque de places est constaté en structures adaptées pour des personnes jeunes en perte d'autonomie. Il manque des solutions pour des personnes en perte d'autonomie qui, trop jeunes pour rejoindre des EHPAD, se trouvent à domicile faute de solutions alternatives. L'accent est notamment mis sur les FAM (foyers d'accueil médicalisés).

Une forte demande de maintien à domicile des personnes âgées se heurte à un déficit de l'offre d'accompagnement. Il manque des médecins généralistes, qui plus est se déplaçant à domicile, et les services d'aide et de soins à domicile ne parviennent pas à répondre à la demande globale faute de professionnels en nombre suffisant.

Face à la perte d'autonomie, il existe des carences en matière de prévention et d'anticipation : les personnes vivant à domicile de façon isolée ont besoin d'aide à domicile, d'aménagement des logements, de soins en psychomotricité, d'ateliers de prévention des chutes, d'activités physiques adaptées... Or, l'insuffisance des professionnels dédiés et les difficultés de déplacements constituent des freins.

Il convient également de renforcer l'accompagnement des aidants. Certes, des structures de répit, des offres de court séjour en Ehpad ou en résidence autonomie existent mais paraissent insuffisantes (en plus des enjeux de coût). Il s'agit aussi de développer les actions de diffusion de l'information auprès des aidants qui ne se rendent pas spontanément vers les structures existantes.

Les sorties d'hospitalisation et des retours à domicile par défaut : le manque de places en soins de suite au sens large (ex : trois semaines-un mois de délai minimum avant l'entrée en SRR) entraîne des retours à domicile par défaut dans un contexte où les professionnels susceptibles d'accompagner manquent (SAAD-SSIAD, kiné, ergothérapeutes, APA...). De ce fait, un accroissement des risques est constaté comme des mises en danger à domicile, des chutes ou bien encore une fréquence importante des ré-hospitalisations.

Une meilleure information des professionnels est nécessaire quant aux ressources et à l'offre d'accompagnement présentes sur le territoire.

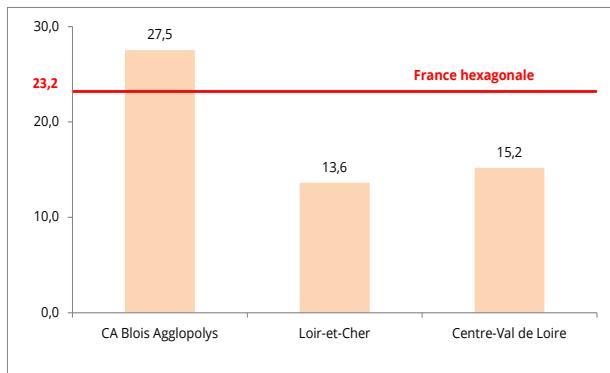
## Offre de soins/prévention

Selon le répertoire partagé des professions de santé (RPPS), au 1<sup>er</sup> janvier 2021, la région Centre-Val de Loire est la région de France la moins dotée en médecins généralistes (libéraux, salariés et mixtes). Entre 2019 et 2021, le nombre de médecins généralistes en région Centre-Val de Loire a diminué de 2,8 %. Le Loir-et-Cher suit cette tendance avec une diminution de 0,6 %. Au sein de la CA de Blois Aggropolis, le nombre de médecins généralistes a diminué de 3,8 %. Le territoire compte 80 médecins libéraux soit respectivement une densité de 76 pour 100 000 habitants. Bien que légèrement supérieure à celles du département (68,4) et de la région (67,6), elle reste nettement inférieure à celle de la France métropolitaine (86,1).

Selon le fichier RPPS au 1<sup>er</sup> janvier 2021, la région Centre-Val de Loire est la région métropolitaine la moins dotée en médecins spécialistes. Le constat n'est pas le même au sein de la CA de Blois Aggropolis, avec un total de 226 médecins spécialistes (87 en activité libérale, 32 en activité mixte et 107 salariés), soit une densité de 214,7 professionnels pour 100 000 habitants, soit une densité nettement supérieure à celles des territoires de référence (112,3 dans le Loir-et-Cher, 131,4 pour la région et 182,1 pour la France hexagonale). Il en est de même pour les spécialistes libéraux avec une densité de 82,6 contre 46,6 pour le département, 49,5 pour la région et 64,6 pour la France hexagonale.

