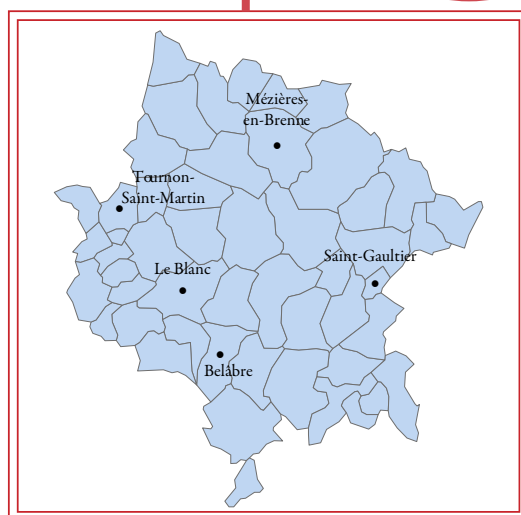
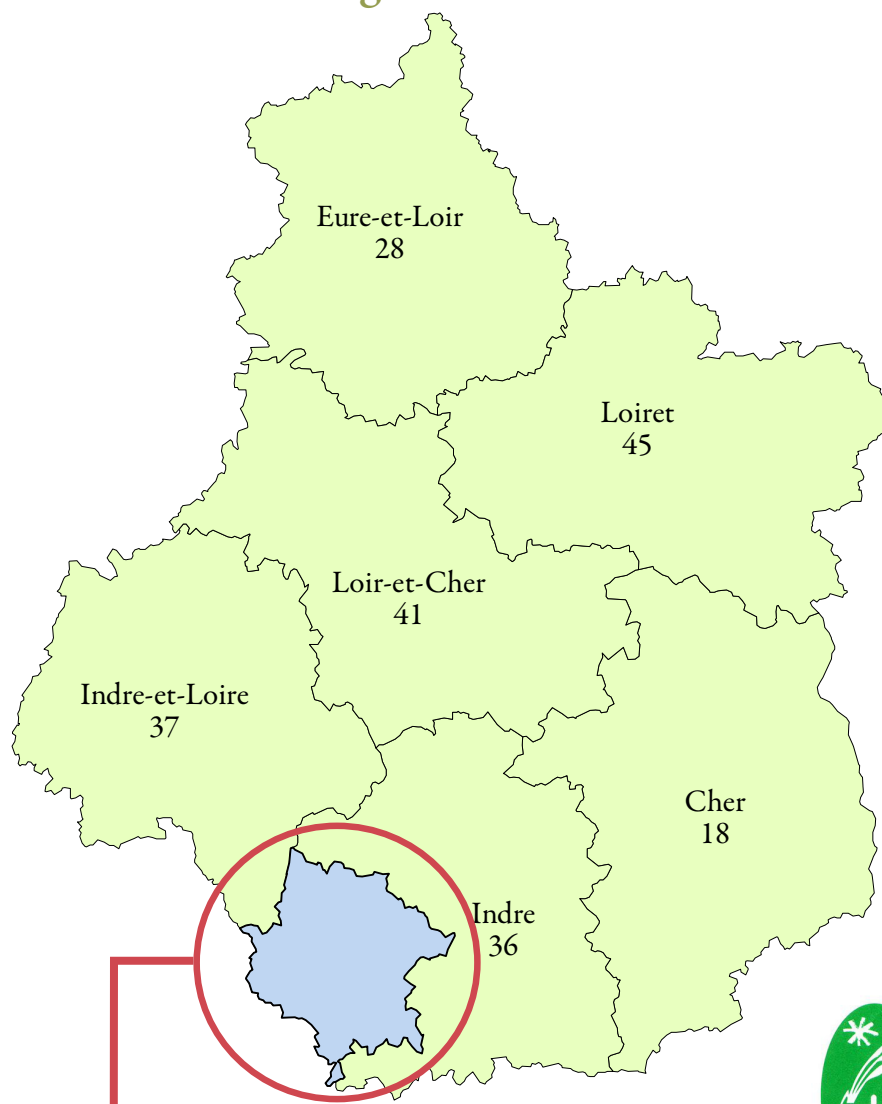


Diagnostic local de santé du Parc naturel régional de la Brenne en vue de l'élaboration du Contrat Local de Santé

Indicateurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux du parc naturel régional de la Brenne



Parc naturel régional de la Brenne



Démarche et objectifs

Dans le cadre de la régionalisation des politiques de santé, l'agence régionale de santé (ARS) de la région Centre 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. A ce titre, la délégation territoriale ARS Indre et le Parc naturel régional de la Brenne 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, mandaté pour la réalisation de ce diagnostic en collaboration avec le Parc naturel régional de la Brenne, s'est attaché à mettre en perspective l'état de santé de la population et l'offre de soins disponible sur le territoire avec les caractéristiques socio-démographiques 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 territoire du PNR de la Brenne se structure autour de six grandes thématiques : le contexte général socio-démographique du territoire, l'état de santé de la population locale (ainsi que la santé de la mère et de l'enfant, la santé mentale, les maladies chroniques), l'offre et le recours aux soins, le vieillissement de la population, les conduites à risque et la nutrition.

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.

Sommaire

Remerciements	p. 3
Méthodologie de l'étude	p. 5
Contexte général	p. 6
Situation spatiale et démographique	p. 6
Population précaire : minima sociaux et soins	p. 12
Formation et ressources de la population	p. 14
État de santé	p. 16
Données de mortalité	p. 16
Données de morbidité	p. 19
Santé de la mère et de l'enfant	p. 20
Santé mentale	p. 26
Maladies chroniques	p. 32
Offre et recours aux soins	p. 44
Médecins généralistes et spécialistes libéraux	p. 44
Autres professionnels de santé libéraux	p. 47
Offre hospitalière	p. 51
Offre et recours aux soins	p. 52
Vieillesse de la population	p. 57
Conduites à risques	p. 66
Addictions	p. 66
Vie affective et sexuelle, prévention des IST	p. 68
Violence routière	p. 71
Nutrition	p. 74
Faits marquants	p. 76
Glossaire	p. 80

Comité de rédaction:

P. Chalmeton, F. Géniteau, C. Cherbonnet, A. Bourdais, C. Leclerc

Directeur de publication :

Agence régionale de santé du Centre

Remerciements

L'observatoire régional de la santé Centre tient à remercier ici toutes les personnes, institutions et structures qui ont contribué à la réalisation du présent «diagnostic local de santé du PNR de la Brenne» et, tout particulièrement, Ludivine Brégeon pour l'appui local et l'organisation des rencontres professionnelles.

L'ORS Centre 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 général de l'Indre, l'Inspection académique, le Parc naturel régional, la carsat du Centre, l'Agence régionale de santé, la Mission locale... 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.

Enfin, tous les professionnels et habitants rencontrés, pour leur disponibilité et leur excellente participation :

«Réunion santé mentale le 6 octobre 2014» :

- Mme BERTHIER, Comité départemental d'éducation à la santé de l'Indre
 - Mme BORGEAIS, Office Public de l'Habitat, d'Aménagement et de construction de l'Indre
 - Mme COQUEL-DOUCET, Direction de la Prévention et du Développement Social, Service d'Action Sociale et de Développement Local du Conseil général de l'Indre, circonscription d'action sociale Buzançais-Valençay
 - Mme DESAIX, Comité départemental d'éducation à la santé de l'Indre, Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie 36.
 - Mme DESBARRES, OPAC 36
 - Mme DOUCET, Lycée polyvalent Pasteur Le Blanc
 - Mme FEFEU, Atout Brenne
 - Mme JOLY, Fédération Familles Rurales
 - Mme LODIN, ACOGEMAS « Les Dauphins Lureuil »
 - Mme MERIGEON, Office Public de l'Habitat, d'Aménagement et de construction de l'Indre
 - M. PILORGET, Atout Brenne
 - Mme PLU, Maison médicale de Mézières-en-Brenne, Centre Hospitalier le Blanc, association Elisabeth Kübler-Ross Châteauroux
 - Mme PULLON, Foyer d'activité occupationnel/foyer d'hébergement, Atout Brenne
 - Mme RIGOLLET-LE BIHAN, Atout Brenne
 - Mme TIXIER, Service de soins infirmiers à domicile du centre hospitalier Le Blanc
 - M. YAOUANC, Hôpital du Blanc
-
- Mme GOMBERT, PNR de la Brenne
 - M. SIMOULIN, Conseiller général du canton de Saint-Gaultier

«Réunion autonomie/vieillesse le 7 octobre 2014 » :

- Mme BORGEAIS, Office Public de l'Habitat, d'Aménagement et de construction de l'Indre
- Mme DESAIX, Comité départemental d'éducation à la santé de l'Indre
- Mme FEDERIGO, Association Deltarevie
- Mme FORTIN, Association Bien vivre chez soi
- Mme HUYGHE, Centre social Le Blanc
- M. JOUOT, Fédération Familles Rurales de l'Indre et Familles Rurales de Prissac
- Mme MARBOT-FAUCONNEAU, Groupe hospitalier Public Indriance
- M. MARTEAUX, Médecin coordonateur EHPAD/ USLD du centre hospitalier Le Blanc
- Mme MASSET, Foyer d'activité Occupationnel, Le Blanc, Atout Brenne
- Mme MERIGEON, Office Public de l'Habitat, d'Aménagement et de construction de l'Indre
- Mme RAIFFORT, Centre local d'information et de coordination gérontologique, maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer, Conseil général de l'Indre
- Mme RIGOLLET-LE BIHAN, Atout Brenne
- Mme ROUSSEAU, Fédération départementale Familles rurales Indre
- Mme SCHERRER, Médecin
- Mme TAILLEBOURG, Familles rurales Bélâbre
- Mme TIXIER, Service de soins infirmiers à domicile du centre hospitalier Le Blanc
- M. TROUVE, Association de services pour le maintien à domicile

- Mme GOMBERT, PNR de la Brenne
- Mme LAVOGIEZ, ARS DT 36

«**Réunion promotion, éducation et prévention à la santé le 7 octobre 2014**» :

- Mme BALLAND, Comité départemental d'éducation à la santé de l'Indre
- M. BAUQUIN, Mouvement Vie Libre d'Argenton-sur-Creuse
- M. CERES, DDT 36
- Mme CHARRIER, Caarud-Alis de Châteauroux
- Mme BORGEAIS, Office Public de l'Habitat, d'Aménagement et de construction de l'Indre
- Mme DOUCET, Lycée polyvalent Pasteur Le Blanc
- Mme HUYGHE, Centre social Le Blanc
- Mme MALOT, Multi-accueil Tom Pouss' de Thenay
- Mme MERIGEON, Office Public de l'Habitat, d'Aménagement et de construction de l'Indre
- M. TIXIER, FOL 36

- Mme GOMBERT, PNR de la Brenne

«**Réunion santé de la mère et de l'enfant le 8 octobre 2014** » :

- Mme BALLAND, Comité départemental d'éducation à la santé de l'Indre
- Mme BILLARD, Multi-accueil Le Blanc
- Mme CAMUZAT, Circonscription d'action sociale Argenton-MLe Blanc, Protection maternelle et infantile
- Mme DARRAS, Centre hospitalier Le Blanc
- Mme JOFFRE-BELLEVUE, Multi-accueil Le Blanc
- Mme LECOMTE, Centre hospitalier Le Blanc
- Mme LOCHET, Institut de Formation en Soins Infirmiers du Blanc, Centre hospitalier Le Blanc
- Mme MALOT, Multi-accueil Tom Pouss' de Thenay
- Mme MARBOT-FAUCONNEAU, Centre hospitalier Le Blanc, groupe hospitalier Public Indriance
- Mme NIQUEUX, Multi-accueil de Tournon-Saint-Pierre
- Mme SARREO, Circonscription d'action sociale Argenton-le Blanc, conseil général de l'Indre
- Mme SAUDRAIS, Maison de l'enfance du parc naturel régional de la Brenne
- Mme TRICOCHÉ, Institut de Formation en Soins Infirmiers du Blanc, Centre hospitalier Le Blanc
- Mme YAOUANC LAPALLE, Centre hospitalier Le Blanc

- Mme GOMBERT, PNR de la Brenne
- Mme LAVOGIEZ, ARS DT 36
- M. PASQUER, Maire du Blanc

«**Réunion maladies chroniques le 9 octobre 2014** » :

- Mme DAVID, Oncoberry
- M. DENOVIÈRE, Coordinateur Association lutte information sida 36 (Alis 36)
- Mme. GREGOIRE, Familles Rurales Indre
- Mme LORIN, Infirmière coordinatrice, Appartements Coordination thérapeutiques
- M. MIGNOT, Conférence de territoire, Equipe d'appui départementale en soins palliatifs de l'Indre (EADSP 36), association Elisabeth Kübler-Ross France
- Mme SANZANI, Comité départemental d'éducation à la santé de l'Indre
- Mme SOUCHAUD, Infirmière libérale Le Blanc
- M. WITTEVRONGEL

- Mme GOMBERT, PNR de la Brenne
- M. SIMOULIN, Conseiller général du canton de Saint-Gaultier

L'ORS remercie également tout particulièrement les habitants rencontrés à Mézières-en-Brenne, Le Blanc, et Saint-Gaultier les 6, 8 et 9 octobre 2014.

Méthodologie

Le diagnostic local de santé du Parc naturel régional de la Brenne 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 au travers 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 général de l'Indre, Carsat Centre..).

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 fin 2014, 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 groupes «thématiques»**. Ainsi, une approche par thématiques a été privilégiée et quatre groupes ont été définis. L'atelier «Santé mentale» a eu lieu le lundi 6 octobre 2014, les ateliers «Conduites à risque» et «Vieillesse de la population» le mardi 7 octobre, l'atelier «Santé de la mère et de l'enfant» le mercredi 8 octobre, et l'atelier «Maladies chroniques» le jeudi 9 octobre 2014. Ces entretiens collectifs, d'une durée de 1h30 à 2h, ont rassemblé d'une manière générale de 10 à 20 professionnels. Ces réunions de travail se sont déroulées dans différents locaux, à Mézières-en-Brenne, Prissac, Le Blanc et Saint-Gaultier. 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...

- Des **réunions avec des habitants du territoire** ont eu lieu sur plusieurs communes. Ces réunions, d'une durée de 1h à 1h30 ont été réalisées à Mézières-en-Brenne, Prissac, Le Blanc et Saint-Gaultier. Ces réunions avec les habitants ont permis d'aborder leurs problématiques de santé, d'accès aux soins, leur connaissance des acteurs et des dispositifs de prévention, leurs besoins et attentes...

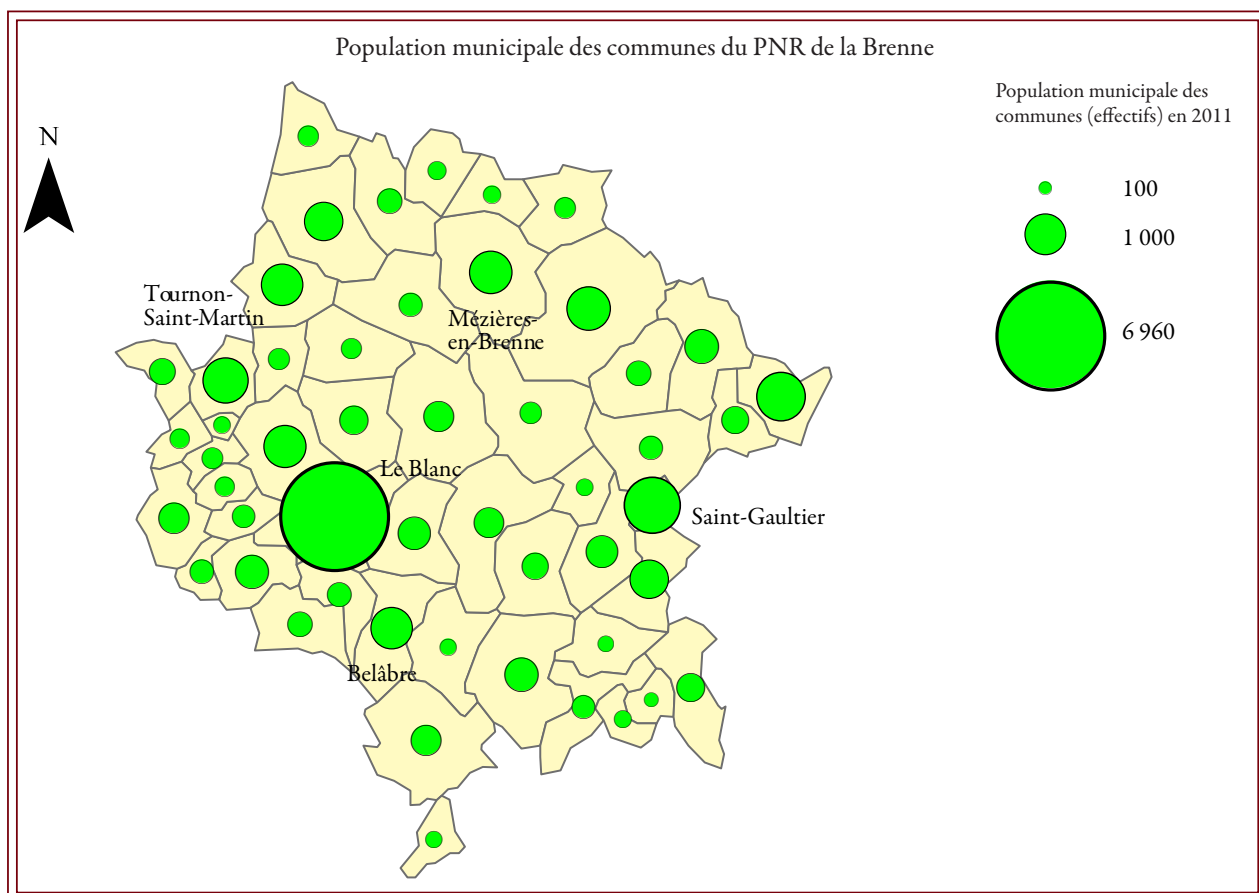
- une **analyse bibliographique** des documents produits localement a été effectuée (Diagnostic de territoire, Agenda 21 territorial, PNR de la Brenne, 2009).

Le calendrier du diagnostic est le suivant :

- septembre 2014 à décembre 2014 : réalisation de la phase quantitative de recueil, traitement et analyse des données statistiques.

- octobre 2014 à décembre 2014 : le recensement des acteurs et actions de prévention et la réalisation de la phase qualitative de recueil et d'analyse de la parole des personnes ressources et des habitants.

Contexte général



Source : Insee (RP 2011)

Exploitation ORS Centre

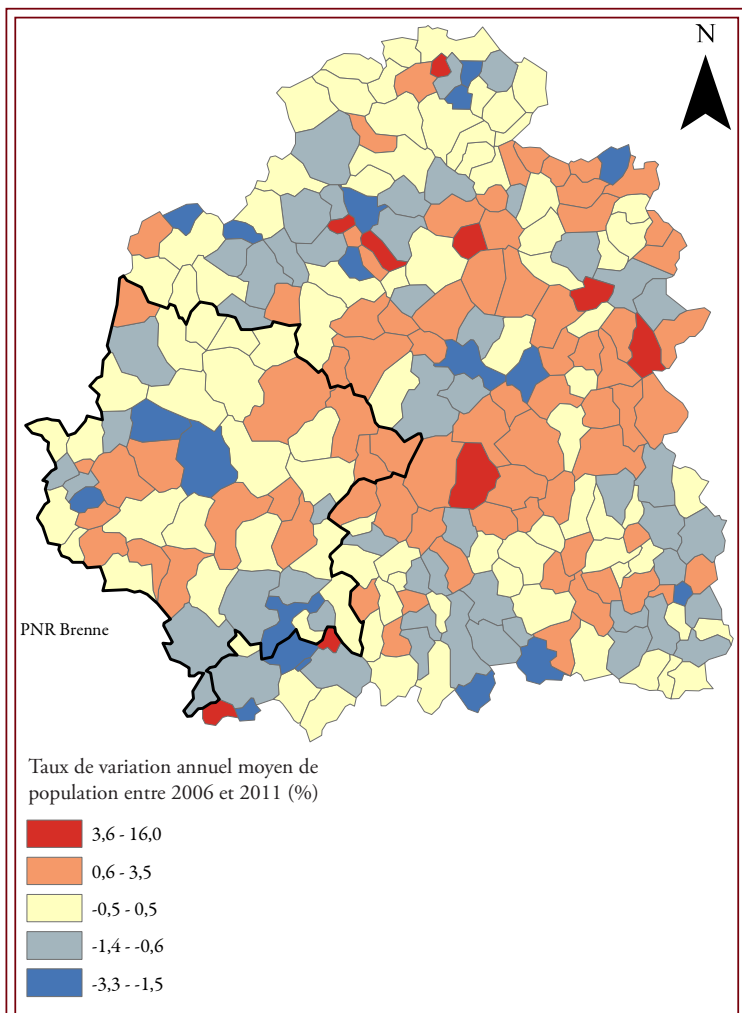
Le PNR de la Brenne, son territoire et peuplement

Le parc naturel régional de la Brenne est situé au sud-ouest du département de l'Indre, en marge de la région Poitou-Charentes et Limousin.

Le parc naturel régional de la Brenne a été créé en 1989. Initialement composé de 46 communes, son périmètre a été étendu en 2008, passant à 51 communes. Il se structure autour d'une commune principale, Le Blanc, qui compte environ 7 000 habitants. La deuxième ville plus importante par sa population est Saint-Gaultier, qui compte environ 1 800 habitants. 42 des 51 communes ont moins de 1 000 habitants. Le parc constitue donc un bassin de vie assez homogène, au caractère rural.

Au total, ce territoire regroupe 32 688 habitants (source: Insee, RP 2011 exploitation principale), pour une superficie d'environ 182 700 hectares, soit une densité de population d'environ 17,9 habitants/km². Cette densité est une des plus faibles de la région Centre. (33,9 habitants/km² dans l'Indre, 65,3 habitants/km² en région Centre, et 116 habitants au km² en France métropolitaine).

Les communautés de communes sont très hétérogènes par leur nombre de communes. Deux sont situées intégralement sur le périmètre du parc: Brenne-Val de Creuse (28 communes) et Cœur de Brenne (11 communes). 4 autres communautés de communes ont une partie de leur territoire sur celui du parc naturel régional. Marche occitane-Val d'Anglin (7 communes dans le parc), Val de l'Indre-Brenne (3 communes dans le parc) Pays d'Argent-sur-Creuse (1 commune), et la communauté d'agglomération castelroussine (1 commune).



Source : Insee (RP 2006, 2011)

Exploitation ORS Centre

Sur la période 2006-2011, la population diminue légèrement dans le département de l'Indre (-0,2 %) et augmente en région Centre (+0,3 %), et au niveau national (+0,5 %).

Quant à la population du parc naturel régional de la Brenne, après avoir diminué entre 1968 et 1999 (de 38 648 à 31 956 habitants), elle a ensuite légèrement augmenté (32 548 habitants en 2006 ; 32 688 habitants en 2011).

Cependant, le solde naturel est resté négatif entre 2003 et 2011, proche de -150 habitants chaque année (le nombre de naissances est inférieur au nombre de décès). La légère augmentation de la population est le résultat d'une immigration sur le territoire du PNR (comme sur la plupart des territoires ruraux, il s'agit principalement d'une immigration des seniors, alors que la population des jeunes a tendance à émigrer, diagnostic de territoires, 2009).

Il existe toutefois des disparités de variation à l'intérieur du PNR. Les plus fortes variations positives sont enregistrées pour les communes de La Perouille et Douadic (+2,1 % et +2,6 %). A l'inverse les plus fortes variations négatives concernent les communes de Lingé et Sauzelles (respectivement -2,0 %) et Rosnay (-2,7 %).

Population par âge au 01.01.2011

	Population	Population de moins de 20 ans		Population de 65 ans et plus		Population de 75 ans et plus		Indice de vieillissement en 2010 (65 ans et plus/ moins de 20 ans)
		effectifs	% de la population	effectifs	% de la population	effectifs	% de la population	
PNR Brenne	32 688	6 661	20,4	8 433	25,8	4 766	14,6	126,6
Indre	230 175	47 928	20,8	55 207	24,0	30 664	13,3	115,2
Centre	2 556 835	613 141	24,0	488 977	19,1	263 687	10,3	79,7
France hexagonale	63 070 340	15 400 710	24,4	10 871 510	17,2	5 722 179	9,1	70,6

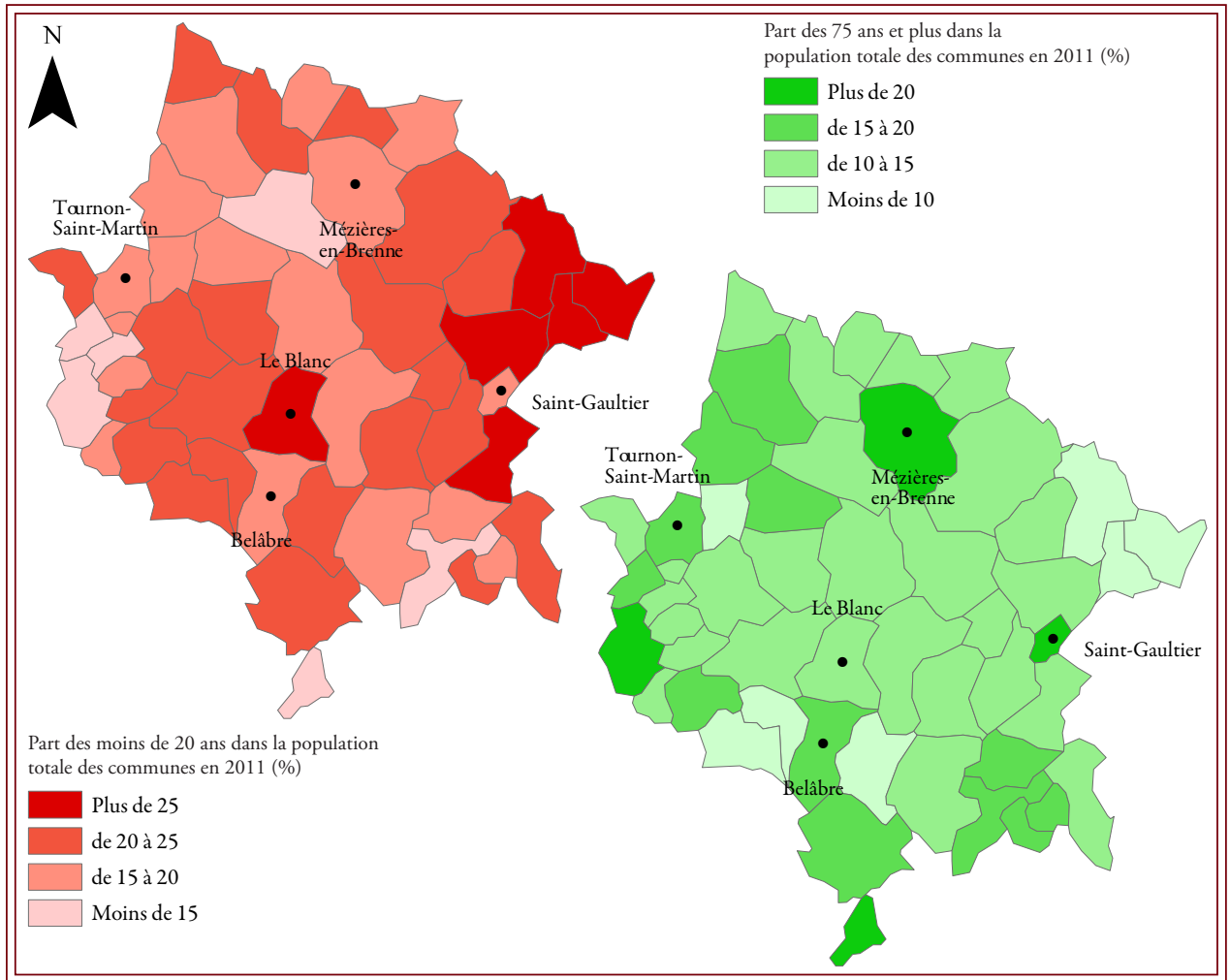
Source : Insee (RP 2011, exploitation principale)

Exploitation ORS Centre

Structure de la population

Les jeunes de moins de 20 ans représentent 20,4 % de la population du parc. Cette proportion est comparable à celle observée en moyenne dans le département (20,8 %), mais est plus faible qu'en région Centre et en France (respectivement 24,0 %, 24,4 %).

La population des personnes âgées est proportionnellement plus importante sur le territoire du parc que dans le département, la région et la France hexagonale. La part des 65 et plus correspond à 25,8 % de la population, contre 24,0 % pour l'Indre, 19,1 % pour la région et 17,2 % pour la France. La part des 75 et plus est de 14,6 % dans le parc (contre 13,3 % pour l'Indre et 10,3 % pour la région).

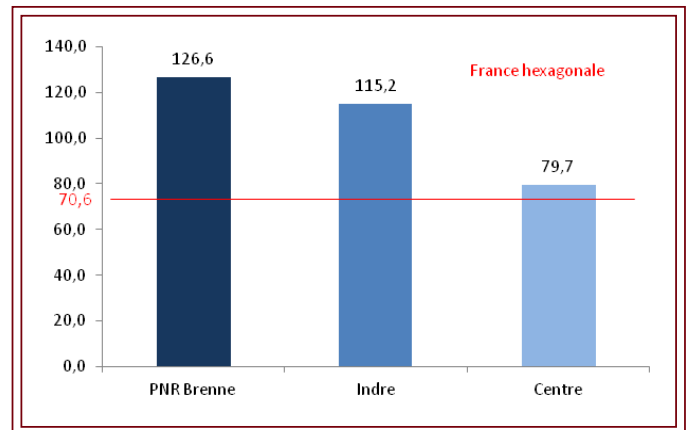


Source : Insee (RP 2011)

Exploitation ORS Centre

L'indice de vieillissement, qui mesure le nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans, est plus élevé dans le parc naturel régional de la Brenne. Cet indice est de 126,6 dans le parc, de 115,2 dans l'Indre, de 79,7 dans la région Centre et de 70,6 en France métropolitaine.

Indice de vieillissement en 2011



Source : Insee (RP 2011)

Exploitation ORS Centre

Evolution de la structure de la population du PNR entre 2006 et 2011

	Population de moins de 20 ans				Evolution annuelle	Population de 75 ans et plus				Evolution annuelle
	2006		2011			2006		2011		
	effectifs	(en %)	effectifs	(en %)		effectifs	(en %)	effectifs	(en %)	
PNR Brenne	6 642	20,4	6 661	20,4	0.1	4 460	13,7	4 767	14,6	1.4
Indre	49 233	21,1	47 928	20,8	-0.5	28 479	12,2	30 664	13,3	1.5
Centre	611 962	24,3	613 141	24,0	0.0	239 589	9,5	263 687	10,3	2.0
France hexagonale	15 230 860	24,8	15 400 710	24,4	0.2	5 124 108	8,3	5 722 179	9,1	2.3

Source : Insee (RP 2006 et 2011, exploitations principales)

Exploitation ORS Centre

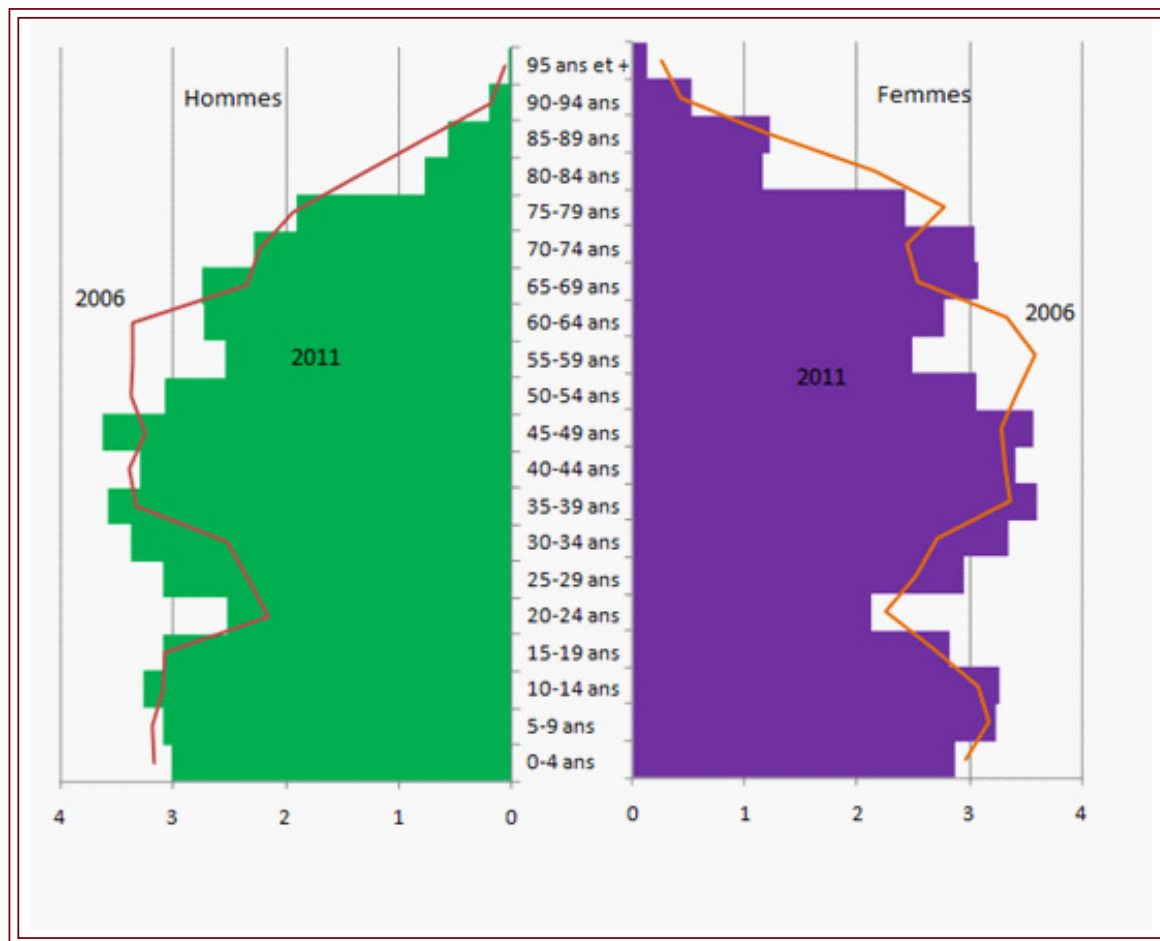
Evolution de la structure de la population entre 2006 et 2011

Entre 2006 et 2011, la structure de la population du parc naturel régional de la Brenne a peu évolué.

Le nombre de jeunes de moins de 20 ans est resté quasiment stable entre 2006 et 2011 sur le territoire du PNR, alors qu'il baisse dans le département de l'Indre. La part des jeunes dans le PNR est restée stable alors qu'elle a baissé sur les territoires de référence.

La population des personnes âgées de 75 ans et plus du parc naturel régional de la Brenne a augmenté entre 2006 et 2011 (+307), de même que leur part dans l'ensemble de la population du territoire, qui atteint 14,6 % en 2011. Si la proportion des 75 ans et plus a également augmenté au niveau du département, de la région et de la France, elle reste plus élevée dans le parc que dans le département (13,3 %), la région (10,3 %) et la France métropolitaine (9,1 %).

Pyramide des âges du parc naturel régional de la Brenne entre 2006 et 2011



Source : Insee RP 2006 et 2011

Exploitation ORS Centre

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

A l'horizon 2040, si les tendances démographiques se poursuivent, la région Centre gagnera 280 000 habitants (soit 8 500 habitants par an entre 2007 et 2040). Avec une hausse annuelle moyenne de +0,32 %, en 2040, la population atteindra 2 800 000 habitants, ce qui en ferait la région la plus dynamique du Bassin parisien. Cependant, le gain de population concernera essentiellement les classes d'âge les plus élevées (la région gagnerait plus de 320 000 personnes d'au moins 65 ans). L'Eure-et-Loir, l'Indre-et-Loire et le Loiret devrait connaître une forte croissance, tandis que l'Indre, le Cher et le Loir-et-Cher gagneraient de la population du fait d'un apport migratoire de retraités. Concernant l'Indre, sa population n'augmenterait que de 5 000 habitants environ. En 2040, 33,7 % de sa population serait âgée de plus de 65 ans contre 23,1 % en 2007. Les effectifs des personnes âgées de 80 ans et plus (âge de la dépendance) devraient doubler durant cette période, passant de 5,6 % de la population en 2007 à 11,0 % en 2040.

La population va fortement vieillir ; la question de la prise en charge de la dépendance constitue donc un défi pour les années à venir.

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

Source : Insee, Omphale 2010, scénario central

Le parc de logements au 01.01.2011

	Nombre de logements		Evolution (en %)	Résidences principales		Evolution (en %)	Résidences secondaires et logements occasionnels		Evolution (en %)	Logements vacants		Evolution (en %)
	2006	2011		2006	2011		2006	2011		2006	2011	
PNR Brenne	20 273	20 927	3,2	14 503	14 807	2,1	3 635	3 808	4,8	2 135	2 311	8,3
Indre	131 822	135 638	2,9	104 650	106 296	1,6	14 006	14 153	1,0	13 166	15 190	15,4
Région Centre	1 261 757	1 318 853	4,5	1 080 736	1 121 838	3,8	89 287	85 316	-4,4	91 734	111 699	21,8
France hexagonale	31 089 562	32 859 695	5,7	26 070 381	27 347 625	4,9	3 068 559	3 125 824	1,9	1 950 623	2 386 246	22,3

Source: Insee (RP 2006 et 2011)

Exploitation ORS Centre

Au recensement de la population de l'Insee de 2011, le parc naturel régional de la Brenne comporte respectivement 20 927 logements. La part des résidences principales (70,8 % des logements) est plus faible que dans les autres territoires (78,4 % dans l'Indre, 85,1 % en région et 83,2 % en France hexagonale), alors que la part des résidences secondaires et logements occasionnels (18,2 %) apparaît plus importante (10,4 % dans l'Indre, 6,5 % en région et 9,5 % en France hexagonale), de même que celle des logements vacants 11,0 % (11,2 % dans l'Indre, 8,5 % en région et 7,3 % en France hexagonale).

Comme dans le département, la région et la France métropolitaine, la part des résidences principales dans le parc de la Brenne diminue entre 2006 et 2011, tandis que celle des logements vacants augmente. La part de résidences secondaires augmente elle aussi légèrement entre 2006 et 2011 (+0,3 %) sur le territoire, alors qu'elle diminue au niveau du département (-0,2 %), de la région (-0,6 %), et de la France Hexagonale (-0,4 %).

Parc de logements locataires en 2010 et évolution depuis 2006

	Nombre de résidences locataires		Evolution (en %)	Nombre de logements HLM		Evolution (en %)	Part des ménages locataires en 2011 (en %)	Part des ménages locataires en HLM en 2011 (en %)
	2006	2011		2006	2011			
PNR Brenne	3 651	3 706	1,5	1 301	1 346	3,5	25,0	9,1
Indre	32 873	32 460	-1,3	16 211	15 789	-2,6	30,5	14,9
Centre	378 777	386 761	2,1	167 756	167 807	0,0	34,5	15,0
France hexagonale	10 392 452	10 870 825	4,6	3 878 472	3 980 314	2,6	39,8	14,6

Source : Insee (RP 2006 et 2011)

Exploitation ORS Centre

Selon le recensement de la population de l'Insee de 2011, 25,0 % des ménages du PNR de la Brenne sont locataires (30,5 % dans le département, 34,5 % en région et 39,8 % en France hexagonale) dont 9,1 % locataires en HLM (14,9 % dans le département, 15,0 % dans la région et 14,6 % en France hexagonale).

En 2011, le nombre de résidences locataires dans le PNR de la Brenne est de 3 706, dont 1 346 logements HLM. Ces derniers présentent une évolution en hausse de l'ordre de 3,5 % par rapport à 2006.

Les allocations logement

	Nombre d'allocataires	Allocataires d'allocation logement		Taux de couverture des ménages par les allocations logement (en %)
		Effectifs	(en %)	
PNR Brenne	5 061	2 608	51,5	17,6
Indre	37 960	21 275	56,0	20,0
Centre	436 847	228 703	52,4	20,4
France hexagonale	11 409 719	6 172 207	54,1	22,6

Sources : Cnaf au 31/12/2012, CCMSA au 31/12/2012, Insee RP 2011

Exploitation ORS

Fin décembre 2012, environ 51,5% des allocataires Cnaf et CCMSA du PNR de la Brenne bénéficient d'une allocation logement, soit une proportion inférieure à celles observées dans le département (56,0%), en région (52,4 %) et en France métropolitaine (54,1%).

	Nombre de ménages	Population des ménages	Nombre de ménages d'une personne		Nombre de familles		Nombre de ménages monoparentaux		Nombre d'autres ménages sans familles		Nombre moyen de personnes par ménages
			Effectifs	(en %)	Effectifs	(en %)	Effectifs	(en %)	Effectifs	(en %)	
PNR Brenne	14 807	31 503	5 123	34,6	8 356	56,7	935	6,3	325	2,2	2,1
Indre	106 240	222 994	38 493	36,2	57 874	54,5	7 842	7,4	2 031	1,9	2,1
Centre	1 121 992	2 492 756	379 491	33,8	634 753	56,6	85 480	7,6	22 269	2,0	2,2
France hexagonale	27 347 570	61 605 875	9 370 000	34,3	14 869 770	54,4	2 384 876	8,7	722 933	2,6	2,3

Sources : Insee (RP 2011)

Exploitation ORS Centre

Composition des ménages

Au recensement de population de 2011, le PNR de la Brenne compte 14 807 ménages, correspondant à 31 503 personnes pour l'ensemble du parc. Les ménages isolés, c'est à dire constitués d'une personne, représentent 34,6 %. Cette proportion, proche de celle de la région (33,8 %) et du territoire national (34,3 %), est inférieure à celle observée dans le département (36,2 %).

Concernant les ménages monoparentaux, ils représentent 6,3 % à l'échelle du parc, soit un taux inférieur à celui observé dans le département (7,4 %), en région (7,6 %) et en France (8,7 %).

Structure familiale des allocataires

	Nombre d'allocataires	Personnes seules (allocataires isolés)		Familles couples sans enfant		Familles couples avec enfant(s)		Familles monoparentales	
		Effectifs	(en %)	Effectifs	(en %)	Effectifs	(en %)	Effectifs	(en %)
PNR Brenne	5 061	1 868	36,9	322	6,4	2 280	45,1	584	11,5
Indre	37 960	14 281	37,6	2 253	5,9	15 896	41,9	5 549	14,6
Région Centre	436 847	148 760	34,1	21 688	5,0	201 272	46,1	65 127	14,9
France hexagonale	11 409 719	4 135 159	36,2	572 384	5,0	4 942 149	43,3	1 760 031	15,4

Sources : Cnaf au 31/12/2012, CCMSA au 31/12/2012, Insee RP 2011

Exploitation ORS Centre

Structure familiale des allocataires

Au 31 décembre 2012, le PNR de la Brenne compte 5061 allocataires. L'analyse de la structure familiale des allocataires met en évidence que 45,1 % des allocataires sont des familles avec enfant(s), soit une proportion supérieure à celles du département (41,9 %) et de la France (43,3 %), mais légèrement inférieure à celle de la région (46,1 %).

Sur le PNR, les familles sans enfants représentent 6,4 % des allocataires soit un taux supérieur à celui de la région (5,0%) et du territoire national (5,0%)

Les familles monoparentales représentent 11,5 % des allocataires, soit un taux inférieur à ceux observés dans les territoires de référence (14,6 % dans l'Indre, 14,9 % dans la région, et 15,4 % au niveau national.). Le taux d'allocataires isolés parmi les allocataires Cnaf et CCMSA est quant à lui comparable à ceux du département, et de la France hexagonale, mais supérieur à celui de la région.

Minima sociaux

	Allocataires AAH		Allocataires RSA		Allocataires RSA socle		Nombre d'allocataires dont les ressources sont constituées à 50% ou plus de prestations Cnaf ou CCMSA	Nombre d'allocataires dont les ressources sont constituées à 100% de prestations Cnaf ou CCMSA
	Effectifs	% des ménages	Effectifs	% des ménages	Effectifs	% des ménages		
PNR Brenne	701	4,7	771	5,2	444	3,0	1 117	625
Indre	4 669	4,4	6 034	5,7	3 438	3,2	8 361	4 686
Région Centre	37 295	3,3	68 022	6,1	42 092	3,8	89 594	51 879
France hexagonale	962 903	3,6	1 963 538	7,2	1 273 040	4,7	2 521 437	1 503 140

Sources : Cnaf au 31/12/2012, CCMSA au 31/12/2012, Insee RP 2011

Exploitation ORS Centre

Au 31 décembre 2012, 4,7 % des ménages du PNR de la Brenne bénéficient de l'allocation adulte handicapé (AAH), soit une proportion supérieure à celle de la région (3,3 %) et de la France (3,5 %).

Toutefois, pour nuancer ce taux, il est à noter la présence sur le territoire d'établissements pour personnes en situation de handicap (Institut Médico-Educatif (IME), Etablissement et Service d'Aide par le Travail (Esat), foyer d'hébergement, foyer occupationnel (FO), Maison d'Accueil Spécialisée (Mas), service d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad)). Le revenu de solidarité active entré en vigueur le 1er janvier 2009 concerne, fin décembre 2012, 5,2 % des ménages du PNR de la Brenne, soit une proportion inférieure à celles observées en région (6,1 %) et en France (7,2 %). Le RSA socle est un filet de sécurité minimale pour les personnes sans ressources. Il correspond à l'ancien RMI et API. Fin décembre 2012, 444 bénéficiaires du territoire d'étude sont allocataires du RSA socle.

S'agissant des allocataires ayant de faibles revenus, 1 117 allocataires du parc naturel régional ont des ressources constituées à 50 % ou plus de prestations Cnaf ou CCMSA, soit 22,1 % de l'ensemble des allocataires. 625 allocataires ont des ressources constituées à 100 % de prestations Cnaf ou CCMSA, soit 12,3 % de l'ensemble des allocataires.

Bénéficiaires de la CMUC au 31.12.2013

	Nombre d'allocataires CPAM	Population couverte	Nombre d'allocataires CMU-C	Nombre de personnes couvertes par la CMU-C	Part des bénéficiaires de la CMU-C parmi les bénéficiaires de la CPAM	<18 ans parmi la population bénéficiaire de la CMU-C
PNR Brenne	15 843	20 911	687	1 366	6,5 %	39,8 %
Indre	126 517	166 311	6 247	11 632	7,0 %	39,8 %

Sources : CPAM de l'Indre

Exploitation ORS Centre

Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C)

Depuis le 1er janvier 2000, la Couverture Maladie Universelle (CMU) permet à toute personne résidant en France de façon stable et régulière de bénéficier de la sécurité sociale (CMU de base). Elle offre également, pour les personnes aux revenus les plus faibles, une couverture maladie venant en complément des remboursements de la sécurité sociale (CMU-complémentaire).

Fin décembre 2013, 1 366 bénéficiaires (assurés et ayants-droit) de la CMU-C sont recensés à l'échelle du PNR, ce qui représente 6,5 % de l'ensemble des allocataires de l'assurance maladie (7,0 % dans l'Indre). Ce taux masque cependant des disparités territoriales. En effet les communes du Blanc et de Saint Gaultier ont des parts importantes de bénéficiaires de la CMU-C (respectivement 12,0 % et 13,0%, proportions parmi les plus fortes de l'Indre), d'autres communes en revanche affichent des taux très faibles, notamment Luant (3,4 %), Belâbre (2,1 %) ou encore Vendœuvres (4,4 %).

