

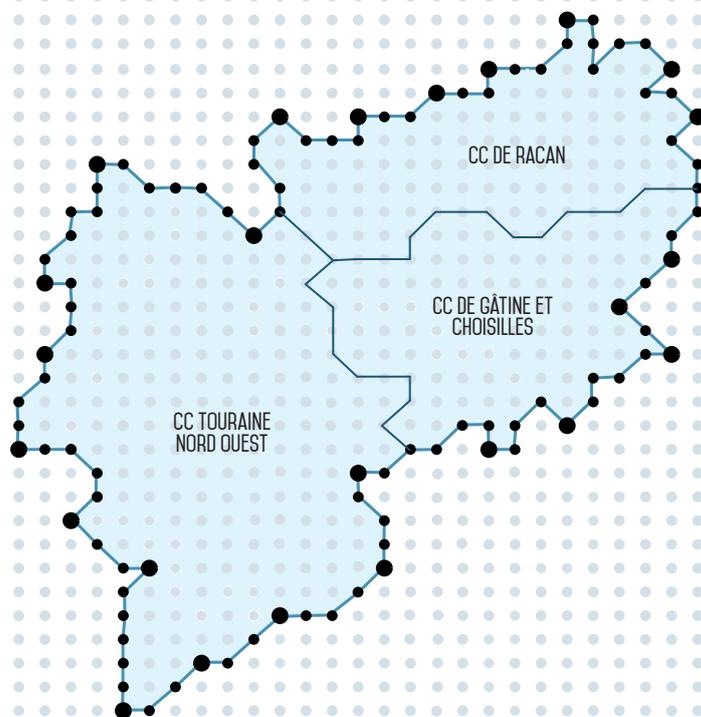
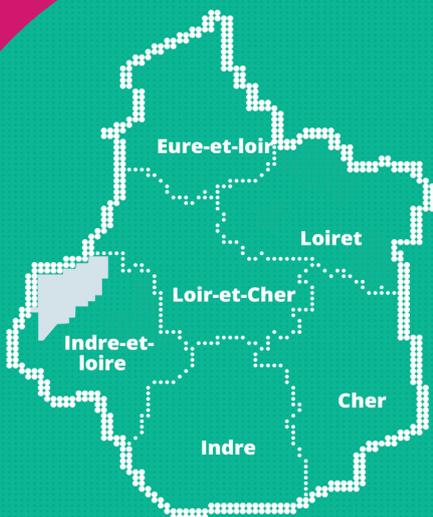
INDICATEURS SANITAIRES, MÉDICO-SOCIAUX ET SOCIAUX

INDICATEURS DE SANTÉ

en vue de l'élaboration du Contrat Local de Santé

INDICATEURS
SANITAIRES,
MÉDICO-SOCIAUX
ET SOCIAUX

PAYS LOIRE NATURE





Remerciements	4
Méthodologie de l'étude	5
Contexte général	7
Situation spatiale et démographique	7
Population précaire : minima sociaux et soins	16
Formation et ressources de la population	19
Qualité de vie	23
État de santé	25
Données de mortalité	25
Données de morbidité	30
Santé de la mère et de l'enfant	32
Santé mentale	39
Maladies chroniques	48
Offre et recours aux soins	63
Médecins généralistes et spécialistes libéraux	63
Autres professionnels de santé libéraux	69
Offre hospitalière	70
Offre et recours aux soins	72
Viellissement de la population	77
Conduites à risques	89
Addictions	89
Vie affective et sexuelle, prévention des IST	91
Violence routière	93
Nutrition	102
Santé environnement	103
Faits marquants	108
Glossaire	114

Démarche et objectifs

Dans le cadre de la régionalisation des politiques de santé, l'Agence régionale de santé (ARS) de la région Centre-Val de Loire accompagne, par le biais des contrats locaux de santé (CLS), les collectivités territoriales qui souhaitent mettre en place une dynamique de santé locale reposant sur des actions de promotion/prévention de la santé et d'accompagnement médico-social. À ce titre, la délégation territoriale ARS Indre-et-Loire et le pays Loire Nature projettent d'établir un CLS. Afin d'orienter les choix stratégiques et apporter une base de connaissances à l'élaboration de ce CLS, un diagnostic territorial mettant en évidence la situation démographique, sociale, médico-sociale et sanitaire du territoire doit être réalisé au préalable.

Outils et méthode

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

Contenu du diagnostic

Le diagnostic sanitaire du pays Loire Nature se structure autour de sept grandes thématiques : le contexte général sociodémographique 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 risques, la nutrition et quelques données environnementales.

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



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

RÉUNION AVEC LES ÉLUS

Mardi 7 Juin 2016, Ambillou

- Mme ANTIGNY Valérie, adjointe à la mairie de Pernay
- M. AUGÉ François, maire de Saint-Patrice
- Mme AUNEAU Delphine, maire de Souvigné
- Mme BAILLY Aurore, chargée de mission fonds européens LEADER, PLN
- M. BOULESTEIX Yves, agent de développement, pays Loire Nature
- M. CANON Eloi, maire de Chemillé-sur-Dême
- M. CARLES Jean-Marie, maire de Cinq-Mars-la-Pile
- M. CINTRAT Patrice, maire de Neuvy-le-Roi
- M. CHEVET Michel, maire d'Ambillou
- Mme DEMEURE Martine, élue de Charentilly
- Mme DUPUIS Brigitte, conseillère départementale de l'Indre-et-Loire
- Mme DURAND Claire, adjointe au maire de Beaumont-la-Ronce
- M. ELOY Thierry, élu de Mazières-de-Touraine
- Mme EPRON Sandrine, élue de Brèches
- M. HABERT Pierre, élu de Saint-Michel-sur-Loire
- Mme JACQUES Astrid, élue d'Ambillou
- M. JOLLIVET Michel, maire de Neuillé-Pont-Pierre
- Mme LEMAIRE Catherine, maire de Saint-Christophe-sur-le-Nais
- M. MARCHAND Joël, 1^{er} adjoint au maire de Saint-Roch
- Mme MASSE Emilie, technicienne référente, ARS Centre-Val de Loire
- Mme MELO Isabelle, maire de Channay-sur-Lathan
- M. MEULOT André, maire de Saint-Antoine-du-Rocher
- Mme NAVEAU Martine, maire de Villiers-au-Bouin
- M. POULLE Guy, maire de Cérelles
- M. POUPEE Jean-Pierre, maire de Saint-Paterne-Racan
- M. ROIRON Pierre-Alain, maire de Langeais
- Mme ROUMEAS Suzel, conseillère municipale, Saint-Antoine-du-Rocher
- Mme ROUSSIER Micheline, conseillère municipale, Hommes
- M. ROY Christophe, élu de Neuillé-Pont-Pierre
- Mme TOURNILLON Florence, chargée de mission santé, PLN
- M. TRYSTRAM Antoine, président du pays Loire Nature
- M. VERNEAU Jean-Pierre, maire de Sonzay
- M. ZAMARLIK Henri, ancien maire de Saint-Paterne-Racan

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

Lundi 19 septembre 2016, Château-la-Vallière

- Mme ALEXANDRE Céline, sage-femme PMI, Neuillé-Pont-Pierre
- M. BOULESTEIX Yves, agent de développement, pays Loire Nature
- Mme BUSTARRET Nicole, bénévole au Secours catholique
- Mme DELEBOIS Aurore, sage-femme libérale, Château-la-Vallière
- Mme DEMILLIER Christine, référente santé, Voyageurs 37
- Dr GAROT Claire, médecin de l'Éducation nationale
- Mme GUIGNAUD Delphine, directrice de crèche, Cinq-Mars-la-Pile
- Mme JAHAN Karine, éducatrice de jeunes enfants, Voyageurs 37
- Mme LINDE DOISEAU Laura, conseillère technique, Familles rurales
- M. SAUVAGEON Benoit, directeur adjoint pôle ambulatoire, Apajh 37
- Mme TILLOUX Karine, responsable pôle jeunesse, CC Tours Nord Ouest
- Mme VERMERSCH Véronique, puéricultrice PMI, Neuillé-Pont-Pierre

RÉUNION " CONDUITES À RISQUES "

Mardi 20 septembre 2016, Langeais

- M. BALLON Nicolas, PU-PH, CHRU Tours
- M. BERNARD Claude, co-responsable comité départemental "Vie Libre"
- M. BERTEREAU Guy, président "Alcool assistance Indre-et-Loire"
- M. BRAJARD Guy, membre de l'association "Vie Libre"
- M. BODIER Jean-Pierre, directeur de la clinique Val de Loire
- Mme CHABANNE Catherine, présidente de l'Unafam
- M. DEVANT René, membre de l'association "Vie Libre"
- M. ELOY Thierry, maire de Mazières-de-Touraine
- Dr GAROT Claire, médecin de l'Éducation nationale

- M. KALIS Bruno, directeur du territoire Grand Ouest
- M. LANGLOIS Stéphane, psychologue
- Mme LE TELLIER Nathalie, directrice dispositif jeunesse, CC Racan
- Mme MENZAGHI Jennifer, animatrice informatrice jeunesse, CC Racan
- M. MIGLIORETTI Bruno, infirmier secteur psychiatrique, Csap
- Mme NAILLET Amandine, direction ALSH, Voyageurs 37
- Mme PASSUELLO Camille, assistante service social, planning familial 37
- Dr PELICOT Joël, élu de la CC Gâtine et Choisses
- M. PERES Jean-Jacques, vice-président Coderpa
- Mme ROBIN Cécile, assistante sociale, Assad-HAD
- Mme ROUSIER Martine, infirmière, centre de planification
- M. THEBAUX Aurélien, secteur jeunes centre social la Douve
- Mme THOMINE Marielle, psychologue animatrice, planning familial 37
- Mme ZYGMUNT Séverine, conseillère insertion, Voyageurs 37

RÉUNION " MALADIES CHRONIQUES ET AUTONOMIE "