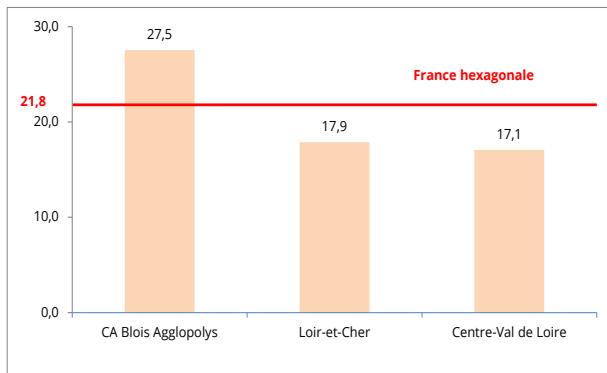
Il y a des difficultés d'accès à un médecin traitant en de nombreuses parties du territoire, et ce même à Blois où nombre de médecins généralistes partent à la retraite. De fait, la situation s'empirera dans les prochaines années.

### DENSITÉ DES PSYCHIATRES (LIBÉRAUX, SALARIÉS, MIXTES) AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2021



SOURCES : RPPS 2021 INSEE  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

### DENSITÉ DES PSYCHOLOGUES LIBÉRAUX AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2021



SOURCES : ADÉL 2021 INSEE  
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Les disparités territoriales et les inégalités d'accès au soin sont importantes. Des communes sont particulièrement bien dotées en médecins généralistes comme Cheverny et Cour-Cheverny qui comptent un nombre important de généralistes rapporté à leur population alors que d'autres communes en sont totalement dépourvues, notamment dans le nord du département. Cela signifie pour la population d'être mobile pour se rendre sur les lieux d'exercice des praticiens concentrés dans un même cabinet. Les difficultés sont alors accentuées pour les personnes en milieu rural dépourvues de voiture ou encore les populations fragilisées, notamment les exilés.

L'offre de médecins spécialistes et de paramédicaux est insuffisante (kinés, ophtalmologistes, dentistes, pédiatres, cardiologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes...). Les délais sont de plus de six mois, si bien que certains doivent se déplacer à Tours, Orléans, voire Paris pour accéder à certaines spécialités. De fait, des inégalités existent entre ceux qui peuvent ou non se déplacer. Conséquemment à cette insuffisance, le territoire fait face à des situations de renoncement au soin et de recours aux urgences inappropriés.

Face à ces difficultés, un développement de la prévention apparaît d'autant plus souhaitable. La coordination entre professionnels est, par ailleurs, perfectible. Une meilleure coordination et une meilleure information des professionnels sur les ressources disponibles localement sont nécessaires. Enfin, il convient également de renforcer le dialogue et de décloisonner les champs du médical et du social afin de mieux articuler les accompagnements. Par exemple, les personnes en situation de souffrance psychique ont souvent besoin d'un accompagnement articulant les champs social et médical.



De nombreux professionnels ont souligné la nécessité de renforcer l'aller-vers (initiative de la MDA par exemple : mise en place d'une équipe mobile dans un car pour délocaliser les consultations avec éducateurs et psychologues en milieu rural).

Les actions de prévention et de bien-être sont à développer : l'action est trop souvent focalisée sur le curatif. Cela peut passer par l'accompagnement aux loisirs et au sport pour divers publics, le développement et une meilleure reconnaissance de l'activité physique adaptée, des actions de déstigmatisation des troubles psychiques auprès des professionnels et de la population en général, etc.

# ••••• ••••• ••••• ••••• ••••• ••••• ••••• ••••• ••••• ••••• ••••• ••••• ••••• ••••• •••••

**Au regard de tous ces constats, il est proposé les recommandations suivantes :**

1. Enrichir les actions de prévention notamment autour de la nutrition, du tabac, de l'alcool et des conduites à risque :
  - Renforcer les programmes de prévention et d'éducation thérapeutique des patients ;
  - Développer les compétences psychosociales ;
  - Porter un intérêt soutenu à la prévention en direction des enfants, des jeunes et de leurs parents.
2. Lutter contre l'isolement de certains publics :
  - Prévenir et mieux accompagner la perte d'autonomie ;
  - Lutter contre l'isolement des populations précaires et des personnes en situation d'exil ;
  - Développer le soutien à la parentalité dès le plus jeune âge.
3. Qualité de vie et enjeux environnementaux :
  - Poursuivre les actions en faveur de la mobilité et de l'accessibilité au soin/aux services tout en améliorant l'information tant des populations que des professionnels en la matière ;
  - S'attacher à intégrer les questions environnementales aux enjeux de santé et de qualité de vie.