Chômage

Taux de chômage des 15-64 ans en 2011 (au sens du recensement*)

	Taux de chômage en 2011 (en %)
PNR Brenne	9,6
Indre	11,4
Centre	11,5
France hexagonale	12,3

Source : Insee (RP 2011)

Exploitation ORS Centre

* Les chômeurs au sens du recensement de la population sont les personnes (de 15 ans ou plus) qui se sont déclarées chômeurs (inscrits ou non à Pôle Emploi) sauf si elles ont, en outre, déclaré explicitement ne pas rechercher de travail ; et d'autre part les personnes (âgées de 15 ans ou plus) qui ne se sont déclarées spontanément ni en emploi, ni en chômage, mais qui ont néanmoins déclaré rechercher un emploi.

Au recensement de population Insee de 2011, le taux de chômage des 15-64 ans du territoire était de 9,6 %, inférieur à celui du département (11,4 %) de la région (11,5 %), et de la France (12,3 %).

Structure des demandeurs d'emploi en fin de mois (DEFM) de catégorie ABC

	Nombre de DEFM (ABC)	Nombre de DEFM (ABC) de longue durée	Nombre de DEFM jeunes (moins de 25 ans) (ABC)		Nombre de DEFM femmes (ABC)		Nombre de DEFM seniors (50 ans et plus) (ABC)		% DEFM longue durée
			Effectifs	% total DEFM ABC	Effectifs	% total DEFM ABC	Effectifs	% total DEFM ABC	
PNR Brenne	1 676	639	315	18,8	833	49,7	454	27,1	38,1
Indre	15 733	6 735	2 910	18,5	7 863	50,0	3 826	24,3	42,8
Région Centre	192 947	80 774	34 735	18,0	98 087	50,8	42 078	21,8	41,9
France hexagonale	4 974 406	2 072 142	805 427	16,2	2 483 895	49,9	1 061 324	21,3	41,7

Source : STMT - Pôle emploi Centre

Exploitation ORS Centre

Fin décembre 2013, 1 676 demandeurs d'emploi en fin de mois de catégorie ABC ont été recensés sur le PNR de la Brenne. Parmi ces derniers, 639 sont des demandeurs d'emploi en fin de mois de longue durée (1 an ou plus), ce qui correspond à 38,1 % des DEFM ABC du parc (contre 42,8 % dans l'Indre, 41,9 % en région et 41,7 % en France).

Les jeunes de moins de 25 ans représentent 18,8 % de l'ensemble des DEFM ABC du parc, soit 315 jeunes (18,5 % dans le département, 18,0 % en région et 16,2 % en France).

Les femmes représentent 49,7 % des DEFM ABC du territoire, soit une proportion comparable à celles observées dans le département (50,0 %) la région (50,8 %), et le territoire (50,0%).

Les personnes de plus de 50 ans représentent, fin 2011, 27,1 % de l'ensemble des demandeurs d'emploi sur le territoire, soit un taux supérieur à ceux observés dans le département 24,3 %, en région 21,8 % et en France 21,3 %.

Les niveaux de formation

	Taux de scolarisation des 16-24 ans en 2011 (en %)	Taux de scolarisation des 18-24 ans en 2011 (en %)
PNR Brenne	50,1	32,4
Indre	51,8	36,9
Centre	57,5	46,2
France hexagonale	61,2	51,9

Source : Insee (RP 2011)

Exploitation ORS Centre

Selon le recensement de l'Insee de 2011, le taux de scolarisation des 16-24 ans du PNR de la Brenne atteint 50,1%, soit un taux inférieur à celui observé dans le département (51,8 %), la région (57,6 %) et la France hexagonale (61,2 %).

Cependant le taux de scolarisation des 16-17 ans sur le territoire d'étude est de 93,7 %, taux comparable à celui observé dans le département (93,7 %), en région (94,5 %) et en France hexagonale (94,8 %). Ainsi les différences sont essentiellement observées dans la tranche d'âge des 18-24 ans. Le taux de scolarisation parmi les jeunes de 18-24 ans sur le territoire d'étude est de 32,4 %, soit un taux inférieur à celui du département (36,9 %), et très inférieur à celui de la région (46,2 %) et de la France (51,9 %).

Niveaux de formation

	Population de 15 ans et plus non scolarisée en 2011	Sans qualification ou de faibles niveaux de formation (aucun diplôme, CEP, BEPC, Brevet des collèges)				Titulaires d'un Bac+2 et plus			
		Effectifs		% de la population de 15 ans et plus non scolarisée		Effectifs		% de la population de 15 ans et plus non scolarisée	
		2006	2011	2006	2011	2006	2011	2006	2011
PNR Brenne	25 852	12 631	11 191	49,0	43,3	2 980	3 617	11,6	14,0
Indre	180 541	85 905	75 428	47,2	41,8	23 506	27 183	12,9	15,1
Centre	1 896 881	766 446	690 574	41,2	36,4	336 291	396 216	18,1	20,9
France hexagonale	45 859 720	17 095 770	15 559 710	38,5	33,9	9 930 871	11 819 860	22,4	25,8

Source : Insee (RP 2006, 2011)

Exploitation ORS Centre

Selon le recensement de l'Insee de 2011, 11 191 personnes de 15 ans et plus sans qualification ou de faibles niveaux de formation sont recensées sur le PNR de la Brenne. Ceci correspond à une baisse de 11,4 % par rapport à 2006, soit 1 440 personnes. Quant au nombre de titulaires d'un bac+2 et plus, il est de 3 617 personnes, soit une augmentation de 637 personnes par rapport à 2006 (+21,4 %).

Ces deux tendances - baisse du nombre de personnes sans qualification et/ou de faibles niveaux de formation et hausse du nombre de titulaires d'un bac+2 et plus - sont également perçues dans le département de l'Indre, en région Centre et au niveau national.

En 2011, la part des 15 ans et plus non scolarisés sans qualification ou de faibles niveaux de formation sur le PNR est de 43,3 %, soit un taux plus élevé qu'aux niveaux départemental (41,8 %), régional (36,4 %) et national (33,9 %). Quant aux personnes titulaires d'un bac+2 et plus, leur taux est de 14,0 %, un peu inférieur à celui du département (15,1 %), et plus nettement inférieur à celui de la région (20,9 %) et de la France (25,8 %).

Les revenus fiscaux par unités de consommation en 2011

	Nombre de foyers fiscaux	Nombre de foyers fiscaux imposables	Nombre de foyers fiscaux non imposables	% de foyers fiscaux imposés	Revenus nets imposables moyens par foyer fiscal
PNR Brenne	19 009	8 704	10 305	45,8	19 201
Indre	135 018	68 564	66 454	50,8	20 638
Centre	1 424 661	825 680	598 981	58,0	23 976
France hexagonale	35 179 635	20 050 367	15 129 268	57,0	25 380

Source : DGI

Exploitation ORS Centre

Le parc naturel de la Brenne compte en 2011 19 009 foyers fiscaux dont 8 704 imposables, soit une proportion de foyers fiscaux imposables plus faible en comparaison aux territoires de référence (45,8 % contre 50,8 % dans le département, 58,0 % en Région et 57,0 % au niveau national). Le revenu net imposable moyen par foyer fiscal y est également plus faible (19 201 euros contre 20 638 dans le département, 23 976 en région et 25 380 en France).

Ressources disponibles auprès des populations précaires

Les services sociaux institutionnels sont présents sur le territoire et proposent des permanences. La caisse d'assurance retraite et de la santé du Centre (Carsat, ex Cram) dispose d'antennes retraite sur le territoire. Outre la Carsat, la Mutualité sociale agricole (MSA), la Caisse d'allocations familiales (Caf), la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), les centres communaux d'action sociale (CCAS) et la circonscription d'action sociale (CAS) du Conseil général de l'Indre sont également présents pour répondre aux besoins et aux interrogations des populations précaires.

La commune de Saint-Michel-en-Brenne dispose d'un Relais de services publics. Afin de lutter contre la désertification des services publics dans les espaces ruraux, ces dispositifs tentent de maintenir un tissu de services locaux à destination de la population. Ouvert les lundis, mardi, mercredi et vendredi de 9h à 12h et de 14h à 17h, des permanences Pôle emploi, Caf, MSA, CPAM, Mission Locale, ADMR, ASMAD, Familles rurales, finances publiques, services du conseil général, Point information jeunesse, Point information famille, etc. y sont assurées (tél : 02.54.38.59.46).

Conformément aux compétences des départements en matière d'action sociale, 3 CAS interviennent sur le PNR de la Brenne. L'essentiel du territoire est couvert par le CAS d'Argenton-sur-Creuse/le Blanc (une partie des locaux sont situés au Blanc), les autres communes du PNR dépendent soit du CAS de Buzançais (11 communes au nord du PNR), soit du CAS d'Ardentes (pour les communes de Luant et la Pérouille). Pour couvrir au mieux le territoire, les assistantes sociales du département assurent des permanences dans différents lieux du territoire. Sur le PNR de la Brenne, des permanences ont lieu dans les mairies de :

- Belâbre (2ème vendredi du mois, le matin)
- Prissac, 1er et 3ème mercredi du mois, de 9h30 à 10h30,
- Lignac, 2ème et 4ème jeudi du mois de 9h30 à 10h30,
- Tournon Saint-Martin, jeudi de 9h30 à 11h30,
- Saint-Gaultier, jeudi de 9h30 à 11h30
- Mézières-en-Brenne, jeudi matin
- Azay-le-ferron, 2ème et 4ème mardi du mois, après-midi,
- Vendœuvres, 1er et 3ème jeudi du mois, matin

Les circonscriptions d'action sociale du Conseil général de l'Indre sur le PNR de la Brenne
(Source : CG 36 – DPDS, PNR Brenne, exploitation ORS Centre)



Les bénéficiaires du RSA socle ou socle et activité peuvent bénéficier d'un accompagnement spécifique destiné à améliorer leur insertion et leur accès aux soins :

- Les usagers confrontés à une addiction bénéficient d'un accompagnement individualisé pendant 12 mois par un référent de l'Anpaa (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie), en lien avec l'ensemble du plateau technique de l'association. 75 accompagnements individuels par an sont effectués sur l'ensemble du département.
- L'Office Technique Départemental d'Insertion et de Formation offre un lieu d'écoute aux bénéficiaires confrontés à des difficultés psychologiques. L'accompagnement est réalisé par un psychologue, en entretien individuel, avec 12 entretiens maximum sur une période de 12 mois. Cette action bénéficie à une centaine de personnes par an sur le département.

Des examens périodiques de santé gratuits, proposés par la Cnam, et réalisés par l'IRSA, sont ouverts à tout assuré social du régime général. Les populations précaires peuvent cependant bénéficier plus souvent de ces examens et peuvent être incités par différents acteurs sociaux à les réaliser. Ainsi ces examens ont été proposés à certains demandeurs d'emploi (convention signée entre l'IRSA et la direction territoriale de Pôle emploi Indre) et aux bénéficiaires de l'épicerie solidaire du Blanc.

Le réseau santé précarité de l'Indre rejetant l'exclusion (Respire) et l'équipe mobile spécialisée en soins psychiatriques (EMSSP), ont pour objectif la prise en compte de la souffrance et la détresse psychique d'origine sociale des populations précaires et démunies, sur l'ensemble du département de l'Indre. L'EMSSP a pour mission, d'aller au devant des publics en précarité quelque soit le lieu où les besoins s'expriment, et d'assurer une fonction d'interface entre les équipes de soins et les équipes sociales. Ils assurent des permanences dans les lieux sociaux, participent à des interventions mobiles (maraudes avec le Samu social), proposent un accueil, une orientation et un accompagnement des personnes en situation de précarité vers les soins.

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

Le département de l'Indre compte 16 structures d'Insertion par l'activité économique. L'insertion par l'activité économique (IAE) donne à des publics ciblés (chômeurs de longue durée, jeunes sans qualification, bénéficiaires des minima sociaux...) la possibilité de (re) prendre pied dans le monde du travail à partir d'un contrat à durée déterminée (CDD), complété par un accompagnement social et professionnel adapté, et le cas échéant, par une formation sur mesure. Plusieurs structures sont présentes sur le territoire du parc naturel de la Brenne :

le chantier d'insertion Ose recycle, l'association intermédiaire I.D.E.E.S en Brenne, les Ateliers de la Brenne au Blanc qui sont des ateliers et chantier d'insertion et qui ont deux activités (Les Jardins de la Villerie et le Mouchoir de poche), l'association intermédiaire mieux vivre à Saint-Gaultier et enfin la structure Mob d'emploi 36, basée à Chateauroux qui intervient sur tout le département et dispose de sites d'implantation à Saint-Gaultier et Le Blanc.

Les missions locales et les PAIO remplissent une mission de service public pour l'insertion professionnelle et sociale des jeunes, partagée entre l'Etat, les régions et les autres collectivités territoriales. Elles accueillent les jeunes de 16 à 25 ans sortis du système scolaire. Elles les accompagnent dans leur parcours professionnel pour trouver un emploi, un métier, une formation. Elles interviennent également pour les aider à être autonome dans leur vie quotidienne (logement, santé ...). La Mission Locale Indre Sud intervient sur les cantons de l'arrondissement du Blanc.

Le Relais Brenne initiatives jeunes accompagne les projets des jeunes (mobiliser et encourager les jeunes dans leurs idées, favoriser l'action collective, aider à formuler un projet, organiser et planifier les actions, mettre en relation avec des personnes ressources, soutenir dans la recherche de financement...). Le Relais propose également aux jeunes de les accompagner dans leur recherche de logements sur le territoire du parc naturel régional de la Brenne. Le service logement jeunes assure l'intermédiation entre la demande de jeunes à leur entrée de vie active, en formation, stage ou apprentissage et l'offre de logement. Il dispose également d'un Point information jeunesse dont la mission est d'informer les jeunes sur tous les sujets qui peuvent les intéresser sur leur vie quotidienne (santé, logement, job d'été, culture, mobilité, orientation...).

Etat de santé

Mortalité générale

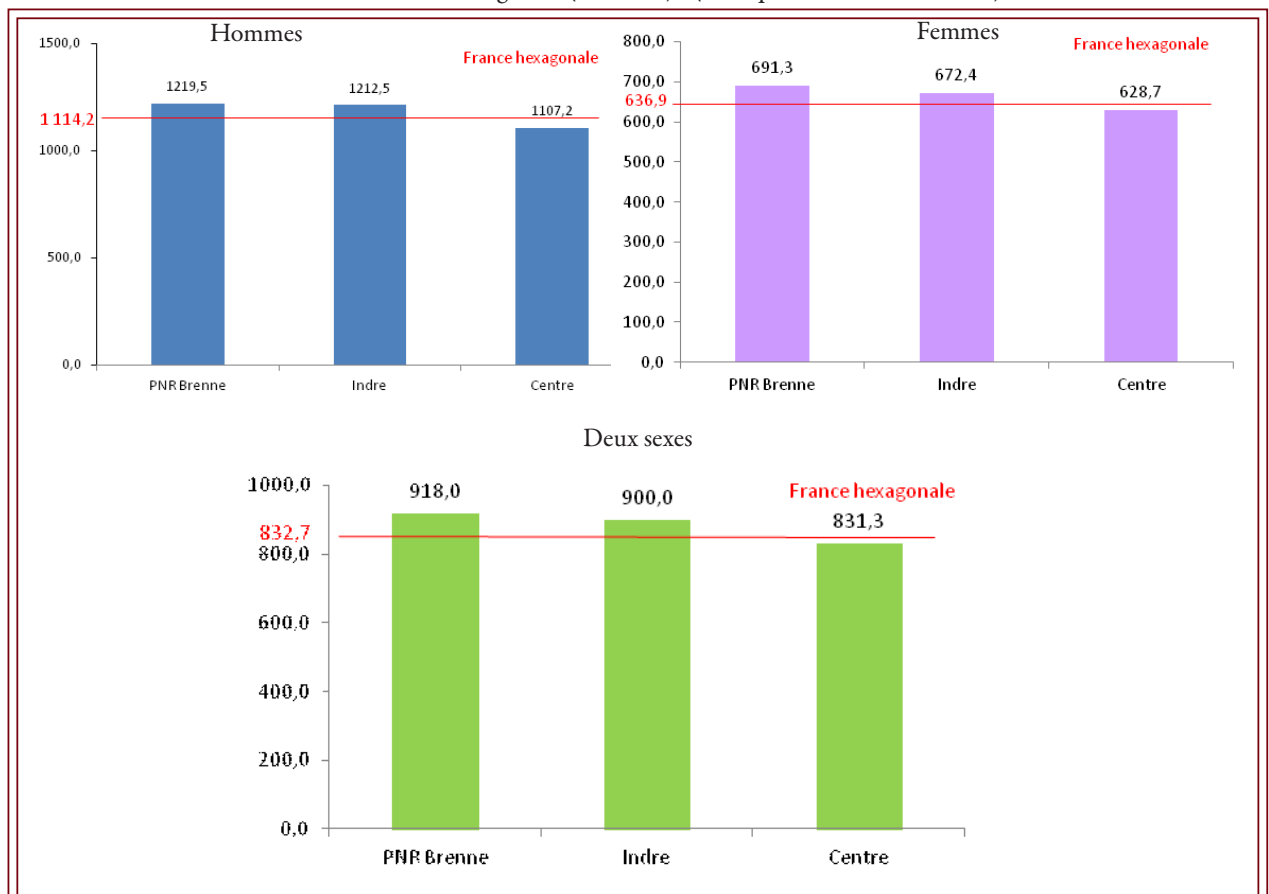
La région Centre se caractérise globalement par des taux de mortalité générale proches de ceux observés en moyenne en France hexagonale, chez les hommes comme chez les femmes. Toutefois, des disparités intra-régionales et intra-départementales sont observées. Au cours de la période 2003 - 2011, 24 229 décès ont été recensés en moyenne chaque année en région Centre, soit un taux comparatif de mortalité de 831,3 décès pour 100 000 personnes (832,7 au niveau national). Dans le département de l'Indre, le taux comparatif de mortalité est significativement supérieur pour les deux sexes confondus (900 décès pour 100 000 personnes).

Dans le parc naturel régional de la Brenne, 4 247 décès ont été recensés entre 2003 et 2011, ce qui représente 472 décès par an. Les hommes représentent 50,6 % des décès. Le taux comparatif de mortalité, pour les deux sexes, est de 918 décès pour 100 000 personnes, soit un taux significativement supérieur à celui de la région (831,3) et de la France hexagonale (832,7), mais proche de celui du département (900,0).

Pour les hommes, le taux comparatif est de 1 219,4 décès pour 100 000 habitants, soit un taux significativement supérieur à ceux observés dans la région et la France hexagonale, mais comparable à celui du département (1212,5).

Pour les femmes, le taux est de 691,3 décès pour 100 000 personnes, soit un taux significativement supérieur à celui observé dans la région et la France hexagonale, mais proche de celui du département (672,4).

Taux comparatif de mortalité* générale (2003-2011)
Référence France hexagonale (RP 2006) - (Taux pour 100 000 habitants)



Sources : Inserm CépiDC, Insee

Exploitation ORS Centre

* Référence glossaire

Méthodologie

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

La description de l'état de santé présentée dans ce diagnostic a été réalisée au moyen d'une analyse statistique des causes médicales de décès, sur 9 années s'échelonnant depuis 2003 jusqu'à 2011. Le choix d'étudier une période de 9 ans est dicté par la nécessité de disposer d'un nombre suffisant de décès, pour obtenir une signification statistique par rapport à la faible population concernée à l'échelon communal.

Grandes causes de décès

Entre 2003 et 2011, un tiers des décès masculins recensés dans le parc naturel régional de la Brenne sont dus à un cancer (30,8 %), comme au niveau du département (31,3 %). Ce taux est légèrement inférieur à celui de la région (33,2 %) et de la France hexagonale (32,8 %). Les cancers les plus fréquents sont le cancer de la trachée, bronches, poumons, le cancer de la prostate et le cancer colo-rectal. Les principales autres causes de décès sont dues aux maladies de l'appareil circulatoire ainsi qu'aux causes extérieures de traumatismes et empoisonnements (principalement les accidents de la circulation et les suicides). Les décès masculins par maladies de l'appareil circulatoire représentent 28,6 % des décès, soit un taux comparable au département (27,9 %), mais supérieur à celui observé dans la région (25,4 %), et la France hexagonale (25,2 %). Quant aux décès par causes extérieures de traumatismes et empoisonnements, ils représentent 7,6 % des décès, soit un taux relativement proche de celui du département (7,8 %) et légèrement inférieur à ceux de la région (8,5 %) et de la France hexagonale (8,3 %).

Chez les femmes, les causes de décès sont par ordre de fréquence les maladies de l'appareil circulatoire (principalement cardiopathies ischémiques et maladies vasculaires cérébrales), les cancers et les causes extérieures de traumatismes et empoisonnements. Un tiers des décès recensés (32,5 %) sont dus à des maladies de l'appareil circulatoire, taux comparable à celui du département, mais supérieur à celui de la région (30,3 %) et de la France (30,2 %). Les cancers sont la deuxième cause de décès avec 20,6 % des décès sur le territoire, taux relativement inférieur à ceux du département (21,4%) de la région (23,3 %) et de la France Hexagonale (23,6%). Les principaux cancers sont le cancer du sein, le cancer colo-rectal et le cancer de la trachée, bronches, poumons. Les causes extérieures de traumatismes et empoisonnements représentent 5,4 % des décès, taux comparable à ceux du département et de la région.

Tous sexes confondus, la part des cancers dans les décès est inférieure dans le PNR (25,8 %) à celle du département (32,1 %), de la région (28,4 %) et de la France (28,3 %). La part des décès par maladies de l'appareil circulatoire (30,5%) est proche de celle du département et supérieure à celle de la région (27,8 %) et de la France (27,7 %).

Grandes causes de décès sur le PNR de la Brenne, l'Indre et la région Centre (2003-2011)

Homme	PNR Brenne		Indre	Région Centre
	Nombre annuels de décès	Part dans l'ensemble des décès	Part dans l'ensemble des décès	Part dans l'ensemble des décès
Cancers	74	30,8	31,3	33,2
- Trachée, bronches, poumon	15	6,1	6,5	7,5
- Prostate	12	5,2	4,0	4,0
- Côlon-rectum	7	3,1	3,5	3,5
Maladies de l'appareil circulatoire	68	28,6	27,9	25,4
- Cardiopathies ischémiques	19	7,8	8,9	8,1
- Maladies cérébrovasculaires	17	7,0	6,0	5,2
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	18	7,6	7,8	8,5
- Suicides	8	3,2	3,1	3,2
- Accidents de la circulation	nd	1,1	1,1	1,5
Consommation excessive d'alcool	14	5,9	6,2	5,8
Maladies de l'appareil respiratoire	13	5,5	5,8	5,8
Autres causes	52	21,8	21,0	21,3
Toutes causes	239	100 %	100 %	100 %

Femme	PNR Brenne		Indre	Région Centre
	Nombre annuels de décès	Part dans l'ensemble des décès	Part dans l'ensemble des décès	Part dans l'ensemble des décès
Maladies de l'appareil circulatoire	76	32,5	33,0	30,3
- Maladies cérébrovasculaires	18	7,9	8,4	7,4
- Cardiopathies ischémiques	17	7,3	7,5	6,7
Cancers	48	20,6	21,4	23,3
- Sein	8	3,6	3,9	4,4
- Côlon-rectum	5	2,3	2,8	3,1
- Trachée, bronches, poumon	nd	1,7	1,9	2,3
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	12	5,4	5,3	5,8
- Suicides	nd	0,7	0,9	1,1
- Accidents de la circulation	nd	0,5	0,4	0,5
Maladies de l'appareil respiratoire	14	6,0	5,8	5,6
Consommation excessive d'alcool	nd	1,7	1,5	1,7
Autres causes	79	33,9	33,0	33,3
Toutes causes	233	100 %	100 %	100 %

Source: Inserm CépiDC

nd: non disponible en raison d'effectifs inférieurs à 5

Exploitation ORS Centre

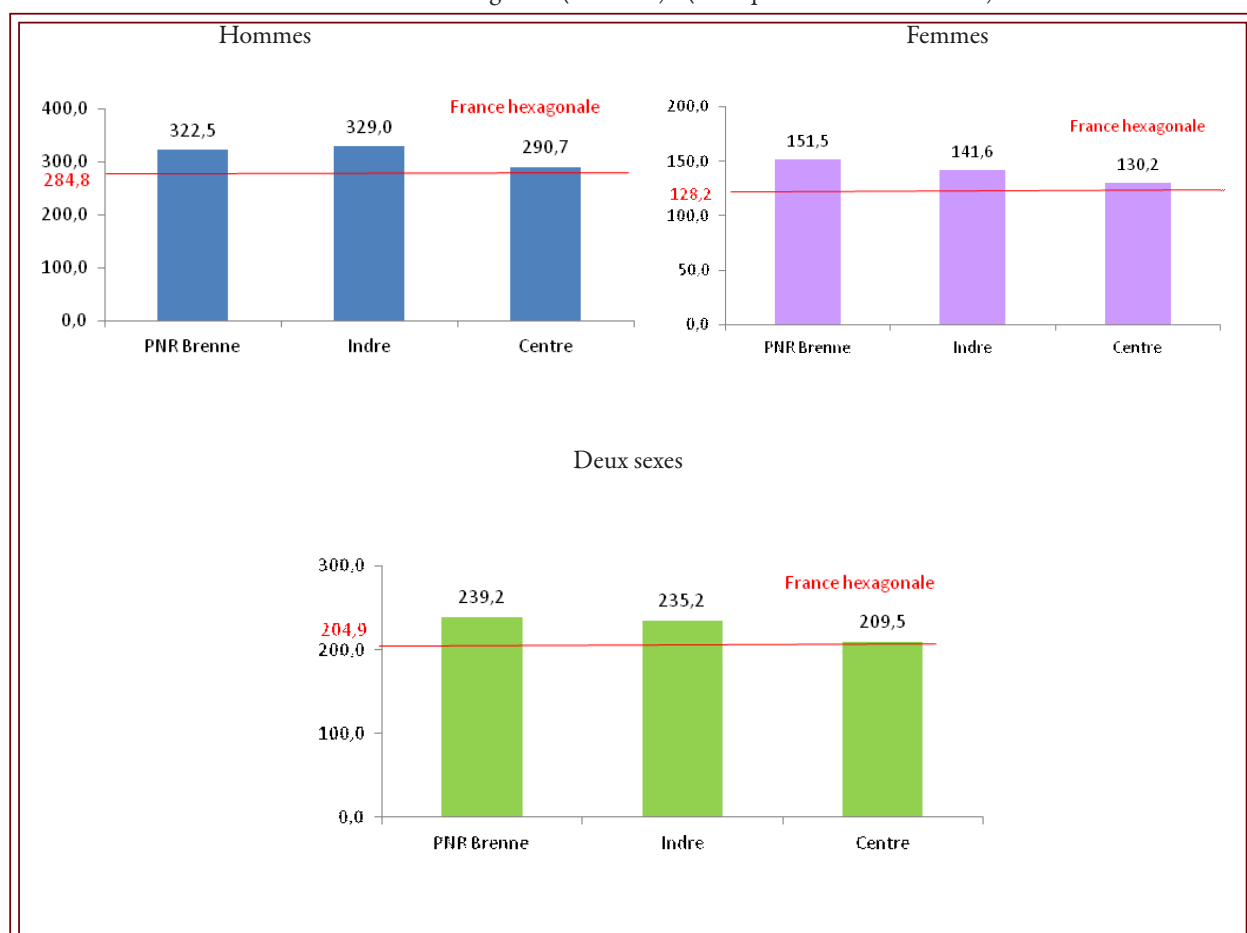
Mortalité prématurée

L'allongement de la durée de vie et le vieillissement de la population conduisent à une augmentation sensible de l'âge moyen au décès. Entre 2003 et 2011, la moitié des personnes décédées en France avaient plus de 80 ans. Conséquence de cette évolution, les statistiques des causes de décès sont de plus en plus le reflet de la mortalité aux grands âges, limitant ainsi leur utilisation pour évaluer les besoins de prévention. De ce fait, l'analyse de la mortalité «prématurée» (mortalité survenant avant 65 ans) est essentielle. Au 1er janvier 2012, l'espérance de vie à la naissance en France hexagonale était de 78,5 ans pour les hommes et de 84,8 ans pour les femmes (pour l'Indre et la région Centre, les espérances de vie à la naissance étaient de 77,2 et 78,5 pour les hommes et de 84,1 et 84,9 pour les femmes). Ainsi les décès qui se produisent avant 65 ans peuvent être considérés comme prématurés. Si la mortalité prématurée est en constante diminution en France, elle demeure parfois l'une des plus élevées comparativement aux pays européens voisins. Ainsi, le paradoxe français est de présenter parmi les pays de l'Union européenne, pour les hommes comme pour les femmes, la meilleure espérance de vie à 65 ans et une mortalité prématurée défavorable. Jusqu'au début des années 2000, la situation en région Centre semblait globalement moins défavorable qu'en moyenne en France hexagonale avec des taux comparatifs de mortalité prématurée inférieurs à ceux observés nationalement. Toutefois, la tendance semble s'inverser depuis, avec des taux comparatifs de mortalité prématurée supérieurs aux taux nationaux.

A structure d'âge comparable, entre 2003 et 2011, 239,2 décès prématurés pour 100 000 personnes ont été recensés sur le PNR de la Brenne (pour les deux sexes confondus). Ce taux est proche de celui du département (235,2), mais significativement supérieur à ceux observés en région (209,5) et en France (204,9). Le taux comparatif de mortalité prématurée pour les hommes (322,5) est statistiquement supérieur à ceux observés au niveau régional (290,7) et national (284,8). Quant au taux de mortalité prématurée des femmes (151,5), il est statistiquement supérieur à celui observé au niveau national (128,2).

Il est régulièrement admis que certains décès prématurés auraient pu être évités soit en agissant sur les facteurs individuels soit en raison d'une prise en charge par le système de soins qui serait plus performante. La mortalité prématurée évitable peut donc être divisée en deux groupes selon les modalités d'action capables d'en diminuer la fréquence. Pour le premier groupe (facteurs de risques individuels), il s'agit notamment des pathologies liées à l'alcool et au tabac, des morts violentes, de certaines maladies infectieuses et de certains cancers.

Taux comparatif de mortalité prématurée 2003-2011
Référence France hexagonale (RP 2006) - (Taux pour 100 000 habitants)



Sources : Inserm CépiDc, Insee

Exploitation ORS Centre

En région Centre, parmi les 4 554 décès annuels prématurés, 35,2 % seraient évitables en agissant sur les facteurs de risque individuels, en d'autres termes sur la prévention primaire (tabac, alcool, conduite routière dangereuse, suicide, sida...). Au sein du territoire du PNR de la Brenne, ils représentent 37,6 % de décès prématurés évitables par une action de prévention primaire. Soit 26 décès prématurés par an évitables par des actions de prévention primaire sur les 68 décès prématurés observés annuellement sur le territoire. Dans l'Indre, cette proportion représente 35,1 % des décès prématurés.

Admissions en Affection de Longue Durée (ALD)

Entre 2005 et 2012, en moyenne 57 831 admissions en affection de longue durée sont recensées chaque année en région Centre (environ 30 684 chez les hommes et 27 146 chez les femmes). Dans l'Indre, cela représente 6 197 nouvelles admissions par an. Pour le territoire du parc, on observe 920 nouvelles admissions par an (490 chez les hommes et 430 chez les femmes).

A l'échelle du territoire, chez les hommes les principaux motifs d'admissions en ALD sont par ordre de fréquence les maladies cardiovasculaires (29,1 %) puis les tumeurs malignes (24,7 %). On observe également ces principaux motifs chez les femmes dans de plus faibles proportions. Les maladies cardiovasculaires représentant 24,9 % de leurs admissions (contre 23,7 % au niveau du département, et 21,2 % au niveau de la région), les tumeurs malignes 20,5 %. Le diabète est la troisième cause d'admissions en ALD tant chez les hommes que chez les femmes, respectivement 16,7 % et 16,0 %, ce qui est comparable aux pourcentages observés au niveau du département et de la région.

Principales admissions en affection de longue durée sur le PNR Brenne (2005-2012)

		PNR Brenne		Indre	Région Centre
		Nombre d'admissions annuelles	Part dans l'ensemble des admissions	Part dans l'ensemble des admissions	Part dans l'ensemble des admissions
Hommes	Maladies cardiovasculaires	143	29,1	29,3	29,2
	Tumeurs malignes	121	24,7	24,6	23,3
	Diabète	82	16,7	16,2	17,4
	Affections psychiatriques	34	6,8	6,4	5,8
	Insuffisance respiratoire chronique	19	3,8	3,5	3,0
	Alzheimer et autres démences	13	2,7	2,9	2,8
	Autres	79	16,1	17,1	18,5
	Total	490	100 %	100 %	100 %
Femmes	Maladies cardiovasculaires	107	24,9	23,7	21,2
	Tumeurs malignes	88	20,5	21,3	22,5
	Diabète	69	16,0	15,0	14,4
	Affections psychiatriques	37	8,7	9,0	9,1
	Insuffisance respiratoire chronique	14	3,2	3,1	3,0
	Alzheimer et autres démences	31	7,1	7,0	6,9
	Autres	84	19,5	21,0	22,9
	Total	430	100 %	100 %	100 %

Source: CNAMTS, CCMSA, RSI, Insee

Exploitation ORS Centre

Séjours hospitaliers

Entre 2008 et 2010, 937 485 séjours hospitaliers ont été enregistrés chaque année en région Centre (656 160 en médecine, 232 950 en chirurgie et 48 375 en obstétrique).

En région Centre, les séjours hospitaliers en médecine représentent 70,0 % de l'ensemble des séjours de la région (71,9 % pour le département et 77,9 % pour le territoire d'étude). S'agissant des séjours en chirurgie, ils représentent 24,8 % des séjours hospitaliers de la région (24,3 % pour le département et 19,4 % pour le territoire) et ceux en obstétrique 5,2 % (3,8 % pour le département et 2,7 % pour le territoire). Ainsi entre 2008 et 2010 et en éliminant les effets liés à la structure d'âge de la population, 380,1 séjours hospitaliers en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) pour 1 000 habitants ont été comptabilisés sur le territoire d'étude. Ce taux est significativement supérieur à ceux observés dans le département (367,4) et en région Centre (371,1).

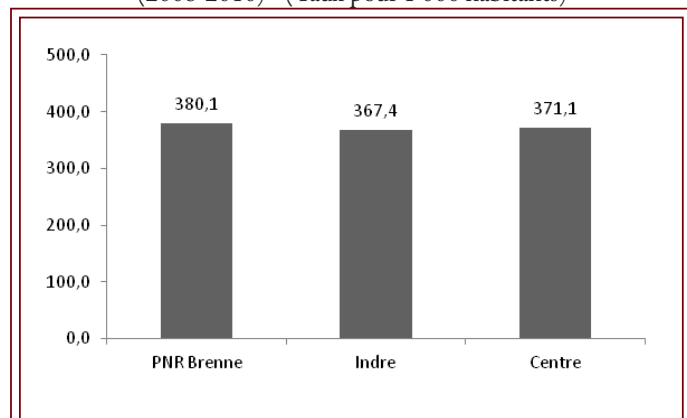
Hospitalisation en médecine-chirurgie-obstétrique dans le PNR de la Brenne (2008-2010)

		PNR Brenne		Indre	Région Centre
		Nombre de séjours hospitaliers annuels	Part dans l'ensemble des séjours	Part dans l'ensemble des séjours	Part dans l'ensemble des séjours
Ensemble	Médecine	14 031	77,9 %	71,9 %	70,0 %
	Chirurgie	3 501	19,4 %	24,3 %	24,8 %
	Obstétrique	489	2,7 %	3,8 %	5,2 %
	MCO	18 021	100 %	100 %	100 %

Source: Simees, Insee

Exploitation ORS Centre

Taux comparatif de recours à l'hospitalisation en MCO (2008-2010) - (Taux pour 1 000 habitants)



Sources : Simees, Insee

Exploitation ORS Centre

Population de référence : région Centre (RP 2010)

Méthodologie

Les données du PMSI relatives aux séjours hospitaliers sont domiciliées. Elles prennent en compte les séjours hospitaliers des habitants du territoire hospitalisés quel que soit l'établissement de santé où ils ont été admis (ou un autre même hors département et région). Les données PMSI sont disponibles par code postal. Pour l'ensemble du territoire, des redressements ont été effectués à partir des données du recensement de population de l'Insee de 2010. Un redressement a dû être effectué lorsqu'un code postal correspondait à plusieurs communes, dont certaines ne faisaient pas partie du territoire. Le nombre de séjours hospitaliers a été estimé en réaffectant proportionnellement le poids par sexe et âge quinquennal de la population du code postal du territoire par rapport au poids total du code postal. A partir de ces effectifs reconstitués, le calcul des taux standardisés sur l'âge des séjours hospitaliers a été réalisé.

Naissances

Naissances au lieu de domicile de la mère

	Naissances domiciliées (moyenne 2009-2011)	Taux de fécondité moyen 2009-2011 (nombre de naissances pour 100 femmes de 15 à 49 ans)
PNR Brenne	295	5,0
Indre	2 179	4,9
Centre	30 225	5,5
France hexagonale	831 934	5,7

Sources : Insee (RP 2009, 2010, 2011), Fichiers Etat civil

Exploitation ORS Centre

En moyenne entre 2009 et 2011, il y a eu 295 naissances domiciliées sur le parc naturel régional de la Brenne.

L'indice de fécondité mesuré à l'échelle du territoire est de 5,0 enfants pour 100 femmes de 15 à 49 ans, sensiblement comme au niveau du département. La fécondité est inférieure à celle observée en région et sur le territoire national (avec des taux respectifs de 5,5 % et 5,7 %).

Lieu de naissance

Le centre hospitalier du Blanc (le seul implanté sur le parc naturel régional de la Brenne) offre un service de maternité de niveau 1 (Il dispose d'une unité d'obstétrique et permet la prise en charge des grossesses sans risques particuliers. Une présence pédiatrique permet l'examen du nouveau-né et la prise en charge auprès de la mère d'un certain nombre de situations fréquentes et sans gravité).

194 naissances par an de mères domiciliées sur le territoire au cours de la période 2009-2012 ont eu lieu au centre hospitalier du Blanc, ce qui représente 71,3 % des naissances de mères domiciliées sur le territoire. S'agissant des naissances des femmes du territoire dans un autre établissement du département, on constate que 22,4 % des naissances ont eu lieu au centre hospitalier de Châteauroux. 6,0 % des naissances domiciliées du territoire ont eu lieu dans un établissement en dehors du département.

Age moyen de la mère au moment de l'accouchement (2009-2012)

L'âge moyen à l'accouchement des mères primipares domiciliées sur le territoire est comparable à ceux observés en moyenne dans le département et en région (26,8 ans pour le territoire, 26,8 ans dans l'Indre et 27,1 en région).

L'âge moyen à l'accouchement des mères multipares est également proche de ceux observés en moyenne dans le département et en région Centre (30,3 ans pour le territoire contre 30,6 ans dans le département et 30,9 en région).

Suivi de la grossesse

Au cours de la période 2009-2012, 82,5 % des femmes enceintes du territoire ont réalisé le nombre d'échographies recommandé au niveau national (3). Ce taux est proche de celui du département (83,3 %) et supérieur à celui de la région (77,8 %). Cela représente un nombre moyen de 3,3 échographies par femme enceinte du territoire (3,2 dans le département et 3,3 en région Centre).

Concernant la préparation à l'accouchement, l'exploitation des CS8 montre que cette préparation est plus fréquente chez les primipares que chez les multipares (en 2011, en région Centre, 60,2 % des séances de préparation à l'accouchement ont concerné des primipares et 27,1 % des multipares). La pratique de la préparation à l'accouchement dépend également des établissements, et est en effet plus fréquente dans les établissements privés (60 % contre 36 % dans le public).

Au cours de la période 2009-2012, le taux de préparation à l'accouchement dans le territoire (43,4 %) est inférieur à celui du département (46,8 %) mais supérieur à celui la région (40,8 %).

1^{er} jours d'allaitement

Au cours de la période 2009-2012, 57,0 % des mères du territoire ont commencé un allaitement au moment du remplissage du certificat de santé du 8^{ème} jour, soit un taux de début d'allaitement supérieur au département (53,5 %) mais inférieur à la région sur la même période (62,0 %).

Macrosomie foetale

Au cours de la période 2009-2012, près de 546 enfants du territoire (effectifs cumulés) pèsent plus de 4 000 grammes à la naissance soit un taux de macrosomie fœtale pour le territoire de 7,2 %. Il est de 6,8 % dans le département et 6,6 % en région.

Prise en charge libérale des mères

Au premier janvier 2014, le répertoire RPPS ne comptabilise aucune sage-femme en activité libérale ou en activité mixte sur le territoire d'étude. Dans l'ensemble de l'Indre, la densité de sages-femmes libérales pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans est en proportion inférieure à celles observées aux niveaux régional et national (9,1 % contre 18,4 % et 22,6 %).

2 gynécologues (1 médical et 1 obstétricien) sont implantés dans le parc naturel régional de la Brenne, aucun en activité libérale exclusive. La densité de gynécologues est de 34,0 pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans sur le parc, soit une densité semblable à celle du département (34,2), inférieure à celle de la région (43,4) et de la France (53,5).

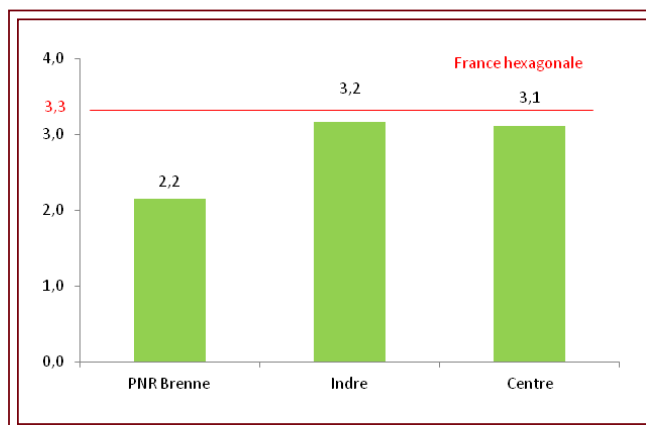
Le territoire d'étude apparaît donc sous-doté en matière de prise en charge libérale des femmes, surtout au regard de la région et de la France.

Mortalité infantile

Autrefois très fréquents, les décès d'enfants de moins d'un an sont devenus rares en France principalement en raison des progrès médicaux (amélioration des techniques d'accouchement, lutte contre les maladies infectieuses par le biais de la vaccination systématique...). En 2008, la France se situe encore au 14ème rang des régions européennes.

Pour la période 2003-2011, le taux de mortalité infantile du PNR de la Brenne est de 2,2 décès annuels moyens pour 1 000 enfants nés vivants. Sur la même période, le taux de mortalité infantile du département est de 3,2 décès pour 1 000 naissances vivantes, celui de la région de 3,1 et celui de la France de 3,3. Ce taux est à interpréter avec prudence compte tenu des effectifs très faibles (6 décès cumulés d'enfants de moins de 1 an sur l'ensemble de la période 2003-2011).

Mortalité infantile entre 2003-2011



Sources : Insee Etat civil, Inserm CépiDe

Exploitation ORS Centre

Prématurité et enfants de petit poids

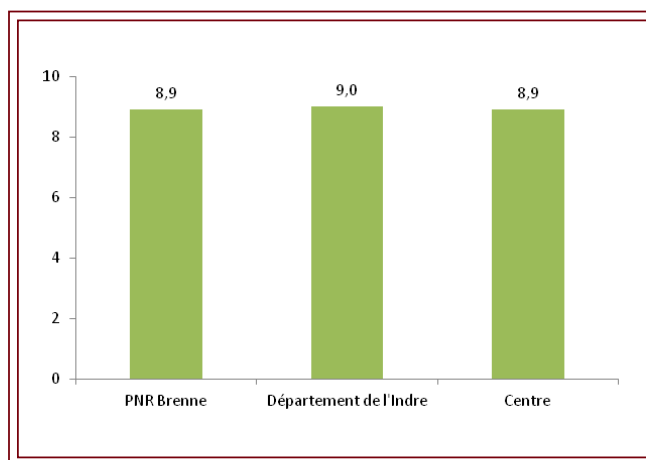
La prématurité est définie par un terme inférieur à 37 semaines d'aménorrhée et un nouveau-né est considéré en petit poids en dessous de 2 500 g.

Au cours de la période 2009-2012, la prématurité et le petit poids concernaient 8,9 % des naissances du territoire, selon l'exploitation des certificats de santé du 8ème jour détenus par le service de la PMI du Conseil général. Le taux est proche de ceux observés dans le département (9,0 %) et en région (8,9 %).

Afin de ne pas créer de doublons dans les effectifs, cet indicateur tient compte des petits poids (< 2 500g) et des naissances prématurées (hors petits poids, déjà comptabilisés). Du fait de l'absence de saisie de certains certificats pour un département de la région les résultats ont été pondérés pour les années 2009, 2010, 2011, 2012.

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

Naissances prématurées* et nouveaux-nés pesant moins de 2 500 g sur le PNR en (en %)



Source : PMI

* en semaines d'aménorrhée

Exploitation ORS Centre

Suivi médical post-natal des enfants

Afin de surveiller le bon développement physiologique de l'enfant après sa naissance, des bilans de santé sont réalisés à différentes périodes de sa croissance. Dans un premier temps, à l'âge de 3-4 ans, des bilans de santé sont établis par les services départementaux de protection maternelle et infantile (PMI) dans le but de dépister d'éventuels troubles de la vision, de l'audition, du langage, de la motricité, du développement statur pondéral et de surveiller le niveau de vaccination. Plus tard, à l'âge de 5-6 ans, d'autres bilans de santé sont établis par le service santé de l'Inspection académique afin de détecter là-aussi des troubles physiologiques dans le développement de l'enfant.

Fin 2013, la PMI a dispensé des bilans de santé à 271 élèves des écoles maternelles du territoire, soit un taux de couverture de 96,1 % des enfants de la classe d'âge (contre 91,7 % dans l'ensemble de l'Indre). Ces bilans ont permis à la PMI de détecter des troubles visuels (orientations ophtalmologistes) pour 17,6 % des enfants, des troubles du langage (orientations orthophonistes) pour 10,7 % des enfants, et des troubles de l'audition pour 7,0 % des enfants vus en bilan de santé.

Ressources disponibles sur le territoire dans le champ de la santé de la mère et de l'enfant

Mode de garde : fin 2013, 220 assistantes maternelles agréées exercent sur le territoire, ce qui représente une capacité d'accueil de 762 places. L'offre en matière de petite enfance est complétée par la présence sur le territoire de 4 structures d'accueil collectives totalisant 69 places. Au total, le territoire dispose de 831 places pour l'accueil des enfants de moins de 3 ans.

Plusieurs multi-accueil sont recensés sur le territoire du PNR, au Blanc, ainsi qu'à Thenay, Paulnay et Tournon Saint-Pierre. La Maison de l'Enfance du parc, installée à Douadic, est un lieu d'accueil et de renseignements destiné aux jeunes enfants (jusqu'à 8 ans environ) accompagnés d'un adulte (parent, grands-parents, assistante maternelle...), et aux structures recevant de jeunes enfants, aux écoles, aux centres de loisirs... La Maison de l'Enfance fait fonctionner une ludothèque et un Relais assistantes maternelles (RAM). Le Relais assistantes maternelles est un service itinérant sur l'ensemble du territoire qui s'adresse aux parents et assistantes maternelles. Le Ram propose plusieurs antennes afin d'offrir un service de proximité :

- Le Blanc ;
- Luant ;
- Paulnay ;
- Pouligny-Saint-Pierre ;
- Prissac ;
- Thenay ;
- Tournon-Saint-Martin ;
- Vendœuvres.