Jeudi 22 septembre 2016, Neuillé-Pont-Pierre

- Mme ALMERAS Christelle, assistante sociale Apa, référente coordination autonomie sur Neuillé-Pont-Pierre et Château-la-Vallière, CD 37
- Mme BAGLAN Elora, CESF, Voyageurs 37
- Mme BERTAGNA Thérèse, présidente du club du 3^{ème} âge, Hommes
- Mme BINOIT Nathalie, infirmière coordinatrice, réseau Oncologie 37
- M. BOULESTEIX Yves, agent de développement, pays Loire Nature
- Mme BURON Karine, infirmière coordinatrice Ssiad-ADMR, Langeais
- Mme BUSTARRET Nicole, bénévole au Secours catholique
- Mme COOLS Isabelle, infirmière libérale
- Mme DECAUX Maryse, cadres de secteur Assad-HAD
- Mme DEMILLIER Christine, référente santé, Voyageurs 37
- Mme DURAND Claire, adjointe au maire de Beaumont-la-Ronce
- Mme GUYOMARD Marie, assistante sociale MSA
- Mme HIRN Anne-Laure, chargée de mission, Fraps 37
- Mme HOUILLON Cécile, pilote Maia Touraine ouest
- Mme LARDET Stéphanie, infirmière référente Apa, CD 37
- Mme LEMAIRE Catherine, maire de Saint-Christophe-sur-le-Nais
- Mme LEMERCIER-OHEIX Ludivine, infirmière libérale, Neuvy-le-Roi
- Mme LESTREZ-RENAUX Caroline, psychologue
- Mme MABIRE Mélodie, directrice adjointe Familles rurales, CC Racan
- Mme MARCADIER Béatrice, conseillère autonomie, CD 37
- Mme MARTIN Dominique, responsable de service Agevie
- M. MEYRONNEINC Jean-Roger, directeur Agevie
- M. PERES Jean-Jacques, vice-président Coderpa
- Mme PERRIN Elodie, présidente ELO Domicile

RÉUNION " SANTÉ MENTALE "

Jeudi 22 septembre 2016, Neuvy-le-Roi

- Mme BERON Aurélie, assistante sociale, MSA Berry Touraine
- M. BODIER Jean-Pierre, directeur de la clinique Val de Loire
- Mme BRISSON Elisabeth, bénévole à l'Unafam
- Mme COLAS-BOUDOT Delphy, responsable territoriale, Fraps 37
- Mme DUBOIS-CARMAGNAT Florence, psychiatre, CHU Tours
- Mme DURAND Claire, art thérapeute
- Mme HOUILLON Cécile, pilote Maia Touraine ouest
- M. KALIS Bruno, directeur du territoire Grand Ouest
- Mme LEMERCIER-OHEIX Ludivine, infirmière libérale, Neuvy-le-Roi
- Mme LESTREZ-RENAUX Caroline, psychologue
- M. PINEAU Romain, pharmacien, Neuvy-le-Roi
- M. PIRES Abel, directeur Voyageurs 37
- Mme ROBIN Cécile, assistante sociale, Assad-HAD
- Mme ROCHETTE Stéphanie, conseillère insertion
- Mme SANCHEZ Alice, coordinatrice pôle enfance, Voyageurs 37
- M. SAUVAGEON Benoit, directeur adjoint pôle ambulatoire, Apajh 37
- M. TRUCHE Charles, animateur de commissions Coderpa



Le diagnostic local de santé du pays Loire Nature 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 départemental de l'Indre-et-Loire, Carsat Centre-Val de Loire...).

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

L'accessibilité potentielle localisée (APL) permet d'appréhender la disponibilité de l'offre au niveau communal. L'indicateur développé par la Drees et l'Irdes vise à améliorer les indicateurs usuels d'accessibilité aux soins (distance d'accès au plus proche, densité par bassin de vie ou département, etc.). Elle se lit comme une densité en rapportant le nombre de professionnels accessibles, en équivalent temps plein, à la population (pour 100 000 habitants).

Cet indicateur tient compte, côté offre, du niveau d'activité des professionnels dans la commune de résidence ou les communes avoisinantes et, côté demande, de la structure par âge de la population dans le rayon d'exercice des professionnels.

Le calcul de l'APL repose sur l'estimation de plusieurs paramètres :

- l'accessibilité au professionnel diminue avec la distance ; les seuils de distance sont estimés à partir des taux de fréquentation des médecins observés dans les bases de l'Assurance maladie ;
- l'activité de chaque médecin est convertie en « équivalents temps plein » (ETP), calculés en fonction du nombre d'actes (consultations et visites), suivant certaines hypothèses ;
- la demande de soins en professionnels de premier recours est différenciée par classes d'âge, d'après l'observation des consommations par tranche d'âge disponibles dans les bases de l'Assurance maladie.

Dans les différentes cartographies réalisées, l'APL est étudiée en 4 niveaux :

- le premier niveau concerne les communes où l'APL est la plus basse (inférieure ou égale à la moitié de la moyenne nationale) ;
- le deuxième niveau regroupe les communes à basse APL (comprise entre la moitié de la moyenne nationale et la moyenne nationale incluse) ;
- le troisième concerne les communes à APL élevée (c'est-à-dire supérieure à la moyenne nationale mais inférieure ou égale au double de cette moyenne) ;
- le quatrième concerne les communes où l'APL est la plus élevée (supérieure au double de la moyenne nationale).

-Un **RECENSEMENT DES ACTEURS ET ACTIONS DE PRÉVENTION** a été réalisé sur le territoire pour la période 2013-2016, au regard des thématiques de santé étudiées dans le cadre du diagnostic. Les acteurs de prévention ont été contactés par téléphone ou par mail afin de les solliciter sur les actions de santé mises en place localement. Un descriptif des actions et de la structure leur a été demandé. Cette étape présente l'avantage de pouvoir identifier les points forts ou les faiblesses du territoire en matière de prévention. De plus, dans le cadre de la réalisation du futur contrat local de santé et en fonction des thématiques identifiées comme prioritaires au regard du diagnostic, ce recensement pointe les leviers d'actions disponibles localement.



-**L'ENTRETIEN DES PERSONNES RESSOURCES DU TERRITOIRE** lors des réunions « thématiques ». Ainsi, une approche par thématiques a été privilégiée et quatre réunions ont été organisées. La réunion « santé de la mère et de l'enfant » a eu lieu le 19 septembre, celle sur « les conduites à risques » le 20 septembre, celle sur « maladies chroniques et autonomie » le 22 septembre matin et celle sur « santé mentale et bien-être » le 22 septembre après-midi. Ces entretiens collectifs, d'une durée d'environ 2h, ont rassemblé d'une manière générale une vingtaine de professionnels.

Ces réunions de travail se sont déroulées en plusieurs endroits du territoire, à la salle du conseil municipal de Château-la-Vallière (« santé de la mère et de l'enfant »), à la salle du conseil municipal de Langeais (« conduites à risques »), à la salle du conseil municipal de l'Hôtel de ville de Neuillé-Pont-Pierre (« maladies chroniques et autonomie ») et à la salle du conseil municipal de Neuvy-le-Roi (« santé mentale et bien-être »).

Avec l'accord des participants et sous couvert d'anonymat, les entretiens ont été enregistrés afin d'en faciliter la retranscription et l'analyse. Une prise de notes a été effectuée en parallèle. Les entretiens avec les professionnels ressources du territoire ont permis d'échanger sur des questions et thématiques variées, autour de la santé au sens large, leurs perceptions des habitants sur ce territoire, leurs attentes, leurs besoins et les problématiques qu'ils rencontrent au quotidien en matière de santé, d'accès aux soins et à la prévention, la vision du partenariat entre professionnels...

-**L'ENTRETIEN DES HABITANTS DU TERRITOIRE** via des micros-trottoirs a été réalisé le 13 juin 2016 à Langeais, Cinq-Mars-la-Pile, Château-la-Vallière, Marcilly-sur-Maulne, Neuillé-Pont-Pierre et Neuvy-le-Roi. D'une durée de 5 à 15 minutes par habitant, ces entretiens ont permis aux habitants d'aborder leurs problématiques de santé, d'accès aux soins, leur connaissance des acteurs et des dispositifs de prévention, leurs besoins et attentes...

Calendrier du diagnostic

De septembre à décembre 2015 : réalisation de la phase quantitative de recueil, traitement et analyse des données statistiques;

De juin à décembre 2016 : recensement des acteurs et actions de prévention et réalisation de la phase qualitative de recueil et d'analyse de la parole des personnes ressources et des habitants.

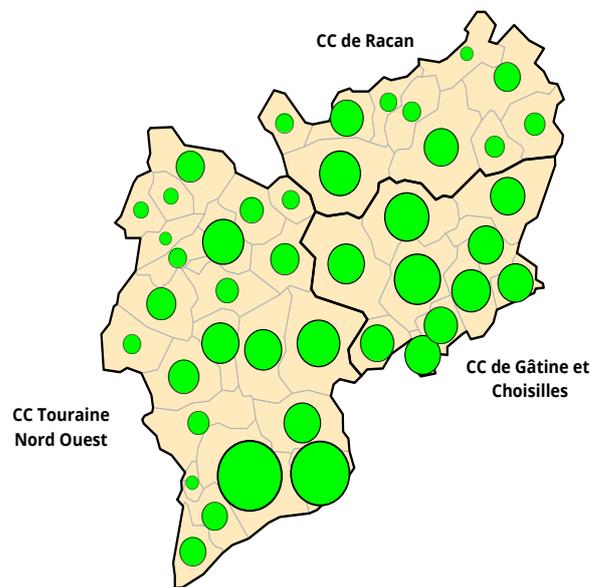
Le pays Loire Nature, son territoire et peuplement

Le pays Loire Nature s'étend au nord-ouest du département de l'Indre-et-Loire, à proximité directe avec la région des Pays de la Loire dans sa partie nord-ouest, avec les départements du Maine-et-Loire et de la Sarthe, comprenant respectivement les villes d'Angers et du Mans, et dans sa partie nord-est avec le Loir-et-Cher.