**Axes transversaux :**

- Intervenir sur la réduction des inégalités territoriales et sur l'accompagnement des personnes les plus éloignées de l'accès au droit/du système de santé ;
- Améliorer la connaissance des ressources présentes sur le territoire ;
- Favoriser la coordination des soins et des accompagnements, œuvrer en faveur du décloisonnement des approches médicale et sociale ;
- Favoriser la coopération entre CLS et CPTS.

-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 recueillies à travers des systèmes d'information de l'Inserm CépiDC (mortalité), du régime général de l'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 du Loir-et-Cher, Carsat Centre-Val de Loire...).

Les données provenant de systèmes d'information nationaux ou régionaux ont été privilégiés 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 2017-2019, au regard des thématiques de santé étudiées dans le cadre du diagnostic. Les acteurs de prévention ont été contactés 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 et 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 thématique a été privilégiée et 4 réunions ont été organisées les 8 et 12 octobre 2021 : "santé de l'enfant et de la famille", "autonomie/maladies chroniques", "santé mentale/bien-être" et "conduites à risque". Ces entretiens collectifs, d'une durée d'environ deux heures, ont rassemblé d'une manière générale une quinzaine de professionnels. Avec l'accord des participants et sous couvert d'anonymat, les entretiens ont été enregistrés afin d'en faciliter la retranscription et l'analyse. 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 professionnels...

-**LA PAROLE DES HABITANTS DU TERRITOIRE** a été recueillie le 8 octobre 2021. Ces entretiens ont permis d'aborder les problématiques de santé, d'accès aux soins, la connaissance des acteurs et des dispositifs de prévention, les besoins et attentes des habitants...

-**L'ENTRETIEN DES ÉLUS DU TERRITOIRE** a eu lieu le 1<sup>er</sup> octobre 2021. Cette réunion de travail a permis d'aborder 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 de leurs administrés en matière de santé, d'accès aux soins et à la prévention, etc.

## Calendrier du diagnostic

**De septembre à octobre 2021 :** réalisation de la phase quantitative de recueil, traitement et analyse des données statistiques.

**De octobre à décembre 2021 :** réalisation de la phase qualitative et d'analyse de la parole des personnes ressources et des habitants.

**En janvier 2022 :** recensement des acteurs et actions de prévention

# L'OBSE

# VATOIRE 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 de la Communauté d'Agglomération de Blois Aggropolys ». 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, 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 "ENFANCE ET FAMILLE"

# 8 OCTOBRE 2021

- BERTHEAU Géraldine Coordinatrice MSP Rabelais
- BOURREAU Marie Conseillère technique sociale CAF
- BOUSQUET Lorène Directrice du Pôle Éducation Spécialisée CDSAE
- CHOLLET Nicolas Chef du service Prévention de la tuberculose et des maladies respiratoires Conseil Départemental de Loir-et-Cher
- COMMERÇON Laure Responsable des services SESSAD/France Handicap 41
- DAGHRI Loubna Coordonnatrice PRE / Cité-Éducative P.R.E
- DELORY Anita Infirmière de liaison HAD 41
- DORE Jean-Pascal Élu CIDOI 37-41
- FOUCHER Karole Aide-soignante coordinatrice référente handicap CHB
- GORDON Stéphane Coordonnateur PRE P.R.E
- LIBLIN Perrine Enseignante en Activités physiques adaptées Association L'Éclaircie
- LOUIS Anthony Adjoint de Direction du Pôle départemental ESMS APF
- OULD AMI Nina Coordinatrice Relais Petite Enfance REP Arc-en-Ciel
- PAINDAVEINE Laure Animatrice territoriale Boussole des jeunes 41 Infojeune
- PERRUCHOT Clarisse Coordinatrice VRS
- PICOT Marie Travailleur social CAF
- RAFAEL Eric Président du Conseil d'Administration Mutuelle
- RAME- DEGARDIN Laurine Chargée de développement Cité- Éducative Direction Ville Solidaire / Cité éducative
- RIPOLL Marie-Claire Directrice ACESM
- RODRIGUEZ Jésaël Directrice Mutuelle
- THIOU Katia Infirmière CHB
- WARTELLE Noémie Coordinatrice promeneur du net 41 Infojeune