Des animations d'éveil pour les enfants, sont accessibles gratuitement sur les antennes. A travers ces animations, les enfants se socialisent, partagent et découvrent de nouvelles activités. Les parents peuvent s'y informer des différents modes d'accueil d'enfants existants sur le territoire du parc ; obtenir la liste des assistantes maternelles agréées. Ils peuvent bénéficier d'une aide dans les démarches administratives pour l'emploi d'une assistante maternelle, des informations sur leurs droits et obligations en tant qu'employeur ; et des conseils pour préparer et faciliter l'accueil de leurs enfants. Quant aux assistantes maternelles, elles peuvent y recevoir des informations sur leurs droits et obligations ; bénéficier d'une écoute et d'un soutien, avoir des échanges avec des collègues. Y sont également organisées des réunions à thème.

Par ailleurs, la maison de l'enfance du PNR de la Brenne a mis en place :

- des ateliers de découverte des sens, d'éveil au goût, de sensibilisation aux choix des produits (locaux) et d'apprentissage des gestes d'hygiène bucco dentaire auprès des enfants des multi-accueils de Pouligny-Saint-Pierre, le Blanc et Tournon-Saint-Pierre. Les assistantes maternelles et les autres personnels ont également bénéficié des informations délivrées.
- un atelier de présentation des gestes et postures pour accompagner l'enfant dans son développement psychomoteur auprès des assistantes maternelles du RAM (antennes de Luant et Le Blanc). Cet atelier a été mené par une psychomotricienne libérale. Une soirée d'information ouverte aux parents et professionnels a également été organisée sur ce sujet en juin 2014.
- Une formation aux premiers secours (PS1) auprès de 16 assistantes maternelles au printemps 2012

La PMI assure la surveillance de l'état de santé des enfants de 0 à 6 ans (en lien avec la maternité, le réseau de périnatalité, le Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (Camps), le SPIJ) et accompagne les familles dans le processus de parentalité. Les consultations d'éducation et planification familiale sont mandatées à l'hôpital du Blanc, et ont lieu deux demi-journées par semaine.

Le Résopérinat36 mène différentes actions gratuites en faveur des futures mamans et jeunes parents :

- Des rencontres, groupes de discussion sur l'arrivée de l'enfant ou d'aide aux futures mères.
- Des ateliers de gymnastique pré et post-natale avec un Professeur de gymnastique formé aux techniques d'encadrement des femmes enceintes et jeunes mamans.
- Des consultations d'aide à l'arrêt du tabac.
- Des consultations psychologiques
- Un atelier diététique.

La caisse d'allocations familiales (Caf) a pour mission d'aider les familles à concilier vie familiale et vie professionnelle, de soutenir la fonction parentale et faciliter les relations parents enfants, d'accompagner les familles dans leurs relations avec l'environnement et de créer les conditions favorables à l'autonomie et à l'insertion sociale. La Caf, dans le cadre de son action de soutien à la parentalité, et du dispositif Reaap, réalise une action d'information auprès des femmes en situation de grossesse et des futures mères (en partenariat avec l'hôpital du Blanc, la maison de l'enfance du parc, le multi-accueil du Blanc, le point Info famille et le Relais d'assistantes maternelles). 3 à 4 fois par an la liste des allocataires du territoire ayant déclaré une grossesse à la Caf est envoyé au centre social (le centre social est un établissement de la Caf). Les parents et futurs parents sont conviés à visionner au centre social un DVD qui présente les structures et les services en lien avec la grossesse et l'arrivée d'un enfant (au niveau santé, allaitement, accueil, financier...). La participation actuelle des parents et futurs parents est faible, mais ce support a un potentiel de diffusion plus large. Il peut également être diffusé en salle d'attente de la maternité. De plus, un classeur qui capitalise les différentes actions et personnes ressources présentant une utilité pour les futurs parents a été réalisé, et mis à disposition de nombreux partenaires. L'orientation du public par les professionnels en est facilitée.

L'Union française pour la santé bucco-dentaire de l'Indre (UFSBD 36) intervient pour le compte de la CPAM auprès d'enfants de CP. Les écoles sont sélectionnées par la CPAM. Les intervenants de l'UFSBD font de la sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire (méthode de brossage, alimentation, visite chez le dentiste...). L'objectif est d'inciter les enfants à adopter des habitudes favorables à l'hygiène bucco-dentaire et inciter les bénéficiaires du dispositif M't' Dents à recourir aux examens de prévention proposés par l'assurance maladie au moment de leur date d'anniversaire (6 ans). Chaque intervention dure environ une heure et s'appuie sur différents supports (film, questionnaire, affiches...). En 2012, 90 enfants ont été sensibilisés sur le parc de la Brenne, 81 en 2013 et 146 en 2014. Ces actions de sensibilisation ont eu lieu à Neuillay-les-Bois (2012 et 2014), Concremiers (2012 et 2014), Luant (2012, 2013 et 2014), Vendœuvres (2012, 2013 et 2014), Nuret-le-Ferron (2013 et 2014), Thenay (2013), Rosnay (2014), Lingé (2014) et Pouligny-Saint-Pierre (2014). L'IFSI (institut de formation en soins infirmiers) organise une fois par an une action d'information et de sensibilisation sous forme d'une réunion collective au Centre social du Blanc, animée par les étudiants de deuxième année de formation en soins infirmiers. Les thématiques

thématiques sont souvent liées à la santé de la mère et de l'enfant et la nutrition (alimentation du jeune enfant, la télévision avant cinq ans, définir le principe de « bonne santé »...)

Le CIDFF (centre d'information sur les droits des femmes et des familles) de l'Indre a pour objectif général de favoriser l'autonomie sociale et professionnelle et personnelle des femmes et de promouvoir l'égalité entre les femmes et les hommes. Situé à Châteauroux, il dispose d'une permanence juridique délocalisée au Blanc, une fois par mois, sans rendez-vous. Cette permanence est très fréquentée et répond à un véritable besoin sur le territoire.

Synthèse de la rencontre avec les professionnels «santé de la mère et de l'enfant»

Plusieurs éléments ressortent des réunions menées avec les professionnels et habitants concernant la santé des mères. Le territoire dispose d'un atout dans la maternité du Blanc, qui est une petite unité, manifestement appréciée de la population, d'abord pour l'accompagnement bienveillant et attentif qu'elle propose aux femmes.

Professionnel : « On a une réputation de « cocooning. »

Professionnel : « Je crois qu'on peut lancer des fleurs à la maternité du Blanc ; il y a un accompagnement où les mamans se sentent en sécurité par rapport à cet accompagnement-là et qui n'a pas de prix, je pense, par rapport à cette période. »

Professionnel : « Le Blanc a une bonne réputation. »

Cet accompagnement est décrit comme différent de celui proposé par les plus grandes structures, où les femmes seraient assimilées à des « numéros » et poussées rapidement vers la sortie :

Professionnel : « À (noms de maternité et d'hôpitaux), au bout de J2, ou J3 mais J3 c'était le grand max, elles étaient renvoyées aux fins fonds du sud de l'Indre-et-Loire complètement isolées (...) Nous on a pas mal de places. Donc quand elles ont besoin de rentrer qu'à J4 ou J5, elles rentrent qu'à J4 ou J5. Les premiers allaitements maternels, quand ça ne se passe pas bien, elles rentrent qu'à J4 ou J5 tant qu'elles ont envie d'être chez nous. On n'a aucune obligation, nous, dieu merci, nous, à les pousser dehors. »

Une partie de la population vient également chercher à la maternité du Blanc la possibilité d'accouchements physiologiques, la maternité ayant formé du personnel pour cela et travaillant à un projet de salle nature.

Professionnel : « On a quand même un taux de péris relativement bas. Et c'est pas un manque d'aide (...) on a moins de 60 % de péridurales. Et ça ça veut dire qu'on a vraiment une population pour laquelle c'est leur demande. (...) 54 % de péris. Dans d'autres maternités on se dirait « c'est parce qu'il n'y a pas d'anesthésiste de disponible ». Nous c'est pas le cas. On a surtout vraiment une population de gens qui viennent et qui réfléchissent autrement ; qui ont envie d'autre chose. »

La maternité a d'autres avantages liés aux délais de rendez-vous relativement courts, et au travail en partenariat étroit avec les institutions locales, (notamment avec la PMI).

Professionnel : « Je pense qu'on a fait un gros travail justement pour se connaître, (...) enfin on a connaissance des acteurs locaux et du coup sur un milieu rural c'est je pense aussi une force parce que pour le coup on en a peu mais on les connaît bien, donc pour travailler ensemble c'est quand même plus facile. »

Professionnel : « Ça aussi c'est facilitant pour les mamans puisque elles savent que le lien va être fait. Que effectivement nous au lit du malade, elle sort de la maternité ben on peut déjà dans la mesure du possible fixer un RV très tôt à la sortie. Donc ça c'est un lien assez important, rassurant, je dirais. »

Pour ces différentes raisons, la plupart des femmes domiciliées à proximité, et d'autres, même domiciliées hors du PNR, choisissent cette maternité.

Professionnel : « C'est pas rare qu'elles mettent ¾ d'heure-1 heure à venir pour venir consulter. On recrute vraiment très très large. Il y a des gens qui viennent d'Argenton mais j'ai des gens qui viennent du Poinçonnet, d'Ardentes, qui viennent d'assez loin, des gens qui viennent de Lussac-les-Châteaux, qui viennent enfin vraiment d'assez loin. »

Mais les possibilités d'accompagnement des mères sur le PNR sont assez dépendantes de la proximité de l'hôpital, du fait de l'absence de sages-femmes libérales et de sages-femmes en PMI sur le territoire. En l'absence de relais et d'antennes locales, la préparation à l'accouchement est faite uniquement sur l'hôpital. Les contraintes de transport sont telles qu'une partie des femmes y renoncent, et que les professionnels leur proposent moins souvent cet accompagnement.

Professionnel : « Elle vient en voiturette par sa mère elle en a pour 1h ¼ à venir me voir moi, 1h ¼ pour repartir, elle m'a clairement dit qu'elle viendrait que pour les échos... »

Professionnel : « Il y a plein de dames à qui je sens qu'il y aurait besoin, mais c'est compliqué de leur dire « il y aura préparation à la naissance » parce que déjà pour venir elles ont pas de transport, elles ont pas de voiture (...) du coup c'est qu'il y a beaucoup de gens qui sont quand même dans des milieux un petit peu défavorisés, qui vont pas avoir la prévention, le tabac, tout ce qui est prise de poids et diététique. (...) pour la préparation à la naissance où il y a parfois 2 séances dans la même semaine, les dames c'est compliqué de leur proposer. »

Le manque de relais locaux pose plus particulièrement des difficultés pour suivre à domicile les grossesses à risques. Le recours au médecin traitant représente une possibilité, mais qui ne convient pas à toutes les femmes :

Professionnel : « Je lui ai proposé son médecin traitant en attendant si c'était plus simple, pour avoir de la surveillance et elle me dit

« non non, je préfère vous », aussi pour le rapport femme qui est peut-être plus simple pendant la grossesse (...) je pense que du coup elles se privent quand même de surveillance.»

Dans ces conditions le suivi de ces grossesses se traduit par une alternative peu satisfaisante :

Professionnel : « On a le choix entre... soit elles sont chez elles et on hésite à les faire revenir à tout bout de champ, hein, pour faire un suivi un peu plus poussé, soit on les hospitalise. L'intermédiaire dans l'Indre n'est pas facile à trouver.»

Un des enjeux pour le PNR est de parvenir à faire venir des professionnels, pour permettre un maillage du territoire et offrir la possibilité d'un recours à une offre de proximité. Une sage-femme libérale doit s'installer à partir de 2015 à la maison médicale du Blanc.

Professionnel : « Avec la nouvelle sage-femme libérale on peut espérer qu'elle puisse faire le suivi d'allaitement. »

Quant à la PMI, l'absence de sage-femme au sein du service correspond à un choix de la collectivité territoriale. Celle-ci a préféré doter son service d'infirmières-puéricultrices, car leur profil professionnel est plus polyvalent et adapté à la dimension sociale et éducative de l'accompagnement, de plus en plus présente à côté de la dimension médicale. On assiste effectivement, ici comme ailleurs, à un glissement des activités de PMI vers la protection de l'enfance et les modes d'accueil, au détriment des missions de santé. Certains professionnels regrettent néanmoins cette absence qui peut pénaliser indirectement l'accompagnement social et éducatif de la PMI.

Professionnel : « Pendant la grossesse, l'avantage aussi c'est que parfois on peut se servir d'un biais médical où il y a réellement un besoin de suivi médical, ce qui permet de rencontrer les services de PMI sans a priori. Elle vient pour une raison médicale, et une fois rentrée « ah ben elle est sympathique, cette petite dame, tout compte fait je peux lui faire confiance » et c'est plus simple. C'est vrai que c'est aussi dommage de ne pas avoir la possibilité d'utiliser cette sage-femme pour rendre la PMI plus facile d'accès. »

Le recrutement de médecins en PMI, titulaires comme contractuels, est présenté comme difficile, dans le département de l'Indre comme dans d'autres territoires. Le secteur du Blanc se trouve actuellement découvert.

Concernant la petite enfance, le territoire est considéré comme désormais bien équipé en structures d'accueil, de nombreuses créations ayant eu lieu en l'espace de quelques années.

Professionnel : « Je pense qu'il y a encore peut-être des régions du côté de Prissac, Chaillac peut-être où donc il manquerait encore un peu de structures d'accueil, mais il y a eu des efforts énormes de faits. (...) avec la création du relais assistantes maternelles ça permet aussi aux familles d'avoir entre guillemets les mêmes services qu'en ville. »

Professionnel : « Il fut un temps où je dirais par défaut ils prenaient une assistante maternelle parce que bon il n'y avait plus de place en multi-accueil, maintenant il y a un peu plus je dirais de choix pour les parents en dehors des horaires atypiques, évidemment, mais il y a un peu plus de choix par rapport à l'accompagnement. »

Les parents disposent donc de plusieurs modalités d'accueil qui peuvent leur être présentées en amont, ce qui diminue leurs inquiétudes.

Professionnel : « On fait de plus en plus ce que nous on appelle les primo-accueils, c'est-à-dire de mamans qui arrivent enceintes et qui ne savent pas ce qu'elles vont choisir. Donc dans notre rôle des entretiens c'est voilà, leur expliquer ce qu'est un accueil en multi-accueil et un accueil chez une assistante maternelle, pour qu'elles fassent le choix. Du coup elles ont plusieurs portes d'entrée. Ça les amène à avoir quand même une certaine sérénité (...) elles savent à qui elles vont confier leurs enfants. »

Les multi-accueils ont un public relativement diversifié. Ils permettent non seulement un accueil de l'enfant mais aussi un accueil de la famille et un soutien à la parentalité. Cela est facilité par le travail partenarial développé sur le territoire.

Professionnel : « Ici au Blanc on a la chance que la structure est dans un centre social donc les familles peuvent bénéficier de toutes les actions qui sont mises en place pour accompagner les familles ; donc il y a des groupes de paroles qui sont mis en place avec point accueil écoute jeunes, il y a des informations, des activités sur la prévention (...) il y a beaucoup d'actions mises en place sur l'accompagnement des parents, la parentalité. »

En revanche, les enfants en situation de handicap, qui présentent des difficultés particulières d'apprentissage, n'ont pas de possibilités de prise en charge adaptée et rapide. Ainsi l'accès à la pédopsychiatrie, au CMPP, au Camps nécessitent des délais longs, même si la situation semble s'être récemment améliorée pour le Camps. Les orthophonistes sont également désormais moins nombreux que par le passé, alors que les troubles du langage sont importants sur le territoire.

Professionnel : « Il y a pléthore d'orientations sur l'orthophoniste (...) Il y a des troubles du langage parce qu'on est quand même dans un milieu où il y a une grosse paupérisation avec aussi des milieux défavorisés où les parents sont en difficulté par rapport à cette appropriation du langage, à l'accompagnement de leur enfant. »

Professionnel : « Ça permettait quand même d'avoir un début d'approche d'un enfant quand il y avait besoin d'une prise en charge. Et ça va se déliter. »

L'accompagnement de ces enfants à l'école souffre de plusieurs problèmes : disparition des réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (Rased), manque de places en services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad), faible nombre

d'assistants de vie scolaire en classe qui partagent leur temps disponible entre plusieurs enfants.

Professionnel : « Des fois des enfants qui devraient bénéficier... une demande a été faite en ce sens par exemple d'une AVS tous les matins 4 heures; et ben voilà, des fois on se retrouve qu'à 9 heures par semaine ou 12 heures maximum. »

Mortalité par suicide

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

Au cours de la période 2003-2011, chaque année en moyenne, 528 personnes sont décédées par suicide en région Centre (soit 2,2 % de l'ensemble des décès). Les études sur le sujet s'accordent à dire que ce nombre est sous-estimé de 20 % et reste encore un sujet tabou. Le suicide est une priorité définie dans le cadre du programme régional de santé de l'ARS du Centre.

A l'échelle du PNR de la Brenne, au cours de la période de 2003 -2011, 9 décès annuels par suicide ont été recensés. A structure d'âge comparable, le territoire présente une mortalité par suicide égale à 25,8 décès pour 100 000 personnes, soit un taux proche de ceux observés dans le département (23,5), et la région (20,1), et supérieur à celui de la France hexagonale (16,9). Chez les hommes, ce taux est de 44,0 décès pour 100 000 personnes soit un taux proche de celui du département, mais statistiquement supérieur à ceux observés dans la région et en France. Chez les femmes, le taux de mortalité de 9,6 décès dans le territoire ne diffère pas statistiquement des taux observés dans le département, la région, et le territoire national.

Les décès par suicide dans le PNR surviennent majoritairement entre 30 et 64 ans (56,6 %). Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent 21,7 % des décès par suicide et les jeunes de 15 à 29 ans en représentent 7,2 %.

Chez les jeunes de 15 à 29 ans, la part des décès par suicide est de 18,2 %. Le suicide représente la deuxième cause de mortalité de cette tranche d'âge sur le territoire (derrière les accidents de la circulation).

Admissions en Affection de Longue Durée pour affections psychiatriques

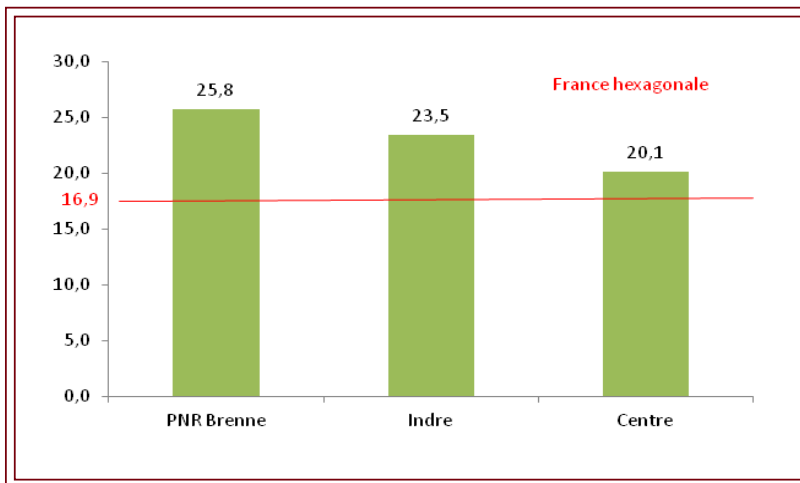
Avec 3 870 nouvelles ALD en moyenne chaque année en région Centre, les affections psychiatriques (troubles de l'humeur, de la personnalité, du comportement, retard mental...) représentent 6,7 % de l'ensemble des nouvelles admissions en ALD au cours de la période 2005-2012. Les ALD affections psychiatriques constituent le quatrième motif d'admission en ALD, derrière les maladies de l'appareil circulatoire, les tumeurs malignes et le diabète de type 1 et de type 2. A l'échelle du territoire, en moyenne 71 nouvelles admissions sont recensées par an (34 pour les hommes et 37 pour les femmes).

Il s'agit de la première cause d'admission en ALD dans la tranche d'âge des moins de 35 ans (40,9 % sur le PNR de la Brenne, 35,4 % sur le département et 30,9 % en région Centre).

Dans le PNR de la Brenne, le taux d'admissions en ALD pour affections psychiatriques est de 221,7 pour 100 000 personnes entre 2005 et 2012. En éliminant l'effet de la structure par âges, ce taux comparatif est significativement supérieur à celui de la région (156,2) et de la France (179,0) mais non significatif par rapport au département (204,1). Ces différences s'observent aussi bien chez les hommes que chez les femmes, les taux observés sur le territoire étant statistiquement plus fort qu'au niveau national et régional.

Sur le territoire d'étude, parmi les admissions en ALD affections psychiatriques de longue durée, 53,3 % sont liées à des troubles de l'humeur, 14,1 % à des troubles mentaux et du comportement lié à l'utilisation de substances psychoactives, et 7,7 % à un diagnostic de schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants.

Taux comparatif de mortalité par suicide en 2003-2011 (Taux pour 100 000)

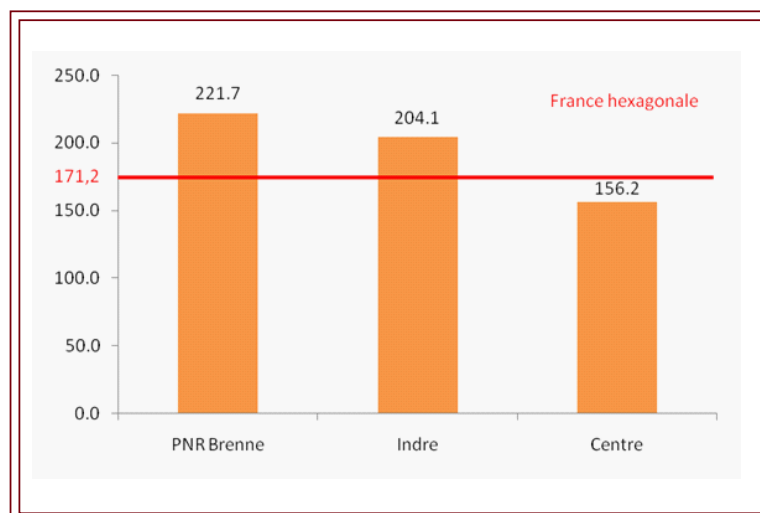


Population de référence : France métropolitaine (RP 2006)

Sources : Inserm CépiDc, Insee

Exploitation ORS Centre

Taux comparatif d'admissions en ALD pour affections psychiatriques 2005-2012 - (Taux pour 100 000 habitants) - Référence région Centre



Population de référence : France métropolitaine (RP 2006)

Sources : CNAMTS, CCMSA, RSI, Insee

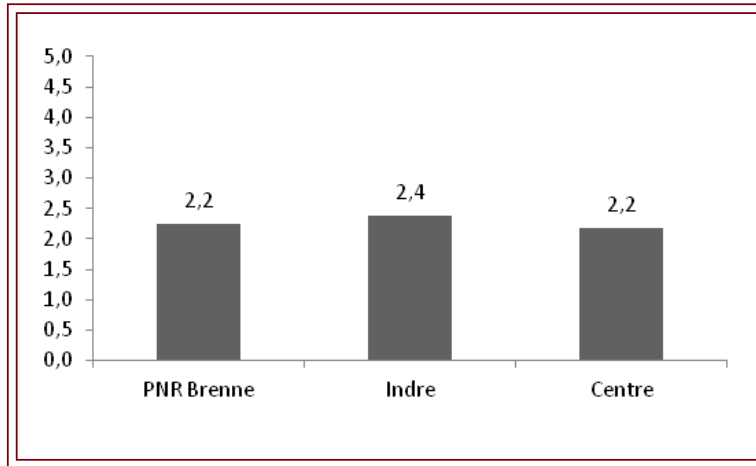
Exploitation ORS Centre

Séjours hospitaliers pour tentative de suicide probable ou certaine

Au cours de la période 2008-2010, 5 584 tentatives de suicide probables ou certaines faisant l'objet d'une hospitalisation ont été comptabilisées en moyenne chaque année en région Centre. A l'échelle du département, elles représentent 554 séjours hospitaliers par an et 70 à l'échelle du PNR de la Brenne (25 séjours hospitaliers annuels chez les hommes et 45 chez les femmes).

En éliminant les effets de la structure par âge, le taux comparatif de séjours hospitaliers pour tentative de suicide certaine ou probable est de 2,2 séjours pour 1 000 habitants, sur le territoire d'étude. Ce taux est proche de ceux observés dans le département (2,4) et en région Centre (2,2).

Taux comparatif de séjours hospitaliers pour tentative de suicide probable ou certaine - (Taux pour 1 000 habitants)



Population de référence : région Centre (RP 2010)

Sources : Simees, Insee

Exploitation ORS Centre

Prise en charge de la santé mentale

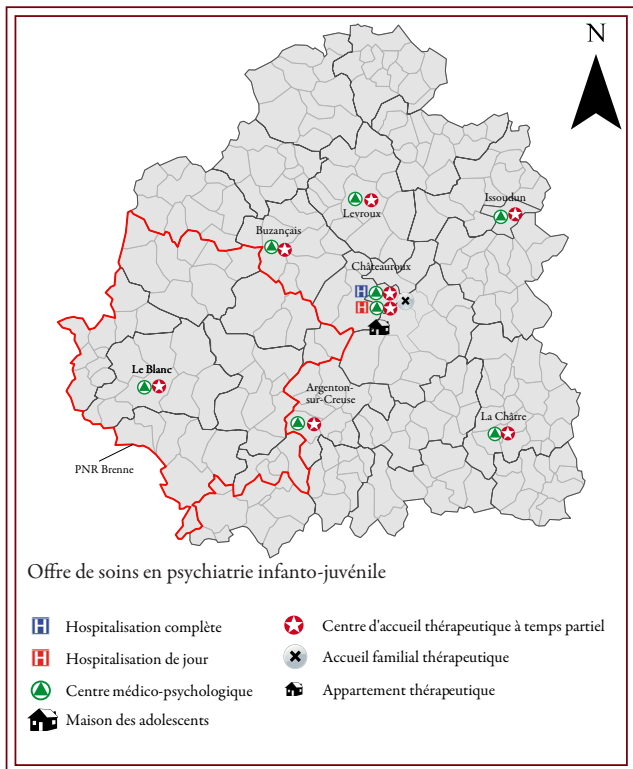
Depuis les années 60, la politique de santé mentale a profondément évolué. L'évolution de la psychiatrie hospitalière a été marquée par une diminution de la capacité d'accueil et un développement des traitements ambulatoires et de l'hospitalisation partielle. Aujourd'hui, l'offre de soins spécialisés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

La région Centre, à l'instar de nombreuses autres régions, présente un déficit important en offre de soins libérale parmi les médecins spécialistes. Ce constat est encore plus marqué si l'on considère les seuls psychiatres ou neuropsychiatres. La région Centre présente une densité de 6,1 psychiatres libéraux pour 100 000 habitants par comparaison à celle de la France hexagonale qui est de 7,9 psychiatres libéraux pour 100 000 personnes.

Quant au département de l'Indre, la densité de psychiatres libéraux est inférieure à celle observée en région Centre, et représente 4,8 psychiatres pour 100 000 habitants (soit 11 psychiatres libéraux). S'agissant du territoire d'étude, aucun psychiatre libéral n'était en exercice au 1er janvier 2014.

Les psychiatres libéraux les plus proches par rapport au territoire d'étude sont majoritairement installés dans l'agglomération de Châteauroux.

Au 1er janvier 2014, 2 psychologues libéraux sont également implantés sur le territoire, ce qui représente 6,1 professionnels pour 100 000 habitants. Cette densité est supérieure à celle relevée dans le département (3,9). En région, la densité de psychologues libéraux est de 7,8 professionnels pour 100 000 habitants.



Source : ARS

Exploitation ORS Centre

Source : ARS

Exploitation ORS Centre

L'offre de soins en psychiatrie pour adultes sur le territoire et dans une aire géographique proche se structure autour des établissements suivants :

- le centre psychiatrique de Gireugne du centre hospitalier de Châteauroux. Il dispose de 120 lits d'hospitalisation temps plein pour les adultes, auxquels s'ajoutent 15 places d'accueil en appartement thérapeutique, 12 places en hospitalisation de jour et 9 en hospitalisation de nuit. Il dispose également pour la psychiatrie infanto-juvénile de 4 places d'hospitalisation temps plein, 4 places en placement familial thérapeutique et 33 places d'hospitalisation de jour ;
- Le CMPP de Châteauroux, qui dispose de trois antennes de CMP /CATTP proposant des soins de proximité situées sur les villes d'Argenton-sur-Creuse, Buzançais, Le Blanc. Un psychiatre est présent une fois par semaine à l'antenne du Blanc.
- le centre hospitalier de La Châtre dispose d'un service gériopsychiatrique (40 lits en psychiatrie dont 20 dédiés à la gériopsychiatrie et 10 places d'hospitalisation de jour) ;
- la Clinique du Haut-Cluzeau à Chasseneuil, comprend 50 lits d'hospitalisation complète en psychiatrie adultes ;

En 2012, le centre hospitalier de Châteauroux (centre psychiatrique de Gireugne) comptabilise 35 199 journées d'hospitalisation en unité d'hospitalisation psychothérapeutique pour adultes auxquelles s'ajoutent 4 993 journées d'accueil en appartement thérapeutique. Concernant l'hospitalisation de jour en psychiatrie adulte, en 2012, cela représente 250 venues, 111 en hospitalisations de nuit auxquels s'ajoutent 9 049 venues en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel. La file active totale en psychiatrie adulte en 2012 est de 1 048 patients (24 exclusivement ambulatoire, 1 024 hospitalisés à temps plein).

En 2012, la file active du nombre de patients pris en charge par l'unité pédopsychiatrique du centre psychiatrique de Gireugne était de 942 patients (940 exclusivement ambulatoire et 2 hospitalisé à temps plein). Le centre hospitalier de Châteauroux (centre psychiatrique de Gireugne) comptabilise, en 2012, 12 journées d'hospitalisation en unité d'hospitalisation psychothérapeutique pour adultes auxquelles s'ajoutent 1 256 journées en placement familial thérapeutique. Concernant l'hospitalisation de jour en psychiatrie infanto-juvénile, en 2012, cela représente 3 819 venues, 111 en hospitalisations de nuit auxquels s'ajoutent 10 861 venues en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel.

Concernant les établissements médico-sociaux, la situation est contrastée selon les publics accueillis. Le nombre de places pour les personnes ayant des troubles autistiques correspond aux besoins observés par les professionnels, mais les listes d'attente sont longues pour les personnes en situation de polyhandicap, les personnes handicapées vieillissantes, ainsi que pour les personnes ayant eu une vie ordinaire et souffrant d'une maladie invalidante ou ayant eu un accident de la vie. La situation varie également selon le type de structures : les listes d'attentes sont plus importantes pour les foyers occupationnels que pour les foyers d'hébergement et les Esat. Concernant les Sessad et les IME, il existe également des variations d'un établissement à l'autre, mais la moyenne d'attente reste importante et se situe entre 1 et 3 ans.

Ressources disponibles sur le territoire dans le champ de la santé mentale

Le C.M.P. «Pivot» départemental de Châteauroux a pour missions le dépistage, la prévention et les soins des adultes présentant des troubles psychologiques et psychiatriques, sur le département de l'Indre. Il accueille et oriente toutes demandes de consultations. Il coordonne les prises en charge en lien avec l'hospitalisation, les urgences du centre hospitalier de Châteauroux, les urgences du centre hospitalier du Blanc

et les partenaires extérieurs.

Le réseau santé précarité de l'Indre rejetant l'exclusion (Respire) et l'équipe mobile spécialisée en soins psychiatriques (EMSSP), constituée de 2 psychologues et 2 infirmiers) ont pour objectif la prise en compte de la souffrance et la détresse psychique d'origine sociale des populations précaires et démunies, sur l'ensemble du département de l'Indre.

L'association Atout-Brenne gère sept établissements et services à destination d'enfants et d'adultes porteurs de handicap (270 places) répartis en un pôle enfance (Un institut médico-éducatif et un Service d'éducation spéciale et de soins à domicile) et un pôle adulte (deux foyers de vie, un foyer d'hébergement, un Service d'aide à la vie sociale et un établissement et service d'aide par le travail). Ces établissements sont répartis sur Le Blanc et ses alentours (40 km autour du Blanc). L'association organise avec son réseau de partenaires plusieurs actions auprès de ses usagers (accès aux soins, programme d'éducation nutritionnelle, accompagnement à la vie amoureuse et affective, prévention des IST, prévention des conduites addictives...).

- Le réseau Albatros est une structure relais de soins bucco-dentaires destinée aux personnes présentant un handicap mental, un problème comportemental ou un trouble phobique nécessitant une prise en charge spécifique. En 2014, il est intervenu au Foyer d'activités occupationnelles (Le Blanc) et à l'Institut médico-éducatif (Le Blanc) pour permettre aux patients ayant un handicap mental d'accepter les soins dentaires dont ils ont besoin. La MSA Berry-Touraine a fait également intervenir le dentiste conseil de la MSA pour une sensibilisation à la santé bucco dentaire des usagers, et de l'éducateur de l'Esat la maison Blanche à Douadic en septembre 2013. Il a permis de favoriser l'acquisition d'une hygiène bucco dentaire et de rappeler la nécessité d'un suivi régulier.

Depuis 2004, des formations au repérage de la crise suicidaire, sont organisées deux fois par an sur le département, pour créer un sous-réseau de professionnels attentifs aux personnes en difficulté (300 personnes environ ont été formées sur le département). Une conférence est organisée chaque année en février sur le sujet.

Le Codes 36 coordonne le plan départemental de prévention du suicide. L'ensemble des partenaires travaillant à la prévention du mal-être et du suicide se réunit une fois tous les deux mois. Cela permet aux différents acteurs (pôle de psychiatrie de l'hôpital, service de psychiatrie infanto-juvénile, service des urgences, services de santé scolaire, CMPP, le réseau Respire, médecine du travail, police, gendarmerie...) de mieux se connaître et d'écourter le délai de rendez-vous pour des personnes jugées en risque suicidaire.

Le Codes répertorie les membres du réseau sur son site internet, et informe les médecins généralistes dans le cadre de formations continues. Des partenaires sont également relais de cette information, comme l'équipe mobile gériatrique « Être Indre » dans les Ehpad et maisons de retraite.

-Le Codes réalise des interventions pour la prévention du stress au collège du Blanc, pour les jeunes qui rentrent en 6ème et pour ceux qui sont amenés à passer le brevet en 3ème

L'Association « plein être, plein de vie » propose depuis 2014 des rendez-vous individuels et ateliers collectifs pour pratiquer la méditation de pleine conscience. Ces ateliers visent à donner aux particuliers les moyens durables de réduire leur stress et d'améliorer leur qualité de vie. Cette thérapie comportementale a été adaptée pour une utilisation dans le cadre de l'éducation à la santé. Le protocole s'étend sur 8 semaines au cours desquelles les participants prêtent une plus grande attention à leurs comportements, sensations, et effectuent des exercices pratiques (étirement, méditation...). Parallèlement, l'association propose des formations aux entreprises, collectivités, associations. Il s'agit d'étudier les situations de stress vécues au travail, et de développer les compétences psychosociales permettant de mieux les gérer.

Synthèse de la rencontre avec les professionnels «santé mentale»

Une première observation peut être faite quant à l'importance du nombre d'acteurs venus témoigner de leur activité, de leurs expériences de terrain. Cette forte mobilisation est liée à une problématique importante sur le territoire du PNR de la Brenne : la faible démographie de professionnels du secteur, qui s'accompagne de difficultés quant à leur renouvellement. Cette situation suscite de nombreuses inquiétudes et des attentes fortes de la part des professionnels (santé, social et médico-social) quant aux décisions qui seront prises pour la mise en place du contrat local de santé,

Professionnel : « Ces médecins-là c'est clair qu'au jour d'aujourd'hui il en manque déjà mais y a pas effectivement de renouvellement de population du corps médical qui nous laisse entendre qu'il va y avoir une pérennisation. »

Professionnel : « Les années passent les troubles se détériorent de plus en plus, le territoire est de plus en plus désertifié (...) je pense que ce contrat local de santé il doit être ambitieux, il doit être politique et dire « stop ça suffit maintenant qu'est-ce qu'on fait pour le territoire ? » »

En matière de santé mentale, le manque de professionnels jugé le plus problématique concerne les psychiatres, même s'il existe aussi des difficultés de recrutement et des postes à pourvoir dans les établissements et services médico-sociaux.

Professionnel : « Pour les psychologues on arrive encore relativement aisément à avoir des rendez-vous, mais pour les psychiatres c'est la croix et la bannière ! »

Professionnel : « Les médecins ne sont pas les seuls concernés, parce que dans le secteur éducatif, on cherche des chefs de service on n'en trouve pas, on cherche des éducateurs on n'en trouve pas, on a fait passer une annonce pour un éducateur spécialisé, y a quinze jours on a deux courriers à ce jour... »

Professionnel : « Orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes, je crois qu'on peut tous les lister... »

Une autre source de difficultés d'accès à la psychiatrie est liée à l'éloignement des lieux de consultation. Un psychiatre de liaison intervient actuellement sur l'antenne du CATTP au Blanc, mais le territoire a été dépourvu de relais local pendant plusieurs mois :

Professionnel : « On a des relais qui sont les infirmières psychiatriques, on peut avoir des aides avec les psychologues mais il n'y a pas un psychiatre qui consulte (...) autant que je sache. »

Professionnel : « Ça fait 6 ans que je suis sur l'hôpital du Blanc, donc... en ayant essayé de contacter mes collègues du CMP, infirmiers

ou psychologues, ils m'ont dit effectivement que les consultations avec un psychiatre après c'était à Argenton, et ils ne voulaient pas, ni se déplacer, ni recevoir la filière Gireugne. »

Le manque de psychiatres engendre des délais d'attente très importants pour obtenir un rendez-vous. Même les situations d'urgence ne trouvent pas de réponse immédiate.

Professionnel : « Même en situation d'urgence avec des résidents ...qui ont déjà une pathologie psychique connue, diagnostiquée, ont les médecins psychiatres au Cluzeau qui doivent les suivre, pour une consultation d'urgence, ils nous font attendre 15 jours. (...) Il faut tenir. »

Les représentants des établissements médico-sociaux ont souligné les nombreux déplacements qu'il leur est nécessaire d'organiser pour permettre à leurs résidents de consulter les psychiatres. Ces déplacements occasionnent des frais de transport et aussi du temps d'accompagnement, engendrant de fortes contraintes dans l'activité des établissements. D'autant plus que la prise en charge de la souffrance mentale, psychique, est un accompagnement dans la durée, qui nécessite des suivis très réguliers.

Professionnel : « Récemment y a eu un médecin psychiatre qui avait un petit temps... et il est parti à la retraite, impossible de le remplacer... il faut bien que les personnes qui ont des besoins de cet ordre-là puissent être couverts donc ce sont les éducateurs qui accompagnent donc au Cluzeau, donc on est à 40 min à peu près le temps de monter dans la voiture ça fait une heure, une heure aller une heure retour, plus un éducateur pour une ou plusieurs personnes à temps plein pour aller voir le psychiatre qui effectivement... à certains moments, passait, top chrono : 3 minutes... »

Au-delà des personnes déjà accompagnées dans des structures médico-sociales, les difficultés d'accès à la psychiatrie ont un impact négatif pour l'ensemble de la population du territoire car elles diffèrent le diagnostic précoce des pathologies, le début des prises en charge et diminuent la régularité des suivis.

Habitant : « Il y a des délais d'attente de 6 mois voire plus, hein, 6 mois je crois que c'est le minimum. Et c'est vrai que j'ai rencontré des parents ici qui étaient complètement démunis face à ces pathologies, qui sont pas forcément bien informés sur le cursus de santé pour avoir des bilans clairs et précis sur les pathologies des enfants. »

Professionnel : « Des personnes qui sont fragiles psychologiquement vont pas forcément faire la démarche pour aller consulter et c'est à ces personnes- là qu'on va demander d'autant plus de démarches, d'insistance, et ça c'est très compliqué...y a beaucoup d'arrêts de suivi de gens qui sont pas très dans la demande. »

D'autres ressources présentes sur le territoire en matière d'accompagnement, notamment des psychologues (libéraux et salariés), répondent en partie aux besoins.

Professionnel : « On a des relais qui sont les infirmières psychiatriques, et on peut avoir des aides avec les psychologues. »

Professionnel : « Pour les pathologies c'est vrai qu'on se tourne énormément vers le réseau Respire (...) effectivement ce ne sont pas des médecins psychiatres mais quand même des infirmiers, une équipe qui est très réactive (...) avec les collègues de l'Anpaa aussi, avec la Maison des ados, par rapport aux troubles des jeunes. »

Cependant toutes les réponses apportées ne sont pas jugées satisfaisantes, et certaines modalités d'accompagnement proposées ne permettent pas de prévenir la dégradation des situations individuelles. Ainsi, pour la Maison des adolescents (MDA), le choix effectué dans le département de l'Indre a été de se déplacer en réponse aux demandes plutôt que de mettre en place des permanences sur l'ensemble du territoire.

Professionnel : « Il faut une prise de rendez-vous... des disponibilités, et y a pas de permanence régulière où on pourrait dire aux jeunes, « si vous vous sentez pas bien, vous avez la possibilité d'aller là-bas tel jour à telle heure »... il faut déjà en être arrivé au stade de prendre un rendez-vous ; on est déjà plus au stade du renseignement. »

Professionnel : « On pallie, on pallie, et puis on a beau essayer... souvent on a des rendez-vous très tardifs et entre le rendez-vous chez le psychiatre et le moment où nous on interpelle ben malheureusement la situation se dégrade et puis on est obligés de passer par les urgences (...) face à certaines pathologies, notamment par rapport à l'addiction, on va à peu près systématiquement nous en tant que Ssiad à l'échec, et derrière c'est le retour à domicile pas forcément possible (...) on a des personnes qu'on maintient à domicile... on le fait parce qu'humainement on va suivre, on n'a pas non plus envie de les lâcher tout seuls dans la nature mais on sait pertinemment que au niveau sécuritaire on n'y est plus. »

Faute d'accompagnement mis en place à temps et de façon suffisamment régulière, on assiste à une croissance des situations de crises aiguës qui nécessitent une prise en charge d'urgence. Cela s'accompagne d'un épuisement des professionnels qui recherchent toujours des réponses aux urgences plutôt que de pouvoir accompagner leurs patients dans la durée.

Concernant les établissements médico-sociaux, la situation est contrastée selon les publics accueillis. Le nombre de places pour les personnes ayant des troubles autistiques correspond aux besoins observés par les professionnels. Les listes d'attente sont en revanche longues pour les personnes en situation de polyhandicap, les personnes handicapées vieillissantes, ainsi que pour les personnes ayant eu une vie ordinaire et souffrant d'une maladie invalidante ou ayant eu un accident de la vie. La situation varie également selon le type de structure : les listes d'attentes sont plus importantes pour les foyers occupationnels que pour les foyers d'hébergement et les Esat. Concernant les Sessad et les IME, il existe des variations d'un établissement à l'autre, mais la moyenne d'attente est importante et se situe entre 1 et 3 ans. Ces délais ne permettent pas de répondre en temps aux besoins des enfants pour leur développement. Ils restent scolarisés en milieu ordinaire mais avec un accompagnement insuffisant/inexistant.

L'accompagnement à domicile devient alors difficile voire ingérable pour les familles concernées.

En institution, le manque de places adaptées aux besoins des personnes, que ce soit en psychiatrie ou dans les établissements médico-sociaux, conduit à trouver des réponses de substitution, en établissement ou à domicile. Ainsi, un Ssiad dédié aux personnes âgées prend en charge des personnes plus jeunes souffrant de pathologies psychiatriques. D'autres situations de compensation peu satisfaisantes ont été rapportées :

Professionnel : « j'ai vu des personnes qui sont en attente pour la Mas de Lureuil qui sont en foyer résidence, où malheureusement leur place est là sans être là. »

Professionnel : « Nous on n'a rien à faire avec les personnes âgées a priori...puisque'on est plus sur le handicap, pourtant on gère les situations d'urgence de personnes âgées, et d'enfants, parce que en même temps... où est-ce qu'on les mets ? On les envoie à deux heures ? À Paris ? »

Mortalité par cancers

Au cours de la période 2003-2011, les décès par cancers ont été responsables de plus de 6 892 décès annuels en région Centre. Ils représentent 28,4 % de l'ensemble des décès survenus en région, soit un taux comparable à celui observé au niveau national (28,3 %). Au cours de cette même période, à l'échelle du PNR de la Brenne, 122 décès annuels ont été recensés (74 pour les hommes et 48 pour les femmes), représentant 25,8 % de l'ensemble des décès du territoire.

A structure d'âge égale, le taux comparatif de mortalité par cancer du territoire (256,5 décès pour 100 000 personnes) est significativement plus élevé que celui observé au niveau national (237,6 décès pour 100 000 personnes), mais la différence n'est pas significative par rapport au niveau départemental (249,4) et régional (244,0).

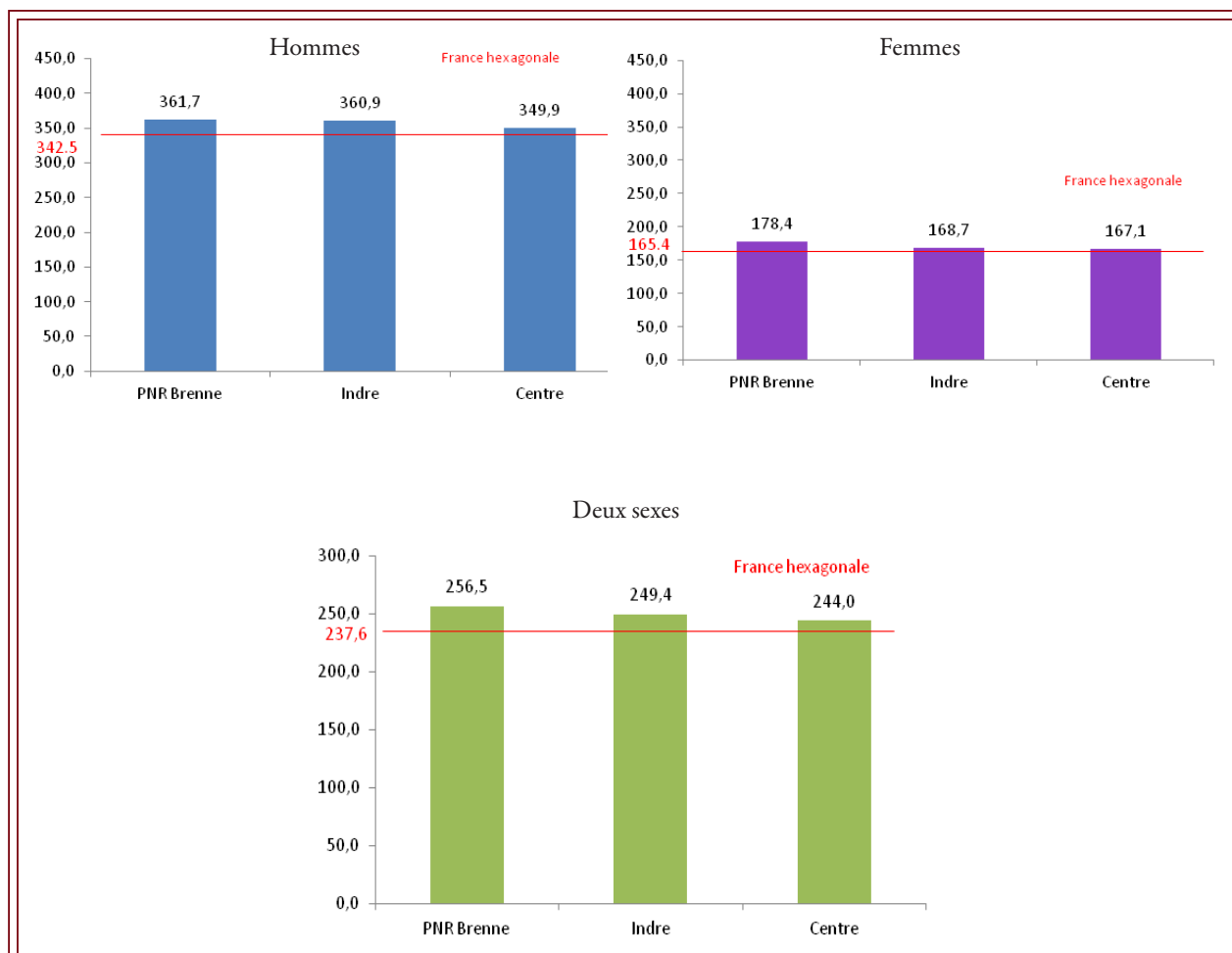
S'agissant des décès prématurés par cancers, le taux comparatif de mortalité du territoire est de 118,5 décès pour 100 000 habitants. Les différences par rapport aux taux observés dans le département (116,2), en région (110,5), et en France (105,5) ne sont pas statistiquement significatives.