Le pays Loire Nature est composé de trois communautés de communes (CC) : la communauté de communes de Gâtine et Choisilles, la communauté de communes de Racan et la communauté de communes Touraine Nord Ouest. Il a été fondé à la fin des années 90, le 11 septembre 1998. Le Pays est actuellement composé de 43 communes comprenant un total de 43 069 habitants (Insee RP 2011, exploitation principale) sur un territoire de 760 km². La densité de population est de 56,7 habitants au km², témoignant du caractère rural du Pays.

La distribution de la population s'articule autour de 2 villes de plus de 3 000 habitants, ainsi que de 17 villes de plus de 1 000 habitants. Actuellement, la population communale du territoire varie de 140 habitants pour la commune de Lublé, à 4 059 habitants pour la commune de Langeais. À l'échelle des communautés de communes, la population varie de 6 442 habitants pour la communauté de communes de Racan à 22 730 habitants pour la communauté de communes Touraine Nord Ouest.

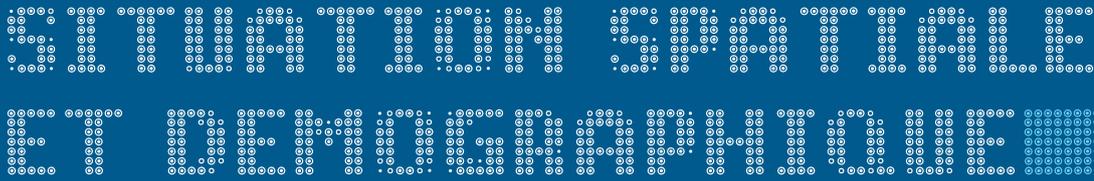
POPULATION MUNICIPALE DES COMMUNES DU PAYS LOIRE NATURE EN 2011



Population municipale en 2011 (en effectifs)



SOURCE : INSEE (RP 2011)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



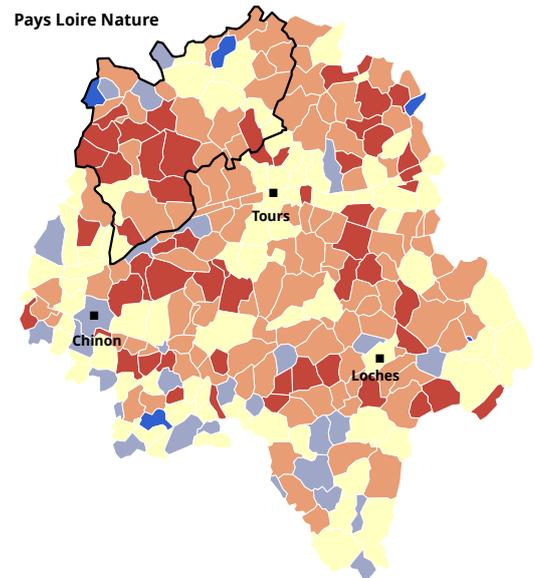
Variation de population inter-censitaire dans les communautés de communes et communes

La population du pays Loire Nature a augmenté de 1,3 % chaque année entre 2006 et 2011 (43 069 habitants en 2011 contre 40 346 en 2006). Ceci témoigne d'un dynamisme démographique similaire à celui observé au niveau départemental (+0,5 %), régional (+0,3 %) et national (+0,5 %).

Cependant il existe des disparités entre les différentes communautés de communes. Par exemple, la communauté de commune de Racan reste stable au cours de cette même période (6 442 habitants en 2011 contre 6 455 en 2006) contrairement aux autres communautés de communes dont le nombre d'habitants augmente. Cette disparité se retrouve au niveau des communes avec les plus fortes variations enregistrées dans les communes de Courcelles-de-Touraine, de Saint-Laurent-de-Lin et de Hommes (respectivement + 5,0 %, + 4,6 % et + 4,4 %), tandis que les plus fortes variations négatives ont été retrouvées pour les communes de Bueil-en-Touraine, Marcilly-sur-Maulne et Saint-Aubin-le-Dépeint (avec respectivement - 3,3 %, - 2,9 % et - 1,9 %)

Le solde naturel (correspondant au différentiel entre nombre de naissances et nombre de décès) est resté positif entre 2003 et 2011 en variant entre 153 et 255 habitants par année, pouvant expliquer le dynamisme démographique du Pays.

VARIATION INTER-CENSAIRE DANS LES COMMUNES DU PAYS LOIRE NATURE (2006-2011)



Taux de variation annuel moyen de population entre 2006 et 2011 (en %)

- 2,01 - 8,03
- 0,51 - 2,00
- 0,50 - 0,50
- 2,00 - -0,51
- 3,28 - -2,01

SOURCE : INSEE (RP 2006, 2011)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Structure de la population

Les jeunes de moins de 20 ans représentent 27,1 % de la population du pays Loire Nature. Cette proportion est plus importante que celles observées en moyenne dans le département (24,1 %), dans la région (24,0 %) et au niveau national (24,4 %).

La population des personnes âgées est proportionnellement plus faible dans le territoire qu'aux niveaux départe-

mental, régional ou national. Les 65 ans et plus représentent 15,7 % de la population du pays Loire Nature, contre 18,5 % en Indre-et-Loire, 19,1 % dans la région et 17,2 % pour la France. Le même constat est fait pour les personnes de 75 ans ou plus (8,6 % pour le territoire contre 10,0 % pour le département, 10,3 % pour la région et 9,1 % en France métropolitaine).

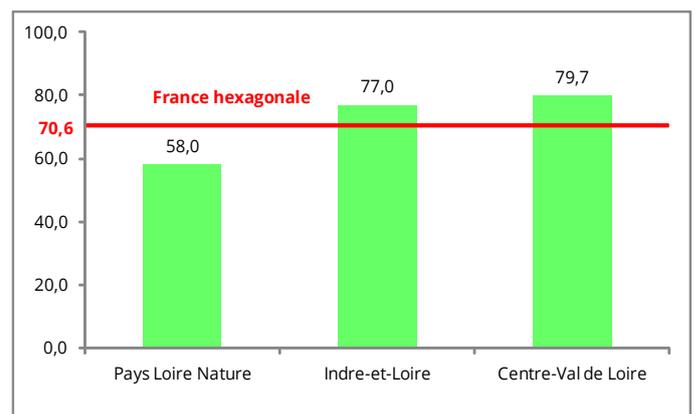
POPULATION PAR ÂGE EN 2011

	Population	Population de moins de 20 ans		Population de 65 ans et plus		Population de 75 ans et plus		Indice de vieillissement en 2011 (65 ans et plus / moins de 20 ans)
		effectifs	% de la population	effectifs	% de la population	effectifs	% de la population	
CC Gâtine et Choisilles	13 897	4 059	29,2	1 636	11,8	829	6,0	40,3
CC Racan	6 442	1 642	25,5	1 183	18,4	687	10,7	72,0
CC Touraine Nord Ouest	22 730	5 956	26,2	3 944	17,4	2 176	9,6	66,2
pays Loire Nature	43 069	11 657	27,1	6 763	15,7	3 692	8,6	58,0
Indre-et-Loire	593 683	142 898	24,1	110 018	18,5	59 616	10,0	77,0
Centre-Val de Loire	2 556 835	613 141	24,0	488 978	19,1	262 687	10,3	79,7
France hexagonale	63 070 344	15 400 714	24,4	10 871 513	17,2	5 722 179	9,1	70,6

INSEE (RP 2011, EXPLOITATION PRINCIPALE)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

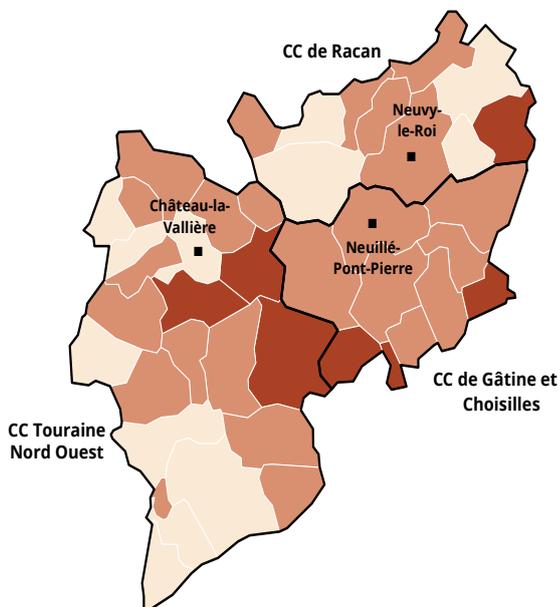
INDICE DE VIEILLISSEMENT EN 2011

L'indice de vieillissement, qui mesure le nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans, est beaucoup plus faible dans le pays Loire Nature. Cet indice est de 58,0 contre 77,0 dans le département, 79,7 dans la région Centre-Val de Loire et 70,6 en France métropolitaine.



SOURCE : INSEE (RP 2011)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

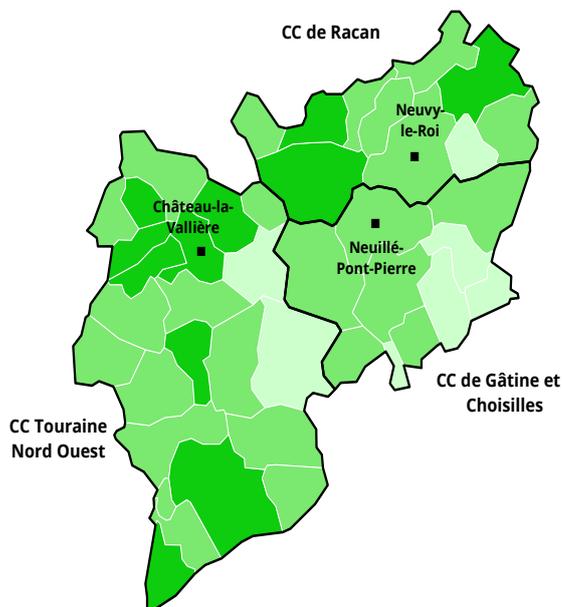
STRUCTURE DE LA POPULATION DU PAYS LOIRE NATURE EN 2011



Part des moins de 20 ans dans la population totale des communes en 2011 (en %)

- Plus de 30
- de 25 à 30
- Moins de 25

SOURCE : INSEE (RP 2011)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



Part des 75 ans et plus dans la population totale des communes en 2011 (en %)

- Plus de 10
- de 5 à 10
- Moins de 5

SOURCE : INSEE (RP 2011)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Évolution de la structure de la population entre 2006 et 2011

Entre 1999 et 2011, la structure de la population du pays Loire Nature a peu évolué.