## RÉUNION "BIEN-ÊTRE ET SANTÉ MENTALE"

# 8 OCTOBRE 2021

- BEAUDIER Nicodème Responsable de la Direction Accompagnement au maintien à l'autonomie CIAS
- BERTHEAU Géraldine Coordinatrice MSP Rabelais
- BOUSQUET Lorène Directrice du Pôle Éducation Spécialisée CDSAE
- DANG Émilie Chargée de mission Vie Associative UDAF 41
- DORE Jean-Pascal Élu CIDOI 37-41
- DUHAMEL Valérie Responsable partenariat et accompagnement en santé CPAM 41
- DURANDEAU Isabelle TISF SAVS APAJH 41
- FERRER David Chef de service Maillage 41/DAC 41 Conseil Département 41/Santé Escale 41
- LIBLIN Perrine Enseignante en Activités physiques adaptées Association L'Éclaircie
- MAGROUNI Mustapha Coordinateur Maison des adolescents
- MONTRAU Sylvaine Psychologue Osoms nous soigner
- PILOT Christelle Assistante en gérontologie CIAS
- RECAMIER Denis Directeur et coordinateurs Prévention et CAARUD VRS
- ROCK Benjamin Éducateur spécialisé CHB
- THIOU Katia Infirmière CHB
- TUSA Angélique Déléguée MG恩 41
- VILDARD Caroline Psychologue libérale
- ZOUADI Latifa Cadre de Santé service de Psychiatrie Adultes CHB

## RÉUNION "MALADIES CHRONIQUES ET AUTONOMIE"

# 12 OCTOBRE 2021

- BAYEUX Patricia Responsable adjointe CIAS
- BERTHEAU Géraldine Coordinatrice MSP Rabelais
- BERTIN Patricia Infirmière Osoms nous soigner
- BIRAUD Frédéric Chef de Projet Démographie Médicale Conseil Départemental 41
- BOBAULT Valérie Résidence autonomie CIAS
- COUSIN Fanny Infirmière de liaison HAD 41
- DELHUVENNE Karine Infirmière Coordinatrice CIAS
- DESFEMMES François Médecin Coordinateur HAD 41
- DETURCK Régis Cardiologue Club Cœur et Santé Blois
- DORE Jean-Pascal Élu CIDOI 37-41
- DUPAS Julie Infirmière aux ACT Association Addictions France
- FERRER David Chef de service Maillage 41/DAC 41 Conseil Départemental 41/Santé Escale 41
- FETISSOF Émilie Médecin CRCDC (antenne 41)
- FOUCHER Karole Aide-soignante coordinatrice référente handicap CHB
- GIRARDEAU Christelle Infirmière équipe d'appui départementale des soins palliatifs CHB
- HUET Valérie Chargée de mission relations avec les professionnels de santé CPAM 41
- LADOIRE Fanny Chargée de mission prévention en santé CPAM 41
- LAHOUSTE Xavier Délégué départemental Association France Parkinson
- LEBLAY Nathalie Responsable adjointe (résidence autonomie Barbara) Résidence autonomie Barbara
- LEMOINE Florie-Ambre FF cadre de santé plateau de rééducation CHB
- NATUREL-DEBLAISE Cécile Responsable de la Direction Accompagnement à la Vie Quotidienne CIAS
- PANCHOUT Étienne Masseur-Kiné-Ostéopathe SCM KINE FOCH
- VAILLANT Karine Chargée de Communication CRCDC (antenne 41)

## RÉUNION "CONDUITES À RISQUE"

# 12 OCTOBRE 2021

- ABREU Elisabete Assistante sociale et conseillère du travail APST41
- BERTHEAU Géraldine Coordinatrice MSP Rabelais
- CHOLLET Nicolas Chef du service Prévention de la tuberculose et des maladies respiratoires Conseil Départemental de Loir-et-Cher
- DORE Jean-Pascal Élu CIDOI 37-41
- FONTAINE Sandrine Directrice Générale ASLD
- FOUCHER Karole Aide-soignante coordinatrice référente handicap Nos mains nous parlent
- MARQUIS Claire Co-responsable du Pôle Accompagnement social CIAS
- MATTA Emmanuelle Directrice Adjointe CPAM 41
- MICOULEAU Malik Coordinateur VRS
- PANCHOUT Étienne Masseur-Kiné-Ostéopathe SCM KINE FOCH
- RIPOLL Marie-Claire Directrice ACESM



**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 solabiliser 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.



**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<sup>er</sup> niveau comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotive et sociale et le 6ème, 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



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



Agglopolys - Communauté  
d'agglomération de Blois  
1 rue Honoré de Balzac  
41000 Blois  
[www.agglopolys.fr/](http://www.agglopolys.fr/)