Le décès par cancer de la trachée, des bronches et du poumon est la première cause de décès par cancers sur le territoire. Au cours de la période 2003-2011, il a été responsable de 18 décès par an. Avec 42,4 décès pour 100 000 habitants, le taux comparatif de mortalité (par cancer de la trachée, des bronches et du poumon) du territoire est proche de ceux du département (42,2) et de la région (43,6), et de la France (45,3). Le cancer du côlon-rectum est la deuxième cause de décès par cancers des habitants du PNR de la Brenne. Au cours de la période, 13 décès annuels ont été recensés. Le taux comparatif de mortalité pour cette cause est de 25,8 décès pour 100 000 habitants, soit un taux non significativement différent de ceux observés dans le département (28,6) dans la région (27,7), et en France (26,4).

Le cancer du sein constitue la première cause de mortalité féminine par cancers sur le territoire. Au cours de la période, 8 décès annuels ont été recensés. Le taux de mortalité par cancer du sein sur le territoire est de 36,4 décès pour 100 000 femmes. C'est-à-dire un taux non significativement différent de ceux observés sur les différents territoires de référence.

Le cancer de la prostate est la deuxième cause de cancer chez les hommes sur le territoire. Il est responsable de 12 décès annuels au cours de la période. A structure d'âge égale, le taux comparatif de mortalité par cancer de la prostate du PNR de la Brenne (44,9 décès pour 100 000 hommes) est significativement plus élevé que ceux des autres territoires de référence (35,5 pour l'Indre, 33,5 pour la région, et 29,1 pour la France hexagonale).

Taux comparatif de mortalité par cancers 2003-2011
Référence France hexagonale (RP 2006) - (Taux pour 100 000 habitants)



Sources : Inserm CépiDc, Insee

Exploitation ORS Centre

Admissions en affection de longue durée (ALD)

Entre 2005 et 2012, 13 257 nouvelles admissions annuelles en ALD pour tumeurs malignes ont été recensées en région Centre. A l'échelle du territoire, elles représentent en moyenne 209 nouvelles admissions par an (121 chez les hommes et 88 chez les femmes).

Le taux comparatif d'admissions en ALD pour cancers est de 493,1 nouvelles admissions en ALD cancers pour 100 000 habitants du PNR de la Brenne. Ce taux est proche de ceux observés dans le département (501,1) la région (497,1) et en France hexagonale (492,9).

Avec 45 nouvelles admissions par an, le cancer de la prostate occupe le premier rang en termes d'admissions ALD pour cancers sur le territoire. Le taux comparatif pour le PNR de la Brenne est de 195,3 admissions en ALD cancer de la prostate pour 100 000 personnes, soit un taux statistiquement supérieur à celui de la région (161,0) et du territoire national (161,6), mais proche de celui de l'Indre (179,8).

Le cancer du sein est le deuxième motif d'admission en ALD pour cancers sur le territoire d'étude (en moyenne 32 nouvelles admissions par an). Sur la période 2005-2012, le taux comparatif pour le territoire est de 163,1 nouvelles admissions en ALD cancer du sein pour 100 000 femmes. Ce taux est statistiquement inférieur à celui observé en région Centre (183,6) ; les différences avec les taux d'admission en ALD de l'Indre (154,7), et de la France (179,8) ne sont pas significatives.

S'agissant du cancer colo-rectal, 23 nouvelles admissions sont recensées chaque année sur le territoire. Le taux comparatif est de 50,5 admissions en ALD cancer colo-rectal pour 100 000 habitants pour les deux sexes confondus. Le taux observé sur le territoire est inférieur au taux départemental (59,0), mais ne diffère pas du niveau régional (52,4) et national (51,7). Le taux d'admission diffère en fonction du sexe : 37,3 chez les femmes et 66,7 admissions pour 100 000 personnes chez les hommes sur le territoire de la Brenne.

Sur la période 2005-2012, le cancer de la trachée, des bronches et des poumons a été responsable de 14 nouvelles admissions en ALD par an. Le taux comparatif (deux sexes confondus) est de 34,6 nouvelles admissions en ALD cancer du poumon pour 100 000 personnes. Ce taux ne diffère pas significativement des taux observés sur les territoires de référence les taux qui sont respectivement de 36,6 pour le département, 38,2 pour la région et de 40,2 pour la France. Mais ces taux observés varient beaucoup selon le sexe (17,7 chez les femmes et 51,3 chez les hommes sur le PNR de la Brenne). Sur le territoire, les hommes comptent moins d'admissions en ALD cancer du poumon en comparaison du territoire national (51,3 contre 64,7). La différence n'apparaît pas statistiquement significative avec le niveau départemental (58,8) et régional (61,3).

Séjours hospitaliers

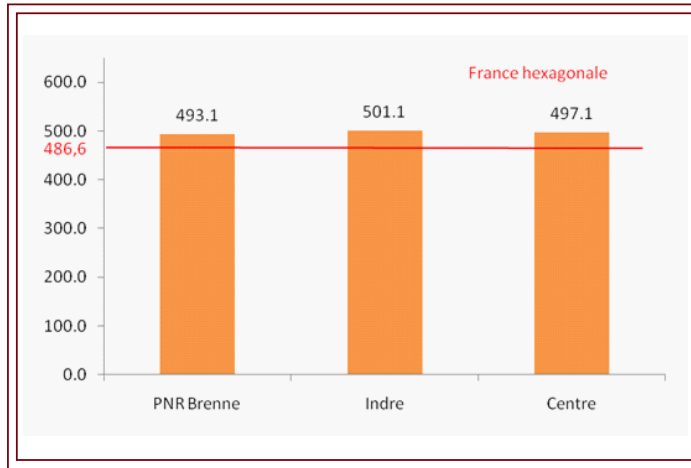
Entre 2008 et 2010, 168 548 séjours hospitaliers pour cancers (hors radiothérapie ambulatoire) ont été enregistrés chaque année en région Centre, 18 328 dans l'Indre et 2 480 sur le territoire d'étude. En éliminant les effets liés à la structure par âge, le taux comparatif de séjours hospitaliers pour cancers sur le territoire d'étude est de 64,0 séjours pour 1 000 habitants. Ce taux est significativement inférieur à ceux observés dans le département (68,8) et en région Centre (67,0).

Sur le territoire d'étude, le cancer colo-rectal est responsable de 418 séjours hospitaliers chaque année (entre 2008 et 2010). Le taux comparatif de séjours hospitaliers pour cancer colo-rectal est de 10,1 séjours pour 1 000 habitants sur le parc naturel régional. Ce taux est significativement supérieur à celui observé sur le département (9,5) et inférieur à celui de la région (11,3).

Entre 2008 et 2010, 325 séjours hospitaliers pour cancer du sein ont été enregistrés chaque année sur le PNR de la Brenne, ce qui constitue le second motif de recours à l'hospitalisation pour cancers après le cancer colo-rectal. En éliminant les effets liés à la structure par âge, le taux comparatif de séjours pour cancer du sein est de 18,4 séjours pour 1 000 femmes, soit un taux significativement inférieur à ceux observés dans le département (20,0) et en région (19,7).

Le cancer de la prostate représente 217 séjours hospitaliers par an. A structure d'âge égal, le taux comparatif est de 10,4 séjours pour 1 000 hommes, soit un taux significativement supérieur à ceux observés dans le département (9,2) et en région (8,3).

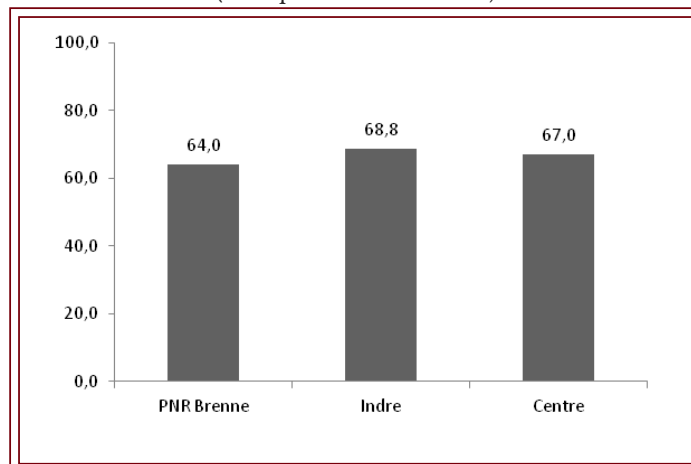
Taux comparatif d'admission en ALD pour cancers 2005-2012 (Taux pour 100 000 habitants)



Population de référence : France hexagonale (RP 2006)
Sources : CNAMTS, CCMISA, RSI, Insee

Exploitation ORS Centre

Taux comparatif de séjours hospitaliers tous cancers* (Taux pour 1 000 habitants)



Population de référence : région Centre (RP 2010)

*Hors radiothérapie ambulatoire

Sources : Simecs, Insee

Exploitation ORS Centre

Le cancer du poumon représente 199 séjours hospitaliers chaque année sur le territoire, soit un taux comparatif de 5,4 séjours pour 1 000 habitants. Cette proportion est significativement inférieure à celles du département (6,1) et de la région (6,8).

Recours au dépistage organisé

Le dépistage organisé du cancer du sein est généralisé sur l'ensemble du territoire français depuis 2004. Il concerne toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans. Tous les deux ans, elles sont invitées à venir se faire dépister (mammographie avec double lecture et examen clinique des seins). Au cours de la période 2012-2013, 2 542 femmes âgées de 50 à 74 ans du territoire d'étude ont participé au dépistage organisé du cancer du sein (effectif cumulé sur les 2 années), soit un taux de participation de 48,2 %. Ce taux est inférieur à ceux observés dans le département (55,6 %) et en région Centre (63,0 %). Les données transmises par le Credep 36 sur le PNR de la Brenne indiquent un taux de participation sur le territoire de 52,5 % lors de la campagne 2012-2013.

Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein sur le PNR de la Brenne (2012-2013)

	Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein
PNR Brenne	48,2 %
Indre	55,6 %
Centre	63,0 %

Source : ARS Centre

Exploitation ORS Centre

Le dépistage organisé du cancer colorectal est destiné aux personnes âgées de 50 à 74 ans, invitées tous les deux ans à réaliser un test de présence de sang dans les selles (Test Hemocult II)..

Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal sur le PNR de la Brenne (2012-2013)

	Taux de participation au dépistage organisé du cancer colo-rectal
PNR Brenne	24,5 %
Indre	27,5 %
Centre	32,8 %

Source : ARS Centre

Exploitation ORS Centre

Au cours de la période 2009-2010, 2 631 personnes du territoire ont participé au dépistage organisé du cancer colo-rectal, soit un taux de participation de 24,5 %. Ce taux est inférieur à ceux observés dans le département (27,5 %), et la région (32,8%) Lors de la campagne 2012-2013, le Credep 36, en charge des campagnes de dépistage organisé de ces cancers, fait état de 2691 tests ont été réalisés par des habitants du PNR de la Brenne, soit un taux de participation de 25,1 %

Ressources disponibles sur le territoire dans le champ des cancers

Dans le cadre du plan cancer national, le Credep 36 gère les campagnes de dépistage organisé des cancers du sein et colorectal sur le département de l'Indre. Le Médecin Coordinateur veille au bon déroulement des campagnes de dépistage et assure le suivi des dossiers, l'information et la formation des médecins et professionnels de santé sur le département, l'information aux populations concernées, ainsi que la communication « médias » (BIP TV, France Bleu, Presse). Tous les assurés sociaux âgés de 50 à 74 ans sont invités à se faire dépister. Sur le département de l'Indre, 11.000 tests de dépistage du cancer colorectal, et de 10 000 à 11 000 mammographies sont réalisées en moyenne chaque année.

La ligue contre le cancer a pour mission le financement de la recherche, l'amélioration de la qualité de vie des personnes malades et de leurs proches, et l'information, la sensibilisation pour prévenir et lutter contre le cancer. Le comité départemental de l'Indre réalise des actions de prévention du tabagisme dans les collèges du département. Sur le PNR, le comité départemental de la ligue contre le cancer intervient dans les classes de 5ème au Blanc et à Tournon-Saint-Martin.

Oncocentre, réseau de cancérologie de la région Centre, réunit les professionnels de santé, les établissements de soins et les acteurs institutionnels, de statut public, privé ou associatif, qui s'engagent à une action coordonnée en matière de cancérologie, en vue d'optimiser la prise en charge des patients, la qualité et la sécurité des soins et l'organisation structurelle du dispositif de soins en cancérologie. Ce réseau agit en synergie avec des réseaux territoriaux constitués en vue du même objectif. Oncoberry est un de ces réseaux, chargé de formaliser et favoriser la prise en charge multidisciplinaire des patients atteints de cancer dans le bassin de vie du Cher et de l'Indre

Après une évaluation des besoins du patient ou de l'entourage faite par le réseau, Oncoberry peut prendre en charge différents soins de support et fournir aux patients une liste de professionnels conventionnés:

- un suivi psychologique : 5 consultations, en cabinet ou au domicile, peuvent être financées par année civile et par personne. (le réseau a signé des conventions avec 7 psychologues libéraux dont 1 sur la région de la Brenne qui consulte sur Le Blanc et Mézières-en-Brenne). 2 patients du PNR ont bénéficié de ce dispositif en 2013, pour 9 consultations.
- un suivi diététique : 3 consultations par année civile et par personne peuvent être financées. Le réseau dispose de 8 diététiciens libéraux partenaires dont 2 sur la région de la Brenne qui consultent sur Le Blanc et Azay le Ferron. Sur le PNR, 5 patients ont été pris en charge en 2012 et 2 patients en 2013.
- des soins socio-esthétiques. 3 séances à domicile par année civile et par personne ou 1 atelier par mois sont pris en charge. Le réseau a signé une convention avec l'Union Départementale des Associations Familiales de l'Indre qui met 2 socio-esthéticiennes à disposition. 3 patients ont été pris en charge en 2013 sur le PNR (7 séances).

Les professionnels saisissent un compte-rendu à chaque fin de consultation sur le Dossier Communicant de Cancérologie qui peut être consulté par tous les professionnels de santé mentionnés par le patient dans sa fiche d'adhésion.

Le réseau Oncoberry a également mis en place des réunions d'informations sociales animées par 2 assistantes sociales. Le 1er trimestre 2013, 3 réunions ont eu lieu sur l'accès au droit (prise en charge à 100%, dépassement d'honoraires, aide à la mutualisation, prothèses capillaires...) ; sur la mise en place d'aides humaines et techniques (aide à domicile, portage de repas, télé-assistance, aménagement du logement...) et sur les aspects professionnels (reprise d'activité temps plein ou temps partiel, médecine du travail, aménagement du poste de travail...). 13 personnes y ont participé dont une résidant dans la Brenne. Ces réunions d'informations sociales ont été transformées depuis en groupes de convivialité mensuels (tous les 1er mardi de chaque mois). Les patients participants apprécient surtout de se retrouver tous les mois dans un lieu non médicalisé, avec des échanges ne se font pas seulement autour de la maladie.

Mortalité par maladies cardiovasculaires

Au cours de la période 2003-2011, les maladies cardiovasculaires ont été responsables de près de 6 726 décès annuels en région Centre. Ils représentent 27,8 % de l'ensemble des décès survenus en région. La mortalité pour cette cause de décès en région Centre est comparable à la moyenne nationale. A l'échelle du territoire, 144 décès annuels sont recensés (68 chez les hommes et 76 chez les femmes) représentant 30,5 % de l'ensemble des décès du territoire. En éliminant les effets de la structure d'âge de la population, le taux comparatif de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire est de 259,3 décès pour 100 000 personnes, ce qui est similaire au taux départemental (259,9), et significativement supérieur aux taux régional (224,4) et national (229,1).

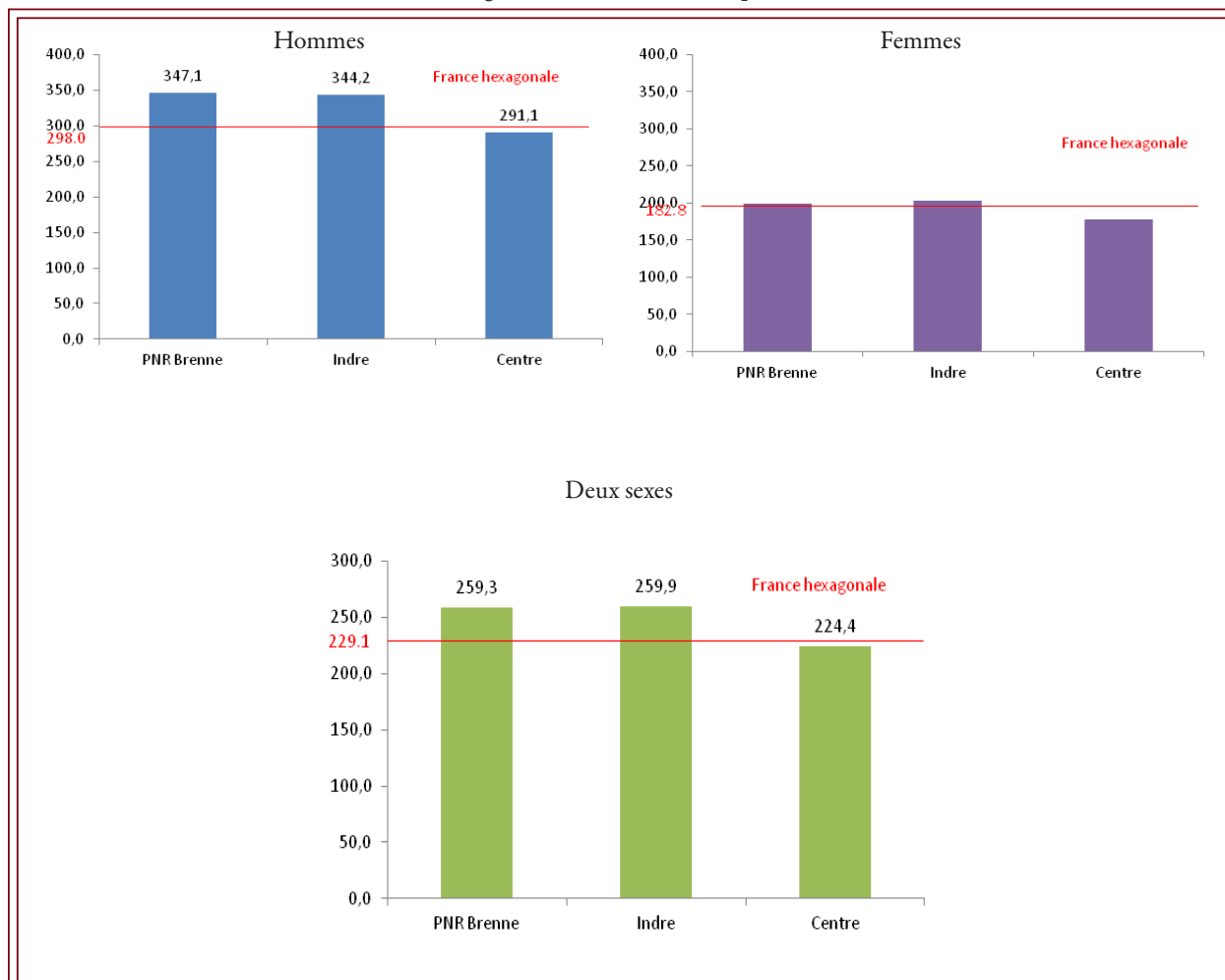
Chez les hommes comme chez les femmes, ce taux comparatif de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire du parc est également proche du taux départemental et significativement supérieur à ceux observés dans la région et en France.

Les cardiopathies ischémiques et les maladies vasculaires cérébrales représentent les premières causes de mortalité par maladie de l'appareil circulatoire. Ces pathologies comptent chacune 35 décès annuels recensés en moyenne sur la période 2003-2011 sur le PNR. Le taux comparatif de mortalité par cardiopathies ischémiques est de 65,9 décès pour 100 000 personnes (deux sexes confondus). Ce taux est proche de ceux observés dans le département (71,0), en région (60,8) et en France (60,1).

Le taux comparatif de mortalité par maladie vasculaire cérébrale est de 65,0 décès pour 100 000 personnes, proche de celui de l'Indre (61,2), mais statistiquement supérieur aux taux de la région (50,5) et de la France (51,5).

Les décès prématurés (décès survenant avant 65 ans) liés à ces maladies vasculaires cérébrales représentent sur le territoire 14,4 décès pour 100 000 habitants, soit un taux également plus élevé que ceux observés dans la région (7,3) et en France (6,9).

Taux comparatif de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire 2003-2011
Référence France hexagonale (RP 2006) - (Taux pour 100 000 habitants)



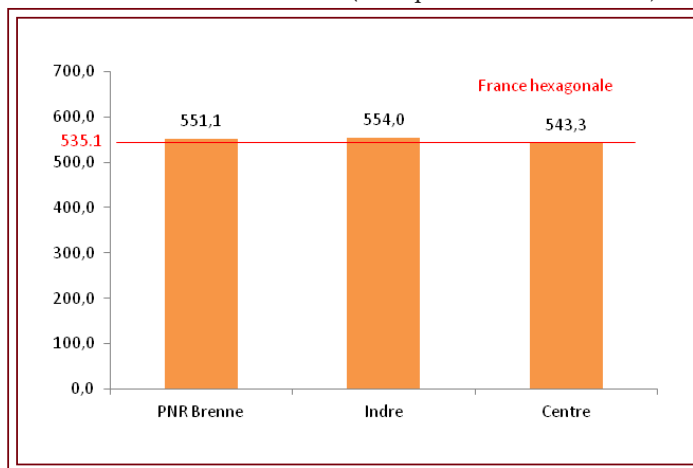
Sources : Inserm CépiDc, Insee

Exploitation ORS Centre

Admissions en affection de longue durée (ALD)

Au cours de la période 2005-2012, près de 14 876 nouvelles admissions annuelles en ALD pour maladies cardiovasculaires ont été recensées en région Centre. Au niveau du PNR de la Brenne, elles représentent 250 nouvelles admissions par an (143 chez les hommes et 107 chez les femmes). Le taux comparatif d'admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires est de 551,1 admissions pour 100 000 habitants sur le territoire (deux sexes confondus). Ce taux est proche de celui du département (554,0), de la région (543,3) et de la France (535,1). L'indicateur présenté ici prend en compte 4 codes de la liste des 30 ALD (1: accident vasculaire cérébral invalidant, 3: artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques, 5: insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves, 13: maladie coronaire). A noter que depuis 2011, l'hypertension artérielle a été supprimée de la liste des ALD 30. En termes de proportions, les admissions pour insuffisance cardiaque représentent 38,2 % des ALD maladies cardiovasculaires du territoire. Les maladies coronaires sont responsables de 30,3 % des admissions en ALD. Les artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques représentent 18,2 % des admissions et les accidents vasculaires cérébraux invalidants 13,3 %.

Taux comparatif d'admission en ALD pour maladies cardiovasculaires 2005-2012 (Taux pour 100 000 habitants)



Population de référence : France hexagonale (RP 2006)
Sources : CNAMTS, CCMISA, RSI, Insee

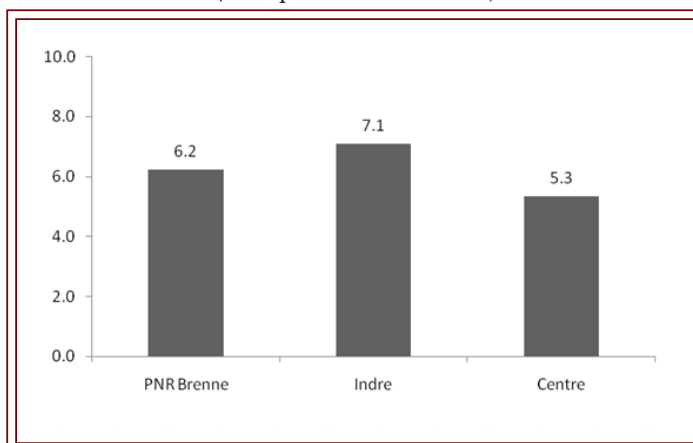
Exploitation ORS Centre

Séjours hospitaliers

Entre 2008 et 2010, 13 415 séjours hospitaliers pour cardiopathies ischémiques ont été enregistrés chaque année en région Centre. Dans l'Indre, ce motif représente 1 922 séjours hospitaliers chaque année, et 252 sur le territoire d'étude.

En éliminant les effets liés à la structure par âge, le taux comparatif de séjours hospitaliers pour cardiopathies ischémiques est de 6,2 séjours pour 1 000 habitants sur le territoire d'étude. Ce taux est significativement inférieur à celui de l'Indre (4,9) et supérieur à celui de la région Centre (5,3).

Taux comparatif de séjours hospitaliers cardiopathie ischémique (Taux pour 1 000 habitants)



Sources : Simees, Insee

Exploitation ORS Centre

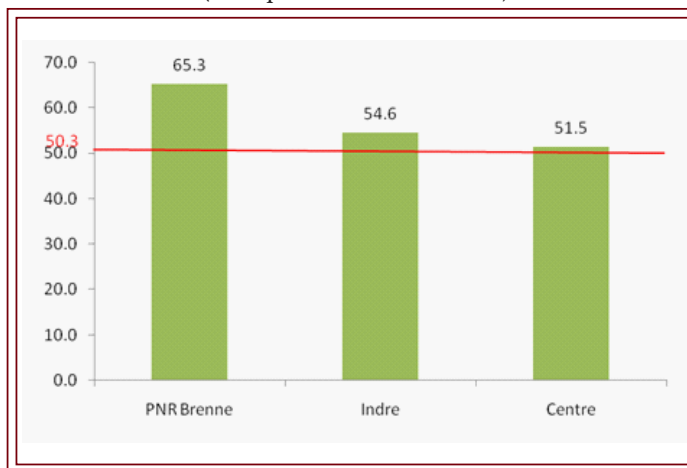
Population de référence : région Centre (RP 2010)

Mortalité par diabète

Au cours de la période 2003-2011, le diabète a été responsable de 1 509 décès par an sur la région Centre, 131 décès annuels dans l'Indre et 35 décès sur le territoire.

En éliminant les effets liés à l'âge, le taux comparatif de mortalité par diabète est de 65,3 décès pour 100 000 personnes sur le PNR de la Brenne (deux sexes confondus). Ce taux est statistiquement plus élevé que les taux départemental, régional et national (respectivement 54,6, 51,5 et 50,3 décès pour 100 000 personnes). Le taux comparatif de mortalité des hommes est de 85,1 décès, et celui des femmes de 50,2 décès pour 100 000 personnes. Ces taux sont tout deux significativement supérieurs à ceux observés en région et en France.

Taux comparatif de mortalité par diabète* 2003-2011
(Taux pour 100 000 habitants)



Population de référence : France hexagonale (RP 2006) Exploitation ORS Centre
Sources : Inserm CépiDc, Insee

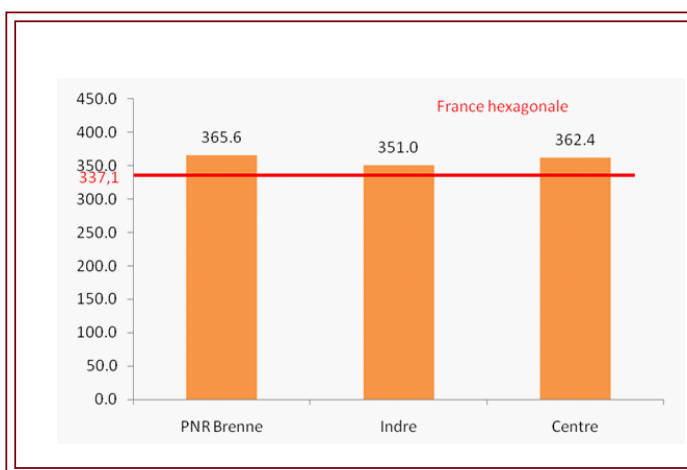
*Cause initiale, associée, comorbidité de décès

Admissions en affection de longue durée (ALD)

Au cours de la période 2005-2012, 9 584 nouvelles admissions ALD pour diabète ont été recensées en moyenne par an en région Centre. A l'échelle du territoire, elles représentent 151 nouvelles admissions par an au cours de cette même période (82 chez les hommes et 69 chez les femmes).

En éliminant les effets liés à la structure par âge, le taux comparatif d'admission en ALD pour diabète (deux sexes confondus) sur le territoire est de 365,6 admissions pour 100 000 personnes. Ce taux n'est pas statistiquement différent de ceux de l'Indre et de la région Centre, mais est significativement plus élevé que le taux national (337,1 admissions pour 100 000 personnes).

Taux comparatif d'admission en ALD pour diabète 2005-2012
(Taux pour 100 000 habitants)



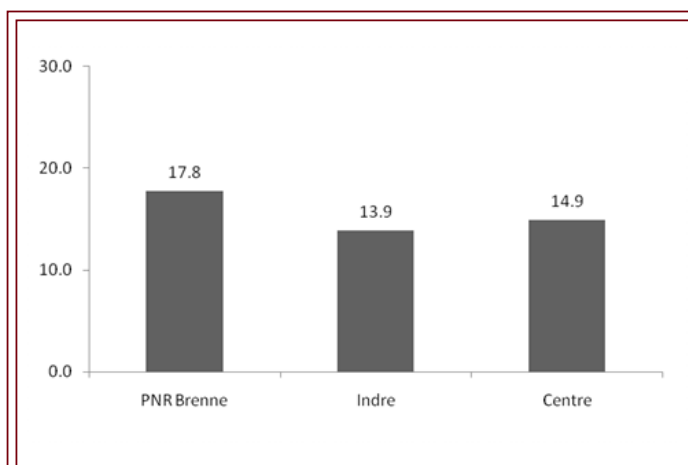
Population de référence : France hexagonale (RP 2006) Exploitation ORS Centre
Sources : CNAMTS, CCMSA, RSI, Insee

Séjours hospitaliers

Entre 2008 et 2010, 37 410 séjours hospitaliers pour diabète ont été recensés chaque année en région Centre. Dans l'Indre, cela représente 3 821 séjours annuels et 738 sur le territoire d'étude.

A structure d'âge égal, le taux comparatif de séjours hospitaliers pour diabète est de 17,8 séjours pour 1 000 habitants sur le territoire d'étude. Ce taux est statistiquement supérieur à ceux observés dans le département (13,9) et en région (14,9). Cependant le taux comparatif de séjours hospitaliers pour diabète varie selon le sexe. En effet, chez les hommes, ce taux est de 22,9 séjours pour 1 000 hommes et de 13,2 pour 1 000 femmes sur le PNR de la Brenne. Ces deux taux sont significativement supérieurs à ceux observés aux niveaux départemental et régional.

Taux comparatif de séjours hospitaliers diabète 2008-2010
(Taux pour 1 000 habitants)



Population de référence : région Centre (RP 2010) Exploitation ORS Centre
Sources : Simees, Insee

Ressources disponibles sur le territoire dans le champ du diabète

-L'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques est un axe essentiel de la politique de l'Assurance Maladie. Au-delà du remboursement des soins, l'Assurance Maladie fait évoluer son métier pour aller au devant des besoins de ses assurés, et les aider à agir pour leur santé. C'est dans cet esprit que l'Assurance Maladie propose le service sophia pour les personnes atteintes de diabète. L'inscription à ce service, a pour objectif d'aider les personnes concernées à mieux connaître leur maladie et à adapter leurs habitudes afin d'améliorer leur qualité de vie et de réduire les risques de complications. En relais des recommandations du médecin traitant, sophia propose un soutien, des informations et des conseils personnalisés, adaptés à la situation et aux besoins de chacun.

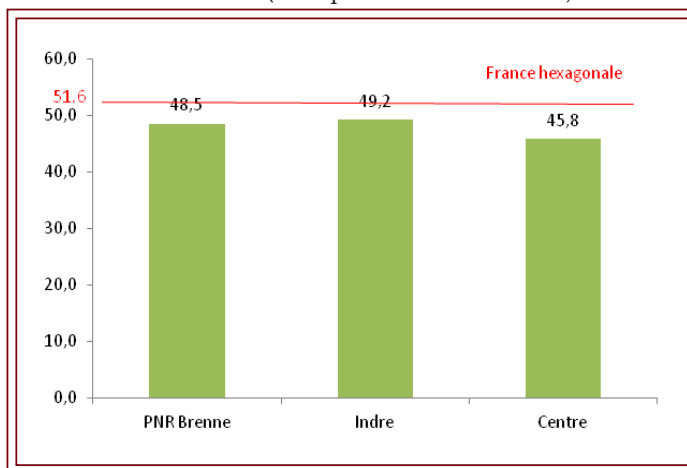
-L'association Diapason organise 6 à 8 demi-journées d'ateliers de prévention du risque diabétique, réparties sur l'ensemble de l'année. Des informations sont transmises aux personnes diabétiques sur les risques liés au diabète et pour développer de nouvelles habitudes alimentaires (réalisations concrètes de recettes adaptées à cette pathologie) ou autres (soins des pieds, des yeux...).

Mortalité par maladie de l'appareil respiratoire

Les maladies de l'appareil respiratoire (pneumonie, grippe, insuffisance respiratoire, asthme et bronchite chronique) représentent la 5^{ème} cause de décès à l'échelle du territoire (4^{ème} dans les territoires de référence).

Ces maladies représentent localement 27 décès par an, soit un taux comparatif de mortalité de 48,5 décès pour 100 000 habitants. Ce taux est statistiquement proche de ceux observés sur les territoires de référence (respectivement 49,2 pour le département, 45,8 pour la région et 51,6 pour la France).

Taux comparatif de mortalité par maladie de l'appareil respiratoire 2003-2011 - (Taux pour 100 000 habitants)



Sources : Inserm CépiDc, Insee

Exploitation ORS Centre

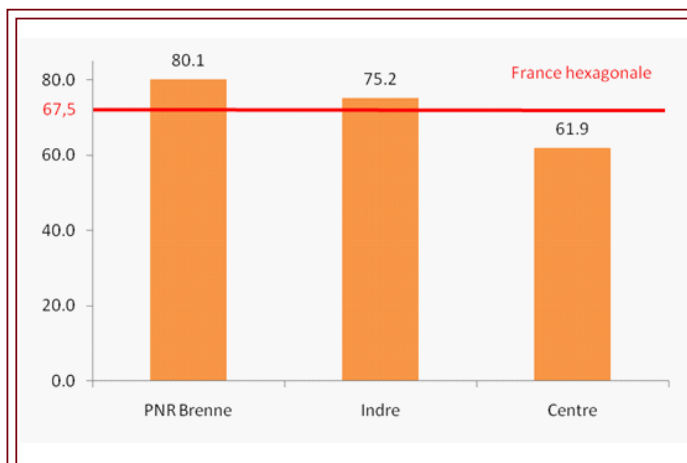
Population de référence : France hexagonale (RP 2006)

Admissions en affection de longue durée (ALD)

Au cours de la période 2005-2012, l'insuffisance respiratoire chronique a été responsable de plus de 1 647 nouvelles admissions en ALD par an en région Centre (206 par an sur le département et 33 dans le parc de la Brenne).

Dans le parc, le taux comparatif d'admissions en ALD pour insuffisance respiratoire chronique est de 80,1 nouvelles admissions pour 100 000 habitants (deux sexes confondus), soit un taux significativement supérieur à ceux observés dans la région (61,9) et en France (69,3). En revanche, la différence relevée avec le département (75,2) n'est pas significative.

Taux comparatif d'admission en ALD insuffisance respiratoire chronique 2005-2012 - (Taux pour 100 000 habitants)



Sources : CNAMTS, CCMSA, RSI, Insee

Exploitation ORS Centre

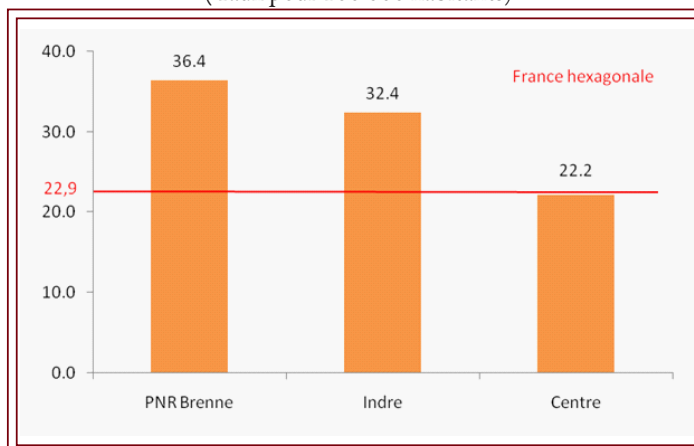
Population de référence : France hexagonale (RP 2006)

Asthme

Au cours de la période 2005-2012, 13 nouvelles admissions en ALD pour asthme ont été comptabilisées chaque année en moyenne sur le PNR de la Brenne. L'asthme représente le premier motif d'admissions en ALD pour maladies de l'appareil respiratoire sur le territoire soit 40,2 % (tout comme les territoires de référence).

Le taux comparatif d'admissions en ALD sur le PNR de la Brenne est de 36,4 nouvelles admissions pour 100 000 personnes, soit un taux proche du taux départemental (32,4), significativement plus élevé qu'en région (22,2) et en France (23,1).

Taux comparatif d'admissions en ALD asthme 2005-2012 (Taux pour 100 000 habitants)



Sources : CNAMTS, CCMSA, RSI, Insee

Exploitation ORS Centre

Population de référence : France hexagonale (RP 2006)

Ressources disponibles sur le territoire dans le champ des maladies chroniques

-L'Equipe d'Appui Départementale en Soins Palliatifs de l'Indre (EADSP 36) a pour mission l'accompagnement de malades en soins palliatifs (sur le plan physique, psychologique, social et spirituel) et le soutien aux proches, y compris après le décès. Rattachée au pôle d'activités transversales du centre hospitalier de Châteauroux, elle est une des équipes opérationnelles du réseau de soins palliatifs en région Centre depuis 2004. Au niveau du territoire du PNR de la Brenne, l'EADSP a suivi 17 patients en 2011, 11 patients en 2012, 18 patients en 2013.

L'EADSP 36 apporte également conseil, soutien et formation aux soignants et aides à domicile. Ainsi, l'EADSP assure chaque année une formation auprès des étudiants en soins infirmiers de 3ème année : « sensibilisation à l'accompagnement des personnes en fin de vie », qui touche une trentaine d'étudiants. Une formation est également destinée chaque année aux élèves aides-soignants : « présentation sur les soins palliatifs et le réseau de SP en région Centre, missions de l'EADSP 36 ». Elle concerne entre 35 et 50 élèves aides-soignants.

-L'Association Elisabeth Kübler-Ross (EKR) France a pour mission d'informer, de former et soutenir toute personne confrontée à une situation de rupture, de mort ou de deuil.

Des rendez-vous d'une heure sont pris avec la psychologue les mercredis durant toute l'année. 6 personnes résidant sur le PNR ont été reçues lors d'un ou de plusieurs rendez vous à Méobec, Vendoeuvre, Fontgombault, Le Blanc, Mézières en Brenne et Luant.

En partenariat avec la Mutualité française, l'association EKR se rend dans les petites villes de l'Indre, dans des lieux faciles d'accès, à la rencontre des personnes en deuil, afin d'offrir un espace d'écoute et de parole au plus grand nombre. Sur le territoire du PNR de la Brenne, une réunion par an a lieu au Blanc (20 participants en 2014), et à Mézières-en-Brenne (13 participants).

Synthèse des rencontres avec les professionnels sur les maladies chroniques

La prévention tertiaire (*cf dans le glossaire*) est un véritable enjeu pour les patients atteints de maladie chronique. Des actions sont dédiées à ces populations, cependant, les professionnels soulignent la difficulté d'accès à ces séquences d'information, d'éducation. En effet, comme cela a été rapporté dans les autres groupes de discussion, la mobilité est une réelle problématique sur le territoire du PNR, notamment pour les personnes vieillissantes. Les actions sont généralement concentrées vers les centres urbains, le plus souvent Châteauroux, ce qui rend l'accès difficile aux personnes en perte d'autonomie, ou ne disposant pas de moyens de transport.

Professionnel : « C'est que cette population peine à se déplacer. Ça, il faut le mentionner parce que nos anciens qui sont éloignés des centres urbains peinent à venir « profiter », entre guillemets, des actions qui ne sont pas trop centralisées. Châteauroux étant au centre effectivement, ça favorise, mais quand même, les populations sont tenues éloignées de ces actions. Ce que nous savons des patients atteints de maladies chroniques, c'est que ce sont ceux qui ont le plus grand besoin et que sont les premiers à pâtir. »

Habitant : « Moi, souvent, je vois des conférences sur Châteauroux mais j'y vais pas parce qu'il faut que je fasse 50 km, avec le retour ça me fait 100 km et ben j'y vais pas. Pourtant y a des conférences qui me plairaient bien, mais ici c'est vrai que si on pouvait amener certaines choses ici à proximité ça serait bien. »

Au-delà de la mobilité des usagers, les professionnels peinent eux-mêmes à avoir une vue d'ensemble de tous les réseaux existants et des actions qu'ils mettent en œuvre pour accompagner ces malades chroniques. Les professionnels, notamment ceux nouvellement arrivés sur le PNR, ne sont pas toujours en mesure d'informer leurs patients de toutes les actions existantes sur le territoire ou dans le département qui les concernent.

Professionnel : « ... Il y a beaucoup de temps à passer pour pouvoir se présenter, se faire connaître et puis il y a beaucoup de réseaux, il y a beaucoup de lieux, enfin moi, ça fait qu'un an que je travaille dans ce secteur-là. [...] Il y a beaucoup de choses, il y a beaucoup de choses mais du coup c'est complexe, il faut du temps avant de vraiment bien cerner qui fait quoi, savoir quels sont les acteurs, pour pouvoir justement... »

Par ailleurs, amener un patient vers l'éducation thérapeutique est parfois complexe et peut prendre beaucoup de temps. La peur de découvrir toutes les conséquences physiologiques, physiques relatives à la pathologie conduit certains malades à refuser l'accompagnement proposé autre que celui des soins curatifs (consultation médicale, prise de médicaments, d'injections...). De fait, ces patients n'ont qu'une vision parcellaire de leur maladie, ils ne la comprennent pas dans son ensemble et ne peuvent par conséquent devenir acteurs de leur thérapie. Ce constat est encore plus prononcé quand il s'agit d'accompagner des patients atteints de VHC, VIH ou encore de patients nécessitant des soins palliatifs.

Professionnel : « ... La grande difficulté, c'est de faire comprendre leur propre maladie, qu'ils aient la connaissance et je crois que c'est... parce quand il y a des tas de professionnels de santé qui interviennent, ils se disent : « je leur fais confiance et puis elles nous diront bien, le jour où ça n'ira pas, elles diront [...] bien si c'est à cause de ma maladie ou pas ». Mais finalement, ils n'ont pas... on ne leur donne pas les clés de comprendre leur propre maladie, ce que ça peut dans l'avenir engendrer comme problème, comme handicap qui peut survenir, des choses comme ça, et du coup, ils ne sont pas du tout acteurs et ils laissent cette maladie, voilà, évoluer comme ça, sans être acteurs et ils ont pas cette compréhension. »

Professionnel : « ... C'est aller à la rencontre d'une association pour parler de cette maladie et ils ont peur qu'on leur dévoile des choses plus que... que ce soit pire, finalement on n'arrivera jamais à guérir des choses comme ça, et ils restent juste à prendre leurs cachets, leurs médicaments... »

En conséquence, du fait de la réticence de certains usagers à contacter les réseaux (peur de l'inconnu, peur de révélations sur la maladie, peur de la fin de vie...), les associations sollicitent les professionnels pour qu'ils réalisent les premières démarches avec

les patients, établissent le premier contact, prennent le premier rendez-vous.

Professionnel : « ... Moi, je me suis rendu compte, souvent, qu'effectivement, il y avait beaucoup, beaucoup de patients à qui on parlait du réseau mais qui n'avaient pas voilà demandé parce qu'ils n'osent pas, parce qu'ils ont peur de ce qu'on va leur dire derrière. Donc moi, je dis souvent aux professionnels [...] quand ils leur parlent du réseau, de nous appeler en direct. Pour déjà amorcer un premier dialogue. Et nous, après, leur proposer qu'on les appelle, nous directement. »

De la même façon, au niveau des soins curatifs, les professionnels mettent en avant la nécessité pour certains patients à domicile de devoir aller au-devant de ces malades, même si ce n'est pas dans le fonctionnement actuel des consultations en libéral. En effet, pour certains patients atteints de maladies chroniques et en fonction de l'évolution de la pathologie, il serait nécessaire de consulter régulièrement ces patients afin d'anticiper une dégradation possible de l'état de santé, par opposition à ce qui est le plus souvent fait : attendre l'appel du patient qui sollicite son praticien pour gérer une situation de crise. Parce que ce n'est pas dans la culture professionnelle des praticiens, parce qu'ils ne veulent pas s'imposer auprès de leur patient, et surtout parce qu'ils n'ont plus la possibilité de dégager du temps, les consultations se font alors le plus souvent dans l'urgence, sans anticipation de la dégradation de la situation.

Professionnel : « Il y a aussi une difficulté pour ces grands malades c'est qu'on est dans une culture libérale. Dans une culture libérale où on attend d'être appelés pour aller voir les patients. [...] ils partent à l'hôpital, et s'ils (les médecins) s'appellent pas, le médecin ne va pas les voir. Et il va les voir une fois, il attend d'être appelé pour revenir le voir. On va le rappeler quand il va se passer quelque chose. »

Par ailleurs, culturellement, certains malades reportent aussi la nécessité d'une consultation vers un praticien.