Cependant, on remarque que le nombre de jeunes de moins de 20 ans a augmenté entre 2006 et 2011 sur le territoire

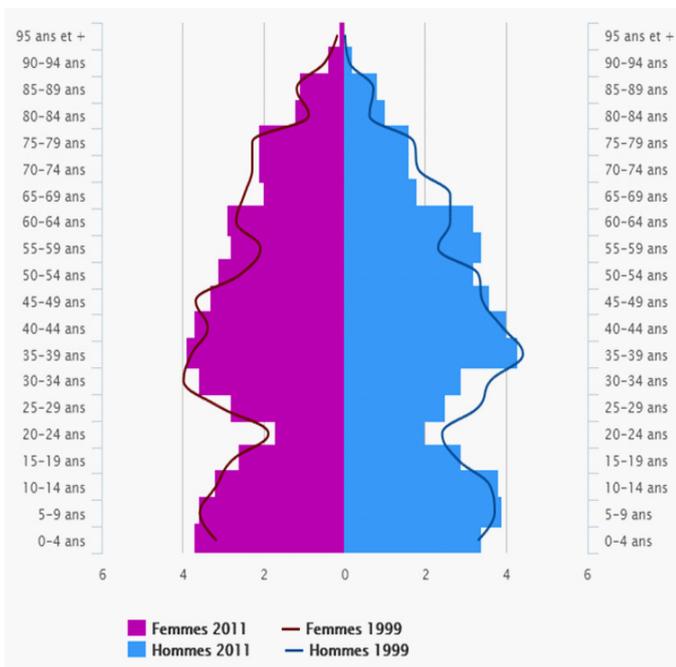
du Pays, alors qu'il semble stable, sur la même période aux niveaux départemental, régional et national.

La population des personnes âgées de 75 ans et plus a augmenté entre 2006 et 2011 (+ 298), de même que leur part dans l'ensemble de la population du territoire, qui atteint 8,6 % en 2011. L'évolution de cette part au cours des 6 années est un reflet des tendances observées au niveau du département de l'Indre-et-Loire, de la région Centre-Val de Loire et au niveau de la France métropolitaine. Cependant la part que cela représente au niveau du territoire est toujours inférieure à celle observée aux autres niveaux.

	Population de moins de 20 ans					Population de 75 ans et plus				
	2006		2011		Évolution annuelle (en %)	2006		2011		Évolution annuelle (en %)
	effectifs	en %	effectifs	en %		effectifs	en %	effectifs	en %	
CC Gâtine et Choissilles	3 871	29,6	4 059	29,2	1,0	749	5,7	829	6,0	2,1
CC Racan	1 661	25,7	1 642	25,5	- 0,2	667	10,3	687	10,7	0,6
CC Touraine Nord Ouest	5 416	26,0	5 956	26,2	2,0	1 978	9,5	2 176	9,6	2,0
pays Loire Nature	10 948	27,1	11 657	27,1	1,3	3 394	8,4	3 692	8,6	1,7
Indre-et-Loire	141 938	24,5	142 898	24,1	0,1	53 287	9,2	59 616	10,0	2,3
Centre-Val de Loire	611 962	24,3	613 141	24,0	0,0	239 589	9,5	263 687	10,3	1,9
France hexagonale	15 230 855	24,8	15 400 714	24,4	0,2	5 124 108	8,3	5 722 179	9,1	2,2

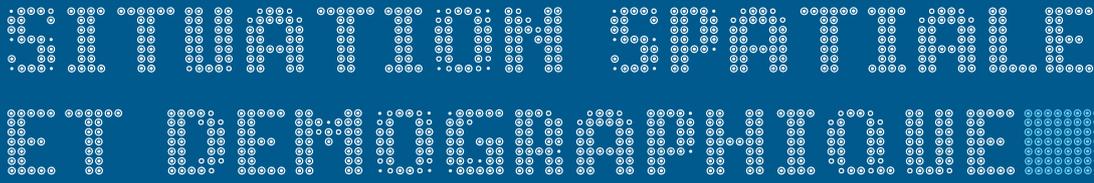
SOURCE : INSEE (RP 2006 ET 2011, EXPLOITATIONS PRINCIPALES)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

PYRAMIDE DES ÂGES DU PAYS LOIRE NATURE



La pyramide des âges du Pays, au recensement 2011, présente une structure compatible avec le territoire, avec un creux au niveau des 15-25 ans. Ce déficit de population peut s'expliquer par la nécessité pour cette population d'aller se former dans des métropoles et donc de quitter le territoire avant d'y revenir à partir de 25-30 ans.

SOURCES : INSEE RP 2006-2011
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



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

À l'horizon 2040, si les tendances se poursuivent, la région Centre-Val de Loire, gagnera 280 000 habitants (soit 8 500 habitants par an entre 2007 et 2040). Avec une hausse annuelle de + 0,3 % en 2040, la population atteindra 2 800 000 habitants. Cependant, ce gain de population se fera majoritairement pour les classes d'âges les plus élevées (la région gagnerait plus de 320 000 personnes d'au-moins 65 ans).

Concernant l'Indre-et-Loire, la hausse annuelle est de + 0,5 % toutes classes d'âge confondues. On considère ainsi que la population en 2040 accueillera 687 000 habitants (contre 594 000 en 2011), ce qui représente 93 000 habitants en plus.

Entre 2007 et 2040, la région gagnerait plus de 320 000 personnes d'au moins 65 ans. En 2040, 26,9 % de la population sera âgée de plus de 65 ans dans le département d'Indre-et-Loire contre 18,5 % en 2011. De plus, le nombre de personnes de 80 ans et plus devrait doubler, passant de 37 000 en 2011 à 74 000 en 2040. La proportion que cette part de la population représente va elle aussi augmenter et passer de 6,4 % à 10,8 % de la population.

Le parc de logements

PARC DE LOGEMENTS (2006-2011)

	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	
CC Gâtine et Choissilles	5 159	5 707	10,6	4 753	5 227	10,0	195	216	10,7	210	264	25,7
CC Racan	3 120	3 241	3,9	2 601	2 649	1,8	291	285	-2,3	227	307	35,4
CC Touraine Nord Ouest	9 975	10 893	9,2	8 375	9 283	10,9	919	791	-13,9	682	818	20,1
pays Loire Nature	18 253	19 841	8,7	15 729	17 159	9,1	1 405	1 292	-8,1	1 119	1 390	24,2
Indre-et-Loire	285 629	302 048	5,7	255 344	267 127	4,6	13 323	13 404	0,6	16 962	21 517	26,9
Centre-Val de Loire	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-VAL DE LOIRE

ANNUAIRE

2011

Au recensement de la population de l'Insee de 2011, le pays Loire Nature comporte 18 253 logements, dont la moitié sur la communauté de commune Touraine Nord Ouest (9 975).

Les résidences principales représentent 86,5 % des logements avec un maximum à 91,6 % pour la communauté de communes de Gâtine et Choisilles, et un minimum à 81,7 % pour la communauté de communes de Racan. Les résidences secondaires représentent elles 6,5 % des logements et les logements vacants 5,6 %.

Pour l'ensemble du Pays, le nombre de logements vacants a

fortement augmenté représentant 1 390 logements en 2011 contre 1 119 en 2006, soit une augmentation de près de 25 % que l'on retrouve sur l'ensemble des communautés de communes. La part a, quant à elle, aussi augmenté avec une proportion qui est passée de 6,1 % à 7,0 % de 2006 à 2011.

Cependant contrairement à ce que l'on retrouve aux niveaux départemental, régional ou national, on n'observe pas dans le Pays de diminution de la part des résidences principales (qui passent de 86,2 % en 2006 à 86,5 % en 2011) mais bien une diminution de la part des résidences secondaires (qui passe de 7,7 % à 6,5 %).

PARC DE LOGEMENTS LOCATAIRES EN 2011

	Nombre de résidences locataires		Evolution (en %)	Nombre de logements HLM		Evolution (en %)	Part des ménages locataires (en %)	Part des ménages locataires en HLM (en %)
	2006	2011		2006	2011			
CC Gâtine et Choisilles	884	1 018	15,1	203	224	10,2	19,5	4,3
CC Racan	680	620	-8,8	228	234	2,7	23,4	8,8
CC Touraine Nord Ouest	2 215	2 455	10,8	864	937	8,4	26,4	10,1
pays Loire Nature	3 780	4 093	8,3	1 295	1 395	7,7	23,8	8,1
Indre-et-Loire	102 121	106 009	3,8	43 432	44 897	3,4	39,7	16,8
Centre-Val de Loire	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-VAL DE LOIRE

Selon le recensement de la population de l'Insee de 2011, 23,8 % des ménages du pays Loire Nature sont locataires (39,7 % dans le département, 34,5 % dans la région et 39,8 % en France hexagonale), dont 8,1 % en HLM (16,8 % dans le département, 15,0 % dans la région et 14,6 % en France hexagonale)

C'est dans la communauté de communes Touraine Nord Ouest que l'on retrouve le plus de ménages locataires, tout comme le plus de ménages locataires en HLM (avec respectivement 26,4 % et 10,1 %), contrairement à la communauté de commune de Gâtine et Choisilles, chez qui seulement 19,5 % des ménages sont locataires et 4,3 % en HLM.

LES ALLOCATIONS LOGEMENTS AU 31.12.2013

	Nombre d'allocataires	Allocataires d'allocation logement		Taux de couverture des ménages par les allocations logements (en %)
		Effectif	En %	
CC Gâtine et Choissilles	2 212	558	25,2	10,7
CC Racan	1 076	462	42,9	17,4
CC Touraine Nord Ouest	3 840	1 562	40,7	16,8
pays Loire Nature	7 128	2 582	36,2	15,0
Indre-et-Loire	112 979	64 081	56,7	24,0
Centre-Val de Loire	442 509	231 653	52,3	20,6
France hexagonale	11 607 586	6 288 184	54,2	23,0

SOURCES : CNAF ET CCMSA AU 31.12.2013, INSEE (RP 2011)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Fin décembre 2013, 36,2 % des allocataires Cnaf et CCMSA du pays Loire Nature bénéficient d'une allocation logement, soit une proportion inférieure à celles observées dans le département (56,7 %), en région (52,3 %) et en France métropolitaine (54,2 %).

Cependant, il existe des disparités au sein même du Pays. En effet, c'est au niveau de la communauté de communes de Gâtine et Choissilles que le pourcentage d'allocataires bénéficiaires d'allocation logement est le plus faible avec

25,2 %, alors que dans la communauté de communes de Racan, cette proportion passe à 42,9 % (sensiblement identique à celle observée dans la communauté de communes Touraine Nord Ouest : 40,7 %).

Globalement, la part des ménages bénéficiant d'une allocation logement au niveau du Pays (15,0 %) est inférieure à celles rencontrées au niveau des autres échelons ; départemental (24,0 %), régional (20,6 %) et national (23,0 %).

Composition des ménages

STRUCTURE DES MÉNAGES EN 2011

	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 ménage
			Effectifs	En %	Effectifs	En %	Effectifs	En %	Effectifs	En %	
CC Gâtine et Choissilles	5 234	13 712	1 046	20,0	4 117	79,0	291	5,6	71	1,4	2,6
CC Racan	2 652	6 304	757	28,6	1 851	69,8	179	6,7	44	1,7	2,4
CC Touraine Nord Ouest	9 297	22 393	2 568	27,6	6 567	70,6	600	6,5	162	1,7	2,4
pays Loire Nature	17 183	42 409	4 371	25,4	12 535	72,9	1 070	6,2	277	1,6	2,5
Indre-et-Loire	267 219	578 750	96 582	36,1	164 831	61,7	19 530	7,3	5 807	2,2	2,2
Centre-Val de Loire	1 121 992	2 493 280	379 491	33,8	720 233	64,2	85 480	7,6	22 269	2,0	2,2
France hexagonale	27 347 573	61 605 429	9 370 000	34,3	17 254 640	63,1	2 384 875	8,7	722 933	2,6	2,3

SOURCE : INSEE (RP 2011)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

ANALYSE

DES MÉNAGES

Au moment du recensement de population de 2011, le pays Loire Nature comptait 17 183 ménages, correspondant à 42 409 habitants. Les ménages isolés, c'est-à-dire constitués d'une seule personne, représentent 25,4 %. Cette proportion est inférieure à celles observées aux niveaux départemental (36,1 %), régional (33,8 %) ou national (34,3 %). À l'échelle des communautés de communes, ce taux varie de 28,6 % pour la communauté de communes de Racan à 20,0 % pour la communauté de communes de Gâtine et Choisilles.

Les familles sont davantage représentées sur le territoire puisqu'elles représentent 72,9 % des ménages, ce qui, comme on l'attendait au regard des chiffres précédents,

est supérieur à la proportion observée aux niveaux départemental (61,7 %), régional (64,2 %) et national (63,1 %). Concernant les communautés de communes, ce taux varie de 79 % pour la CC de Gâtine et Choisilles à 69,8 % pour la CC de Racan.

Concernant les ménages monoparentaux, ils représentent 6,2 % des ménages à l'échelle du Pays, soit un taux inférieur à ceux observés dans le département (7,3 %), dans la région (7,6 %) et en France métropolitaine (8,7 %). À l'intérieur du Pays, ce taux varie de 5,6 % pour la CC de Gâtine et Choisilles, à 6,7 % pour la CC de Racan.

Structure familiale des allocataires

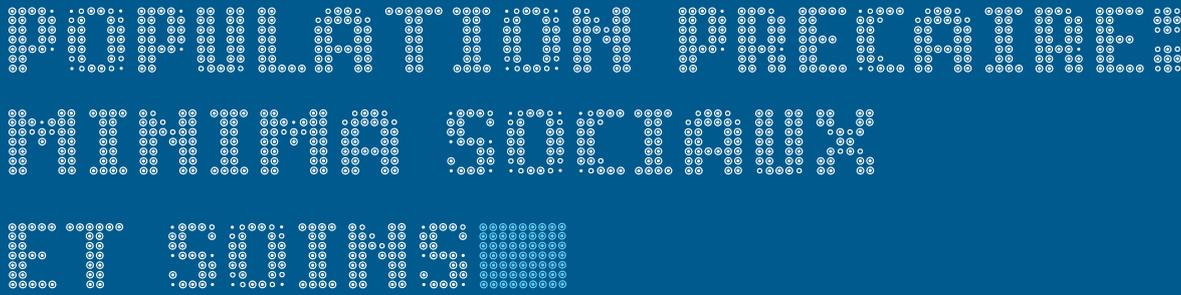
STRUCTURE FAMILIALE DES ALLOCATAIRES AU 31.12.2013

	Nombre d'allocataires	Personnes seules (allocataires isolés)		Familles couples sans enfants		Familles couples avec enfant(s)		Familles monoparentales	
		Effectifs	En %	Effectifs	En %	Effectifs	En %	Effectifs	En %
CC Gâtine et Choisilles	2 212	351	15,9	64	2,9	1 560	70,5	237	10,7
CC Racan	1 076	287	26,7	44	4,1	623	57,9	122	11,3
CC Touraine Nord Ouest	3 840	895	23,3	154	4,0	2 292	59,7	499	13,0
pays Loire Nature	7 128	1 533	21,5	262	3,7	4 475	62,8	858	12,0
Indre-et-Loire	112 979	45 816	40,6	5 802	5,1	45 827	40,6	15 534	13,7
Centre-Val de Loire	442 509	152 091	34,4	22 109	5,0	201 656	45,6	66 653	15,1
France hexagonale	11 607 586	4 269 534	36,8	583 673	5,0	4 961 334	42,7	1 793 045	15,4

SOURCES : CNAF ET CCMSA AU 31.12.2013. INSEE (RP 2011)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Au 31 décembre 2013, le pays Loire Nature compte 7 128 allocataires Cnaf et CCMSA. L'analyse de la structure familiale des allocataires met en évidence que 62,8 % des allocataires sont des familles avec enfant(s), soit une proportion largement supérieure à celles observées dans le département (40,6 %), dans la région (45,6 %) ou au niveau national (42,7 %). À l'échelle des communautés de communes, ce chiffre varie de 57,9 % pour la CC de Racan, à 70,5 % pour la CC de Gâtine et Choisilles.

Sur le territoire d'étude, les familles sans enfants représentent 3,7 % des allocataires et les familles monoparentales 12,0 %. Ce taux est légèrement inférieur à ceux observés à l'échelon départemental, et supra départemental. Le taux d'allocataire isolé (21,5 %) est quant à lui bien inférieur à ceux observés aux niveaux départemental, régional et national.



Minima sociaux

Au 31 décembre 2013, 2,9 % des ménages du pays Loire Nature bénéficiaient de l'allocation adulte handicapé (AAH), soit une proportion inférieure à celles du département (3,5 %), de la région (3,4 %) et de la France (3,6 %).

À l'échelle des communautés de communes, ce taux varie de 2,2 % pour la CC Gâtine et Choisilles à 3,3 % pour la CC Touraine Nord Ouest. Quelle que soit la CC, ces chiffres sont inférieurs ou comparables à ceux observés aux niveaux départemental, régional ou national. Toutefois, pour nuancer ce taux, il est à noter la présence, sur le territoire, d'établissements pour personnes en situation de handicap (IME à Langeais et à Semblançay, ITEP, foyer d'hébergement, centre de rééducation professionnelle et de préorientation...)

Le revenu de solidarité active, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2009 concerne, fin décembre 2013, 4,2 % des ménages au niveau du pays Loire Nature, soit une proportion inférieure à celles retrouvées en Indre-et-Loire (6,3 %), en région Centre-Val de Loire (6,5 %) et en France (7,7 %).

Au niveau des communautés de communes, ce taux varie de 2,7 % pour la CC de Gâtine et Choisilles à 5,0 % pour la CC Touraine Nord Ouest, tout en restant inférieur aux pourcentages départementaux, régionaux et nationaux

Le RSA socle est un revenu minimal accordé aux personnes sans ressources. Il correspond aux anciens RMI et API. Fin 2013, 393 bénéficiaires sont présents sur le territoire.

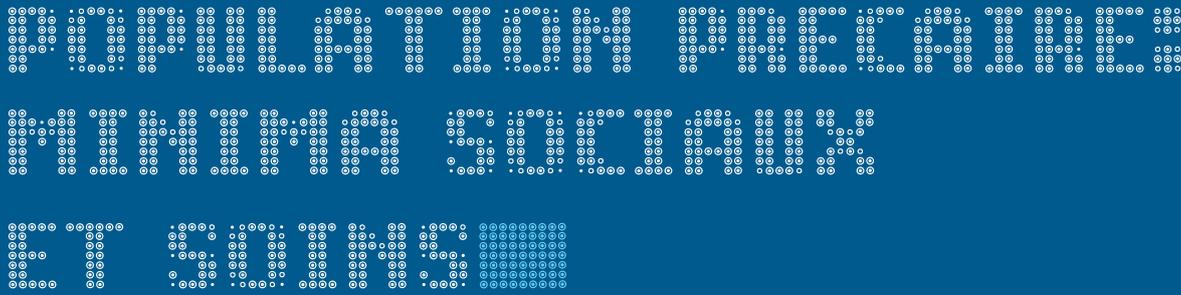
S'agissant des allocataires ayant de faibles revenus, c'est-à-dire dont 50 % des ressources sont composés par les prestations Cnaf ou CCMSA, ils sont au nombre de 979 sur le pays Loire Nature, soit 13,7 % de l'ensemble des allocataires, proportion bien inférieure à celles retrouvées aux niveaux départemental (20,0 %), régional (20,9 %) et national (22,7 %).