Professionnel : « C'est une population qui ne va pas non plus voir un médecin tous les quatre matins pour un petit bobo ou un petit mal au cœur, hein. »

Professionnel : « On a un niveau de revendication faible. (...) Ici c'est incroyable, cette capacité à endurer impressionnante. Ce qui n'est pas toujours une bonne chose parce qu'ils ont parfois tendance à voilà, négliger les aspects de leur santé alors qu'ils devraient s'en préoccuper. »

Professionnel : « C'est-à-dire que par exemple, on voit des patients ne faisant... attendant le retour de leur médecin pour pouvoir recevoir une visite médicale notamment dans les périodes estivales, alors qu'ils nécessiteraient d'être vus. »

Professionnel : « Moi j'ai une patiente qui est en train de mourir d'une occlusion parce qu'elle attendait le retour de son médecin traitant de vacances. »

Ces situations de reports de consultations mettent en évidence pour les professionnels rencontrés, des ruptures de parcours de soins, des ruptures de prises en charge. Comme indiqué précédemment, pour certains patients c'est en raison d'une impossibilité de pouvoir consulter son médecin traitant (congé du professionnel), pour d'autres, c'est en raison d'une sollicitation trop tardive (peur de déranger son praticien, difficulté de se rendre au cabinet médical, difficulté d'avancer des frais médicaux...). Enfin, il est également mis en avant des ruptures de prise en charge en raison d'une coordination parfois insuffisante entre professionnels.

Professionnel : « [Les malades chroniques sont les premiers à pâtir.] A pâtir de quoi ? A pâtir de la désertification médicale et paramédicale, et à pâtir des cloisonnements. Donc on observe chez ces patients atteints de maladies chroniques souvent des ruptures de prise en charge, des absences de prise en charge ou des structures du fait d'une difficulté d'accéder à la source [...] compte tenu des difficultés de coordination qui peut exister autour d'eux. »

Les difficultés de coordination dans la prise en charge des patients se situent essentiellement dans l'articulation entre les professionnels institutionnels et les professionnels libéraux, notamment lors du retour du patient à son domicile.

Professionnel : « Moi, j'ai eu le cas de patients, je les cherchais, je les cherchais partout pendant une semaine. Donc un coup, ils étaient alors au CHU de [ville], on fait les services, entretemps, il est revenu au domicile, après il est allé en maison de repos, et voilà... voilà, on n'a pas vraiment... il y a des professionnels, oui, qui ne jouent pas le jeu dans ces coordinations. »

Au-delà de la rupture de la prise en charge et du manque de continuité des soins du patient, c'est aussi l'accompagnement dans sa globalité qui n'est pas satisfaisant. En effet, le patient, comme son entourage, se trouve fragilisé par la perte de ses repères (changement d'institutions, changement de professionnels au retour au domicile...) et n'a pas de compréhension de sa prise en charge : qui fait quoi et pourquoi.

Professionnel : « C'est une prise en charge qui dure beaucoup plus de temps. Et... et du coup, je pense, se sent... se sent pas « en sécurité », entre guillemets. L'utilisateur et la famille. Je pense que c'est vraiment une globalité. »

Professionnel : « Et puis alors l'utilisateur se perd aussi, quand même, beaucoup, dans ces situations. Déjà qu'il... et son entourage est quand même sollicité et psychologiquement affecté donc tous ces modes de prise en charge son extrêmement compliqués à appréhender. »

Professionnel : « Malheureusement, je pense que c'est pas un constat qu'on va faire sur la Brenne. C'est le lien avec l'hôpital, c'est le lien avec l'ambulance qui est à revoir. »

Les professionnels rencontrés mettent en évidence des retours d'hospitalisation non préparés avec les praticiens prenant en charge habituellement le patient quand il est à son domicile (médecin traitant, pharmacien, kinésithérapeute, infirmier ou encore réseau...). Il arrive alors que d'autres professionnels, inconnus des patients, soient sollicités pour mettre en place la prise

en charge au domicile.

Professionnel : « Si déjà les hospitaliers remplissaient la fiche médecin traitant, pharmacien traitant, infirmière, kiné, association qui le suit pour telle ou telle raison, déjà s'ils avaient ça qu'on remplit à l'entrée à l'hôpital et que ils appellent ces professionnels-là ou celui qui coordonne ces professionnels-là à la sortie du patient, on n'aurait pas des sorties de patients faites n'importe comment à 7 heures du soir un samedi soir. [...] De l'autre côté, quand il y a des professionnels de santé de proximité, je trouve relativement déplorable que certains hôpitaux aillent chercher des prestataires au nord de l'Indre-et-Loire. »

Professionnel : « Et donc tant qu'on ne fait pas vraiment... d'abord qu'on demande au patient, tout simplement, qu'on demande. Et dans ces zones rurales où ils sont en difficulté où ils ont des problèmes, où leur seul lien c'est les professionnels qui se déplacent chez eux, la peur de perdre leur professionnel engendre plus de choses. »

Professionnel : « Ou que le matériel arrive ou ils comprennent pas pourquoi il arrive par des gens qu'ils ont jamais vus, une camionnette qui leur livre pour des fois pour un mois de nutrition comme ça, et ils se retrouvent en disant « mais je fais quoi, je dois stocker comment, c'est quoi la procédure ? » et en fait on les récupère, nous, tout le monde, en disant « voilà, on va gérer la détresse. »

Les professionnels sont unanimes pour dire qu'il manque véritablement un lien entre la ville et l'hôpital et qu'il serait alors nécessaire aujourd'hui de créer des réunions pluridisciplinaire intégrant l'ambulatoire et l'hospitalier. Ces réunions permettraient à la fois de créer du lien entre les professionnels, de faire en sorte qu'ils se connaissent. Lors des rencontres il a été mis en avant tant par les habitants que par les professionnels que les praticiens de ville ne connaissaient pas toujours les soins prodigués dans les hôpitaux et réciproquement que les praticiens des hôpitaux sous-estimaient ou surestimaient les possibilités de prise en charge à domicile. Il est souligné par ailleurs que si le PNR peut souffrir de la désertification médicale et paramédicale, pour autant, son atout réside a contrario dans le fait qu'étant peu nombreux, les professionnels devraient plus aisément se connaître et plus facilement collaborer ensemble. Ce qui est d'ailleurs le cas pour bon nombre de professionnels ; les collaborations entre médecins, pharmaciens et infirmiers sont fortes sur les territoires ruraux.

Professionnel : « Non mais, c'est parce que quand il est arrivé, bon, on a collaboré très vite et du coup c'est vrai qu'on a essayé de justement de voir la prise en charge pharmaceutique de ces patients-là parce qu'on oublie souvent la prise en charge pharmaceutique de ces patients. Là-dessus, il faut qu'on puisse se connaître mais il faut savoir qui peut faire quoi, parce qu'on a tous nos habitudes, et c'est important. Après une fois que dans un territoire tout le monde arrive à voir qui est ça, la coordination se fait approximativement d'elle-même.. »

Professionnel : « Les infirmières, la pratique de collaboration avec les infirmières, elle est toujours bonne parce qu'elles sont demandeuses. »

Enfin, toujours en lien avec la coordination, les professionnels ont mis en avant l'existence de nombreux réseaux de coordination. En effet, s'ils déplorent le manque de coordination entre les acteurs ville et hôpital, ils n'en constatent pas moins l'existence de nombreux réseaux de coordination alors même qu'ils manquent de professionnels sur le terrain. Le constat des professionnels est que ces réseaux deviennent difficilement lisibles pour les patients et les professionnels, et peuvent finir par créer des doublons dans la prise en charge. En caricaturant la situation, les professionnels sont arrivés au constat qu'il faudrait « coordonner la coordination ». Ils émettent l'idée d'un guichet unique qui rassemblerait tous les professionnels de la prise en charge de ces maladies chroniques. Ce guichet unique serait beaucoup plus facilement identifiable par les patients et les professionnels.

Professionnel : « Ce qu'il faut voir c'est qu'il y a aussi dans ce territoire comme dans les autres départements curieusement un manque de ressources, parfois, et aussi des doublons voire des triples. En termes de coordination pour les patients. »

Professionnel : « Je ne sais pas si vous avez vu, mais dans le programme territorial de santé, il y a une fiche action qui s'appelle « la maison de l'accompagnement ». Qui se veut être justement un guichet unique réunissant tous les acteurs de la prise en charge autour de la prise en charge des maladies graves, du vieillissement, de la mort, enfin soins palliatifs, du décès, avec l'idée de créer donc un lieu unique référent rassemblant les acteurs de la prise en charge... »

Dans le cadre de la prise en charge globale du patient, les professionnels ont également souligné toute l'importance du rôle de la sphère familiale ou amicale du malade. Un des enjeux clé au démarrage de la prise en charge est de bien évaluer le degré de soutien et la situation sociale dans laquelle évolue la cellule familiale. Les professionnels soulignent combien il est important de ne pas surestimer ou sous-estimer l'accompagnement de la cellule familiale, le cas échéant. D'autant que les professionnels attirent l'attention sur le dévouement de ces aidants familiaux qui concentrent leur vie autour du malade et se trouvent à leur tour souffrants quand le conjoint est décédé. Les professionnels pointent le manque de formation de ces aidants, le manque d'accompagnement à leur égard pour être en mesure eux-mêmes d'accompagner. Par ailleurs, les habitants mettent en avant le manque de structure d'accueil de jour pour les patients déments permettant ainsi aux aidants de bénéficier de temps de répit.

Les professionnels soulignent par ailleurs tout le travail réalisé par les aides à domicile qui selon eux ne sont pas suffisamment reconnues à la hauteur de leur investissement auprès de ces patients. Ils pointent également le sentiment d'isolement de ces professionnels qui sillonnent les territoires ruraux. Il ressort un manque de formation de ces professionnels, notamment en raison du turnover important dans cette profession.

Enfin, lors de ces rencontres les professionnels ont mis en avant des freins qui entraînent des ruptures dans le parcours de soins de ces malades chroniques :

- la difficulté de pouvoir obtenir un rendez-vous avec certains spécialistes (jour précis dans le mois pour prendre le rendez-vous, durée du temps d'attente au téléphone pour obtenir un accueil, calendrier des rendez-vous...)

- un renoncement d'achats de médicaments en raison de leur non-remboursement

Professionnel : « quand c'est sur l'ALD ça passe ; dès qu'on descend en dessous, s'ils ont pas de mutuelle ben les médicaments c'est une fois sur deux, et si c'est déremboursé, ils nous disent pas qu'ils le prendront pas. « j'en ai encore à la maison ». »

Habitant : « Y a un problème aujourd'hui de remboursement, quand même y a un reste à charge de plus en plus important [...] y a que des soins, ou l'extraction, mais les prothèses y a des gens... du point de vue des lunettes, ils ont des équipements d'optique... qui sont... combien de gens aujourd'hui qui n'entendent pas, y a pas d'appareil, parce qu'effectivement ça coûte cher. C'est qu'aujourd'hui c'est ça on peut parler du système de santé, sauf qu'aujourd'hui il faut pouvoir y accéder. »

- une impossibilité d'avoir recours à une auxiliaire de vie, également pour des raisons financières.

Professionnel : « Et après c'est le cercle vicieux. Il revient à l'hôpital. C'est encore l'hôpital qui paye, qui reprend en charge, mais ils ressortent à la maison, aucun service... avec un handicap qui se... avec cette chronicité qui s'installe, ce handicap dans la vie quotidienne qui s'installe et on n'a pas d'argent pour mettre une auxiliaire de vie, le coût de tout ça, j'ai aucune prise en charge pour avoir une aide de l'Apa, il faut attendre 3 mois alors que c'est en urgence qu'il faut mettre quelque chose en place. »

- un manque de structure d'accueil médicalisée pour des personnes jeunes souffrant de maladies chroniques.

Professionnel : « Il manque dans ce département et pas seulement dans la Brenne mais notamment dans la Brenne, il manque aussi des structures d'accueil d'un certain type de patients qui ne trouvent place nulle part. [...] C'est les patients jeunes, qui ne sont pas électifs dans leur maison de retraite ou qui pourraient l'être mais c'est vraiment pas leur typologie que de se retrouver avec des personnes âgées la plupart du temps démentes, qui sont des patients qui sont chroniques et qui ne trouvent pas de place ni dans les services de médecine, ni dans les services de moyen séjour et de soins de suite, de rééducation. »

Enfin, pour clore ces rencontres, les professionnels comme les habitants tiennent à souligner la solidarité qui reste un point fort de ce territoire : une entraide et une solidarité entre voisins, et aussi entre professionnels de proximité.

Habitant : « Oui, y a bien une solidarité entre voisins. »

Professionnel : « Il faut quand même dire qu'on a aussi ici des pharmaciens qui livrent les médicaments à leurs malades, on a des voisins qui sont attentifs aux besoins et qui vont aider pour la toilette ou faire les courses, on a des trucs qu'on ne voit pas en ville, aussi. Donc je pense que si on souligne les difficultés il faut aussi mentionner quand même une culture ici du service et de la proximité. Et voilà on s'aide dans la mouise. Parce que le Berry n'est pas un pays très favorisé, la Brenne en particulier et il y a une culture, quand même, de la solidarité. »

Offre et recours aux soins

Offre de soins en médecine libérale

Selon le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) au 1^{er} janvier 2014, la région Centre est la 1^{ère} région de France métropolitaine la moins dotée en médecins (libéraux, salariés et mixtes). L'Indre, à l'échelle des départements métropolitains apparaît au 10^{ème} rang des départements où l'offre est la plus faible. S'agissant de l'activité libérale, la Région apparaît au 2^{ème} rang des régions métropolitaines les moins dotées en médecins généralistes derrière la Bourgogne. L'Indre a le 9^{ème} rang des départements métropolitains ayant la plus faible densité.

Au 1^{er} janvier 2014, l'Indre compte 162 médecins généralistes libéraux, soit une densité de 70,4 professionnels pour 100 000 habitants. Par comparaison la densité de médecins généralistes libéraux en région est de 80,6 professionnels pour 100 000 personnes. S'agissant du territoire d'étude, selon le RPPS au 1^{er} janvier 2014, 18 médecins généralistes libéraux sont recensés, soit une densité de 55,1 professionnels pour 100 000 habitants. Cette proportion d'offre en médecine libérale est donc inférieure sur le territoire par rapport à celles observées dans le département, en région ou encore en France. De plus, une forte disparité est constatée au sein même du territoire. En effet la commune du Blanc compte à elle seule la moitié des généralistes libéraux du parc de la Brenne, pour 21,3 % de sa population.

L'évolution de la démographie médicale apparaît très défavorable. Selon le Conseil national de l'ordre des médecins (Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2014), la région Centre enregistre une baisse de 3,2% de ses effectifs de médecins actifs réguliers, alors que ces effectifs au niveau national sont stables sur la période. Le département de l'Indre enregistre une des plus fortes baisses des effectifs de médecins en activité régulière sur la période 2007-2014 ; -13,6 %, tandis que sa population a augmenté de 1,9 %. Les projections sur la période 2014-2020 vont dans le même sens avec une nouvelle diminution de 10,4 % des médecins en activité régulière et une augmentation de la population du département de 1,4 %.

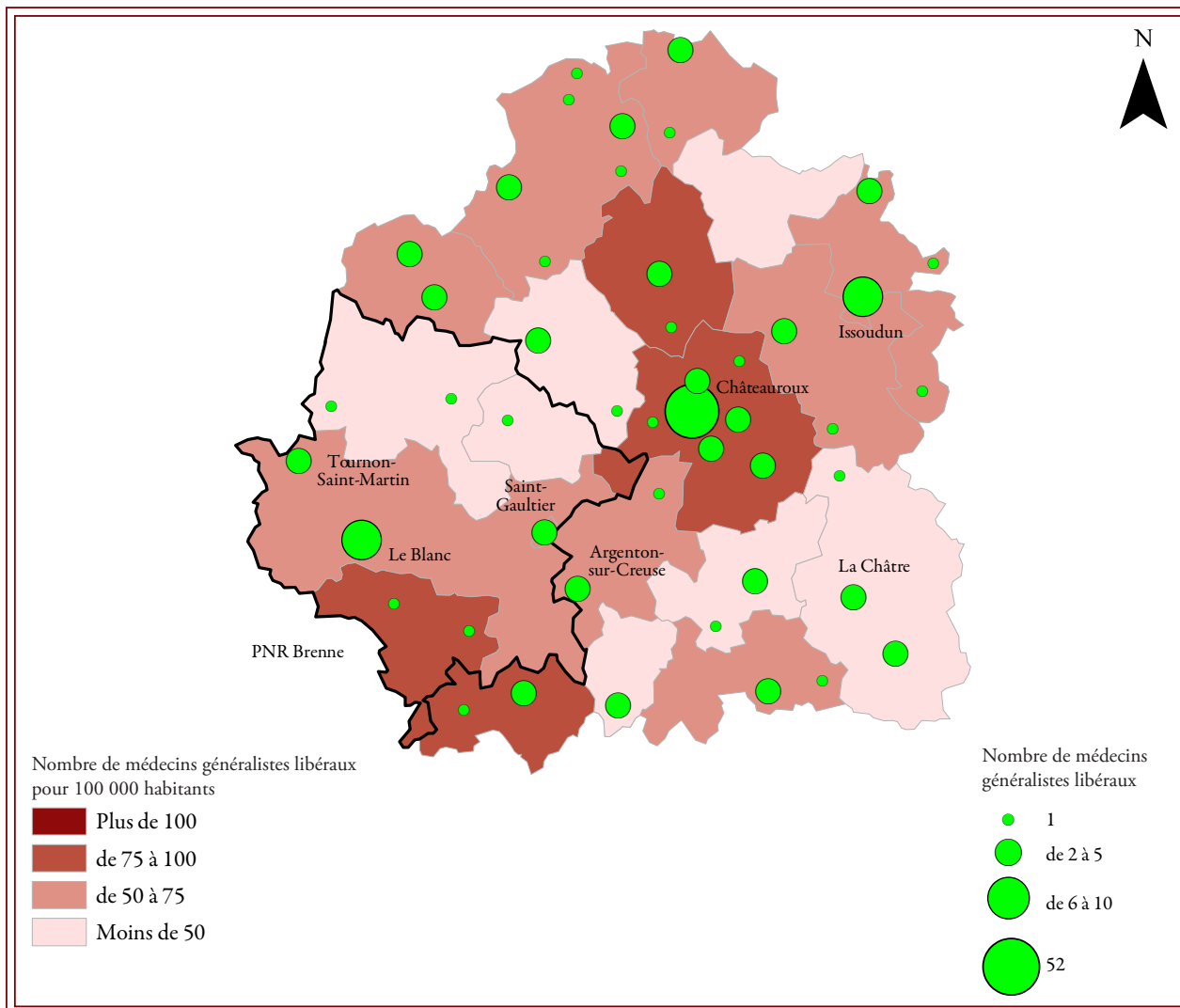
On observe un vieillissement des médecins en activité, comme sur d'autres territoires. En effet, environ 45 % des médecins généralistes libéraux du PNR ont plus de 55 ans. Seul 1 médecin généraliste a moins de 45 ans. Près de la moitié des professionnels sont susceptibles de partir à la retraite prochainement, sans que leur renouvellement ne soit assuré.

Densité de médecins généralistes libéraux sur le PNR de la Brenne au 1^{er} janvier 2014



Source : RPPS 2014, Insee (RP 2011)

Exploitation ORS Centre



Sources : RPPS 2014, Insee (RP 2011)

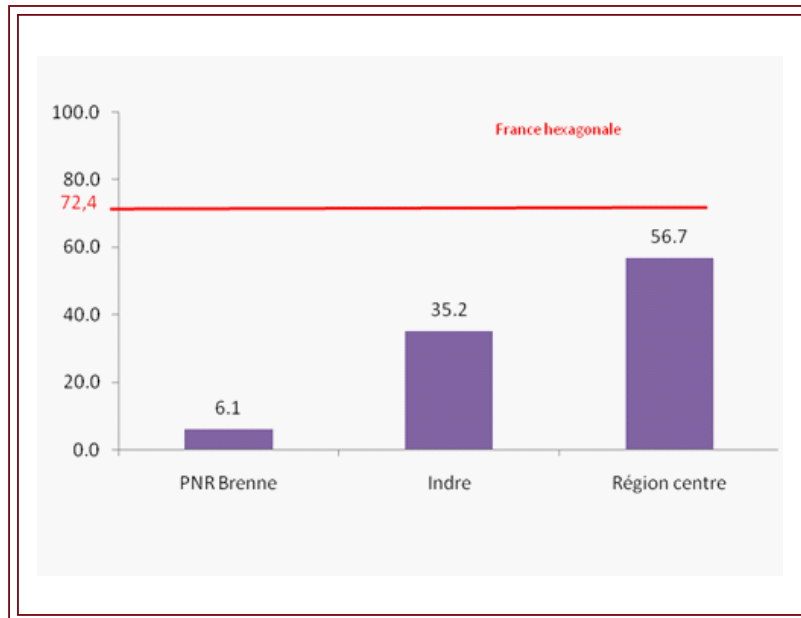
Exploitation ORS Centre

Selon le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) au 1^{er} janvier 2014, la région Centre est la 2^{ème} région de France métropolitaine la moins dotée en médecins spécialistes (libéraux, salariés et mixtes) derrière la Picardie. L'Indre, à l'échelle des départements métropolitains apparaît au 4^{ème} rang des départements les moins dotés. S'agissant de l'activité libérale, la Région occupe une position moyenne en comparaison à l'ensemble des régions métropolitaines (10^{ème} rang des régions les mieux dotées). L'Indre a le 15^{ème} rang des départements métropolitains les moins dotés.

Concernant les spécialistes libéraux, seuls 2 libéraux sont installés sur le territoire d'étude soit une densité de 6,1 professionnels pour 100 000 habitants (35,2 dans l'Indre, 56,7 en région Centre, et 71,0 en France). Si l'on inclue les médecins ayant une activité salariée et mixte, 16 spécialistes sont situés sur le territoire. Les spécialités présentes sont : anesthésie réanimation, chirurgie générale, chirurgie urologique, dermatologie et vénéréologie, gériatrie, gynécologie médicale et obstétrique, gastro-entérologie et hépatologie, Oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, pédiatrie, pneumologie, radiodiagnostic. La densité de spécialistes sur le PNR, tous modes d'activité confondus, est alors de 48,9 pour 100 000 habitants. Cette proportion reste nettement inférieure à celles observées dans le département (86,0), en région (137,8) et en France (182,7). Mais surtout, la totalité de ces médecins spécialistes exercent sur la seule commune du Blanc, essentiellement à l'hôpital. Cette commune étant située en périphérie du PNR, les distances à parcourir pour consulter un spécialiste sont donc importantes pour une grande partie des habitants du parc. Certains habitants ont une plus grande proximité avec les spécialistes situés sur les villes de Châteauroux ou sur des villes périphériques de moindre envergure mais néanmoins dotés de quelques spécialistes (Argenton-sur-Creuse, Chasseneuil...).

Plus encore que pour les généralistes, l'avancée en âge des médecins spécialistes du territoire pose la question de leur renouvellement. Environ 87 % des spécialistes ont plus de 55 ans.

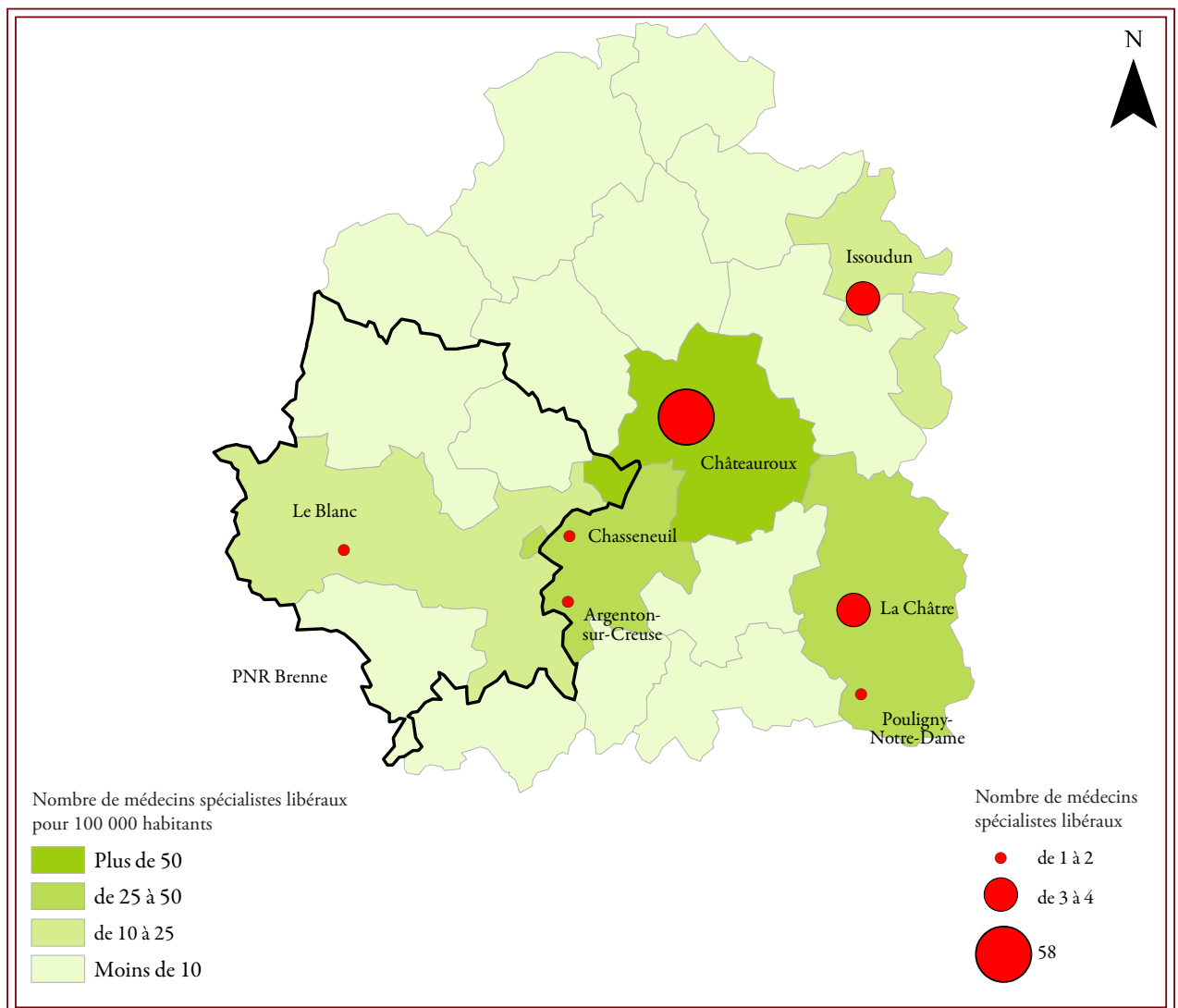
Densité de médecins spécialistes libéraux sur le PNR de la Brenne au 1^{er} janvier 2014



Source : RPPS 2014, Insee (RP 2011)

Exploitation ORS Centre

Densité de médecins spécialistes libéraux par EPCI dans l'Indre au 1^{er} janvier 2014



Sources : RPPS 2014, Insee (RP 2011)

Exploitation ORS Centre

Offre de professionnels de santé libéraux sur le territoire

Au 1^{er} janvier 2014, 11 chirurgiens-dentistes sont installés sur le territoire d'étude (6 au Blanc, 2 à Saint-Gaultier, 1 à Azay-le-Ferron, 1 à Prissac et 1 à Mézières-en-Brenne) correspondant à une densité de 33,7 professionnels pour 100 000 habitants. Cette proportion est semblable au niveau départemental (33,0), mais inférieure aux niveaux régional (40,4) et national (54,4). Les deux tiers des chirurgiens-dentistes ont plus de 50 ans.

49 infirmiers libéraux sont recensés sur le PNR de la Brenne. Ils se répartissent de la manière suivante : 11 professionnels dans la commune du Blanc, 7 à Belâbre, 5 à Saint-Gaultier et à Vendœuvres, 4 à Douadic et Tournon-Saint-Martin, 3 à Azay-le-Ferron et Mézières en Brenne, 2 à Lignac et Luant, 1 à Méréigny, Pouligny-Saint-Pierre, et Thenay. La densité observée d'infirmiers libéraux sur le territoire est 149,9 professionnels pour 100 000 habitants. Cette proportion est donc supérieure à celles observées dans le département (133,8) ou la région (86,5), mais proche à celle observée en France (141,4). Rapportée à la population des personnes âgées de 65 ans et plus (consommatrice importante de soins infirmiers à domicile), la densité d'infirmiers libéraux sur le territoire est de 581,0 professionnels pour 100 000 personnes, soit une proportion également supérieure à celles du département (557,9), de la région (452,4), mais bien inférieure à celle de la France (858,6). Contrairement aux médecins, il s'agit d'une profession en moyenne plus jeune : environ 61 % des infirmiers libéraux du PNR ont moins de 45 ans. Le renouvellement de ces professionnels ne constitue pas une problématique comme c'est le cas pour les médecins.

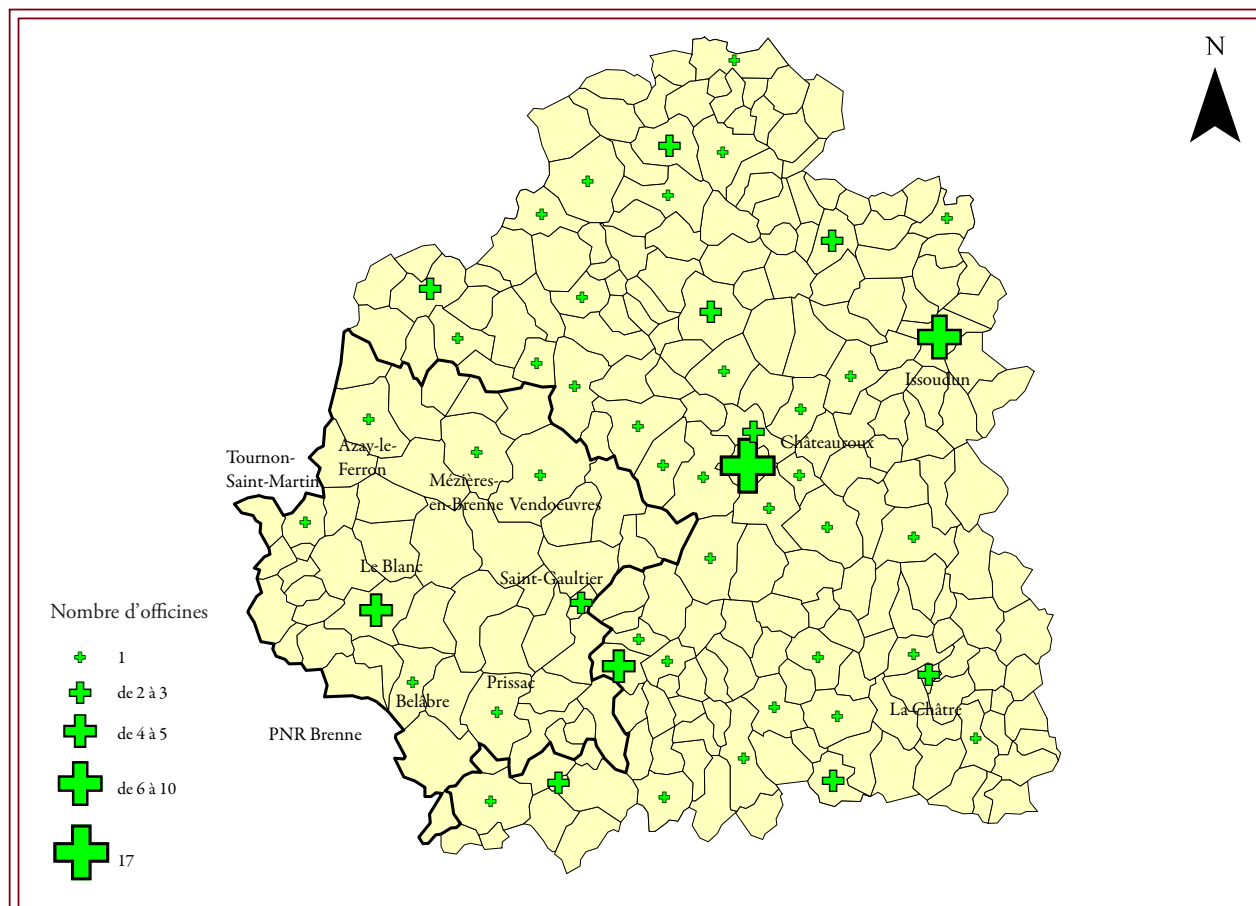
Sur le PNR de la Brenne, on dénombre au 1er janvier 2014 20 masseurs-kinésithérapeutes, soit une densité de 61,2 professionnels pour 100 000 habitants. Cette densité est supérieure à celle du département (44,8), proche de celle de la région (60,0) et inférieure à celle de la France (93,4). Les masseurs-kinésithérapeutes sont installés de la manière suivante : 9 au Blanc, 4 à Mézières-en-Brenne, 2 à Martizay, 1 à Azay-le-Ferron, Belâbre, Rivarennes, Saint-Gaultier et Tournon-saint-Martin.

Le territoire compte 2 orthophonistes libéraux au 1er janvier 2014, soit une densité de 6,1 professionnels pour 100 000 habitants. Cette densité est inférieure à celles observées dans le département (10,0), en région (16,8) et en France (24,4). Les orthophonistes se situent à Azay-le-Ferron et au Blanc.

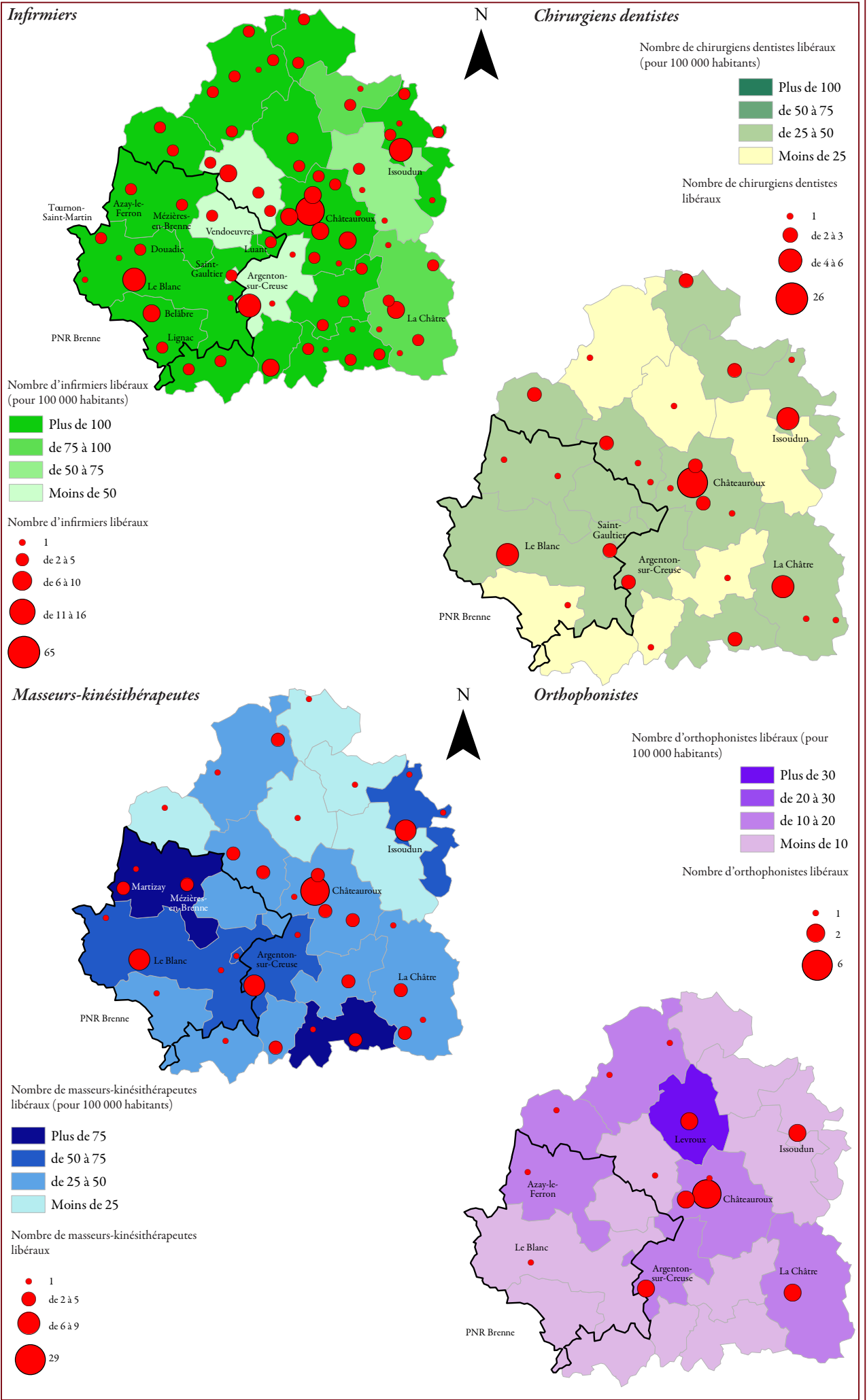
Offre en pharmacie

Selon le RPPS au 1er janvier 2014, 15 pharmaciens libéraux sont recensés dans le PNR de la Brenne, soit une densité de 45,9 professionnels pour 100 000 habitants. La densité observée sur le territoire est donc inférieure à celles du département (53,0) et de la France (48,8), mais légèrement supérieure à celle de la région (44,7). 13 pharmacies sont situées sur le territoire, (ce qui correspond à une densité officinale d'une pharmacie pour 2 514 habitants). Les pharmacies se répartissent de la façon suivante : 5 au Blanc, 2 à Saint-Gaultier et 1 à Mézières-en-Brenne, Azay-le-Ferron, Belâbre, Prissac, Tournon-Saint-Martin, Vendœuvres.

Nombre d'officines sur le territoire du PNR de la Brenne fin 2014



Autres professionnels de santé libéraux

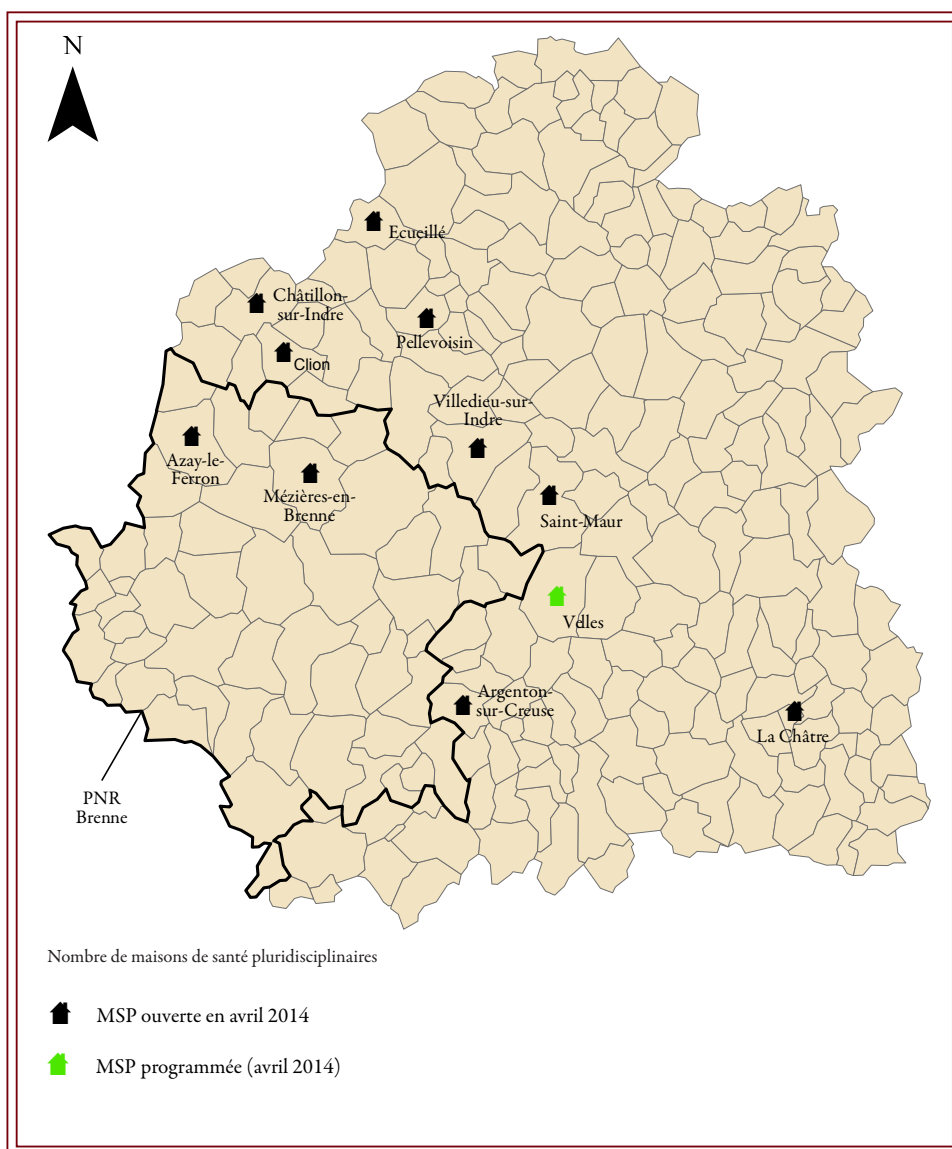


Maisons de santé pluridisciplinaires

Les maisons de santé ont été introduites dans le code de la santé publique en 2007 pour ouvrir aux professionnels libéraux un mode d'exercice collectif. Les maisons de santé sont des structures pluri professionnelles dotées de la personnalité morale et constituées entre professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Les professionnels de santé exerçant en leur sein (essentiellement des professionnels libéraux) doivent élaborer un projet de santé attestant de leur exercice coordonné. De quelques dizaines en 2010, le nombre des maisons de santé a dépassé les 400 fin 2013, et plus de 1 000 sont prévues en 2015 au niveau national. En région Centre, 43 maisons de santé étaient recensées en avril 2014. De nouvelles sont programmées ou ont été réalisées depuis.

Concernant le territoire du PNR de la Brenne, deux maisons de santé sont actuellement en fonctionnement, une située à Azay-le-Ferron, une à Mézières-en-Brenne. Une autre maison de santé est en projet dans la commune du Blanc. On recense également plusieurs autres maisons de santé en périphérie proche du territoire, comme à Argenton-sur-Creuse, Clion, Villedieu-sur-Indre, Saint-Maur dans l'Indre ou Saint-Flovier dans l'Indre-et-Loire, dont peuvent bénéficier les habitants du PNR qui résident à proximité de ces communes.

Maisons de santé pluridisciplinaires sur le territoire (avril 2014)



Source : ARS Centre (avril 2014)

Exploitation ORS Centre

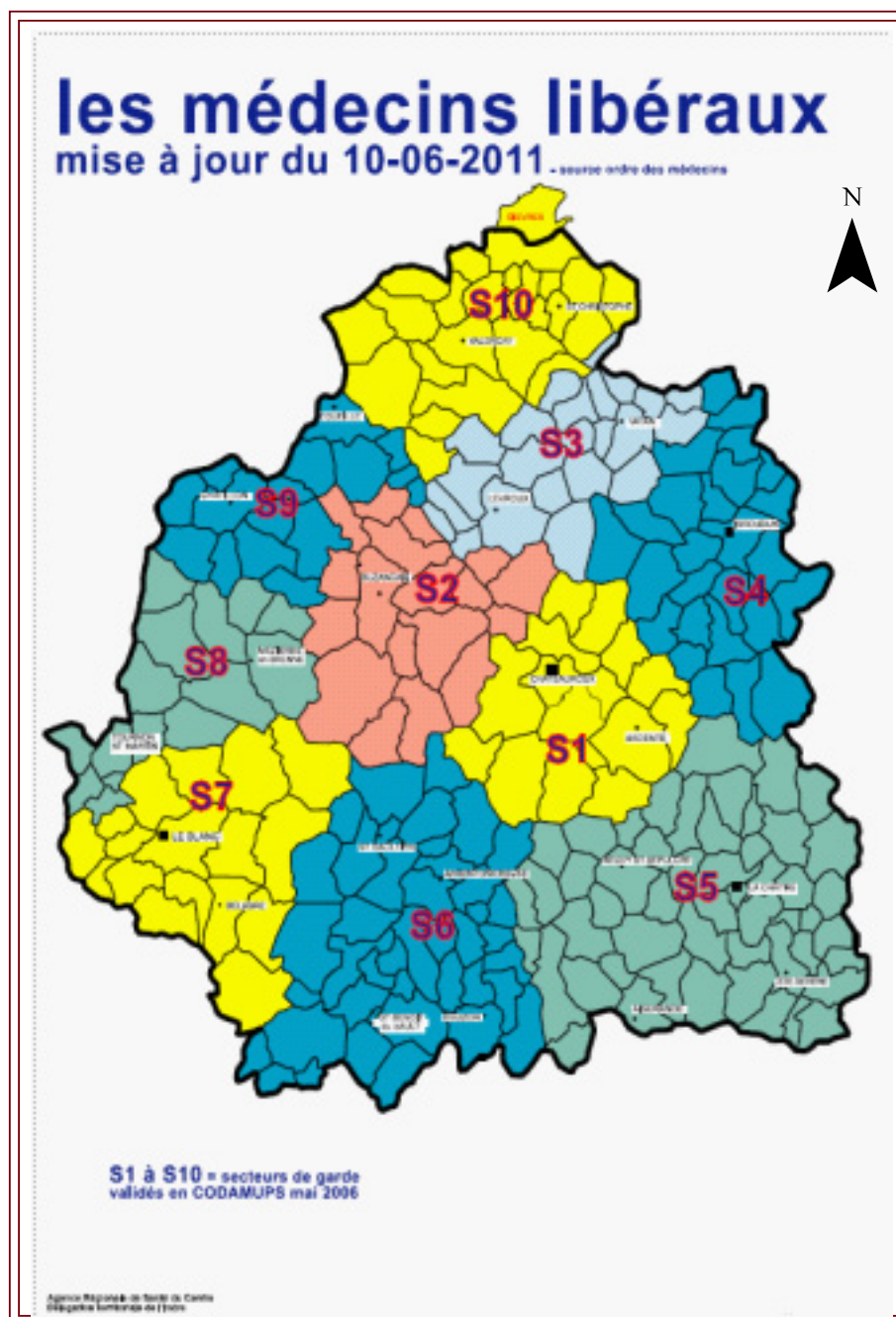
Permanence des soins ambulatoires (PDSA) sur le territoire

La permanence des soins en médecine ambulatoire (PDSA) est une mission de service public qui a pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés aux heures de fermeture habituelles des cabinets libéraux et des centres de santé. Les médecins participent à la permanence des soins et à l'activité de régulation sur la base du volontariat. Cette mission est assurée tous les jours de 20 heures à 8 heures ; les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures ; en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante : le samedi à partir de midi, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié. La définition des secteurs tient compte de la population (nombre, typologie,...), de la localisation des services d'urgence des établissements de santé, des grands axes routiers, de la superficie à couvrir, du temps nécessaire pour relier les points extrêmes de chaque territoire, n'excédant pas 1h30, de l'activité observée...

Dans l'Indre, en dehors des heures ouvrables, une organisation départementale est mise en place avec 10 médecins généralistes « effecteurs » de garde et un régulateur libéral de la permanence des soins présent en salle de régulation après la fermeture des cabinets médicaux jusqu'à minuit. Les 10 secteurs de garde sont les suivants : Châteauroux, Issoudun/Reuilly, Le Blanc/Belabre, La Châtre/Aigurande, Argenton-sur-Creuse, Buzançais, Châtillon/Ecueillé, Levroux/Vatan, Valençay/Chabris, Mézières/Tournon-Saint-Martin.