546 allocataires ont des ressources constituées à 100 % des prestations Cnaf ou CCMSA, soit 7,7 % de l'ensemble des allocataires, là aussi ces chiffres sont inférieurs aux pourcentages départementaux, régionaux et nationaux.

ALLOCATAIRES DE MINIMA SOCIAUX AU 31.12.2013

	Allocataires AAH		Allocataires RSA		Allocataires RSA socle		Nombre d'allocataires dont les ressources sont constituées à 50 % ou plus de prestations Cnaf ou CCMSA		Nombres d'allocataires dont les ressources sont constituées à 100 % de prestations Cnaf ou CCMSA	
	Effectifs	% des ménages	Effectifs	% des ménages	Effectifs	% des ménages	Effectifs	% des ménages	Effectifs	% des ménages
CC Gâtine et Choisilles	114	2,2	139	2,7	74	1,4	215	9,7	127	5,7
CC Racan	80	3,0	125	4,7	65	2,5	167	15,5	80	7,4
CC Touraine Nord Ouest	303	3,3	461	5,0	254	2,7	597	15,5	339	8,8
pays Loire Nature	497	2,9	725	4,2	393	2,3	979	13,7	546	7,7
Indre-et-Loire	9 312	3,5	16 711	6,3	10 243	3,8	22 541	20,0	12 991	11,5
Centre-Val de Loire	37 858	3,4	73 158	6,5	45 219	4,0	92 644	20,9	53 661	12,1
France hexagonale	987 481	3,6	2 100 357	7,7	1 365 934	5,0	2 632 036	22,7	1 578 705	13,6

SOURCES : CNAF ET CCMSA AU 31.12.2013. INSEE (RP 2011)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)

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

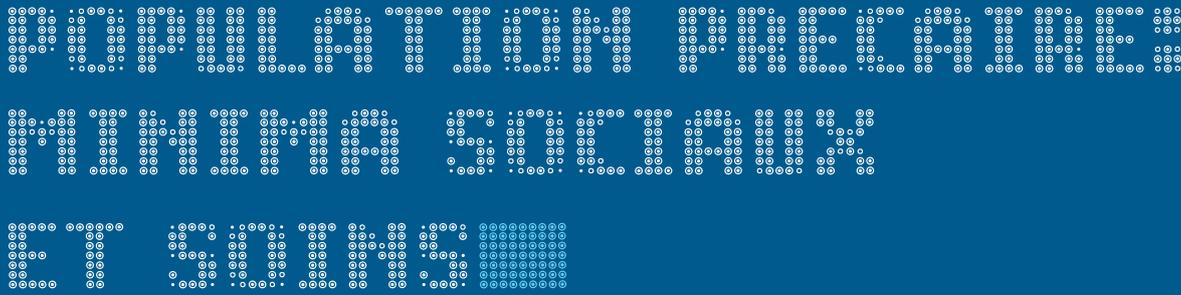
Fin décembre 2013, 948 bénéficiaires (assurés et ayants droit) de la CMU-C sont recensés à l'échelle du pays Loire Nature, ce qui représente 2,9 % de l'ensemble des allocataires de l'assurance maladie (6,6 % dans l'Indre-et-Loire et 7,4 % dans la région).

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

	Nombre d'allocataires CNAM	Population couverte	Nombre d'allocataires CMU-C	Nombre de personnes couvertes par la CMU-C	Part des bénéficiaires de la CMU-C parmi les bénéficiaires de la CNAM	Moins de 20 ans parmi la population bénéficiaire de la CMU-C
pays Loire Nature	22 433	32 150	490	948	2,9	43,4
Indre-et-Loire	324 547	443 748	15 816	29 462	6,6	42,7
Centre-Val de Loire	1 400 525	1 920 682	74 069	141 222	7,4	44,1

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

SOURCES : CNAMTS, DÉNOMBREMENT DES BÉNÉFICIAIRES DU RÉGIME GÉNÉRAL HORS SLM
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



Chômage

Les chômeurs, au sens du recensement de la population, sont d'une part 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 8,3 %, inférieur à ceux du département (11,2 %), de la région (11,5 %) et de la France (12,2 %).

TAUX DE CHÔMAGE DES 15-64 ANS EN 2011

	taux de chômage des 15-64 ans
CC Gâtine et Choisilles	6,3
CC Racan	8,4
CC Touraine Nord Ouest	9,6
pays Loire Nature	8,3
Indre-et-Loire	11,2
Centre-Val de Loire	11,5
France hexagonale	12,2

SOURCE : INSEE (RP 2011)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

STRUCTURE DES DEMANDEURS D'EMPLOI EN FIN DE MOIS AU 31.12.2014

	Nombre de DEFM (ABC)	Nombre de DEFM (ABC) de longue durée	Nombre de DEFM jeunes (-25 ans) ABC		Nombre de DEFM femmes ABC		Nombre de DEFM séniors (50 ans et+) ABC		% DEFM longue durée
			Effectifs	en % DEFM ABC	Effectifs	en % DEFM ABC	Effectifs	en % DEFM ABC	
CC Gâtine et Choisilles	849	347	159	18,7	459	54,1	214	25,2	40,9
CC Racan	482	242	72	14,9	254	52,7	122	25,3	50,2
CC Touraine Nord Ouest	1 715	723	277	16,2	895	52,2	376	21,9	42,2
pays Loire Nature	3 046	1 312	508	16,7	1 608	52,8	712	23,4	43,1
Indre-et-Loire	48 178	19 512	8 524	17,7	24 671	51,2	10 242	21,3	40,5
Centre-Val de Loire	205 967	89 823	36 108	17,5	104 184	50,6	45 950	22,3	43,6
France hexagonale	5 291 800	2 266 400	828 600	15,7	2 629 200	49,7	1 172 100	22,1	42,8

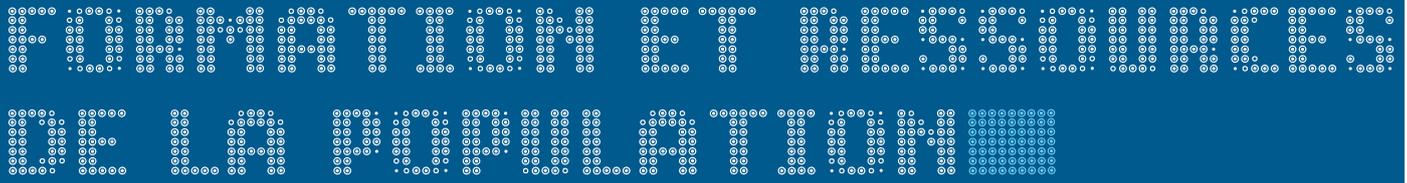
SOURCES : STMT, PÔLE EMPLOI CENTRE-VAL DE LOIRE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Fin décembre 2014, 3 046 demandeurs d'emploi en fin de mois de catégorie ABC ont été recensés sur le pays Loire Nature. Parmi ces derniers, 1 312 sont des demandeurs d'emploi en fin de mois de longue durée (1 an ou plus), ce qui correspond à 43,1 % des DEFM ABC du territoire (contre 40,5 % dans l'Indre-et-Loire, et 43,6 % en région Centre-Val de Loire).

Les jeunes de moins de 25 ans représentent, quand à eux, 16,7 % de l'ensemble des DEFM ABC du Pays, soit 508 jeunes (17,7 % au niveau du département et 17,5 % au niveau de la région).

Les femmes représentent 52,8 % des DEFM ABC du territoire, soit une proportion comparable à celle observée dans le département (51,2 %) et significativement supérieure à celle de la région (50,6 %).

Enfin les personnes de plus de 50 ans représentent, fin 2014, 23,4 % de l'ensemble des demandeurs d'emploi sur le territoire, soit un taux comparable à celui de la région (22,3 %) et significativement supérieur à celui observé au niveau départemental (21,3 %).



Les niveaux de formation

TAUX DE SCOLARISATION DES 16-24 ANS EN 2011

	Taux de scolarisation des 16-24 ans (en %)	Taux de scolarisation des 18-24 ans (en %)	Taux de scolarisation des 16-17 ans (en %)
CC Gâtine et Choisilles	62,5	48,4	96,2
CC Racan	57,2	40,1	96,8
CC Touraine Nord Ouest	52,1	35,4	94,1
pays Loire Nature	56,3	40,3	95,2
Indre-et-Loire	65,0	57,4	95,3
Centre-Val de Loire	57,5	46,2	94,5
France hexagonale	61,2	51,9	94,8

SOURCE : INSEE (RP 2011)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Selon le recensement de population de l'Insee de 2011, le taux de scolarisation des 16-24 ans dans le pays Loire Nature atteint 56,3 %, soit un taux inférieur aux niveaux départemental (65,0 %) et national (61,2 %), et globalement comparable au taux régional (57,5 %).

À l'échelle des communautés de communes, ce taux varie de 52,1 % pour la CC Touraine Nord Ouest, à 62,5 % pour la CC Gâtine et Choisilles.

Cependant le taux de scolarisation des 16-17 ans est de 95,2 % sur le territoire d'étude, taux globalement similaire à ceux observés sur le département (95,3 %), en région (94,5 %) et en France métropolitaine (94,8 %).

Ainsi les différences sont essentiellement observées au niveau de la tranche d'âge des 18-24 ans. Les jeunes en âge de mener des études supérieures sont souvent contraints de quitter le territoire pour poursuivre leur formation.

Au niveau du Pays, le taux de scolarisation est de 40,3 %, avec des disparités allant de 35,4 % pour la CC Touraine Nord Ouest à 48,4 % pour la CC Gâtine et Choisilles, contre 57,4 % pour le département, 46,2 % pour la région et 51,9 % pour le niveau national.



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		Effectifs		% de la population de 15 ans et plus	
		2006	2011	2006	2011	2006	2011	2006	2011
CC Gâtine et Choissilles	9 690	2 911	4 489	32,1	27,6	1 921	2 389	21,2	24,7
CC Racan	4 699	2 040	6 773	43,0	37,0	742	907	15,6	19,3
CC Touraine Nord Ouest	16 612	6 734	2 612	44,0	37,7	2 021	2 772	13,2	16,7
pays Loire Nature	31 000	11 685	24 112	40,2	34,4	4 684	6 069	16,1	19,6
Indre-et-Loire	430 596	157 061	142 170	37,6	33,0	89 297	105 714	21,4	24,6
Centre-Val de Loire	1 896 881	766 446	690 574	41,2	36,4	336 291	396 216	18,1	20,9
France hexagonale	45 859 719	17 095 774	15 559 706	38,5	33,9	9 930 871	11 819 859	22,4	25,8

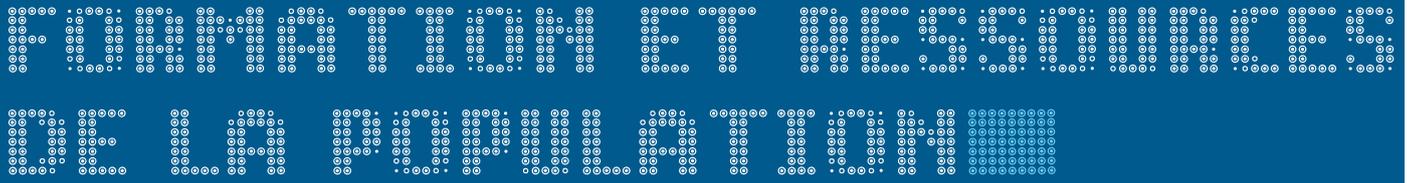
SOURCE : INSEE (RP 2006, 2011)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Selon le recensement de l'Insee de 2011, 10 677 personnes de 15 ans et plus sans qualification ou avec de faibles niveaux de formation sont recensées sur le pays Loire Nature. En 2006, cette population non formée correspondait à 40,2 % de la population des 15 ans et plus de faible qualification, alors qu'en 2011, ce pourcentage a chuté pour atteindre 34,4 % de la population (soit une diminution de 14,6 % de ce taux en 6 ans). Quant au pourcentage de titulaires d'un bac + 2 et plus, il est passé de 16,1 % en 2006 à 19,6 % en 2011 (soit une augmentation de 21,7 % en 6 ans).

Ces deux tendances – baisse du pourcentage 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 perçus dans le département d'Indre-et-Loire, mais également dans la région et au niveau national.

En 2011, la part des 15 ans et plus sans qualification ou ayant de faibles niveaux de formation est de 34,4 % sur le Pays, soit un taux globalement supérieur à celui observé au niveau départemental (33,0 %), inférieur à celui observé au niveau régional (36,4 %) et globalement similaire à celui observé au niveau national (33,9 %).

Quant aux personnes titulaires d'un bac + 2, leur taux est de 19,6 % dans le Pays, inférieur à celui observé aux niveaux départemental (24,6), régional (20,9 %) et national (25,8 %).



Les revenus fiscaux par unités de consommation

Selon la Direction générale des impôts en 2011, 59,0 % des ménages fiscaux du territoire sont imposés, soit une proportion moindre à celles du département (61,2 %), de la région (61,3 %) et de la France hexagonale (61,0 %). Au sein du territoire, ces proportions varient de 52,3 % dans la CC de Racan à 68,8 % dans la CC de Gâtine et Choisilles.

Les revenus par unité de consommation au premier décile (9 374 euros) observés dans le Pays sont supérieurs à ceux observés dans le département, la région et en France. Tandis que les revenus de consommation à la médiane

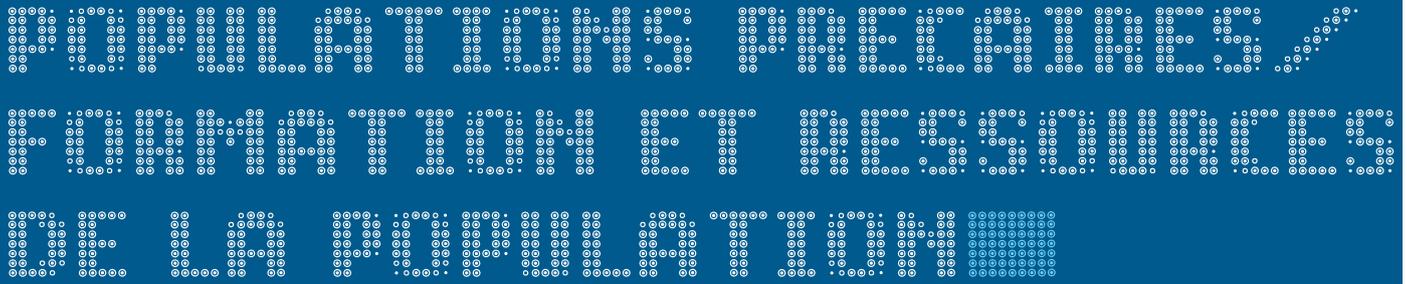
(18 858 euros) et au dernier décile (32 771 euros), sont inférieurs à ceux rencontrés dans le département, la région et en France.

On note néanmoins que la CC de Gâtine et Choisilles se détache des deux autres, avec un revenu au premier décile (11 569 euros) et un revenu médian (21 099 euros) supérieurs aux moyennes départementales et supra départementales, et avec un revenu au dernier décile (36 335 euros) sensiblement équivalent.

REVENUS FISCAUX PAR UC EN 2011

	Nombre de foyers fiscaux	Part de foyers fiscaux imposés (en %)	Revenus par unité de consommation au 1 ^{er} décile (en €)	Revenus par unité de consommation médiane (en €)	Revenus par unité de consommation au dernier décile (en €)
CC Gâtine et Choisilles	5 313	68,8	11 569	21 099	36 335
CC Racan	2 720	52,3	8 598	17 713	31 903
CC Touraine Nord Ouest	9 340	54,8	8 568	17 936	30 413
pays Loire Nature	17 373	59,0	9 374	18 858	32 771
Indre-et-Loire	256 815	61,2	8 151	19 410	36 570
Centre-Val de Loire	1 102 741	61,3	7 776	19 211	35 672
France hexagonale	26 701 110	61,0	6 924	19 218	38 960

SOURCES : DGI
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



Ressources disponibles sur le territoire

La mission locale de Touraine, située à Tours, développe un service de proximité sur l'ensemble du bassin de Tours (86 communes), grâce à son réseau de structures associées, notamment les Relais Emploi Solidarité qui permettent d'accueillir les jeunes des cantons de Château-la-Vallière, Neuillé-Pont-Pierre et Neuvy-le-Roi ; et le point d'accueil Alfo Clips à Langeais.

La mission locale de Touraine a plusieurs missions :

- Repérer, accueillir, informer et orienter les jeunes de 16 à 25 ans :

Pour permettre l'autonomie des jeunes et les rendre acteurs et responsables de leur insertion, les missions locales favorisent l'égalité d'accès aux droits et services existants sur le territoire. Elles accompagnent les jeunes dans l'élaboration de leur projet en traitant chaque situation individuelle dans sa globalité. Elles offrent ainsi aux jeunes les conseils et les soutiens nécessaires à leur orientation et développent des actions en direction de ceux qui ne fréquentent pas la structure.

- Accompagner les parcours d'insertion :
Les missions locales assurent le droit à l'accompagnement de tous les jeunes tout au long de leur parcours jusqu'à l'emploi durable et leur autonomie sociale avec des accompagnements renforcés pour les publics ayant le moins d'opportunités. Elles construisent, avec leurs partenaires, les étapes de parcours d'insertion nécessaires à la réussite des projets des jeunes.

- Agir pour l'accès à l'emploi :
Afin de réaliser cette ingénierie des parcours, les missions locales proposent une offre de service en direction des employeurs locaux et des acteurs du monde économique du bassin d'emploi. Elles travaillent avec les employeurs et leurs groupements en concertation avec les autres membres du service public de l'emploi et les autres organismes locaux chargés de favoriser l'accès à l'emploi. Leurs actions s'inscrivent dans les préconisations des schémas régionaux de développement économique (SRDE) et du contrat de plan régional de développement de la formation professionnelle (CPRDFP).

- Observer le territoire et apporter une expertise :
Afin de confronter leur connaissance des besoins des jeunes à la réalité socioéconomique du territoire et à l'offre d'insertion existante, les missions locales s'appuient sur les moyens de veille et d'information pertinents : notamment, ceux du service public de l'emploi, des observatoires régionaux de l'emploi et de la formation, des maisons de l'emploi et des services économiques locaux. Elles proposent des réponses adaptées pour développer l'offre d'insertion et nourrissent la réflexion du service public de l'emploi sur les évolutions souhaitables et l'adaptation des dispositifs.

- Développer une ingénierie de projet et animer le partenariat local :
Les missions locales ont aussi pour vocation d'expérimenter et d'innover dans le champ de la jeunesse pour construire des réponses adaptées. Les missions locales créent, développent et animent des réseaux de partenaires, y compris spécialisés. Elles travaillent à la cohérence des interventions des acteurs de l'insertion dans tous les domaines : orientation, formation, emploi, logement et santé.

Depuis fin 2012, les emplois d'avenir lui sont confiés pour favoriser l'autonomie sociale et d'emploi des jeunes et la mission locale met en œuvre le dispositif Garantie jeunes depuis plus d'un an.