Dans la plupart des secteurs du département, la garde des médecins généralistes libéraux s'arrête à minuit (7 secteurs sur 10). Tous les appels d'urgences médicales sont traités par le médecin régulateur hospitalier qui décide, si nécessaire, d'adresser les patients aux urgences hospitalières. Dans 3 secteurs, et notamment le secteur de Mézières-en-Brenne/Tournon-Saint-Martin situé sur le PNR, la garde a lieu les jours ouvrables de 20 heures à 8 h le lendemain, les samedis de 12 heures à 8 heures le lendemain, les dimanches et jours fériés de 8 heures à 8 heures le lendemain.

La permanence des soins ambulatoires dans l'Indre



Source : ARS Centre, Cahier des charges relatif à l'organisation de la PDSA en région Centre

Equipements hospitaliers sur le territoire

Le Centre hospitalier du Blanc est le seul établissement présent sur le territoire du PNR. Il dispose d'une capacité d'accueil de 39 lits en médecine, 13 en chirurgie et 13 en obstétrique, auxquels s'ajoute une unité de soins de suite et de réadaptation de 30 lits et une unité de soins de longue durée de 30 lits. Enfin 5 places d'anesthésie ou chirurgie ambulatoires et 5 places d'hospitalisation à domicile sont également disponibles.

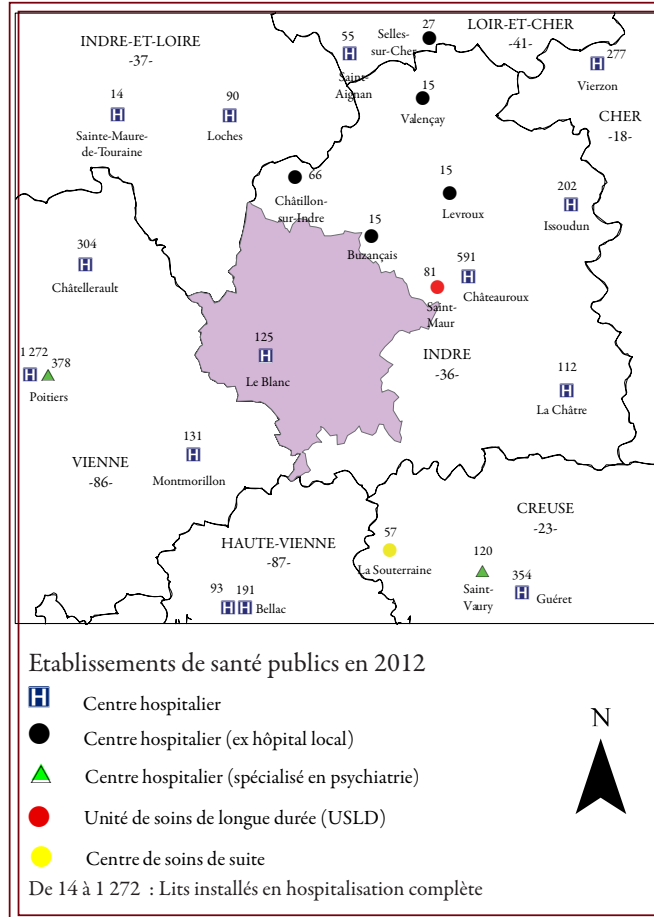
Avec 44 lits et places de médecine à l'hôpital du Blanc, le taux d'équipement du territoire (134,6 places pour 100 000 habitants) est inférieur à ceux des territoires de référence (205,9 dans le département, 218,0 en région et 226,3 en France).

Plusieurs établissements sont néanmoins à proximité du territoire du PNR de la Brenne :

- le centre hospitalier de Châteauroux, (286 lits et places en médecine)
- les hôpitaux (secondaires) de Châtelleraut (142 lits et places en médecine) et Montmorillon (38 lits et places)
- des hôpitaux de proximité : Saint-Roch à Buzançais (15 lits en soin de suite et réadaptation) l'hôpital local de Châtillon-sur-Indre (35 lits en soin de suite et réadaptation)
- des cliniques privées (à Châteauroux, Châtelleraut)

La population du PNR peut également compter sur de grands centres hospitaliers plus éloignés, mais dotés d'équipements de haut niveau comme à Tours, ainsi qu'à Poitiers, et Limoges.

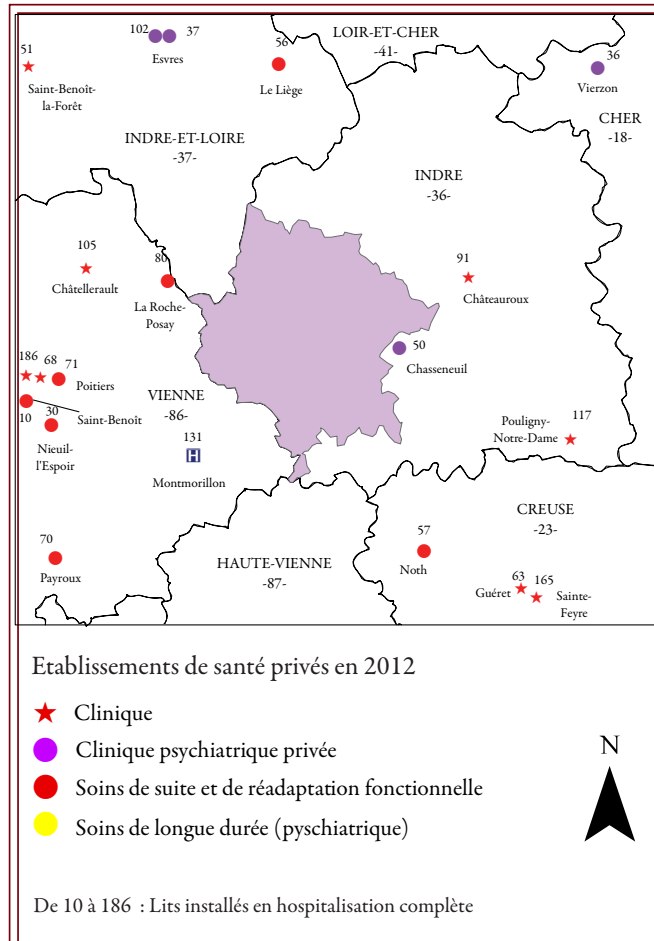
Localisation des établissements publics de santé et nombre de lits d'hospitalisation complète en 2012



Sources : SAE 2012

Exploitation ORS Centre

Localisation des établissements privés de santé et nombre de lits d'hospitalisation complète en 2012



Source : SAE 2012

Exploitation ORS Centre

Séjours hospitaliers des habitants du PNR

L'analyse des données hospitalières (PMSI MCO 2013) relative aux séjours des patients montre que pour l'année 2013, un quart (25,4 %) des séjours des patients domiciliés du PNR* ont eu lieu sur le territoire, au centre hospitalier du Blanc. Environ un tiers des séjours (34,6 %) ont eu lieu à Châteauroux, soit au centre hospitalier (25,9 %) soit à la clinique Saint-François (8,7 %). Environ un dixième des séjours ont eu lieu à Poitiers (8,0 % au CH, 1,2 % à la polyclinique). Le reste des séjours est plus dispersé géographiquement. L'ensemble des établissements des villes de Châtelleraut, Limoges et Tours accueillent environ un dixième des séjours des habitants du PNR (clinique de Châtelleraut 3,7 %, hôpital Camille Guérin de Châtelleraut 0,9 %, CHU Limoges 3,4 %, clinique François Chenieux de Limoges (1,5 %), CHRU de Tours (2,9 %). Les autres séjours hospitaliers (16 %) se répartissent sur d'autres établissements.

Les trois quarts des séjours hospitaliers des habitants du PNR ont lieu en dehors du territoire du PNR. A l'échelle de la commune du Blanc, le taux de fuite est d'environ 50 %.

* le territoire étudié pour les données du PMSI est un peu plus large géographiquement que le PNR (il inclut un territoire un peu plus important au nord, jusqu'à Buzançais, et à Saint-Benoit-du-Sault au sud) mais donne une bonne estimation de la répartition des séjours.

Synthèse des rencontres avec les professionnels et les habitants

Une démographie médicale faible à laquelle s'ajoutent des difficultés d'accès liées au transport et aux revenus de la population

La faible démographie des professionnels de santé du PNR de la Brenne constitue une problématique essentielle du territoire en matière d'accès aux soins. Cependant, les situations ne sont pas homogènes sur le Parc. Quelques communes réunissent l'essentiel de l'offre de soin du territoire (particulièrement Le Blanc, qui compte la moitié des médecins généralistes et la totalité des spécialistes). Les habitants de ces communes plutôt bien dotées en professionnels de santé, n'expriment pas de grandes difficultés d'accès aux soins et jugent leurs conditions plutôt satisfaisantes, du moins actuellement :

Habitant : « On a quand même 4 médecins on a de la chance ! Faut pas l'oublier ça ! »

Habitant : « Nous on est mieux lotis, en cas d'urgence un médecin nous prend de suite... »

Habitant : « Il y a tout ce qu'il faut sur place »

L'existence de l'hôpital du Blanc apparaît ici très importante, avec sa présence de spécialistes, et son service des urgences qui rassure la population. Pour l'est du territoire du PNR, la proximité des villes de Châteauroux et d'Argenton-sur-Creuse constitue également un atout pour l'accès à certaines spécialités.

Habitant : « Quand vous allez au Blanc vous attendez beaucoup moins ! Y a un super service... et c'est humain »

Habitant : « À Saint-Gaultier ...y a un statut à part par rapport aux autres populations du parc, lié ...à Argenton, qui est à qu'à 10 km d'ici, y a une maison médicale je crois qui regroupe je crois 23 praticiens, médecins, spécialistes, infirmiers... et y a beaucoup d'habitants de Saint-Gaultier qui vont à la maison médicale (...) en kinésithérapie par exemple y en a beaucoup qui vont se faire soigner à Argenton, hier quand j'y suis allé à mon rendez-vous y avait des ambulances de Saint-Gaultier, d'autres de Rivarennes... »

Si la problématique de démographie médicale est moins prégnante pour les territoires proches de la ville du Blanc, la question inquiète néanmoins leurs habitants pour l'avenir. Cette inquiétude se fonde d'une part sur l'âge des médecins, étant donné la difficulté d'attirer de nouveaux professionnels sur le territoire de la Brenne ; d'autre part, sur les menaces qui pèsent sur l'hôpital du Blanc du point de vue des habitants (une forte mobilisation locale avait été nécessaire au maintien de l'activité de la maternité de l'hôpital, en 2012).

Habitant : « Il a fallu se battre pour garder un service à l'hôpital du Blanc quand même (...) dans 5 ans y aura 50 % des médecins qui seront partis est-ce qu'ils seront remplacés ? Tout ça, y a quand même une inquiétude »

Habitant : « Je me demande si on va pas envisager un jour de partir, parce que bientôt on n'aura plus de médecins, on n'a plus de poste, il faut faire des kilomètres pour aller voir un spécialiste, on a encore la chance d'avoir l'hôpital du Blanc, mais pendant combien de temps ? (...) en tant que sénior on se pose des questions. »

Les autres parties du territoire du PNR, très rurales, apparaissent beaucoup plus dépourvues en professionnels de santé. L'accès aux soins nécessite souvent des déplacements très importants pour les populations qui y résident. Cette difficulté est moindre pour les médecins généralistes et pharmaciens qui acceptent souvent de se rendre au domicile des patients qui n'ont pas de moyens de transport. Cependant cette possibilité n'est pas systématique, et ne permet pas l'accès aux médecins spécialistes plus rares et plus éloignés.

L'utilisation du réseau local de transport en commun se révèle généralement peu commode pour les habitants : nécessité de réserver ; créneaux horaires restreints, qui impliquent des durées longues entre aller et retour ; limitation à certains trajets particuliers entre les principales communes...

Elu : « Le Conseil général met à disposition des transports à la demande à 2 € pour chaque déplacement mais c'est vrai que ce n'est pas très souple quand même, c'est vrai que les liaisons plus régulières sont difficiles entre les différentes parties du territoire, du parc en particulier. »

Habitant : « Il y a un numéro de téléphone à avoir ; on le prévient la veille et on ne peut pas choisir ses horaires. Il a des horaires, il faut s'adapter. »

Professionnel : « nos anciens qui sont éloignés des centres urbains peinent à venir « profiter », entre guillemets, des actions qui ne sont pas trop centralisées. »

Il est donc dans bien des cas nécessaire de disposer d'un moyen de transport individuel. L'importance des distances à parcourir représente alors parfois un coût non négligeable qui peut conduire à limiter les consultations jugées non indispensables.

Professionnel : « À Mézières les centres hospitaliers c'est 50 km, les spécialistes 50 km ; Le Blanc ils ont tout sur place. »

Professionnel : « Quand vous cherchez un ophtalmo ou un gastro, vous êtes obligés d'aller à Châteauroux... y a des gens dans notre secteur qui sont obligés d'aller sur Poitiers, ou Châtellerauld... »

Professionnel : « Ça m'est déjà arrivé, je ne sais pas, un nombre incalculable de fois, de dire à une dame « non, en fait c'est une fausse alerte je vais renvoyer chez vous c'est pas pour aujourd'hui » et monsieur qui répond « moi je suis venu avec l'automobile, j'ai mis 15 € dans la voiture si c'est pas aujourd'hui mais comment je fais pour revenir demain ? »

Les personnes sans véhicule personnel doivent donc solliciter les solidarités familiales et de voisinage pour effectuer la plupart de leurs déplacements. Certaines personnes, souvent âgées, sont cependant très isolées et ne peuvent compter sur l'aide de leur entourage. Elles doivent alors avoir recours à des compagnies de taxi et d'ambulance pour effectuer les déplacements liés aux consultations médicales. Ces déplacements particulièrement onéreux n'étant pas accessibles à toute la population du Parc, une partie des patients ont tendance à renoncer à certaines consultations de spécialistes, pour lesquels les dépassements d'honoraires constituent déjà un obstacle.

Habitant : « Souvent y a une entraide de voisinage ou de famille, mais ça peut aller qu'un temps ça ! Parce que vous avez plus de transports, aussi pour prendre un taxi, vous connaissez la moyenne de revenu dans notre secteur ? Les gens ont pas les moyens de prendre un taxi ! Alors c'est l'entraide lorsqu'il est possible de le faire. »

Professionnel : « Le taxi c'est 200 € aller-retour. »

Ces besoins de transport sont accrus par un certain manque de lisibilité de l'offre de soins pour les habitants. Du fait des relations de travail déjà établies entre certains professionnels, l'orientation des patients n'est pas toujours effectuée vers le professionnel de proximité.

Habitant : « Au Blanc, y a des nouveaux spécialistes qui sont arrivés, en urologie, en ophtalmologie, ben les médecins de Saint-Gaultier n'envoient pas au Blanc. Moi j'ai eu besoin d'un urologue, on me dit « faut aller à Saint-François à Châteauroux », alors que y avait un médecin de Poitiers qui vient au Blanc toutes les semaines. J'ai dit à mon médecin : « Y a pourtant un spécialiste au Blanc, pourquoi vous ne m'envoyez pas... ? » « Ah bah parce que j'ai reçu en effet une circulaire, mais effectivement je n'y pensais pas... »

L'organisation régionale du secteur sanitaire accentue cette problématique pour le territoire de la Brenne, situé en périphérie de la région Centre.

Elu : « L'un des objectifs pour l'hôpital du comité de défense ça avait été justement de faire en sorte que les régions sanitaires de la région Centre et de Poitou-Charentes coopèrent ensemble pour qu'on ait des liens qui soient géographiques et non pas administratifs (...). Quand le cardiologue de l'hôpital du Blanc prend des contacts avec son collègue de Poitiers et qu'il a une place dans le service etc. mais que le Samu arrive et dit « ben non on l'emmène à Bourges... », ce sont de réels problèmes et ça la population ne l'accepte pas. »

Il existe également des lacunes dans l'information quant à la permanence des soins. Les habitants mal informés sur le dispositif mis en place se rendent ainsi parfois aux urgences alors que le médecin de garde à proximité de leur domicile pourrait dans certains cas très bien répondre à leur besoin.

Habitant : « Le gros problème c'est en dehors des heures d'ouverture des médecins... Au moindre petit bobo vous êtes obligés d'aller aux urgences, pour une toute petite entaille, et aux urgences... c'est la folie. »

Conséquences

Les conséquences de la faible démographie médicale observée sur le PNR sont multiples. Une conséquence directe est que les possibilités de consultation des médecins sont limitées, particulièrement celles des spécialistes. Sur certains territoires, cela se traduit par des médecins qui n'acceptent plus de nouveaux patients, et des délais longs pour obtenir des rendez-vous selon eux.

Habitant : « On n'est pas malade sur rendez-vous, c'est pas évident, alors je comprends aussi le...les médecins sont surchargés mais donc y a ce souci-là. »

Au-delà des possibilités concrètes de consultation, la pénurie de professionnels affecte la qualité des soins ressentie par les habitants. Les médecins étant débordés, les temps des consultations se voient écourtés.

Habitant : « Ça va trop vite je trouve, il [le médecin] a un débit c'est pas croyable. Oui on a quand même un doute sur la qualité, en contrepartie. »

Certains patients ne se sentent donc pas écoutés comme ils le devraient.

Habitant : « Les patients sont plus écoutés on a l'impression d'être pris pour des fous. »

Habitant : « C'est pas pour accuser les médecins, mais je pense que des fois ils entendent pas ce qu'on leur dit (...) y a peut-être trop de malades chroniques... c'est pour ça qu'on passe à côté de choses, on n'a pas le temps pour écouter les gens... »

Les professionnels voient également dans la faible démographie un facteur de diminution de la qualité de leur prise en charge, car le volume de travail trop important conduit à négliger les coordinations nécessaires avec les autres professionnels du territoire.

Professionnel : « Quand les praticiens se font de moins en moins nombreux et qu'ils sont de plus en plus en flux tendu, la première chose qui trinque chez eux c'est le temps qu'ils passent à se parler. Les problèmes de coordination, d'intendance autour des patients se voient... »

Une autre conséquence du manque de professionnels est que les acteurs élargissent leurs missions et acceptent d'accompagner des personnes dont ils ne devraient pas normalement s'occuper :

Professionnel : « Sur notre territoire on ressent cette entraide des acteurs au-delà des institutions, et c'est ça qu'il faut préserver et peut-être encourager. »

Pistes d'amélioration quant à l'offre de soin du territoire

Plusieurs leviers d'actions ont été évoqués lors des réunions avec les élus, professionnels, et habitants quant au problème de démographie médicale du territoire du PNR de la Brenne.

Certains leviers concernent des évolutions possibles de la politique générale de santé et ne dépendent pas directement des initiatives locales au sein du PNR (numerus clausus, liberté d'installation des médecins, nouvelles délégations de compétences). De plus, certaines évolutions déjà constatées ne sont pas jugées satisfaisantes. Certains habitants ont ainsi le sentiment que les nouvelles compétences attribuées à certains professionnels pallient les manques d'effectifs, mais ne permettent pas en fait une prise en charge de même qualité.

Habitant : « Aujourd'hui aussi faut bien voir qu'on n'a plus des ophtalmos, on a des orthoptistes (...) faut dire aussi qu'on déqualifie les professionnels de santé, les infirmières vont être amenées à avoir des actes de médecins, ça aussi c'est la dévalorisation de la qualité de la médecine en France. »

Quant aux initiatives locales, plusieurs éléments émergent fortement des réunions. De manière générale, le maintien et le développement de l'offre de soins passe par l'amélioration de l'attractivité du PNR de la Brenne. Les acteurs rencontrés évoquent la dynamisation du territoire, de son activité économique, de ses commerces, activités et animations, et surtout la création d'emplois tous secteurs confondus. En effet, une des difficultés de faire venir des professionnels extérieurs au territoire est liée aux possibilités de trouver un emploi à proximité pour leurs conjoints(es), et à l'offre insuffisante de services.

Professionnel : « Les gens ne veulent pas venir parce que le conjoint ne trouve pas forcément un emploi et les enfants grandissant sont obligés de partir ailleurs. »

Professionnel : « Encore à Saint-Gaultier vous êtes tout près de Châteauroux... vous vous pouvez plus attirer des professionnels dont par exemple le conjoint travaille sur Châteauroux parce que vous êtes quand même à 20 minutes... (...) alors vous pensez, nous à (nom de la commune), à ¼ d'heure... »

Habitant : « Je n'ai rien contre les dames mais je me doute que bon nombre de femmes de médecins lorsque le mari dit « je vais m'installer au Blanc » disent « non, on va à Poitiers, on va à Tours, on va... mais pas au Blanc ». C'est clair. On l'a entendu, ça donc voilà. »

De façon plus spécifique, il apparaît important de :

-maintenir l'activité de l'hôpital du Blanc. Des inquiétudes demeurent quant aux volontés politiques, qui vont dans le sens d'une raréfaction des petits hôpitaux comme celui du Blanc.

Professionnel : « Faut préserver tout ça... et surtout le petit hôpital, il est en plein dans la Brenne... »

-de faciliter l'installation des professionnels de santé par différents moyens (maisons médicales, pôles de santé, offre de locaux avantageux, financer les formations de futurs professionnels...). Les maisons pluridisciplinaires sont souvent évoquées comme une solution pour attirer de nouveaux professionnels de santé, et perçues comme facilitatrices de lien entre les différents professionnels (médecin généraliste, infirmier, masseur-kinésithérapeute, psychologue...) et de travail en coordination dans le cadre du parcours de soin de l'utilisateur.

Habitant : « Je pense que... avec éventuellement la mise en place d'une maison pluridisciplinaire qui se fera certainement, qui doit se faire, puisque c'est nécessaire, ça résoudra peut-être quelques problèmes qui se posent notamment sur le départ en retraite des médecins d'un certain âge. »

La population plébiscite ces dispositifs. Elle y trouve toute l'offre de premier recours mais aussi de prévention ou d'éducation thérapeutique pour les personnes souffrant de pathologies le nécessitant en un même endroit. De fait l'organisation mise en place par les professionnels fait qu'une réponse est toujours apportée au patient. En l'absence de son médecin-traitant, le patient a la possibilité de consulter un médecin collaborateur avec la garantie d'une transmission de l'information ou du dossier, ce qui le rassure. Cependant, certains professionnels rencontrés ne sont pas totalement convaincus de la pertinence de ces projets, le risque étant d'accentuer la désertification médicale dans les territoires avoisinants.

Professionnel : « On est sur un territoire qui est grand, qui est très rural, et c'est vraiment la fausse bonne idée. La maison de santé pluridisciplinaire, vous mettez tous les professionnels de santé à un point et vous perdez toute la proximité. Le pôle de santé pluridisciplinaire. C'est-à-dire qu'ils ont les moyens de travailler ensemble mais qu'ils regardent les cabinets leur infrastructure même quitte à être à 5, à 10 km, mais ils ont les moyens de coordination ensemble et pour le territoire beaucoup plus adaptés. Il faut pas oublier que les maisons de santé dans ce genre de territoire siphonnent les professionnels, par attractivité, par simplicité, et que vous arrivez à

une désertification beaucoup plus majeure. »

Une autre piste pour améliorer l'offre de soins consiste non à attirer directement de nouveaux professionnels sur le territoire, mais plutôt à développer les coopérations entre professionnels par le biais de téléconsultation/télé imagerie /télé expertise/ visioconférence, pour un accès facilité aux compétences des spécialistes. L'hôpital du Blanc, par ce type de dispositifs, collabore avec l'hôpital de Châteauroux, de Poitiers et Tours. Des examens de scanner réalisés sur l'hôpital du Blanc sont interprétés par des médecins de la région bordelaise. Des EHPAD du territoire ont également été équipés de tels dispositifs, pour travailler avec des spécialistes de l'hôpital de Châteauroux, même si peu de spécialistes collaborent actuellement avec eux. Le Réseau Arpeges Télémed a pour mission la mise en place et le développement de la télémédecine dans l'Indre. Mais sur le territoire de la Brenne, il n'existe actuellement pas (encore) de praticiens adhérents de ce réseau.

Une coordination des acteurs perfectible

Dans un contexte de faible ressource en santé sur le PNR de la Brenne, la coordination des acteurs apparaît particulièrement nécessaire pour répondre aux besoins de la population. En la matière, la situation sur le territoire de la Brenne est contrastée. Certaines collaborations sont bien engagées et structurées, tandis que d'autres sont aléatoires, liées aux volontés locales, et les patients en pâtissent.

La qualité des collaborations est liée à plusieurs facteurs. Elle dépend tout d'abord en partie des volontés institutionnelles.

Professionnel : « Il faut que les responsables qui portent ces structures soient en mesure de s'accepter. Or on voit bien, nous on a bien vu dans le département quand même, ces derniers temps, des super structures peiner beaucoup à travailler ensemble. Le Conseil général, le centre hospitalier de Châteauroux, le Centre départemental gériatrique de l'Indre, enfin des structures qui quand même... voilà. Il n'y a pas que les acteurs sur place qui peinent à collaborer, les chefs aussi. »

A ce titre, c'est surtout la coordination ville-hôpital qui apparaît particulièrement problématique. Si certains professionnels se plaignent plus particulièrement de leur collaboration avec l'hôpital du Blanc, le problème des relations ville-hôpital n'est généralement pas jugé spécifique au territoire du PNR.

Professionnel : « Le Conseil général avait mis en place ce qu'on appelle une « valise » où il y avait des fiches navettes. Pour justement, quand la personne est hospitalisée elle part avec cette fiche navette à l'hôpital et normalement elle devrait revenir avec cette fiche navette. Elle n'est jamais remplie. Jamais. Que ce soit Châteauroux, que ce soit Le Blanc, que ce soit Issoudun, jamais. »

Professionnel : « On a quand même beaucoup de mal à faire de la coordination. (...) on va gérer des patients au domicile, ils rentrent en structure on n'a plus aucune nouvelle. Le patient sort chez lui, rentre chez lui, on ne le sait pas. »

Professionnel : « On voit des patients ne faisant... attendant le retour de leur médecin pour pouvoir recevoir une visite médicale notamment dans les périodes estivales, alors qu'ils nécessiteraient d'être vus ; on voit des patients qui ne sont pas suivis quand ils sortent de l'hôpital parce que les courriers arrivent tard et que le médecin traitant n'a pas été prévenu de la sortie du malade. »

Professionnel : « Les professionnels des services du Blanc ne collaborent pas avec les structures et je le dis pour les soins palliatifs mais il semblerait que ce soit aussi exact pour la gériatrie, pour d'autres équipes transversales. (...) Les HAD n'empêchent pas qu'on puisse intervenir et on intervient très souvent avec l'HAD... mais pas au Blanc. »

Les possibilités de coordination sont conditionnées par le niveau d'interconnaissance des professionnels et de compréhension de leurs missions respectives.

Professionnel : « Il faut qu'on puisse se connaître mais il faut savoir qui peut faire quoi, parce qu'on a tous nos habitudes, et c'est important. Après, une fois que dans un territoire tout le monde arrive à voir qui est ça la coordination se fait approximativement d'elle-même. »

Professionnel : « On dit qu'on se connaît, je suis pas sûr qu'on se connaisse tant que ça, moi, sur ce territoire, donc déjà qui est où, qui fait quoi ? Parce qu'on se connaît mais après sur la nature des missions je pense que y aurait deux trois choses à creuser, et après comment on travaille ensemble. »

Professionnel : « ce sont des gens, des professionnels, des médecins que nous ne connaissons pas personnellement, avec lesquels nous avons finalement que des relations épistolaires qu'on n'a jamais l'occasion de rencontrer...ce qui est subjectivement et objectivement... un obstacle. »

Des structures de coordination permettent aux acteurs de se connaître et de mieux travailler ensemble sur certains sujets. C'est notamment le cas en matière de gérontologie sur le territoire de la Brenne.

Professionnel : « On est ensemble en coordination gérontologique...et c'est déjà bien parce que ces coordinations parce qu'on est effectivement beaucoup... y a pas mal de partenaires, et il y a les associations comme, justement Familles rurales, tout... y a l'assistante sociale, y a la Carsat, y a beaucoup de partenaires, c'est intéressant. »

Il n'existe pas de telles instances pour toutes les populations. Par conséquent, les acteurs participant aux coordinations gérontologiques intègrent parfois les problématiques des autres publics auxquels ils ont affaire, comme les personnes handicapées ou souffrant de pathologies psychiatriques. Mais cette solution ne pallie pas toutes les difficultés, l'ensemble des professionnels concernés par ces publics n'étant pas présents. Le conseil général de l'Indre a pour projet de développer d'autres coordinations, notamment pour les personnes handicapées.

Pour certains professionnels, le développement d'instances et de missions de coordination ne constitue pas une garantie de travail collaboratif efficace. Il existe aujourd'hui un grand nombre de structures institutionnelles dédiées à la coordination, gérontologique par exemple (Centre local d'information et de coordination (Clic), Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades

d'Alzheimer (Maia), réseaux gérontologiques...). Le cumul du nombre de ces structures, conséquence des réformes successives sans clarification de leurs compétences, complexifie aujourd'hui la compréhension de leurs missions et de leurs contextes d'intervention.

Professionnel : « On ne sait pas trop qui fait quoi. »

Professionnel : « Quand vous regardez, l'HAD, ils font de la coordination, les Ssiad, de la coordination, les réseaux Codevih, soins palliatifs, géronto, ils font de la coordination, tout le monde coordonne. Et parfois on se marche sur les pieds les uns les autres. »

Au-delà des relations institutionnelles et de la nécessaire connaissance mutuelle des acteurs, les collaborations restent dépendantes des volontés individuelles des professionnels de terrain, des relations personnelles qu'ils entretiennent, et de leurs habitudes de travail :

Professionnel : « Des petits territoires comme les nôtres, les acteurs ne sont pas foison. Alors l'avantage c'est qu'ils se connaissent et que lorsqu'ils sont capables de s'entendre on fait des choses merveilleuses que ne font pas d'autres territoires (...). En revanche l'inconvénient c'est que lorsqu'il y a un acteur qui a décidé que, ou deux acteurs qui ne s'entendent pas, c'est foutu ; et c'est foutu... pour leurs patients. »

Professionnel : « Quand on prend les associations et tout ça (...) on en reçoit énormément, de plaquettes, enfin énormément... tout est relatif, hein, donc on en reçoit quelques-unes, on les ouvre, on les lit, mais en fin de compte une fois qu'on l'a lue, elle se met dans un coin et on n'y repense pas forcément (...). »

Vieillesse de la population

Depuis 2006, en France, alors que la population totale n'a augmenté que de 2,7 %, celle des 75 ans et plus a augmenté de 11,6 %. Le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus va augmenter au cours des prochaines décennies, ainsi que leur part dans l'ensemble de la population. Cette part est en 2014 de 9,1 %, elle sera de 12,3 % en 2030, de 14,7 % en 2040 et de 16,2 % en 2060 (source : Insee, scénario central des projections de population 2007-2060).

Indices démographiques du vieillissement

Evolution de l'indice de vieillissement et de grand vieillissement entre 2006 et 2011

	Indice de vieillissement			Indice de grand vieillissement		
	2006	2011	Evolution	2006	2011	Evolution
PNR Brenne	126,2	126,6	0,4	46,1	54,1	8,0
Indre	110,3	115,2	4,9	43,5	52,3	8,8
Centre	76,1	79,7	5,2	42,4	49,7	7,3
France hexagonale	67,0	70,6	4,7	40,0	47,1	7,2

Source : Insee (RP 2006, 2011)

Exploitation ORS Centre

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

Sur le PNR de la Brenne, l'indice de vieillissement est de 126,6 personnes de plus de 65 ans pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans. Il est ainsi plus élevé que celui de l'Indre (115,2), et beaucoup plus élevé que celui de la région Centre (79,7) et de la France (70,6). Si l'on observe une légère augmentation de l'indice de vieillissement entre 2006 et 2011 (+0,4 points), cette progression est moins marquée qu'aux niveaux du département, de la région et de la France.

L'indice de grand vieillissement est de 54,1 personnes de 80 ans et plus pour 100 personnes âgées de 65 à 79 ans. Il est plus élevé que ceux du département, de la région et de la France. Sa progression entre 2006 et 2011 est de 8 points, sensiblement comme sur les autres territoires de référence.

Conditions de vie des personnes âgées

Personnes âgées vivant dans leur domicile personnel en 2011

	Personnes âgées de 75 et plus vivant en logement ordinaire		Personnes âgées de 75 ans et plus vivant dans un service ou établissement de moyen ou long séjour, maison de retraite, foyer ou résidence sociale		Personnes âgées de 75 ans et plus vivant dans un autre mode d'habitation	
	Effectifs	% de la population des 75 ans et plus	Effectifs	% de la population des 75 ans et plus	Effectifs	% de la population des 75 ans et plus
PNR Brenne	4 273	89,6	477	10,0	17	0,4
Indre	27 625	90,1	2 999	9,8	40	0,1
Centre	236 950	89,9	26 177	9,9	560	0,2
France hexagonale	5 171 773	90,4	533 544	9,3	16 862	0,3

Source : Insee (RP 2011)

Exploitation ORS Centre

Selon le recensement de l'Insee de 2011, 4 273 personnes âgées de 75 ans et plus du PNR vivent en logement ordinaire soit 89,6 % des 75 ans et plus. 10,0 % des 75 ans et plus vivent dans un service ou établissement de moyen ou long séjour, maison de retraite, foyer ou résidence sociale (soit 477 personnes). Ces proportions sont proches de celles observées dans le département, en région et en France.

Isolement des personnes âgées en 2011

	Personnes âgées de 75 ans et plus vivant seules (effectifs)	Pourcentage de femmes âgées de 75 ans et plus vivant seules	Part de personnes âgées vivant seules (en %)
PNR Brenne	1 830	80,1	38,4
Indre	11 755	78,0	38,3
Centre	99 602	78,3	37,8
France hexagonale	2 212 788	79,9	38,7

Source : Insee (RP 2011)

Exploitation ORS Centre

Selon l'Insee en 2011, 1 830 personnes âgées de 75 ans et plus vivent seules pour le territoire d'étude, soit 38,4 % des 75 ans et plus. La proportion observée sur le territoire est comparable à celles du département (38,3 %) et de la région (37,8 %) et inférieure à celle de la France (38,7 %).

Parmi les personnes âgées de 75 ans et plus vivant seules sur le territoire d'étude, 80,1 % sont des femmes. Le taux observé est comparable à ceux du département (78,0 %), de la région (78,3 %) et de la France (79,9 %).

Potentiel de solidarité intergénérationnelle (ratio aidants/aidés) en 2011

	Personnes de 55-64 ans en 2011	Personnes de 85 ans et plus en 2011	Ratio aidants/aidés (55-64 ans/ 85 ans et plus) en 2011
PNR Brenne	4 869	1 496	3,3
Indre	33 686	9 164	3,7
Centre	342 459	79 783	4,3
France hexagonale	7 991 677	1 683 836	4,7

Source : Insee (RP 2011)

Exploitation ORS Centre

De manière schématique, les proches des personnes âgées et notamment leurs enfants, peuvent être quantitativement représentés par les personnes âgées de 55 à 64 ans. En calculant le rapport de la population des 55-64 ans sur la population des 85 ans et plus, on obtient une approximation du potentiel de solidarité intergénérationnelle en matière de soutien à domicile des personnes âgées dépendantes.

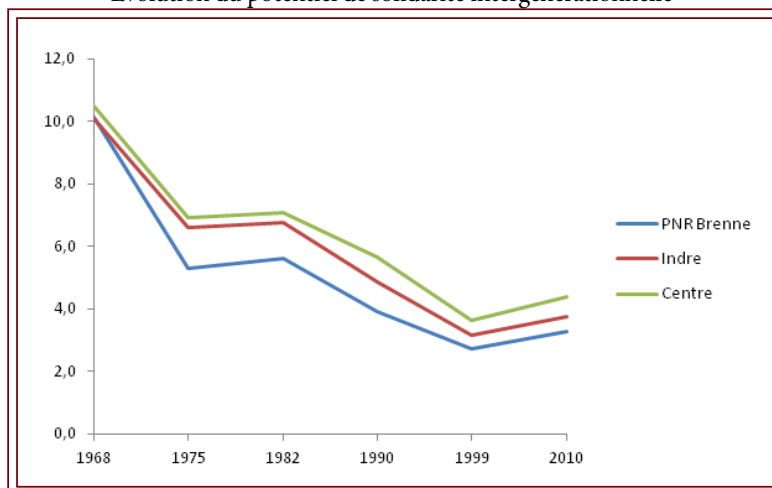
Le ratio aidants/aidés est de 3,3 pour le PNR de la Brenne (soit 1 496 personnes âgées de 85 ans et plus pour 4 869 personnes de 55-64 ans). Le ratio du territoire est inférieur à celui du département (3,7) de la région (4,3) et de la France (4,7).

Entre 1968 et 1999, le potentiel de solidarité intergénérationnelle en région Centre est passé de 10,5 à 3,7, soit une baisse de 6,8 points.

S'agissant du territoire d'étude, le potentiel de solidarité intergénérationnelle en 1999 est de 3,9, soit une baisse de 8,6 points par rapport à 1968. Cependant le nombre de personnes âgées de 55-64 ans est resté relativement stable au cours de la période avec une moyenne de 10 608 personnes. Tandis que le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus a fortement augmenté, comme le démontre l'indice de grand vieillissement.

Entre 1999 et 2010, le potentiel de solidarité est passé de 3,9 à 4,7 sur le territoire d'étude. Cette évolution s'explique par une augmentation plus importante du nombre de personnes âgées de 55-64 ans (+39 %) par rapport à celle des 85 ans et plus (+16 %).

Evolution du potentiel de solidarité intergénérationnelle



Source : Insee (RP 1968, 1975, 1982, 1990, 1999, 2011)

Exploitation ORS Centre

Bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile

L'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) est destinée à couvrir en partie les dépenses de toute nature concourant à l'autonomie des personnes âgées ayant besoin d'aide pour accomplir des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière. Elle est attribuée, sous certaines conditions, par les conseils généraux aux personnes hébergées à domicile. Le bénéficiaire de l'Apa est soumis à certaines obligations envers le Conseil général.

Au 31 Août 2014, 515 bénéficiaires de l'APA à domicile sont recensés sur 44 des 51 communes du PNR de la Brenne (les statistiques des 7 autres communes ne sont pas disponibles). Sur ces 515 bénéficiaires, 351 sont en GIR 4, 90 en GIR 3, 64 en GIR 2, et 10 en GIR 1.

Allocataires du minimum vieillesse au 31 décembre 2013

Fin 2013, le territoire compte 224 personnes âgées bénéficiaires du minimum vieillesse, ce qui représente 2,7 % des 65 ans et plus. La part des personnes âgées vivant avec le minimum vieillesse sur l'ensemble du territoire est comparable à celles observées dans le département et en région (respectivement 2,3 % et 2,2 % des personnes de 65 ans et plus allocataires du minimum vieillesse).

	Nombre d'allocataires du minimum vieillesse	Part parmi les personnes de 65 ans et plus
PNR Brenne	224	2,7
Indre	1 254	2,3
Centre	10 587	2,2

Sources : Carsat Centre, Insee (RP 2011)

Exploitation ORS Centre

Soins et soutien à domicile pour les personnes âgées

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

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

En matière de maintien à domicile, plusieurs associations et structures maillent le territoire et peuvent intervenir : L'ADMR de la Brenne, l'ASMAD, Bien vivre chez soi, Familles rurales, Idées en Brenne, Mieux vivre, Agir en cœur de Brenne, APAJH 36...)

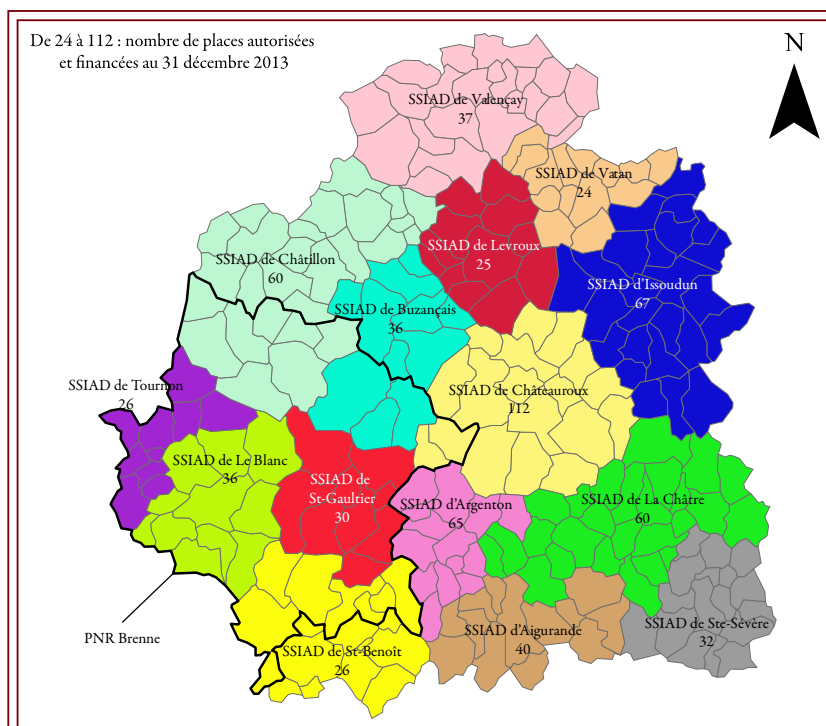
Les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) ont pour objectif de maintenir la personne âgée ou handicapée dans son milieu de vie dans les meilleures conditions possibles, de prévenir et de retarder les hospitalisations, d'écourter les séjours en établissements de soins, de favoriser et organiser de manière harmonieuse le retour à domicile. Sur le département de l'Indre 676 places de Ssiad sont autorisées et financées fin 2013 (dont 30 places ESA*), soit un taux d'équipement de 22 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus. Ce taux d'équipement est beaucoup plus faible que la moyenne nationale (qui était en 2010 de 122 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus),

3 Ssiad ont la totalité de leur zone d'intervention sur le PNR de la Brenne : le Ssiad du Blanc (36 places autorisées et financées), le Ssiad de Saint-Gaultier (30 places) le Ssiad de Tournon-Saint-Martin (26 places).

4 autres Ssiad ont une partie de leur zone d'intervention située sur le territoire du PNR : le Ssiad de Châtillon, de Buzançais, de Châteauroux, et Saint-Benoît.

2 équipes spécialisées Alzheimer interviennent en partie sur le PNR et sur d'autres communes. L'ESA de Châtillon sur Indre (10 places), et l'ESA de Châteauroux (10 places).

Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) dans l'Indre au 31 décembre 2013



Sources : ARS DT 36, DPDS CG 36

Exploitation ORS Centre

Les services d'Hospitalisation à Domicile (HAD) permettent d'assurer au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés sous la responsabilité du médecin traitant. Le centre hospitalier du Blanc d'une antenne HAD de 5 lits qui couvre une zone d'intervention dont les trajets ne dépassent pas 30 minutes. L'HAD de l'hôpital local de Châtillon-sur-Indre (5 lits) couvrent les cantons d'Ecueillé et de Mézières-en-Brenne.

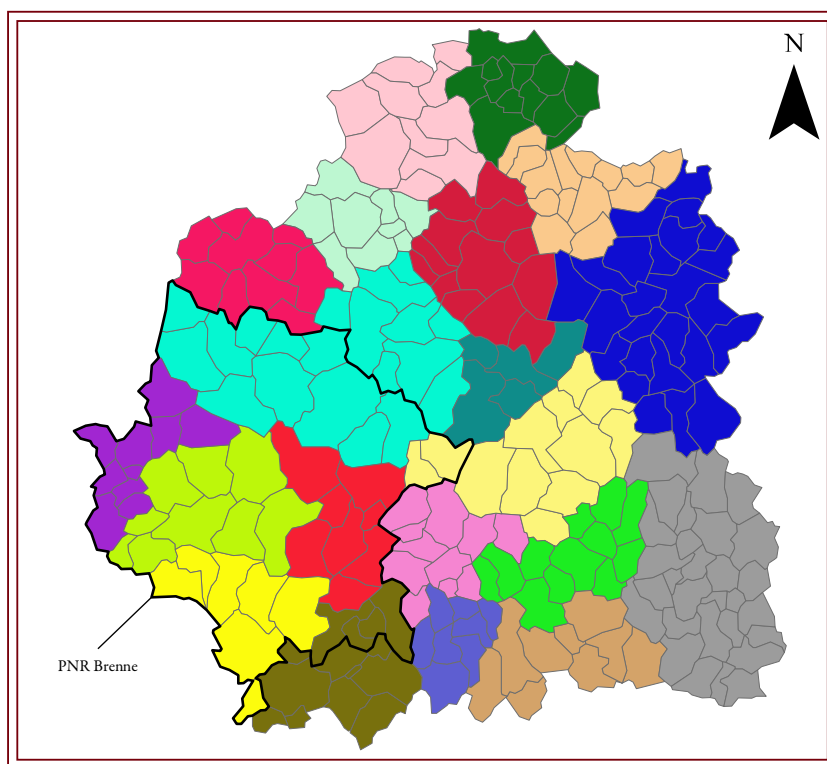
Le maintien des personnes âgées à domicile pose également la question des risques d'accident ou de détresse physique en l'absence de tierce personne. Pour pallier ces difficultés et pour les personnes qui le souhaitent, des systèmes de télé-assistance proposent des solutions (par exemple l'association Delta Revie, avec ses sections au Blanc, Belâbre, Tournon-Saint-Martin, Saint-Gaultier).

Les centres locaux d'information et de coordination (Clic) accueillent, écoutent et proposent des solutions adaptées aux plus de 60 ans pour améliorer leur vie quotidienne. Ils délivrent des informations sur le soutien à domicile (aide à la vie quotidienne, soins, téléalarme...), l'adaptation du domicile, les établissements d'accueil, les aides financières, les mesures de protection juridique, les loisirs proposés par la commune, etc.

Il s'agit d'un service public destiné à jouer le rôle de « guichet unique » pour les personnes âgées sur un territoire. Pour autant, le Clic ne se substitue pas à l'ensemble des acteurs, mais orientent vers eux les personnes en fonction de leurs besoins. Au-delà de ces missions envers les usagers, les Clic coordonnent également les différents acteurs d'un territoire.

Dans l'Indre, il existe un Clic pour l'ensemble du territoire, le Clic départemental. Sa permanence située au Centre Colbert au sein de la Maison Départementale de la Solidarité à Châteauroux assure les missions d'information, d'orientation et de coordination. Il s'appuie sur les 20 coordinations gérontologiques locales qui existaient avant la création du Clic et qui sont issues d'une tradition ancienne et bien ancrée dans le département de coordination et de travail en réseau de l'ensemble des acteurs du secteur de l'aide aux personnes âgées. Sur le PNR de la Brenne, 6 réseaux locaux de coordination sont présents. (Ardentes, Mézières-en-Brenne/Buzançais, le Blanc, Belâbre, Tournon-Saint-Martin, et Saint-Gaultier). Ces réseaux permettent aux membres des coordinations de mieux connaître et appréhender le travail de leurs partenaires : visites de structures (Ehpad, accueil de jour), informations sur la mission générale des organismes (Oncoberry, Credep...), sur des actions spécifiques ou des projets (groupes de paroles, ateliers), sur les politiques mises en œuvre par les institutions (MSA, Carsat, MDPH...). Les coordinations du territoire se réunissent ainsi entre 5 et 10 fois par an.

Réseaux de coordination gérontologique dans l'Indre au 1^{er} janvier 2014



Sources : CG 36 / DPDS - Clic

Exploitation ORS Centre

La prise en charge en hébergements collectifs des personnes âgées

L'évolution du vieillissement de la population en France s'est traduite par le développement d'une part, de services et de prestations pour favoriser le maintien à domicile et, d'autre part, de l'accueil en hébergement collectif. Avec l'avancée en âge, lorsque le maintien à domicile n'est plus possible, la personne âgée peut être accueillie dans un établissement d'hébergement et/ou de soins adaptés : logements-foyers, maisons de retraite non médicalisées, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ou bien encore en unité de soins de longue durée.

Le territoire possède au total :

- 457 places d'hébergement complet (internat) pour personnes âgées dépendantes,
- 51 places en hébergement complet (internat) pour personnes souffrant de maladies d'Alzheimer, auxquelles s'ajoutent 6 places en accueil temporaire et 6 places en accueil de jour.

- 45 places en hébergement complet (internat) pour personnes âgées autonomes, auxquelles s'ajoutent 8 places de logement-foyers pour des couples âgés autonomes.
- 30 places en unité de soins de longue durée

Ces places se répartissent sur 10 établissements (dont 7 Ehpad)

- l'Ehpad La Cubissole du CH Le Blanc (50 places en hébergement complet pour personnes âgées dépendantes, 30 en hébergement complet pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, 6 en accueil de jour et 2 en hébergement temporaire également pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés)

- l'Ehpad Saint Lazare du CH Le Blanc (35 places en hébergement complet pour personnes âgées dépendantes)

- L'unité de soins de longue durée du CH du Blanc dispose de 30 places.

- l'Ehpad Le val d'Anglin du CH Le Blanc, situé à Concremiers (30 places en hébergement complet pour personnes âgées dépendantes)

- l'Ehpad Résidence de la Brenne à Mézières-en-Brenne (73 places en hébergement complet pour personnes âgées dépendantes, 11 pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer)

- l'Ehpad Saint-Gaultier (134 places en hébergement complet pour personnes âgées dépendantes)

- l'Ehpad Notre dame de confiance à Tournon-Saint-Martin (60 places en hébergement complet pour personnes âgées dépendantes, 10 en hébergement complet pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, 4 en hébergement temporaire pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer)

- l'Ehpad La Roche Bellusson à Méridy (75 places en hébergement complet pour personnes âgées dépendantes)

- le logement foyer Résidence Des Trois Roues (29 places en logement-foyer pour personnes âgées autonomes et 6 pour couples âgés autonomes)

- la Marpa à Martizay (16 places en hébergement complet pour personnes âgées autonomes, 2 places en logement-foyer pour personnes âgées autonomes)

En moyenne, le territoire d'étude dispose de 124,0 places en hébergement complet pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (Ehpad, foyer logement, foyer de vie, unité de soins de longue durée).

Les personnes affectées par la maladie d'Alzheimer

Avec le vieillissement de la population, la fréquence de survenue de maladie démentielle a beaucoup augmenté. Parmi ces maladies, la maladie d'Alzheimer est la plus courante (60 à 70 % des syndromes démentiels).

Plus de 340 800 personnes bénéficient d'une prise en charge pour affection de longue durée (ALD 15) de type maladie d'Alzheimer et maladies apparentées en 2012 (plus de 14 240 en région Centre, plus de 1 550 dans l'Indre et près de 220 sur le territoire du PNR de la Brenne). Etroitement liée au vieillissement de la population et à l'allongement de la durée moyenne de vie, cette affection devrait continuer à progresser dans les prochaines années.

La maladie d'Alzheimer représente la principale cause de dépendance lourde des personnes âgées et des entrées en institution. En effet, 40 % des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer vivent en institution.

Entre 2005 et 2012, 2 758 nouvelles admissions en ALD maladie d'Alzheimer ou autre démence sont recensées chaque année en région Centre (soit 863 chez les hommes et 1 895 chez les femmes). Les admissions pour ALD maladie Alzheimer représentent 4,8 % des admissions en ALD en région Centre, comme dans l'Indre et le PNR de la Brenne.

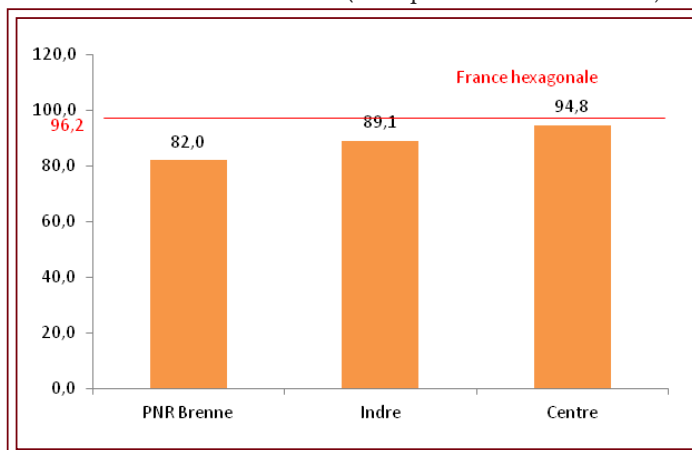
Parmi les nouvelles admissions en ALD pour maladie d'Alzheimer et autres démences, les femmes représentent 70,5 % des admissions sur le parc (67,9 % sur le département, 68,7 % en région, et 70,5 en France).

Chez les 80 ans et plus, les ALD en maladie Alzheimer ou autre démence représentent 12,1 % des admissions en ALD sur le territoire parmi la classe d'âge (12,8 % dans le département, 14,6 % en région et 15,7 % en France).

Entre 2005 et 2012, 44 nouvelles admissions en ALD maladie Alzheimer et autres démences sont recensées chaque année sur le territoire (31 chez les femmes et 13 chez les hommes).

A structure d'âge égal, le taux comparatif de nouvelles admissions en ALD Alzheimer et autres démences sur le territoire est égal à 82,0 admissions pour 100 000 habitants. Soit un taux significativement inférieur à ceux observés en région (94,8) et en France (99,3), mais non significativement différent du taux départemental (89,1). Rapporté aux personnes âgées de 65 ans et plus, le taux comparatif pour le territoire est de 480,8 nouvelles admissions pour 100 000 habitants, soit un taux significativement inférieur à ceux de la région (556,7) et de la France (583,0) et non significativement différent du taux départemental (519,4).

Taux comparatif d'admission en ALD pour maladie d'Alzheimer et autres démences 2005-2012 - (Taux pour 100 000 habitants*)



Sources : CNAMTS, CCMSA, RSI

Exploitation ORS Centre

* Population de référence : France hexagonale (RP 2006)

Ressources disponibles sur le territoire dans le champ de la maladie d'Alzheimer

Au-delà des places en hébergement, en accueil temporaire et accueil de jour (51 places en hébergement complet, 6 en accueil temporaire et 6 en accueil de jour), 2 équipes spécialisées Alzheimer interviennent en partie sur le PNR et sur d'autres communes. L'ESA de Châtillon-sur-Indre (10 places), et l'ESA de Châteauroux (10 places).

L'Association France Alzheimer Y'Acqua 36 (Aider Ceux Qui Aident) proposent des groupes de parole aux aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'un trouble apparenté. Ces rencontres ont lieu le 2ème jeudi de chaque mois de 14h à 16h à l'Ehpad «La Cubissole» au Blanc.

D'autres groupes de parole essentiellement dédiés aux aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sont organisés en périphérie du parc de la Brenne :

- les groupes de parole de France Alzheimer Y'acqua 36, à l'Ehpad «La Charmée» à Châteauroux
- les ateliers « fil mauve » de la mutualité Française, à la maison de santé pluridisciplinaire de Châtillon-sur-Indre.

Il existe des groupes de parole ouverts plus généralement aux aidants des personnes en perte d'autonomie :

- « Aidants solidaires », à Argenton-sur-Creuse (service social de la Carsat et de la MSA) une fois par mois ;
- « Entr'aidants » à Châteauroux (service social de la Carsat) une fois par mois.

Des actions d'informations ponctuelles, spécifiques à la maladie, ont eu lieu sur le territoire du PNR:

- une soirée ciné-débat a été organisée le 13 novembre 2014 au cinéma république au Blanc, pour mieux comprendre la maladie d'Alzheimer, et connaître les attitudes à adopter vis-à-vis des malades atteints de cette pathologie (partenariat Y'acqua 36 et Bien vivre chez soi).
- une conférence débat sur la maladie d'Alzheimer, le 19 novembre 2011, en partenariat avec la compagnie théâtrale Belâbraise, le réseau Être-Indre, la coordination gérontologique d'Ardentes. La présentation théâtrale était suivie de témoignages et d'échanges avec le public sur cette maladie.

Ressources disponibles sur le territoire dans le champ de la prévention de la perte d'autonomie

L'Association Santé, Éducation et Prévention sur les Territoires (ASEPT) de Berry-Touraine a pour objet la prévention et l'éducation en santé, l'information, la prévention et la lutte contre les effets néfastes du vieillissement et la perte d'autonomie, le développement des liens sociaux et de proximité entre les personnes. L'association développe des programmes de prévention santé pour les personnes de plus de 55/60 ans, sur l'Indre, l'Indre-et-Loire, et le Loir-et-Cher. Ces programmes se déclinent en quatre cycles d'ateliers indépendants les uns des autres : les ateliers du Bien Vieillir, les ateliers mémoire Pac Eureka, des ateliers sur l'équilibre et la prévention des chutes, des ateliers nutrition.

Une réunion d'information et de présentation des ateliers du bien vieillir a eu lieu à Ciron en septembre 2014, les cycles d'ateliers se sont déroulés entre octobre 2014 et décembre 2014. Deux autres réunions sont prévues en 2015 à Saint-Gaultier et Tournon-Saint-Martin. (Les coordinations gérontologiques de Saint-Gaultier et de Tournon-Saint-Martin sont partenaires de ce projet). Les réunions d'information permettent de présenter les ateliers et de constituer les groupes de seniors pour les cycles d'ateliers débutant 3 semaines environ après la conférence.

Les ateliers du bien vieillir sont organisés avec le soutien de la Carsat Centre, de la MSA Berry-Touraine, du RSI Centre, de la Camieg Centre (caisse d'Assurance Maladies des Industries Electriques et Gazières)

Le cycle des Ateliers du Bien Vieillir est un ensemble de sept thèmes, en séances de 3h chacune environ, pour s'informer sur les bonnes pratiques à partir de 55/60 ans ; apprendre, échanger et acquérir de nouveaux réflexes pour rester en bonne santé au quotidien. A raison d'une séance tous les huit ou quinze jours pour un petit groupe, plusieurs thématiques sont déclinées au fil des semaines :

- « Bien dans son corps, bien dans sa tête » : Notions démographiques, images de la retraite, importance du lien social, de l'activité. Il n'y a pas d'âge pour agir sur sa santé, pour un vieillissement réussi..
- « Pas de retraite pour la fourchette, bouger c'est la santé » : Alimentation et santé, variété, diversité, hydratation, dénutrition ; Pratiquer une activité adaptée, au quotidien.
- « Organes des sens et équilibre » : A quoi servent les sens ? Pourquoi doit on les préserver ? Comment fonctionnent nos sens ? Comment les préserver ?
- « Os et calcium » : A quoi servent l'os et le squelette ? Calcium et ostéoporose, facteurs de risques, dépistage et prévention.
- « Dormir quand on n'a plus 20 ans » : Comprendre le sommeil, son évolution avec l'âge. Comment l'améliorer ?
- « Le médicament un produit pas comme les autres » : Le devenir des médicaments dans l'organisme, alimentation, nutrition et médicament, les alternatives au médicament, médicament et affection chronique.
- « De bonnes dents pour très longtemps » : C'est non seulement surveiller, entretenir et assurer le suivi de ses dents mais c'est aussi prêter attention aux autres structures de sa bouche.

Ces séances sont l'occasion pour les seniors de faire le point sur leurs connaissances, de modifier leurs comportements pour être acteurs de leur santé au quotidien. Le même groupe de participants (10 à 15 personnes) se retrouve d'une séance à l'autre.

Les ateliers nutrition sont organisés avec le soutien de la Carsat Centre, de la MSA Berry-Touraine, du RSI Centre, de la Camieg Centre, du Conseil général de l'Indre. Le cycle des ateliers Nutrition est un ensemble de sept séances de 2h. Les séances alternent apports théoriques et pratiques – trois séances se déroulent en cuisine. L'objectif est de faire le point sur ses habitudes alimentaires pour améliorer ses comportements. A raison d'une séance tous les huit ou quinze jours, pour un petit groupe, plusieurs thématiques sont déclinées avec une diététicienne du Codes 36. Les ateliers auront lieu au printemps 2015 dans le canton de Saint-Gaultier.

Les ateliers sur l'équilibre et la prévention des chutes sont organisés avec le soutien de la Carsat Centre, de la MSA Berry-Touraine, du RSI Centre, de la Camieg Centre. Le cycle des ateliers sur l'équilibre et la prévention des chutes est un ensemble de 20 séances hebdomadaires d'une heure à l'issue d'une séance d'essai. Les ateliers sont animés par des animateurs sportifs formés à l'activité physique adaptée aux seniors. Les exercices sont concrets, attractifs et ludiques, et sont reliés au quotidien des participants. Les objectifs des

ateliers sont de diminuer l'impact psychologique des chutes ; d'atténuer les conséquences des chutes lorsqu'elles surviennent ; d'apporter des conseils sur les gestes et postures du quotidien ; d'apprendre les techniques nécessaires à la descente au sol et au relevé du sol ; de stimuler l'équilibre selon plusieurs facteurs : la vue, le toucher des pieds, le renforcement des muscles fessiers, la souplesse ; et de s'entraîner.

L'organisation de ces ateliers de l'ASEPT Berry-Touraine est en projet sur le territoire. D'autres ateliers similaires sont déjà mis en œuvre, notamment :

- des ateliers hebdomadaires « mobilité équilibre », pour prévenir les chutes, organisés par l'association « Bien vivre chez soi » pour les personnes âgées en présence d'un kinésithérapeute et d'une aide à domicile. Ces ateliers existent de manière pérenne depuis 1999, une dizaine de personnes y participent.

-La mutualité Française, en partenariat avec la Carsat Centre, l'ARS Centre et le Fonds Français Alimentation Santé, participe également au maintien de l'autonomie des seniors de plus de 60 ans par le déploiement des parcours ateliers santé seniors en région Centre. Ces parcours comportent une réunion de présentation, 3 ateliers « socles » proposés sur tous les territoires (Equilibre, Alimentation et Mémoire), 3 ateliers « optionnels » mis en place selon les besoins exprimés par les seniors lors de la réunion de présentation (parmi les thématiques suivantes : pieds, audition, vision, médicament ou toute autre thématique plébiscitée par les participants), 1 atelier Bilan à 6 mois avec des tests équilibre et mémoire. Ces parcours ont été organisés sur le territoire du PNR : à Vendœuvre en 2012, à Saint-Gaultier de janvier 2014 à juin 2014 et à Mézières-en-Brenne de septembre 2014 à mars 2015

-En partenariat avec la coordination locale d'Ardentes et l'association EPGV, le Codes de l'Indre a organisé 2 ateliers équilibre/corps et mémoire aux 1er et 2ème trimestre 2014, auxquels ont pris part 12 participants par atelier.

De nombreuses conférences et réunions d'information sont organisées à destination des personnes âgées :

- une réunion d'information sur les différentes actions de prévention santé, en partenariat avec les Ehpad de Merigny et Tournon-Saint-Martin, la Carsat Centre, FRDI, la Marpa de Martizay, l'association EPGV, les écoles d'infirmiers de Le Blanc, le Codes de Châteauroux, la mutualité Française, l'association les Cerfs Volants, l'association Bien Vivre chez Soi, et un kinésithérapeute. Cette réunion, organisée à Martizay, le 18 juin 2013 a réuni environ 60 participants.

-la coordination gérontologique de Saint-Gaultier a organisé une conférence le 18 septembre 2014 à Ciron, animée par un médecin gériatrique du Centre hospitalier du Blanc.

-une conférence débat sur les accidents vasculaires cérébraux, a été co-organisée par l'ASMAD et Bien vivre chez soi, avec un médecin urgentiste du Centre hospitalier de Châteauroux, une assistante sociale du Centre de rééducation du centre hospitalier d'Issoudun. Les informations transmises permettent de déceler les signes annonciateurs d'un AVC, les types de traitement et la rééducation possible. Cette conférence qui a eu lieu à Buzançais le 12 juin 2014, a réuni environ 200 participants dont une partie réside dans le PNR de la Brenne.

-En réponse à une demande de la Carsat, le Codes a animé une conférence sur l'équilibre alimentaire et les particularités alimentaires liées au vieillissement lors du salon des seniors organisé à Martizay le 18 septembre 2013.

D'autres réunions, situées en périphérie du PNR, ont également pu bénéficier en partie à la population du parc. L'association Familles rurales a ainsi organisé plusieurs conférences débats à destination des seniors à Ardentes. Ces conférences, situées hors du territoire du PNR, ont réuni en moyenne 70 participants. Parmi, celles-ci une conférence –débat « les seniors : alimentation et pathologies » a été animée par une diététicienne le 18 janvier 2013.

Autres actions et ressources :

Le réseau Être Indre propose gratuitement un soutien, un accompagnement et une information des professionnels des établissements et du secteur du domicile ayant comme public les personnes âgées.

La MSA Berry-touraine et la Carsat Centre ont organisé en septembre 2014 à Mézières-en-Brenne une journée dédiée aux aidants de personnes dépendantes. L'objectif était d'apporter un temps de répit, de lien social et d'échanges, et de sensibiliser aux risques psychologiques et aux risques d'épuisement que peuvent engendrer la prise en charge d'une personne dépendante et faciliter le quotidien de l'aidant et de l'aidé par un apport d'informations pratiques sur la dépendance. Des activités récréatives (pour se changer les idées), des ateliers bien-être (pour prendre soin de soi et se relaxer), des conférences (pour s'informer et échanger) et stands d'information étaient proposés, tandis que l'accueil et la prise en charge des personnes aidées étaient assurés pour permettre à l'aidant de souffler. 70 personnes ont participé à cette journée. La participation à ce type de journée pourrait être étendue avec un relai plus fort des associations de maintien à domicile et des coordinations gérontologiques. En effet, les aidants n'acceptent pas spontanément de se faire remplacer et ont besoin d'être convaincus de l'intérêt de la démarche proposée.

La plateforme Alma «allô maltraitance personnes âgées et/ou handicapées» a été créée dans l'Indre le 15 octobre 2012. Elle a pour but :

- d'assurer une écoute lors de permanences téléphoniques tenues par les bénévoles formés et encadrés par un professionnel
- de prendre en charge les situations de maltraitance avec l'ensemble du réseau local, professionnel et associatif
- de prévenir la maltraitance par le biais de sensibilisations, formations, conférences assurées par les centres Alma et Alma France auprès de publics divers : grand public, professionnels exerçant en établissement ou au domicile des personnes vulnérables, étudiants.

Pour le volet animation, que ce soit pour les personnes âgées vivant en établissement ou pour celles valides et autonomes mais désirant rompre avec la solitude et l'isolement, des activités de loisirs sont proposées par différentes structures...). Les coordinations gérontologiques de Belâbre et de Saint-Benoit-du-Sault (Familles rurales) ont notamment, en partenariat avec les mairies de ces cantons, initié des actions de proximité pour limiter l'isolement des seniors, dont le programme « les voisins », qui incite des bénévoles à rendre visite aux personnes âgées isolées.

L'association Bien vivre chez soi, œuvre également pour rompre l'isolement et maintenir le lien social des personnes âgées ou autres (personnes retraitées, adultes handicapés) vivant à domicile en milieu rural. Elle organise régulièrement des animations à la maison de service et de vie de Lureuil (sur inscription et participation financière) :

- atelier créatifs de travaux manuels (broderie, tricot, peinture sur tissu, etc..) les premiers et troisièmes lundis après midi de chaque mois.
- après midi récréatifs : jeux de cartes, chants, activités diverses deux après midi par mois (loto)
- repas à thèmes ou après midi (Carnaval, Pâques, Automne, Noël) avec la préparation et l'organisation par les participants.

L'association organise les transports pour les personnes n'ayant pas de moyens de locomotion.
 -un après-midi récréatif (27 mai 2014) avec la participation à des jeux de société, chansons, goûter, lecture etc..(10 participants) a également été co-organisé par « mieux vivre à Saint-Gaultier », et « familles rurales »

Synthèse de la rencontre avec les professionnels sur des problématiques de vieillissement de la population

Le territoire de la Brenne est caractérisé par la présence d'un grand nombre de personnes âgées vivant à domicile de façon isolée. Certaines initiatives locales, comme le programme « les voisins », ou des après-midi récréatifs, visent à limiter cet isolement et à recréer un minimum de lien social pour ces personnes isolées. Mais ces actions sont limitées par un bénévolat insuffisant et par le nécessaire transport des personnes âgées.

Professionnel : « Etant donné que notre travail est quand même très... y a pas grand... grand avenir pour les jeunes, donc les jeunes quittent, en particulier les campagnes, ce qui fait que les parents... voire les grands-parents se retrouvent seuls, donc y a de plus en plus d'isolement. »

Professionnel : « Là j'ai deux petites mamies qui sortent pas de leur maison et ben là on va faire ce mois-ci, je vais mettre une aide-soignante du Ssiad, tant pis, ça va coûter à l'ARS, et puis une aide à domicile, le Conseil général va financer un petit peu d'aide à domicile, et puis on va les emmener un après-midi descendre au café, elles sont toutes les deux en fauteuil roulant, on va les emmener au café, puis elles vont boire un café, manger une crêpe, alors ça on en entend parler pendant 6 mois (...) »

Professionnel : « Les gens sont très demandeurs et souhaiteraient qu'on renouvelle ce genre d'opérations, mais bon malheureusement (...) on mobilise des petites choses comme ça mais c'est vraiment du ponctuel, et puis en fonction de la bonne volonté de chacun aussi. »

Continuer à vivre chez soi correspond à un souhait majoritaire des personnes âgées. Ce choix est parfois aussi contraint par le manque de moyens des personnes et de leur entourage, qui ne permet pas l'entrée en établissement. La population locale ayant des niveaux de revenus relativement faibles, les problématiques de maintien à domicile des personnes âgées en situation de forte perte d'autonomie se posent avec acuité sur le PNR. Des niveaux de dépendance trop importants sont constatés à domicile.

Professionnel : « On a des sorties d'hébergement parce que le coût devient inacceptable et que c'est finalement moins cher pour l'entourage de maintenir quelqu'un à domicile, malgré tous les sacrifices que ça peut être, c'est moins onéreux que de maintenir en hébergement, et faire des sorties de GIR, parce que j'ai eu le cas de personnes de GIR 1 à domicile...parce que derrière les finances bloquent. »

La qualité du maintien à domicile de ces personnes âgées est affectée par le manque de places en Ssiad sur le territoire, qui se traduit par une suractivité de ces services, et des listes d'attente importantes.

Habitant : « Quand y a besoin du SSLAD c'est pas 6 mois après, c'est tout de suite, dans les 48 heures minimum, la famille peut peut-être faire 48 heures d'attente mais c'est pas au-delà ».

Certains usagers sont contraints de se reporter sur les services d'aide à domicile pour répondre à leurs besoins. Ces derniers n'ont cependant pas toujours les compétences pour se substituer aux Ssiad.

Professionnel : « Je pense aux GIR 2 et 1, par exemple on en a...la gestion de ces personnes-là, en tout cas assurer le confort et le risque minimal...euh c'est quand même des pirouettes qui sont très très difficiles à faire, avec une prise de risque qui est quotidienne. (...) dans l'aide à domicile on a des intervenants qui sont solitaires... »

Professionnel : « On voit des auxiliaires de vie se mettre à faire des toilettes chez des malades chroniques avec escarres qui relèvent d'infirmières ou d'aides-soignantes et c'est insupportable, parce que en plus elles n'ont pas... non seulement elles n'ont pas la formation mais en plus elles n'ont pas le soutien. »

Professionnel : « Ne nous trompons pas la formation n'élargira pas le spectre de compétence des personnes. En particulier la prise des médicaments, c'est un problème auquel on est confrontés quotidiennement. »

De plus, du point de vue des personnes âgées et de leurs familles, les aides financières (Apa, Carsat) ne permettent pas de payer toutes les interventions qui leur sont nécessaires. Une conséquence de cette situation est un fractionnement des plans d'aide, qui se traduit par des interventions plus courtes et le passage d'un grand nombre d'intervenants différents qui perturbent les habitudes des personnes âgées. Les difficultés de recrutement auxquelles sont confrontés les services d'aide à domicile de la Brenne accentuent cette problématique, particulièrement en période estivale.

Professionnel : « Il y a un problème de carence sur le secteur de personnels qualifiés pour prendre en charge les populations vieillissantes. »

Professionnel : « Ça c'est effectivement quelque chose qui est très mal vécu par les personnes âgées et leur famille, elles ont affaire au changement de personnels et bon, vous faisiez allusion aux personnes qui sont en difficulté psychique, ça c'est sûr que c'est un reproche récurrent de l'entourage. »

Une autre conséquence de l'insuffisance des aides publiques est une sollicitation accrue de l'entourage des personnes. Le soutien des aidants est souvent assuré par un nombre réduit de proches qui ont tendance à s'épuiser, particulièrement quand ils ne disposent pas régulièrement de périodes de répit. Or un des manques importants du territoire concerne justement le déficit

d'accueil temporaire et d'accueil de jour pour les personnes âgées. Les places existantes sont peu nombreuses, dédiées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, et situées au sein des établissements, ce qui représente un frein pour une partie de la population.

Professionnel : « Tant que ça sera rattaché à une structure nous sur le domicile ils n'y vont pas... on les emmène visiter, ils nous disent quand on arrive, qu'on va commencer, ils disent : « On n'ira pas ! » et ils font la visite mais ils n'y retournent pas. »

La création d'un accueil de jour itinérant, comme il en existe dans les départements limitrophes, apparaît comme une possibilité de répondre à ce besoin, en étant accessible financièrement aux familles. Un autre manque régulièrement évoqué concerne les gardes de nuit, qui sont aussi susceptibles de soulager l'entourage des personnes âgées fortement dépendantes.

La coordination des professionnels dans le domaine des personnes âgées est plutôt bien structurée sur le territoire de la Brenne, les coordinations gérontologiques permettant la rencontre de la plupart des partenaires du secteur.

Professionnel : « On se réunit tous les mois avec tous les intervenants du domicile, enfin les responsables d'associations, Familles rurales, l'ADMR, l'Asmad si elles interviennent sur le secteur, le Ssiad (...), les assistantes sociales de l'Apa qui interviennent sur le secteur, on a des représentants des élus éventuellement et on étudie les situations particulières en liaison avec les assistantes sociales de l'hôpital en général, on organise les retours à domicile avec les aides à domicile et le Ssiad, on fait en gros les plans d'aide... (...) il y a ce temps dédié, mais ça veut dire que au quotidien on est en lien les uns avec les autres(...) ... les coordinations se font au moment t ou à l'instant où la personne a besoin. »

Un point d'amélioration possible en matière de coordination concerne les sorties d'hospitalisation nécessitant la mise en place rapide d'une prise en charge à domicile. Des groupes ont été constitués en 2013 par l'ARS pour trouver des réponses à cette problématique, avec des représentants de l'hôpital, et des représentants des établissements et services s'adressant aux personnes âgées, mais peu de représentants du domicile y participent actuellement.

Professionnel : « Ce qui est perfectible ce sont les sorties d'hôpital... où effectivement, avec un préavis très court on dit « tiens telle personne vous la récupérez où ? », et puis nous derrière il faut mettre en place... en général ça se passe un vendredi... comme ça c'est pas possible pendant le week-end de modifier les plannings etc. »

Une autre piste de travail en commun a été évoquée. Les intervenants de l'aide à domicile sont souvent confrontés à des situations complexes, sans avoir les moyens d'y répondre de façon adaptée. Afin de prévenir l'usure des équipes, les risques de burnout et de maltraitance, il pourrait être mis en place un réseau d'aide dédié à cette prévention auprès des professionnels. Un tel réseau existait par le passé sur le territoire, mais fait maintenant défaut. Certains services réalisent donc isolément des actions de prévention auprès de leurs personnels, par exemple par des groupes de parole.

Conduites à risque

En région Centre, de 2003 à 2011, près de 13,7 % des décès peuvent être imputés à des pathologies en lien avec la consommation de tabac (17,4 % chez les hommes et 9,8 % chez les femmes) et 3,8 % en lien avec une consommation excessive d'alcool (5,9 % chez les hommes et 1,7 % chez les femmes). Sur le territoire d'étude, les décès imputés à l'alcool représentent 3,7 % des décès, soit un taux comparable aux taux régional et départemental. S'agissant des décès en lien avec une consommation le tabac, la proportion parmi le nombre total de décès est de 12,8 % sur le territoire, soit un taux inférieur à ceux observés dans le département (13,8 %) et en région (13,7 %).

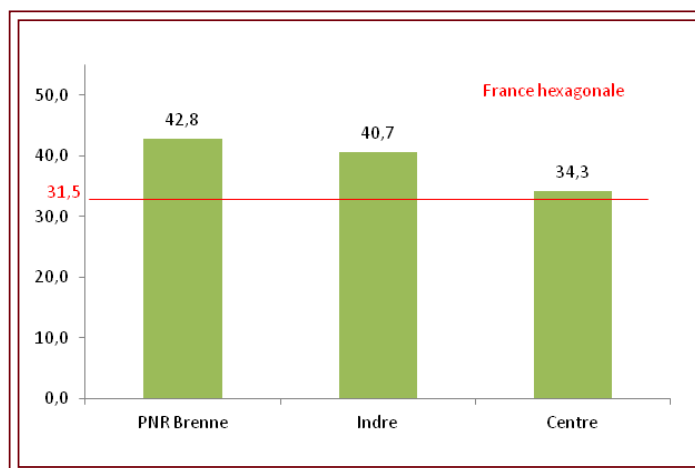
Pour pallier les conséquences sanitaires néfastes que peuvent engendrer les comportements addictifs, des structures et réseaux d'acteurs développent des actions préventives à destination des personnes touchées par ces pathologies.

Mortalité par consommation excessive d'alcool

La mortalité par consommation excessive d'alcool (cancer des voies aérodigestives supérieures, psychose alcoolique, cirrhose du foie) représente 930 décès chaque année en région Centre (735 décès annuels chez les hommes et 195 chez les femmes), 115 décès dans l'Indre, et 17 dans le PNR de la Brenne. Sur le territoire d'étude, les décès imputés à l'alcool représentent 3,7 % du total des décès (5,7 % pour les hommes, 1,6 % pour les femmes) soit une proportion comparable à celles observées au niveau régional et départemental.

En éliminant les effets liés à la structure d'âge de la population, le taux comparatif de mortalité sur le territoire est de 42,8 décès pour 100 000 personnes, soit un taux proche du département (40,7), mais significativement plus élevé que le taux régional (34,3) et national (31,5). S'agissant des hommes, il existe une surmortalité significative sur le territoire par rapport à la France (respectivement 68,6, et 54,2). Chez les femmes, le taux comparatif de mortalité est de 18 décès pour 100 000 personnes sur le territoire, et ne diffère pas statistiquement des taux observés sur le département, la région, et la France.

Taux comparatif de mortalité par consommation excessive d'alcool 2003-2011 - (Taux pour 100 000 habitants)



Sources : Inserm CépiDc, Insee

Exploitation ORS Centre

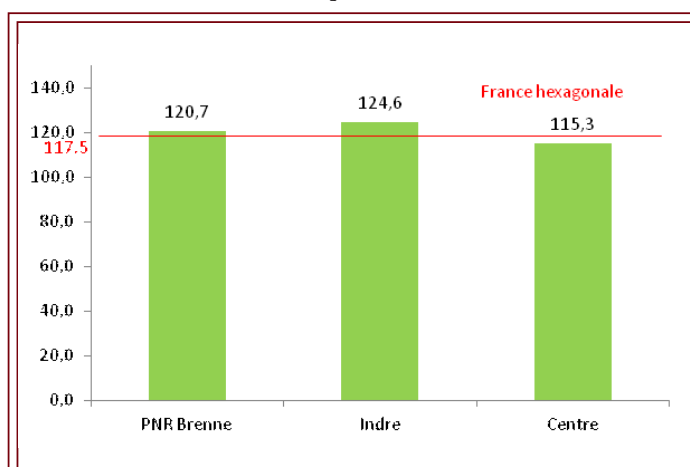
Population de référence : France hexagonale (RP 2006)

Mortalité par pathologies liées au tabac

La mortalité imputable à la consommation de tabac (cancer de la trachée, des bronches et du poumon, broncho-pneumopathie chronique obstructive, cardiopathie ischémique...) représente 3 325 décès chaque année en région Centre (2 182 décès annuels chez les hommes et 1 143 chez les femmes). Sur le département, 404 décès en lien avec une consommation de tabac sont recensés chaque année et 61 sur le territoire d'étude (37 hommes et 23 femmes). La proportion parmi le nombre total de décès (12,8 %) sur le territoire est inférieure à celles observés dans le département (13,8 %) et en région (13,7 %).

En éliminant les effets liés à la structure d'âge de la population, le taux de mortalité imputé à une consommation de tabac est de 120,7 décès pour 100 000 habitants sur le territoire de la Brenne, soit un taux proche du taux départemental (124,6), régional et national (117,5). Ces taux varient fortement selon le sexe (sur le territoire, ils sont respectivement de 185,4 chez les hommes, et de 70,8 chez les femmes, proches des taux observés sur les territoires de référence).

Taux comparatif de mortalité par pathologies imputables au tabac 2003-2011 - (Taux pour 100 000 habitants)



Sources : Inserm CépiDc, Insee

Exploitation ORS Centre

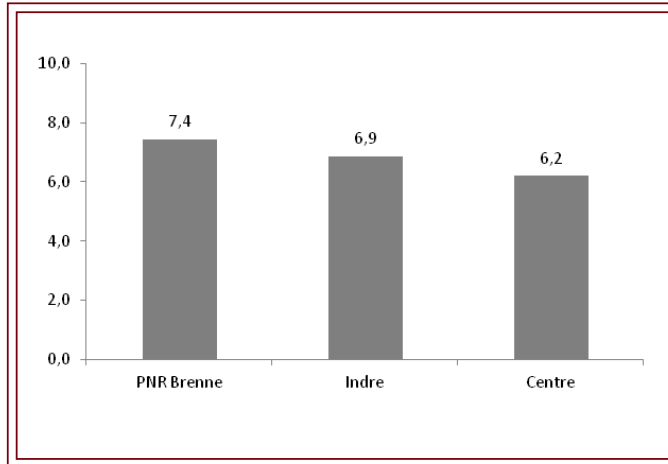
Population de référence : France hexagonale (RP 2006)

Séjours hospitaliers pour troubles liés à la consommation d'alcool

Environ 15 714 séjours hospitaliers pour troubles liés à la consommation d'alcool ont été recensés chaque année entre 2008 et 2011 en région Centre.

A l'échelle du parc naturel régional de la Brenne, 258 séjours hospitaliers pour troubles liés à la consommation d'alcool sont recensés en moyenne chaque année, soit un taux comparatif de 7,4 séjours pour 1 000 habitants. Ce taux est statistiquement supérieur à celui observé dans le département (6,9) et en région (6,2).

Taux de recours à l'hospitalisation pour troubles liés à la consommation d'alcool 2008-2010 - (Taux pour 1000 habitants)



Sources : Simees, Insee

Exploitation ORS Centre

Population de référence : région Centre (RP 2010)

Prise en charge des personnes en situation d'addictions en structures d'accueil spécialisées et/ou associatives et ressources disponibles sur le territoire dans le champ des pathologies liées à l'addiction

Les Csapa (Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) sont des structures résultant du regroupement des lieux d'accueil spécialisés pour l'alcool (Centre de cure en ambulatoire en alcoologie) et les drogues illicites (Centre de soins spécialisés aux toxicomanes), ayant été prévu par le plan gouvernemental 2007-2011. Les Csapa accueillent, de façon gratuite, et anonyme sur demande, toute personne qui souhaite être aidée et en fait la démarche. Huit lieux de consultation permettent de couvrir le département de l'Indre : Châteauroux, la Châtre, Argenton-sur-Creuse, Le Blanc, Issoudun, Valençay, Buzançais, Aigurande. Le Csapa de l'Anpaa situé à Châteauroux accueille sur rendez-vous le public dans la ville du Blanc un mardi sur deux toute la journée. Alcool assistance assure également des permanences tous les 1er mercredis du mois, de 14h à 16h30 au centre social au Blanc.

L'Anpaa est une association nationale avec des unités départementales qui mène une mission générale de prévention, de soins et d'accompagnement en addictologie. Sur le territoire de la Brenne, elle a organisé des rencontres avec des jeunes de 14 à 18 ans du Centre Educatif renforcé de Luant. Celles-ci ont eu pour but de faire connaître le dispositif MDA (maison des adolescents, cf. ci-dessous) et de sensibiliser les jeunes aux addictions. Ces échanges ont eu lieu par le biais d'un support jeu (la 8ème dimension) afin de mettre en valeur les compétences psychosociales de chacun. Ils sont menés par un binôme composé d'un éducateur de la MDA et d'une animatrice de prévention du Cicat (Centre d'information et de coordination alcoolisme et toxicomanie).

L'Anpaa est gestionnaire de la maison des adolescents de l'Indre (MDA), située à Châteauroux. Il s'agit d'un lieu d'accueil, d'écoute, de soutien et d'orientation pour les jeunes de 10 à 25 ans, pour les parents, l'entourage et les professionnels concernés par la période de l'adolescence. La MDA organise des entretiens individuels parents ou jeunes et entretiens familiaux. (14 entretiens individuels ou familiaux réalisés sur le territoire du parc de la Brenne.) Le service prévention de la MDA organise également des temps d'échanges entre parents (animés et régulés par deux professionnels) afin que ceux-ci fassent profiter à l'ensemble du groupe de leur propre expérience de parents. 5 personnes participent en moyenne à ces groupes de parole.

Alis 36 a pour missions principales la prévention (tout public), l'accompagnement des personnes touchées par le VIH/Sida et/ou une hépatite et/ou une IST et la réduction des risques en direction des usagers de drogues.

Elle dispose d'un Caarud (Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues) situé à Châteauroux – Cet organisme médico-social propose un accueil individuel à l'accès aux soins, aux démarches administratives, à la recherche d'emploi et de logement, un accès à une documentation spécialisée, un accès au matériel de prévention des infections (kits d'injection, échangeur de seringues, matériel d'hygiène : salle de bains, machines à laver, sèche-linge). Il permet un soutien moral des personnes et leur propose des activités collectives : repas de convivialité, marche...

Le Mouvement Vie libre est une association de buveurs guéris qui vient en aide aux malades alcooliques et à leur famille avant, pendant et après les soins. Les militants répondent aux appels de détresse de malades ou de leurs familles (7 jours/7) pour les aider et les soutenir. Le mouvement met également en place des actions de prévention au risque alcool que ce soit en milieu professionnel, scolaire ou social.

L'épidémie de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) / sida a débuté en France au début des années quatre-vingt. L'Institut de veille sanitaire (InVS) estime le nombre total de cas de sida notifiés depuis le début de l'épidémie jusqu'au 31 décembre 2013* à 1 181 en région Centre, 89 dans le département de l'Indre. Dans le département, 70,8 % des personnes atteintes par le sida sont des hommes et 50,6 % des personnes contaminées sont âgées de 30 à 39 ans. Fin décembre 2013*, le nombre de séropositivités diagnostiquées dans le département est de 64 (1 095 dans le Centre). (*Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration). En 2013, l'InVS estime à 56 pour 1 000 habitants (80 pour 1 000 pour la France entière), le nombre de sérologies pratiquées par des laboratoires (estimation pour l'ensemble des laboratoires implantés en région Centre, à partir des 91 % de laboratoires participant à l'enquête), soit 115 sérologies positives pour 1 000 000 habitants (172 pour la France entière). Cela représente en région Centre fin 2013, 2,0 sérologies positives pour 1 000 tests (2,2 pour la France entière).

Pratique de l'Interruption Volontaire de Grossesse

La Drees a réalisé en 2011 une enquête auprès des établissements pratiquant l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et des praticiens prenant en charge les IVG (médecins, sages-femmes). Pour un recours à l'IVG, deux méthodes peuvent être utilisées, l'IVG chirurgicale et l'IVG par voie médicamenteuse. Cette dernière s'est rapidement développée en région Centre. On en compte dès lors plus de 114 000 par an en France représentant 54 % des IVG (contre 48,5 % en 2007).

Depuis 2004, l'évolution de la législation permet à des médecins de ville ayant passé une convention avec un établissement de santé de pratiquer les IVG par voie médicamenteuse. Au 1er septembre 2011, 7 établissements de la région ont établi 23 conventions, le plus souvent avec des gynécologues. L'ensemble des départements est désormais couvert par au moins une convention.

En 2011, 7 % des IVG en région Centre ont été réalisées hors établissement de santé (cabinets, centres de santé, centre de planification ou d'éducation familiale...).

Le nombre d'interruptions de grossesse en France hexagonale a légèrement augmenté entre le milieu des années 1990 et 2006 avant de se stabiliser autour de 210 000 IVG par an.

En 2011, le taux de recours à l'IVG en région Centre est de 12,3 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans (14,7 ‰ en France hexagonale). Du fait de l'essor des taux de scolarité et d'activité féminins, 52 % des femmes ayant recours à l'IVG ont moins de 25 ans (Drees 2007). L'engagement professionnel ou scolaire apparaît comme un motif déterminant de recours à l'IVG. Le taux de recours augmente avec l'âge pour atteindre son apogée chez les 20-24 ans (26,9 ‰ en France hexagonale). Selon l'enquête, en 2011, 10,9 % des IVG ont concerné des mineures en région Centre (11,3% dans la France métropolitaine). Ce chiffre était en constante évolution depuis les années quatre-vingt dix en métropole mais tend à rester stable depuis quelques années.

En 2011, 23 établissements de santé pratiquent l'IVG en région Centre dont 18 relevant du public. Au total cela représente 6002 IVG dans l'année. En 2012, selon les données de la SAE (statistiques annuelles des établissements de santé), 66 interruptions volontaires de grossesse ont été pratiquées au sein du centre hospitalier du Blanc dont 95,5 % par voie médicamenteuse.

Malgré de nombreuses campagnes de l'évolution de la législation en matière de recours à l'IVG, l'étude Drees 2007 montre qu'un quart des femmes en situation de grossesse non prévue ne savent pas à qui s'adresser pour prendre leur décision. A cette difficulté s'ajoute parfois l'absence de parents ou de proches dans l'accompagnement des démarches à effectuer. De plus, lors du premier rendez-vous, près d'une femme sur deux (46 %) se présente seule. Cependant la question posée de l'enquête ne permet pas de répondre à ce sujet (volonté individuelle, incapacité à mobiliser un proche, difficultés techniques...).

Grossesses précoces

Les effectifs cumulés pour les années 2009-2012 recensent 7 mères mineures à la conception et à l'accouchement sur le territoire. Elles représentent 0,6 % de l'ensemble des accouchements du territoire du PNR comme dans le département (0,6 %) et en région Centre (0,5 %).

Si l'on considère l'âge au moment de la conception, la part de femmes mineures atteint 1,4 % de l'ensemble des conceptions des mères du PNR contre 1,1 % dans le département et 1,0 % en région Centre.

Proportion de mères mineures (2009-2012)

	Nombre de mères mineures à l'accouchement	Part dans l'ensemble des accouchements
PNR Brenne	7	0,6 %
Indre	47	0,6 %
Centre	627	0,5 %
	Nombre de mères mineures à la conception	Part dans l'ensemble des conceptions
PNR Brenne	15	1,4 %
Indre	83	1,1 %
Centre*	881	1,0 %

Source : PMI Exploitation ORS Centre
 * estimé après pondération. Pour 2009, 2010, 2011 et 2012, les nombres de mères mineures au moment de la conception ne sont pas disponibles pour le département de l'Indre-et-Loire

Ressources disponibles sur le territoire dans le champ de la vie affective et sexuelle et sur la prévention des IST

L'association Alis 36 mène plusieurs actions de prévention sur ce domaine : diffusion d'informations, réponses aux différentes questions du public et orientation vers les structures compétentes, incitation à la démarche de dépistage et distribution gratuite de préservatifs masculins et féminins... Ces actions ont lieu dans les collèges, lycées, I.U.T., Centres de formation, Esat, Foyers occupationnels, IME, entreprises, associations, etc.... Sur le territoire de la Brenne, on relève plusieurs actions :

- En 2012 et 2013, des séances d'information de prévention auprès d'élèves de 3^{ème} du collège de Saint-Gauthier ont été réalisées. En 2014, un stand information au lycée Pasteur (Le Blanc) a été tenu. Des actions d'information ont eu lieu en 2012 dans ce même lycée et d'autres sont prévues en classes pour l'année scolaire 2014-2015.

- L'association offre à des usagers de l'association atout Brenne (Foyer d'activités occupationnelles (Le Blanc et Saint-Benoît-du-Sault), Etablissement et service d'aide par le travail (Le Blanc) Service d'aide à la vie sociale (Le Blanc)) IME (le Blanc) un accompagnement à la vie amoureuse, affective et sexuelle. Il s'agit de susciter le développement affectif des personnes déficientes mentales, en tenant compte des limites imposées par leur handicap. Le personnel éducatif est formé pour étayer cette démarche. La prévention des IST est également réalisée. En 2014, 16 séances d'information de prévention auprès de ce public ont été réalisées. L'Anpaa 36 mène également un programme de prévention des substances addictives (tabac/alcool, drogues illicites) auprès des usagers de l'IME (le Blanc) depuis 2013.

- L'association (Alis 36) en partenariat avec le Caarud, l'Anpaa 36, le Planning familial 36, et le Codes 36, a mené une prévention des IST auprès du public du festival « Bob Art » au Blanc en 2013. Il s'agissait de faire prendre conscience au public des risques liés à leurs comportements et rappeler l'importance d'utiliser des préservatifs. En 2013, 14 personnes ont bénéficié d'un échange avec la chargée de prévention. 51 préservatifs et 12 documentations qui ont été distribués lors de ce festival.

- En partenariat avec Alis 36, le Ciddist (centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles) du CH de Châteauroux effectue, deux fois par an, une action de dépistage hors les murs au Centre social du Blanc.

Le parc naturel régional de la Brenne et la fédération des organisations laïques (FOL) de l'Indre ont développé le Relais Brenne initiatives jeune (RBIJ) pour impliquer davantage les jeunes dans la vie locale, et accompagner leurs projets. Celui-ci anime un point information jeunesse et famille, qui est ouvert aux jeunes de 11 à 18 ans. Il leur permet de s'informer sur divers thèmes de la vie quotidienne et notamment d'aborder les questions en matière de santé/sexualité/prévention. Un point information fixe est situé au centre social du Blanc, ouvert toute l'année aux heures d'ouverture du centre social. 250 jeunes par an se rendent à ce point information. Un point mobile (caravane) est également disponible une semaine par an, en mai et juin, dans les collèges du territoire de la Brenne (Saint-Gaultier, Le Blanc-Ménigouttes, Tournon-Saint-Martin), et permet de toucher plus de 200 élèves par an.

Le Relais Brenne initiatives jeune propose une action d'information et prévention sur la sexualité aux élèves des classes de 4^{ème} au Blanc, à Tournon-Saint-Martin, et Saint-Gaultier, en complément du programme de l'Education nationale, et des actions de l'infirmière scolaire. Cette action « toimoinou » est initiée par le CRIJ Centre en partenariat avec le Mouvement français pour le planning familial, et porte sur les relations amoureuses, les rapports sexuels et les infections sexuellement transmissibles. Elle est composée d'une documentation thématique, avec les contacts des professionnels du territoire et du département ; d'une exposition composée de 8 panneaux qui abordent, sous forme de questions-réponses les principales interrogations des adolescents sur le sujet ; un jeu de l'oie de 25 questions. 156 élèves ont été concernés par cette action au cours de l'année 2014.

Violences faites aux femmes

Les violences conjugales peuvent prendre différentes formes (verbales, physiques, sexuelles, psychologiques...) et sont dans la majorité des cas le fait des hommes. Selon un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 1 femme sur 10 est victime de violence conjugale. La conséquence de ces violences sur les femmes qui les subissent est une perte de l'espérance de vie allant de 1 à 4 ans. Les violences conjugales subies par les femmes ont de multiples conséquences sur leur santé, qu'elles soient physiques (plaies, fractures, brûlures...) ou psychiques (dépressions, consommations d'anxiolytiques, tentatives de suicide).

Les relations sexuelles forcées engendrent également des problèmes gynécologiques et psychologiques. La grossesse en est un facteur déclenchant ou aggravant. Des conséquences sont également visibles sur les enfants témoins de violences conjugales avec l'apparition chez eux de troubles du comportement et de la conduite, de troubles psychosomatiques.

Les violences conjugales sont souvent considérées comme un processus évolutif, s'aggravant plus elles perdurent dans le temps, conduisant dans bien des cas à l'homicide. Selon l'étude nationale des décès au sein de couples réalisée par le Ministère de l'Intérieur et de l'Aménagement du territoire en 2006, une femme décède tous les 3 jours sous les coups de son compagnon contre un décès d'homme tous les 13 jours. Sur 168 personnes décédées victimes de leur partenaire en 2006, 82% étaient des femmes (n=137).

L'Indre dispose au sein de la Direction départementale de la cohésion sociale et de la Protection des populations, d'une délégation départementale aux droits des femmes et à l'égalité. Celle-ci « met en œuvre au niveau local la politique du gouvernement en matière d'égalité entre les femmes et les hommes, de parité et d'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes ».

Les violences exercées sur les femmes impactent fortement leur santé. Ainsi on diagnostique des difficultés :

- En matière d'accès aux soins (notamment des publics précaires). En effet, n'ayant pas d'autonomie financière et portant un fort sentiment de honte, les femmes ne vont que très peu chez le médecin.

- Dans le champ de la santé de la mère et de l'enfant. Avec les risques importants de fausses couches, malformations, accouchements prématurés, risque direct et indirect pour l'enfant témoin de violences au sein du couple.

- Dans le champ de la santé mentale. Avec des risques forts de dépression nerveuse, de tentative de suicide, une consommation

de tranquillisants, d'anti-dépresseurs.

- Dans le champ de la nutrition et de l'activité physique. En effet, les femmes sont assez souvent isolées et ne pratiquent que rarement une activité physique.

- Dans le champ des conduites à risques (vie affective et sexuelle, prévention des IST, tabac/alcool, drogues illicites, jeux pathologiques, violence routière).

- Dans le champ des maladies chroniques. Les pathologies y compris chroniques accompagnent régulièrement les victimes d'agression à caractère sexuel.

- Dans le champ du vieillissement de la population. Les femmes âgées victimes de violence ne recherchent plus d'aide, de soutien. Elles sont isolées et résignées.

Ressources disponibles sur le territoire dans le champ des violences faites aux femmes

Le CIDFF de L'Indre a pour objectif général de favoriser l'autonomie sociale et professionnelle et personnelle des femmes et de promouvoir l'égalité entre les femmes et les hommes. Situé à Châteauroux, il dispose cependant d'une permanence juridique délocalisée au Blanc, une fois par mois (sauf en Août), sans rendez-vous. Cette permanence est très fréquentée et répond à un véritable besoin sur le territoire.

L'association Zina, Solidarité contre les violences a pour activité principale d'aider et orienter les personnes, femmes ou hommes, victimes de violences conjugales ou familiales ; en diffusant régulièrement des informations en lien avec les associations déjà existantes ; en agissant en direction des services publics et privés en contact avec les personnes en difficultés.

251 décès par accidents de la route sont recensés en moyenne chaque année (187 chez les hommes et 64 chez les femmes) en région Centre, dont 22 dans le département de l'Indre, et 4 sur le territoire du PNR de la Brenne. Cela représente environ 1 % du total des décès dans la région, et 0,8 % dans le département et dans le parc naturel régional de la Brenne.

Mortalité par accidents de la circulation

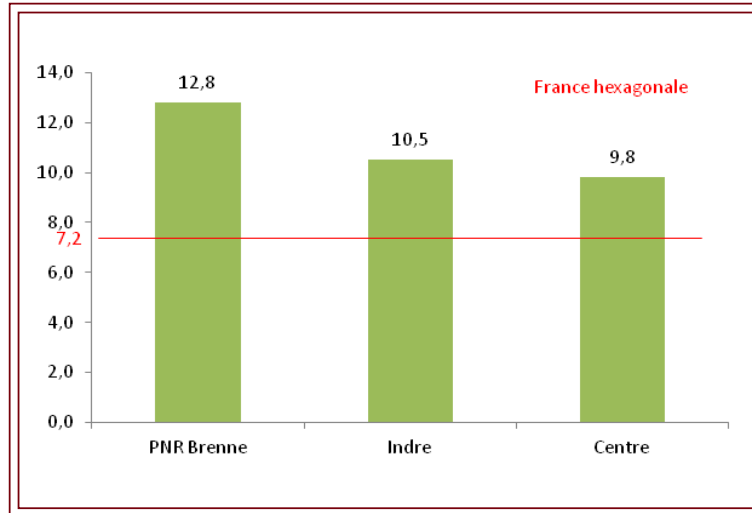
La région Centre occupe le 4^{ème} rang des régions françaises (métropolitaines) présentant les plus mauvais indicateurs en matière de mortalité par accidents de la circulation derrière la Corse, le Languedoc-Roussillon et la région Poitou-Charentes. Les indicateurs alarmants en région s'expliquent en partie par des éléments de géographie physique et d'infrastructures. La ruralité de la région joue un rôle non négligeable. L'accidentologie est d'une manière générale plus grave en zone rurale et les régions les plus urbanisées sont celles où il y a le moins d'accidents graves de la circulation. Ce constat se vérifie au niveau du PNR de la Brenne et du département de l'Indre, qui présentent des taux de mortalité par accidents de la circulation supérieurs à ceux de la région et de la France. Entre

2003-2011, sur le PNR, le taux comparatif de mortalité par accidents de la circulation est de 12,8 décès pour 100 000 habitants, contre 10,5 dans l'Indre, 9,8 en région centre, et 7,2 en France. Les indicateurs alarmants en région s'expliquent, en partie seulement, par des éléments de géographie physique et d'infrastructures. La ruralité de la région joue beaucoup. L'accidentologie est d'une manière générale plus grave en zone rurale et les régions les plus urbanisées sont celles où il y a le moins d'accidents graves de la circulation.

L'analyse des données d'accidentalité routière ente 2009 et 2013 sur le PNR de la Brenne font ressortir un indice de gravité élevé des accidents. Le territoire enregistre sur cette période 19 % des tués et 16 % des blessés du département, pour seulement 8 % des accidents. Par ailleurs, la consommation d'alcool est impliquée dans 27 % des accidents du PNR, alors qu'elle n'est liée qu'à 13 % des accidents sur l'ensemble du département de l'Indre.

La classe d'âge des 15-24 représente 24,2 % des décès liés à un accident de la circulation sur le territoire, soit une proportion moindre que celle du département (28,6 %) mais similaire à celle de la région (24,3 %).

Taux comparatif de mortalité par accidents de la circulation 2003-2011
(Taux pour 100 000 habitants)



Sources : Inserm CépiDc, Insee

Exploitation ORS Centre

Population de référence : France hexagonale (RP 2006)

Concernant les conduites à risques, les professionnels rencontrés jugent que la population du PNR de la Brenne n'est pas foncièrement différente d'autres populations. Ainsi, les consommations de produits psycho-actifs, notamment de cannabis, sont courantes chez les jeunes mais correspondent à une tendance générale dans le pays. Les produits illicites ne sont pas moins accessibles sur le territoire qu'en ville.

Professionnel : « La cigarette électronique est bien arrivée, y a des boutiques, et quant à se procurer du cannabis, dans la Brenne y a pas de soucis. »

La consommation d'alcool est quant à elle en baisse, liée aux campagnes de sensibilisation et à l'évolution des mentalités, mais reste tout de même ancrée sur le territoire.

Professionnel : « On a aussi une composante, où on est un territoire rural, où la consommation d'alcool était assez banalisée, même si c'est en train de changer. »

Professionnel : « Si y a un truc qui reste dans la Brenne, c'est le débit de tabac avec le bistrot... »

Professionnel : Depuis quelques années, avec toutes ces préventions, et puis avec la partie répression, on voit... une certaine efficacité, au restaurant vous voyez de moins en moins de gens qui consomment de l'alcool à table, je pense que y a une amélioration. »

Si les conduites addictives ne sont pas nécessairement plus importantes qu'ailleurs, la prise en charge des personnes concernées est rendue complexe par l'éloignement des structures dédiées, particulièrement pour le suivi régulier et à long terme. Les Csapa, Caarud, la Maison des adolescents... sont tous situés à Châteauroux ou dans d'autres villes hors du PNR, même si des antennes ou permanences existent parfois localement. Le Blanc constitue alors généralement un lieu pour l'organisation de celles-ci. Cependant, la ville du Blanc est relativement excentrée dans le PNR, et le transport d'une grande partie des habitants au Blanc reste contraignant.

Professionnel : « Les difficultés ou les pathologies on sait repérer, on sait à qui à faire appel, parce que les associations même si elles sont basées à Châteauroux ou autre, dans la mesure du possible on essaie au maximum de les faire passer au niveau du centre social on essaye de mettre des locaux à la disposition mais après c'est comment arriver à déplacer celui qui en a réellement besoin sur la structure, même si on est au Blanc. »

Professionnel : « On a vraiment des gens très bien formés et puis le problème c'est que ça bénéficie qu'à la ville, ou les milieux festifs. »

Les habitants du PNR doivent souvent disposer de moyens de transports personnels pour bénéficier de ces services et structures, car les réseaux de transport en commun offrent peu de souplesse. De plus, les permanences sont peu fréquentes, car elles dépendent du déplacement des professionnels, et ont donc un coût associé non négligeable au regard de la population bénéficiaire plus faible sur ces territoires ruraux. Pour ces raisons, certaines structures n'interviennent pas localement ; d'autres ont fait le choix de n'intervenir qu'en réponse à des demandes.

Professionnel : « Sur le service de Châteauroux, on a un service ouvert 35 heures au public et normalement on a une mission départementale... alors après on est une toute petite équipe. »

Professionnel : « Mettre en place des permanences comme ça à l'échelle du département ça ferait... ça serait plus compliqué, plus coûteux... »

Quand les services sont plus accessibles, un autre frein est identifié pour les usagers : l'interconnaissance plus forte en milieu rural constituerait un obstacle par crainte des conséquences sociales de la circulation de l'information.

Professionnel : « [concernant la consommation de drogues] Le sujet est très tabou, on est dans des petites villes donc déjà pousser la porte c'est compliqué y a la stigmatisation, « est-ce qu'on m'a vu ? » ; voilà, le lien...avec le consommateur est très difficile. »

Sur la vie affective et sexuelle, on observe sensiblement la même problématique. D'un côté, les professionnels jugent que la prévention réalisée donne aux jeunes toutes les informations utiles pour éviter les pratiques à risque.

Professionnel : « Sur la vie affective et sexuelle je pense pas qu'il y ait de spécificités territoriales, les jeunes savent pas plus de choses ou moins qu'ailleurs. Les jeunes aujourd'hui dans leur grande majorité sont très bien informés sur les risques, sur les moyens de protection ... »

Mais les possibilités de recours à la contraception sont moins aisées pour les jeunes filles, du fait des relations interpersonnelles des médecins et pharmaciens avec la famille ou d'autres connaissances, et de structures dédiées peu accessibles (le planning familial étant situé à Châteauroux, et le centre de planification n'étant ouvert qu'une demi-journée par semaine au Blanc).

Professionnel : « Une fille qui veut consulter un gynécologue ça devient compliqué, qui veut prendre la pilule faut qu'elle aille voir un médecin, souvent quand elles sont pas majeures elles peuvent pas aller voir leur médecin traitant, parce qu'il connaît papa maman, et donc on essaie d'aller voir un médecin ailleurs donc il faut un transport ! Et idem pour la pharmacie parce qu'aller chercher sa pilule à la pharmacie du coin, c'est la pharmacie qui connaît papa maman, et qui connaît la voisine. »

Professionnel : « Elles savent très bien ce qu'elles ont à faire et souvent elles sont gênées parce que le fait d'être dans un milieu rural, tout le monde se connaît et quand on veut demander des préservatifs, ou la pilule, la pilule du lendemain, ou des tests de grossesse

dans la pharmacie du coin, c'est gênant... on essaie d'aller ailleurs, mais là faut avoir un transport, c'est des freins qui sont énormes.
»

Quant à la prévention des conduites à risques, elle est affectée par les ressources et le temps limités des opérateurs, notamment quant ils ne sont pas directement issus du territoire.

Professionnel : « À (nom de l'association) ils sont 3 animateurs de prévention sur l'ensemble du Département et ils sont toute la semaine sur des établissements scolaires et le week-end eux-aussi ils sont en discothèque etc. je veux dire à un moment c'est compliqué. (...) Ils seraient vraiment partants pour pouvoir venir sur le territoire mais ils manquent de moyens... on en revient à la même chose ; ils sont conscients aussi du fait qu'il puisse y avoir une forte demande sur ce territoire-là... »

L'éloignement géographique des opérateurs constitue en effet souvent une difficulté pour la mise en place d'actions de prévention sur le PNR. Les associations sollicitées souffrent du contexte général de contraction budgétaire des acteurs publics. Une partie d'entre elles se recentrent donc sur leurs priorités et n'effectuent plus autant d'actions de prévention et de déplacements en l'absence de financements spécifiques à cet effet. Ainsi, les établissements scolaires du PNR qui souhaitent faire intervenir ces opérateurs de prévention auprès de leurs élèves ont des possibilités moindres que d'autres établissements car le coût des actions augmente significativement avec les déplacements des professionnels.

Professionnel : « Dans les collèges lycées ruraux c'est le désert il faut le dire, et ce sont des associations (...) qui ont été démunies de leurs moyens (...) Pour sortir ils sont obligés de tout facturer... (...) Il faut savoir que les chargés de prévention, sur une journée ça coûte 400 €... parce que y a les frais de déplacement... »

Les professionnels des établissements scolaires décident donc de concentrer leurs actions sur des publics prioritaires, et/ou de ne réaliser qu'une partie des actions jugées souhaitables.

Professionnel : « On en est à cibler des interventions sur des groupes comme par exemple des internes garçons, pour l'alimentation... puisque c'est avec eux qu'on a remarqué le plus de difficultés, pour ce qui concerne les addictions, l'alcool, les drogues, on a ciblé entre guillemets les classes de premières... le but au départ était de faire intervenir sur les 8 classes de premières et on est obligés de se rabattre sur 4 classes parce que financièrement c'est pas possible, c'est dommage. Donc quand on rajoute y a le volet alimentation, y a le volet addiction, y a le volet sexualité, y a le côté règles de vie en commun, puis on peut rajouter prévention routière... tout ce dont on peut avoir besoin sur un lycée... »

Nutrition

Depuis 2004, la nutrition est l'une des priorités régionales et est inscrite dans le plan régional de santé publique autour de 4 objectifs : prévention et prise en charge de l'obésité, prévention et prise en charge de la dénutrition des personnes âgées, promotion d'une meilleure alimentation des personnes en situation de précarité et promotion de l'activité physique. Selon l'enquête Obépi réalisée en 2012, 16,9 % de la population âgée de 18 ans ou plus du Centre seraient en situation d'obésité (selon l'indice de masse corporelle), soit une proportion en baisse par rapport à l'année 2007 (17,7 %) mais toujours supérieure à celle observée en France hexagonale (15 %). Entre 1997 et 2012, la proportion de personnes obèses domiciliées en région Centre a augmenté de 72,4 % (contre près de 76 % en France hexagonale).

Affections de longue durée pour motifs liés à la nutrition

Le diabète de type 2 a été retenu pour pouvoir approcher les troubles liés à la nutrition. Entre 2005 et 2012, en moyenne 8 777 nouvelles admissions en ALD diabète de type 2 ont été recensées chaque année en région Centre (4 885 chez les hommes et 3 892 chez les femmes). En éliminant les effets liés à la structure d'âge de la population, le taux comparatif d'admissions en ALD diabète de type 2 est de 331,1 admissions pour 100 000 habitants. Le taux de la région Centre est supérieur à celui observé sur le plan national (305,7).

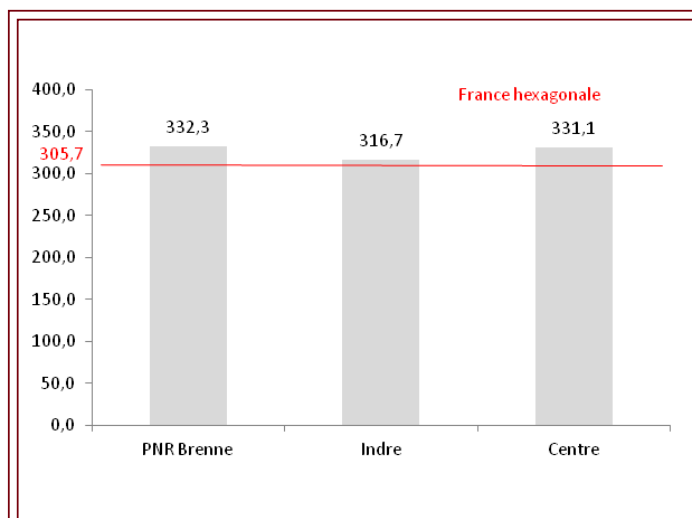
A l'échelle du parc naturel régional de la Brenne, 138 admissions en ALD diabète de type 2 ont été comptabilisées en moyenne au cours de la période 2005-2011 (75 chez les hommes et 63 chez les femmes), soit un taux comparatif de 332,3 admissions pour 100 000 habitants. Ce taux est semblable à celui de la région (331,1), proche de celui du département (316,7) et significativement supérieur à celui observé en France.

Prise en charge médicale des patients en situation d'obésité et diabétiques

En termes d'offre libérale, 3 pédicures-podologues sont installés sur le territoire d'étude (2 au Blanc et 1 à Saint-Gaultier, Amilly, 1 ophtalmologue mixte au Blanc, ainsi que 2 diététiciens au Blanc (et un salarié au Blanc et un mixte à Sauzelles).

La clinique du Manoir-en-Berry à Pouligny-Notre-Dame (hors territoire PNR Brenne) est un centre de convalescence spécialisé dans la diététique. Cette dernière dispose de 117 lits (25 en médecine et 92 en soins de suite et convalescence) pour les patients souffrant de pathologies nutritionnelles.

Taux comparatif d'admission en ALD pour troubles liés à la nutrition (diabète de type 2) en 2005-2012 (Taux pour 100 000)



Sources : CNAMTS, CCMSA, RSI, Insee
Exploitation ORS Centre
Population de référence : France hexagonale (RP 2006)

Ressources disponibles sur le territoire dans le champ de la nutrition et de l'activité physique

Le programme départemental nutrition santé regroupe les actions d'éducation alimentaire impulsées sur l'ensemble du département, auprès de tous les publics. Il est financé par l'Agence Régionale de Santé du Centre et comprend 4 axes :

- au sein des écoles maternelles et primaires;
- auprès des parents;
- à destination des populations vulnérables;
- auprès des étudiants

Dans le cadre du Programme Départemental Nutrition Santé, un programme d'éveil au goût a été mis en place au sein des écoles maternelles du département, en partenariat avec l'Education nationale. Des séances d'éducation nutritionnelle ont eu lieu sur le PNR de la Brenne à Luant (2013), et Vendœuvres (2014). Au travers des petits repas pris par le jeune enfant, l'objectif de ce programme est de :

- Découvrir ou redécouvrir les saveurs caractéristiques du goût ;
- Sensibiliser les jeunes enfants aux bienfaits d'un petit déjeuner et goûter équilibré ;
- Echanger sur les recommandations de suppression de la collation matinale ;
- Impulser un événementiel lors de la Semaine du goût avec l'association « Coeur du Vieux Châteauroux » ;
- Tout en impliquant la communauté éducative (enseignants, enfants, parents et restaurant scolaire).

-Lancé en 2010, le programme pluriannuel « Manger, Bouger pour ma santé » repose en partie sur la diffusion gratuite (sur inscription) d'un guide d'activités aux professeurs des écoles et intervenants en milieu scolaire. Le guide favorise une véritable éducation nutritionnelle en phase avec les programmes de l'Education nationale et les objectifs du socle commun que poursuivent les enseignants. La formation et l'accompagnement proposé par l'association Passerelles facilitent la collaboration entre les enseignants et les acteurs locaux (inspecteurs de l'Education nationale, chefs d'établissements, infirmières, animateurs issus d'associations, villes, ASV, régies de quartier...) ainsi que la sensibilisation des familles.

-Des ateliers de découverte des sens, d'éveil au goût, et de sensibilisation aux choix des produits (locaux) et apprentissage des gestes d'hygiène bucco dentaire ont également été organisés auprès des assistantes maternelles, des enfants accueillis et du personnel multiaccueil de Pouligny-Saint pierre, Le blanc et Tournon-Saint-Pierre.

Le codes de l'Indre est sollicité sur ce sujet par différents partenaires pour réaliser des séances d'information et aux actions adaptées aux publics visés. Ainsi :

- une permanence de deux heures par mois au réseau de Périnatalité de l'Indre, afin de répondre aux questions alimentaires que se posent les futures mamans lors de la grossesse, de l'allaitement, sur l'alimentation de leur(s) enfant(s), etc. 15 personnes ont ainsi bénéficié de cette action en 2012. A la demande du Réseau périnatal et pour permettre d'étendre l'offre sur l'ensemble du territoire, une permanence tous les deux mois a été mise en place au sein de la maternité du Blanc à partir de novembre 2013.

- des séances d'animation ont été réalisées sur l'équilibre alimentaire et l'activité physique auprès des enfants âgées de 4 à 12 ans, dans les accueils de loisirs de Belâbre (2013), et Pouligny-Saint-Pierre (2014) (à la demande de Familles rurales)

- une sensibilisation et un accompagnement de professionnels de plusieurs restaurants scolaires du 1er degré dans l'équilibre alimentaire et l'approvisionnement en produits locaux et/ou biologiques. Dans ce cadre, les professionnels du service de restauration municipal de Méobecq ont été sensibilisés le 8 juillet et 2 novembre 2013 (dispositif « ID en Campagne » du Conseil régional, en partenariat avec le Groupement des agriculteurs bio de l'Indre (GDAB 36), l'APFPC (L'Association des producteurs fermiers du Pays castelroussin) le CIVAM de Châteauroux, le Pays Castelroussin)

-une formation-action sur la nutrition auprès de professionnels (équipes de cuisine et animateurs), afin de connaître la réglementation en vigueur, s'approprier la démarche et les outils de diagnostic mais aussi repérer les spécificités de différents régimes rencontrés et être capable d'adapter les menus. (à la demande du centre permanent d'initiatives pour l'environnement (CPIE) Brenne – Pays d'Azay)

-un stand d'animation sur l'équilibre alimentaire et l'alimentation de la personne âgée le 19 septembre 2014 à Mézières-en-Brenne, à destination d'aidants naturels et de professionnels. (en réponse à une demande de la MSA). L'AFPA a par ailleurs souhaité former les futurs auxiliaires de vie familiale et améliorer leurs connaissances en alimentation notamment relative à l'équilibre mais aussi aux spécificités de la personne âgée.

- une conférence sur l'équilibre alimentaire et les particularités alimentaires liées au vieillissement lors du salon des seniors organisé à Martizay le 18 septembre 2013 (en réponse à une demande de la Carsat)

-des stands de prévention lors du Festival Darc 2012 et 2013, et à Lurais (2012), Mézières-en-Brenne (2013), Prissac (2014), Luant (2014), autour des thématiques suivantes : alimentation, activité physique, stress, sommeil (animés avec l'Anpaa 36)

Des séances d'éducation nutritionnelles ont également eu lieu sur le PNR de la Brenne à Luant (2013), et Vendœuvres (2014).

-depuis 2009, Atout-Brenne, en partenariat avec l'ARS, a initié un travail avec une diététicienne, et mis en place des « commissions menus » dans certains établissements (Foyer d'activités occupationnelles (Le Blanc et Saint-Benoît-du-Sault), Etablissement et service d'aide par le travail (Le Blanc), Service d'aide à la vie sociale (Le Blanc)). L'objectif est d'apporter à des adultes handicapés mentaux un programme d'éducation nutritionnelle en vue de baisser le taux de personnes atteintes de surpoids. Le personnel éducatif est aussi formé pour étayer cette démarche.

-L'Association Nationale de Développement des Épiceries Solidaires (ANDES) est l'un des principaux réseaux d'aide alimentaire français. Elle soutient le développement des épiceries solidaires, structures qui proposent en libre-service des produits de consommation courante à des personnes en situation de précarité, contre une participation financière de 10 à 30% du prix usuel. Le principe des épiceries solidaires est de lutter contre l'exclusion sans favoriser l'assistanat, de respecter la liberté des personnes et de promouvoir leur insertion durable. Solidago est une épicerie solidaire situé au Blanc. D'autres actions sont destinées aux bénéficiaires de l'épicerie, notamment des ateliers cuisine au Centre social du Blanc, pour les accompagner vers une alimentation équilibrée (peu de bénéficiaires y participent actuellement) ;

Dans le champ de l'activité physique, de nombreuses associations sportives et clubs de marche existent sur le territoire de la Brenne. Le Centre social du Blanc organise des ateliers de gymnastique douce toutes les semaines pendant l'année scolaire. Des exercices de mobilité à moindre impact sont proposés pour les personnes ayant des capacités physiques diminuées (en rapport avec l'âge ou un accident de la vie ou une maladie...). L'objectif est à la fois de retrouver de la mobilité physique et de participer à une activité collective pour sortir de l'isolement.

1) Caractéristiques du territoire/ démographie

Le parc naturel régional de la Brenne est situé au sud-ouest du département de l'Indre, en marge de la région Poitou-Charentes et Limousin. Le territoire regroupe 32 688 habitants, pour une superficie d'environ 182 700 hectares, soit une densité de population d'environ 17,9 habitants/km², une des plus faibles de la région Centre. Le parc constitue un bassin de vie assez homogène, au caractère rural.

Sur le plan démographique, la population du parc naturel régional de la Brenne, après avoir diminué entre 1968 et 1999 (de 38 648 à 31 956 habitants), a ensuite légèrement augmenté (32 548 habitants en 2006 ; 32 688 habitants en 2011). Cependant, le solde naturel est resté négatif entre 2003 et 2011, proche de -150 habitants chaque année. La légère augmentation de la population est donc le résultat d'une immigration sur le territoire du PNR, principalement de retraités.

Concernant la structure par âges de la population, les jeunes de moins de 20 ans représentent 20,4 % de la population du parc. Cette proportion est comparable à celle observée en moyenne dans le Département (20,8 %), mais est plus faible qu'en région Centre et en France (respectivement 24,0 %, 24,4 %). La population des personnes âgées est proportionnellement plus importante sur le territoire du parc que dans le Département, la Région et la France hexagonale. La part des 65 et plus correspond à 25,8 % de la population, contre 24,0 % pour l'Indre, 19,1 % pour la Région et 17,2 % pour la France. La part des 75 et plus est de 14,6 % dans le parc (contre 13,3 % pour l'Indre et 10,3 % pour la Région).

En 2011, l'indice de vieillissement est de 126,6 dans le parc, de 115,2 dans l'Indre, de 79,7 dans la région Centre et de 70,6 en France métropolitaine. Les projections démographiques mettent en évidence le fait que la population va fortement vieillir dans les prochaines décennies ; la question de la prise en charge de la dépendance constitue donc un défi pour les années à venir. Il apparaît ainsi nécessaire de continuer à développer la prise en charge de la dépendance.

Les niveaux de formation de la population sont en augmentation mais ils restent un peu inférieurs à ceux observés dans l'Indre, et plus nettement inférieurs à ceux de la Région et de la France. Par ailleurs, le taux de scolarisation parmi les jeunes de 18-24 ans sur le territoire d'étude est de 32,4 %, soit un taux inférieur à celui du Département (36,9 %), et très inférieur à celui de la Région (46,2 %) et de la France (51,9 %). Les jeunes quittent le territoire pour la réalisation de leurs études supérieures.

Bien que le taux de chômage soit plus faible sur le PNR que dans l'Indre, la Région et la France hexagonale, le territoire compte une proportion de foyers fiscaux imposables plus faible en comparaison aux territoires de référence (45,8 % contre 50,8 % dans le Département, 58,0 % en Région et 57,0 % au niveau national), et un revenu net imposable moyen par foyer fiscal plus faible (19 201 euros contre 20 638 dans le Département, 23 976 en Région et 25 380 en France).

Enfin, si la faible densité démographique ou encore médicale ou paramédicale peut paraître comme un point faible de ce Parc, pour autant c'est aussi son point fort. En effet, les professionnels comme les habitants soulignent que de ce fait, il existe une solidarité et une entraide importante entre voisins ainsi qu'entre professionnels de proximité.

2) Etat de santé

L'analyse de la mortalité met en évidence que le territoire du PNR de la Brenne présente, comme le département de l'Indre, une situation défavorable en comparaison aux niveaux régional et national. Ainsi, le territoire présente une surmortalité générale et également une surmortalité prématurée (avant 65 ans) : 239,2 décès prématurés pour 100 000 personnes contre 209,5 en Région et 204,9 en France. Parmi les décès prématurés, on estime que 37,6 % d'entre eux seraient évitables par des actions de prévention primaire (alcool, tabac, accidents de la circulation...), soit 26 décès prématurés par an dans la Brenne.

L'analyse globale des séjours hospitaliers met en évidence un taux standardisé de recours à l'hospitalisation des habitants du territoire supérieur à ceux observés au niveau du l'Indre et de la région Centre. Le taux standardisé des nouvelles affections de longue durée est comparable à ceux du Département, à la Région et de la France.

Le taux comparatif de mortalité dans le PNR de la Brenne est de 918 décès pour 100 000 personnes, soit un taux significativement supérieur à celui de la Région (831,3) et de la France hexagonale (832,7), mais proche de celui du Département (900,0).

2.1 - La santé de la mère et de l'enfant

Entre 2009 et 2011, il y a eu en moyenne chaque année 295 naissances domiciliées sur le parc naturel régional de la Brenne. Parmi ces naissances, 194 ont eu lieu en moyenne au centre hospitalier du Blanc, ce qui représente 71,3 % des naissances.

L'âge moyen des mères à l'accouchement est comparable au Département et à la Région. 82,5 % des femmes enceintes du territoire ont réalisé le nombre d'échographies recommandé au niveau national. Ce taux est semblable dans l'Indre et supérieur à celui observé en Région (77,8%). En revanche, le taux de préparation à l'accouchement sur le territoire (43,4 %) est inférieur à

celui du Département (46,8 %) bien que supérieur à celui la Région (40,8 %).

57,0 % des mères du territoire ont commencé un allaitement au moment du remplissage du certificat de santé du 8ème jour, soit un taux de début d'allaitement supérieur au Département (53,5 %) mais inférieur à la Région sur la même période (62,0 %). Enfin, aucune différence n'est constatée au regard des territoires de référence sur le nombre de naissances de petit poids et le taux de naissances prématurées.

Le territoire dispose d'un atout dans la maternité du Blanc, qui est une petite unité, appréciée de la population pour l'accompagnement qu'elle propose aux femmes, les délais de rendez-vous relativement courts, et le partenariat étroit avec les institutions locales et notamment la PMI. Cependant, les possibilités d'accompagnement des mères sur le PNR (entretien prénatal précoce, préparation à l'accouchement, suivi des grossesses, suivi d'allaitement) sont assez dépendantes de la proximité de l'hôpital, du fait de l'absence de sages-femmes libérales et de sages-femmes en PMI susceptibles d'assurer un relai local. Or toutes les futures mères n'ont pas les moyens de se rendre à l'hôpital autant que nécessaire et limitent de fait leur surveillance. Le suivi des grossesses à risque à domicile est particulièrement délicat. L'un des enjeux pour le PNR est de parvenir à faire venir des professionnels, pour permettre un maillage du territoire et le recours à une offre de proximité (sages-femmes, gynécologues).

Le territoire est bien équipé en structures d'accueil de la petite enfance, plusieurs multi-accueils étant présents dans la Brenne. En revanche, les enfants en situation de handicap, qui présentent des difficultés particulières d'apprentissage, n'ont pas des possibilités de prise en charge adaptée et rapide. Ainsi l'accès à la pédopsychiatrie, au CMPP, au Camps, aux orthophonistes, nécessitent des délais assez longs. L'accompagnement de ces enfants à l'école souffre de la raréfaction des réseaux d'aides spécialisés aux élèves en difficulté (Rased), du manque de places en services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad), et du faible nombre d'assistants de vie scolaire en classe.

2.2 - La santé mentale

Le taux standardisé de mortalité par suicide dans la Brenne est légèrement supérieur aux taux départemental et régional, et significativement supérieur au taux national. Au niveau de la morbidité, on recense plus de nouvelles admissions en ALD affections psychiatriques que dans la Région et en France.

En matière de santé mentale, le manque de professionnels jugé le plus problématique concerne les psychiatres, dont les lieux de consultation sont éloignés des habitants, et les délais d'attente pour obtenir des rendez-vous très importants. Les infirmières psychiatriques et quelques psychologues libéraux constituent des professionnels-ressources plus accessibles, mais néanmoins insuffisants pour répondre à l'ensemble des besoins.

Ces difficultés d'accès à la psychiatrie ont un impact négatif pour l'ensemble de la population du territoire car elles diffèrent le diagnostic précoce des pathologies, le début des prises en charge, et diminuent la régularité des suivis des personnes. Faute d'accompagnement mis en place à temps et de façon suffisamment régulière, on assiste plus fréquemment à des dégradations des situations aboutissant à des situations de crises aiguës qui nécessitent une prise en charge d'urgence.

Concernant les établissements médico-sociaux, on observe d'une part des difficultés de recrutement, d'autre part un nombre de places insuffisant pour un certain nombre de publics. Pour gérer ces situations, des réponses de substitution sont trouvées. Les personnes sont parfois prises en charge temporairement dans d'autres établissements ou services, bien que les modalités d'accompagnement n'y soient pas toujours adaptées. Dans d'autres cas, les familles ont à prendre en charge leur proche à domicile, dans des conditions éprouvantes.

2.3 - Les maladies chroniques

S'agissant de la mortalité en lien avec les principales maladies chroniques (cancers, maladie de l'appareil circulatoire et diabète), le PNR présente une surmortalité en comparaison avec la Région et la France (en effaçant les effets liés à l'âge). En revanche, le territoire ne se distingue pas du département de l'Indre. Concernant les affections de longue durée, les données ne mettent pas en évidence de distinction entre les taux observés sur le territoire et ceux observés sur les échelons de référence.

Les rencontres menées auprès des professionnels ont mis en avant toute la difficulté d'une bonne régularité dans la prise en charge de ces malades chroniques. Il est entendu ici la prise en charge dans sa globalité, c'est-à-dire les soins mais également les actions préventives. Les ruptures observées dans les parcours de soins sont de plusieurs ordres.

En premier lieu, les professionnels ont souligné les inégalités d'accès vers les praticiens du fait de l'absence de professionnels de proximité d'une part (spécialistes, généralistes, acteurs de prévention) et du fait de la surcharge de travail de ces professionnels d'autre part (les rendant moins disponibles). L'éloignement de ces patients des structures de prises en charge ou des professionnels de premier recours rend complexe la prise en charge. Beaucoup d'habitants du PNR, notamment aux âges vieillissants ne disposent pas de moyens de locomotion, n'ont pas les ressources financières pour effectuer les trajets ou ne sont plus suffisamment autonomes pour se déplacer. La nécessité d'aller-vers ces malades en perte d'autonomie est ressortie comme un enjeu fort, et plus encore quand il s'agit de prévention. D'autant que les habitants du PNR sont décrits comme une population qui sollicite le monde soignant quand la douleur devient insupportable, que l'état s'est considérablement dégradé...

En second lieu, les praticiens souffrent du manque criant de coordination à double niveau. Le premier niveau qui est souligné est le manque de lien important entre les établissements (notamment les hôpitaux) et les professionnels de ville. Le retour à domicile de ces malades chroniques n'est que trop rarement concerté avec le médecin, le pharmacien, l'infirmier de proximité. Ces

situations ne facilitent pas la continuité de la prise en charge et génèrent de la détresse chez certains patients. L'autre manque en matière de coordination est lié à l'absence parfois de visibilité de l'ensemble des réseaux existants ou des dispositifs de coordination créés. Les patients comme les professionnels n'ont pas connaissance de tous les dispositifs qui peuvent les accompagner ou encore ne sont plus en capacité de s'adresser au bon interlocuteur du fait du manque de connaissances précises des missions de ces réseaux. L'enjeu pour les professionnels serait de disposer d'un guichet unique pour la prise en charge globale (curative et préventive) de ces malades chroniques, avec une approche territoriale pour disposer d'un maillage de proximité.

En troisième lieu, les ruptures de prises en charge sont également liées au fait que certains patients ne peuvent prendre en charge leurs traitements : coût des consultations, coût de certains médicaments, coût d'un accompagnement par une auxiliaire de vie... l'absence de remboursement de certains actes peut aboutir à des renoncements aux soins dont les conséquences sont graves : dégradation de l'état de santé, nécessité d'une hospitalisation, apparition d'un handicap...

Enfin, les professionnels ont souligné toute l'importance de l'aidant et plus globalement de la cellule familiale et de l'environnement social du malade dans le parcours de santé des malades chroniques : quel rôle chacun peut jouer en fonction de ses atouts : soutien psychologique, matériel, économique... Et donc de toute la nécessité d'accompagner les aidants, de les former pour qu'à leur tour, ils ne deviennent pas eux-mêmes malades.

2.4 - Les conduites à risque

Concernant les conduites à risques, la population du territoire présente une mortalité liée à la consommation d'alcool, comme dans l'Indre, significativement supérieure à celle observée en région Centre et au niveau national. Le taux de recours à l'hospitalisation pour troubles liés à la consommation d'alcool est également dans la Brenne supérieur à ceux observés dans le Département et en Région. Par ailleurs, la consommation d'alcool est impliquée dans 27 % des accidents du PNR. Elle est liée à 13 % des accidents sur l'ensemble du département de l'Indre. Par ailleurs, il est observé un taux de mortalité par accidents de la circulation supérieur ceux de la Région et de la France. Cette situation s'explique en partie par la ruralité du territoire.

La mortalité imputable à la consommation de tabac ne diffère pas statistiquement de celles observées dans l'Indre, en région Centre, ou en France métropolitaine. Concernant les autres consommations de produits psycho-actifs comme celle de cannabis, elles ne semblent pas moins importantes que sur d'autres territoires, les produits illicites étant accessibles. En revanche, la prise en charge des conduites addictives est rendue plus complexe par l'éloignement des structures spécialisées, qui sont le plus souvent situées dans des villes hors du PNR. Des antennes ou permanences existent parfois localement, mais à une fréquence insuffisante, et le plus souvent dans la ville du Blanc, qui est relativement excentrée dans le PNR. Les habitants du PNR doivent donc souvent disposer de moyens de transports personnels pour en bénéficier.

L'interconnaissance plus forte en milieu rural constituerait un obstacle supplémentaire pour l'accès des usagers de drogues aux structures de prise en charge (crainte d'y être vu et du jugement social). On observe une problématique comparable sur la vie affective et sexuelle, les possibilités de recours à la contraception étant moins aisées pour les jeunes filles, du fait des relations interpersonnelles des médecins et pharmaciens avec la famille ou d'autres connaissances, et de structures dédiées peu accessibles. La prévention des conduites à risques est affectée par les ressources et le temps limité des opérateurs, notamment quand ils ne sont pas directement issus du territoire. Les associations sollicitées pour réaliser des actions de prévention souffrent du contexte général de contraction budgétaire des acteurs publics. Une partie d'entre elles se recentrent sur leurs priorités et n'effectuent plus autant d'actions de prévention et de déplacements sans obtenir de financements spécifiques pour cela. L'éloignement des opérateurs pénalise ainsi le territoire.

3) Offre de soins

La faible démographie des professionnels de santé, particulièrement des médecins spécialistes, constitue une problématique essentielle du territoire du PNR de la Brenne en matière d'accès aux soins. L'âge avancé des médecins implique que de nouveaux professionnels devront s'installer dans les prochaines années sur le territoire pour ne pas accentuer des difficultés déjà présentes. Actuellement, les possibilités de consultation des médecins sont déjà limitées, particulièrement en ce qui concerne les spécialistes. Sur certains territoires, cela se traduit par des médecins qui n'acceptent plus de nouveaux patients et un allongement des délais pour obtenir des rendez-vous. La qualité des soins est affectée du fait de durées de consultation écourtées, et du manque de temps de coordination entre les différents professionnels et services.

Quelques communes sont relativement bien pourvues en professionnels de santé : la commune du Blanc dispose ainsi du seul hôpital du territoire, de la moitié des généralistes libéraux et de la totalité des spécialistes libéraux. Au contraire, de vastes parties du territoire apparaissent beaucoup plus démunies. Les médecins généralistes et pharmaciens de ces territoires ruraux acceptent de se rendre au domicile des personnes qui n'ont pas d'autres possibilités, mais il n'en va pas de même pour les consultations de médecins spécialistes et pour les prises en charge spécialisées, qui ne sont souvent possibles qu'en dehors du PNR. Les habitants des communes de l'est du territoire bénéficient plus facilement des ressources situées à Châteauroux (spécialistes libéraux, hôpital, clinique privée...) ou Argenton-sur-Creuse (maison de santé pluridisciplinaire). Les autres populations du territoire peuvent avoir recours, en dehors des ressources situées au Blanc, aux hôpitaux et cliniques de Châtellerault et Montmorillon. La population du PNR peut également compter sur de grands centres hospitaliers plus éloignés, mais dotés d'équipements de haut niveau comme à Tours, Poitiers ou Limoges.

Il ressort clairement que des déplacements très importants sont souvent nécessaires pour consulter. Or les réseaux de transport

en commun disponibles sur le parc naturel régional ne permettent pas d'effectuer simplement la plupart des déplacements requis. Les longues distances à parcourir en véhicule personnel, taxi ou ambulance, représentent un coût non négligeable, qui amène des habitants à limiter les consultations qu'ils n'estiment pas indispensables. Ce renoncement aux soins est d'autant plus fort que la population locale a des niveaux de revenus relativement faibles. Les personnes sans véhicule personnel sont dépendantes de leur entourage, mais l'éclatement des familles renforce l'isolement, notamment des personnes âgées. La fréquentation des séances publiques d'information et de prévention sur différents thèmes de santé pâtit également de ces difficultés de déplacement.

Au-delà de ce renoncement aux soins, et des interruptions de suivi, l'éloignement géographique des ressources médicales a d'autres conséquences préjudiciables. Les familles des personnes prises en charge peinent à rendre visite à leurs proches ; des professionnels de différentes structures accompagnent sur leur temps de travail les usagers pour que ces derniers puissent consulter.

Dans ce contexte de faible ressource en santé sur le PNR de la Brenne, la coordination des acteurs apparaît particulièrement nécessaire pour répondre aux besoins de la population. Si certaines collaborations sont bien engagées et structurées, comme en matière gériatrique, d'autres sont absentes et nuisent à la qualité des prises en charge. Il en va ainsi de la coordination ville-hôpital. De plus, malgré l'existence de nombreux réseaux de coordination, ces derniers sont parfois difficilement lisibles pour les patients et les professionnels, et créent des doublons dans la prise en charge. Le manque de professionnels ne permet pas la mise en place d'une coordination « naturelle » faute de temps à y consacrer ; pour autant, les rencontres avec les professionnels ont mis en évidence une réelle volonté de faire évoluer l'organisation des soins.

4) Quelques propositions

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

- Continuer à développer l'attractivité du territoire. Au-delà du seul fait de faire s'implanter des professionnels de santé, la cellule familiale de ces derniers doit pouvoir socialement et économiquement s'intégrer.
- Favoriser les initiatives permettant l'arrivée de nouveaux professionnels médicaux et paramédicaux.
- Créer un maillage de soins de premiers recours favorisant l'accessibilité au plus grand nombre et réduisant les ruptures de prise en charge. Il s'agit de développer la mise en place de pôles locaux dans lesquels un référent a minima est identifié par la population et les professionnels comme « professionnel-ressource » connaissant les différentes structures de coordination, les établissements sanitaires et médico-sociaux, les praticiens et les acteurs de la prévention et promotion de la santé...
- Développer et soutenir la coordination des acteurs pluridisciplinaires, notamment la coordination, l'articulation entre les soins de ville et les soins hospitaliers.
- Maintenir l'activité du seul hôpital situé sur le PNR de la Brenne qui concentre la quasi-totalité des spécialistes.

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) soit 871 euros en 2007. 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 personnalisé 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.

Association de service à domicile (ADMR) : associations offrant différentes prestations permettant le maintien à domicile des personnes : aide à la vie quotidienne (ménages, 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 général. La fédération ADMR est agréée « services aux personnes ».

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, aide à la mise en place de réponses concrètes et adaptées aux situations, suivi, 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 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'efficacité des prestations et des moyens mis en oeuvre.

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.

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.

Indice de masse corporelle (IMC) : mesure de référence internationale égale au poids (kg) sur le carré de la taille (en mètre).

Mortalité infantile : nombre de décès d'enfants de moins de un an pour 1 000 naissances vivantes.

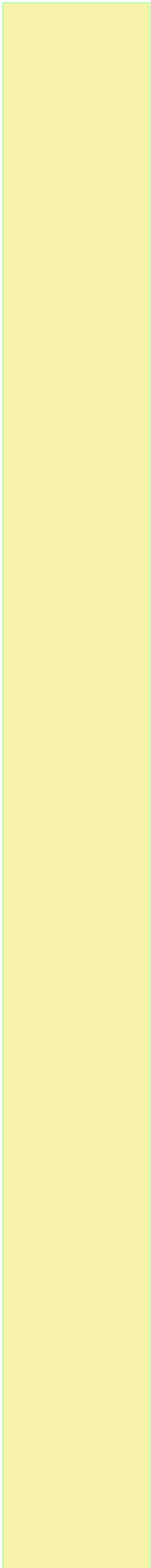
Mortalité prématurée : ensemble des décès survenant avant 65 ans.

Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) : est un 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.

Revenu de solidarité active (RSA) : est une 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.

Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) : services 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 24 juin 2004). Le SSIAD apporte des services en matière de santé.

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 ces 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.



La prévention en quelques mots :

Selon le glossaire de la Banque de Données en Santé Publique (BDSP) :

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

Réalisation : Observatoire Régional de la Santé du Centre
CHRO 1, rue Porte Madeleine
45 032 Orléans cedex 1

Editeur : Agence Régionale de Santé du Centre
Dépôt légal : Janvier 2015