La mission locale propose aux jeunes fragilisés une gamme de services à la carte qui va de la simple information à un accompagnement complet que se soit l'aide à la recherche d'un logement ou encore des actions pour restaurer l'estime de soi et redonner confiance.

Le parrainage pour l'emploi est aussi une action mobilisée par la mission locale de Touraine qui, par des rencontres régulières individuelles ou collectives, favorise les relations entre professionnels en activité ou professionnels retraités et les jeunes afin de les guider et développer leurs réseaux.



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

Les habitants du pays Loire Nature rencontrés déclarent globalement y avoir une bonne qualité de vie et profiter de certains avantages comme un environnement de qualité, le sentiment de calme et de sécurité. Même s'il s'agit d'un territoire rural, faiblement peuplé, certaines personnes aimeraient tout de même pouvoir profiter de plus d'activités de loisirs.

Habitant : « Niveau environnement, c'est assez tranquille, les gens sont assez conviviaux (...) Je suis assez content d'être ici. Pour moi, c'est une expérience, loin des grandes villes et tout ce qui va avec, surtout les événements qui se passent. Tous ces mouvements sociaux, il y a une quiétude assez relative ici. »

Habitant : « C'est un peu mort je trouve. Y a pas de soirées, y a pas de... Ou alors c'est des trucs très intellos alors après c'est pas mon truc. Non mais y a besoin de... Moi justement, il faudrait qu'y ait des soirées par exemple où y ait un repas, on danse... »

Habitant : « On s'ennuie un peu on va dire. »

C'est notamment le cas des populations plus jeunes installées sur le territoire depuis quelques années. En effet, de nouveaux habitants, souvent issus de Tours ou de son agglomération proche, s'y installent du fait des prix plus abordables du logement. Ils leur permettent de continuer à se loger lorsque leur situation socioprofessionnelle ne permet plus de faire face au coût de l'immobilier sur Tours, ou d'accéder à de plus grandes surfaces d'habitation en conservant leur vie professionnelle sur l'agglomération. De ce fait, le pays Loire Nature est marqué par un rajeunissement de sa population.

Professionnel : « La majorité du travail est sur Tours, mais Tours devenant assez cher au niveau de l'habitation tout ça, les gens s'excentrent un petit peu et du coup la population rajeunit un petit peu mais c'est pas forcément des gens qui ont un emploi. »

Une grande partie de ces nouveaux habitants s'installent sur les communes du secteur sud du pays Loire Nature, qui bénéficient de la présence d'une ligne SNCF, et qui peuvent également se rendre plus rapidement sur l'agglomération tourangelle en voiture.

Élu : « À Cinq-Mars-la-Pile, (...) on a aussi le train qui est à côté donc on a beaucoup de familles qui travaillent sur Tours, de jeunes parents, de moins jeunes, enfin tranche d'âge entre 35, voilà 30-35 ans. Du coup, au niveau des jeunes voilà, y a plus de commodités aussi ça c'est sûr. »

Élu : « La majorité des arrivées sont des familles, des primo-accédants pour une majorité, donc des familles avec de jeunes

enfants. Donc on rouvre une classe de maternelle cette année. »

Élu : « Y a une population plus jeune avec plus d'enfants sur les communes plus proches de Tours avec des mouvements pendulaires quotidiens domicile-travail même limite des communes dotoirs je dirai presque sur les communes les plus proches franges de l'agglomération. (...) Le seul pôle vraiment du territoire et qui est favorisé aussi par des moyens de communication vers Tours et des lignes SNCF c'est la vallée de la Loire avec le pôle de Langeais, Cinq-Mars. »

Habitant : « Ah oui, là-haut, y a eu des maisons neuves partout. Moi je connais plus le pays ! Pis les gens on les connaît plus. Ils doivent travailler sur Tours. Parce que quand vous voyez le matin à la gare, parce que l'avantage d'avoir une gare, c'est que le matin à la gare, je sais pas, il doit y avoir plus de 200 voitures. Des gens qui viennent du Plateau, qui viennent de Mazière, de Cléré-les-Pins peut-être même et qui préfèrent prendre le train plutôt que d'aller à Tours en voiture hein ! »

Les situations économiques et sociales sont très contrastées selon les secteurs géographiques du territoire. Les professionnels, élus et habitants rencontrés distinguent nettement le secteur sud du pays Loire Nature, proche de la Loire, avec notamment les communes de Langeais, et Cinq-Mars-la-Pile qui leur apparaissent favorisées économiquement et socialement. Les habitants y bénéficient d'une très bonne qualité de vie, de commerces et services de proximité. Le train donne un accès direct au bassin d'emploi de Tours, mais aussi à l'ensemble important de services et professionnels qui y sont situés. Les professionnels observent cependant des situations sociales moins favorables sur les autres communes rurales de l'axe ligérien.

Habitant : « Des villes comme Langeais, elles sont un peu plus dynamiques, y a une vie culturelle riche, y a le train, y a le transport. »

Habitant : « Moi je trouve que Langeais, on sent que enfin il fait bon y vivre quand on y va comme ça, (...) y a un château (...) on sent une ville accueillante. »

Habitant : « Bah j'habite à côté, c'est pas mal. À Langeais, y a plein d'activités, c'est sympa. »

Professionnel : « Saint-Michel-sur-Loire, les Essards... Bon l'école a fermé c'est très bien parce que c'était vraiment une petite école toute petite ridicule mais... C'est quand même... Y a quand même une grande misère sociale. »

Quant aux populations des autres secteurs du territoire, notamment au nord et nord-ouest, ils sont décrits par les professionnels et les élus comme beaucoup plus défavori-



sées économiquement. Les populations n'y trouvent que très peu d'emplois et de services. Le secteur agricole emploie de moins en moins et la situation professionnelle des anciens travailleurs de ces secteurs s'en trouve dégradée.

Professionnel : « On n'a pas du tout les mêmes profils du nord de la communauté de communes du nord-ouest qu'au sud. Sur l'ancien canton de Château-la-Vallière, y a plutôt oui, si on parle en termes de CSP, ça vous avez dû le voir, c'est plutôt bas, moyen-bas, Langeais c'est, enfin le canton de Langeais c'est plutôt plus. On le remarque beaucoup dans les accueils de loisirs en fait parce que par exemple le prix à la journée est basé sur le salaire des parents donc on voit bien qu'on n'a pas du tout le même. »

Élu : « On rejoint à partir de cette couronne qui passe pratiquement par Neuillé, sur un milieu beaucoup plus rural. (...) Eux ne peuvent pas accéder non plus au travail, il n'y a rien à faire sur la région. »

Élu : « Il n'y a plus d'entreprises en local. Les entreprises en local ont beaucoup fermé, ce qui explique aussi les minimas sociaux. »

Habitant : [Château-la-Vallière] « Y avait du boulot à proximité. Maintenant, y a plus rien. Avant y avait les pommes, les vendanges, le maïs, le millet, toutes les saisons. Maintenant c'est des saloperies de machines ! Ah oui y avait plein de trucs saisonniers. Maintenant c'est plus que des machines. Moi j'ai fait les pommes pendant 11 ans de suite. Bah ils gardent que les plus vieux, c'est le moment de le dire. Ou quelques jeunes. »

De plus, ces parties du pays Loire Nature sont composées de petites communes très rurales, qui n'ont quasiment pas d'infrastructures et souffrent du manque de transport en commun. À l'exception des enfants qui bénéficient du transport scolaire, les personnes sans moyen de véhicule personnel se retrouvent souvent en difficulté pour accéder à tous les commerces et services, aux loisirs, à l'emploi, qui se concentrent de plus en plus dans les communes importantes, amenuisant les ressources de proximité qui pouvaient exister par le passé en milieu rural. Pour les populations précaires et les personnes âgées sur ces secteurs, la mobilité apparaît comme une problématique majeure.

Professionnel : « On n'y vit pas forcément bien parce que les personnes, enfin surtout les jeunes, ont des problèmes de travail, de circulation, de déplacement... Alors ils viennent ici parce que les logements ne sont pas trop chers donc ils migrent là mais après, ils sont un petit peu démunis face aux problèmes de transport, au taux de chômage, au manque de travail surtout pour beaucoup de jeunes femmes qui ne conduisent pas, qui n'ont pas de voiture. »

La situation est malgré tout contrastée au sein même de ces territoires. Certains habitants installés depuis longtemps ont vu leur situation économique se dégrader mais ils peuvent parfois encore s'appuyer sur les liens sociaux de voisinage. En revanche, ils ne bénéficient pas toujours des aides auxquelles ils pourraient prétendre, car celles-ci peuvent être stigmatisantes dans un milieu rural.

Élu : « Je me rappelle d'avoir travaillé au collège de Neuvy (...) On avait un taux de boursier qui était très inférieur à ce qu'on pouvait attendre. Et en fait, le principal du collège m'expliquait que les parents ne faisaient pas la démarche parce que pour eux, être boursier, c'était être pauvre et que ça, c'était pas possible. »

Quant aux nouveaux habitants qui se sont installés sur ces parties du territoire pour les prix du foncier, certains ont une situation acceptable tandis que d'autres sont dans une situation de plus grande précarité. La qualité de vie sur ces territoires dépend donc beaucoup des ressources de leurs habitants, et les professionnels rencontrés ont affaire à des publics aux situations diverses.

Professionnel : « Je couvre tout le quart nord-ouest donc c'est vrai que j'ai des populations complètement différentes. (...) Mes deux populations c'est les mobiles et les non mobiles surtout. C'est-à-dire que je vais avoir à Château-la-Vallière des jeunes couples alors qui sont actifs et qui ont des, alors peut-être pas des salaires non plus énormes, mais au moins ils ont une voiture, une mobilité et à côté de ça, on a des jeunes bah qui sont pas actifs et qui n'ont pas de mobilité sur Château-la-Vallière »

Mortalité générale

La région Centre-Val de Loire 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 infra-départementales sont observées.

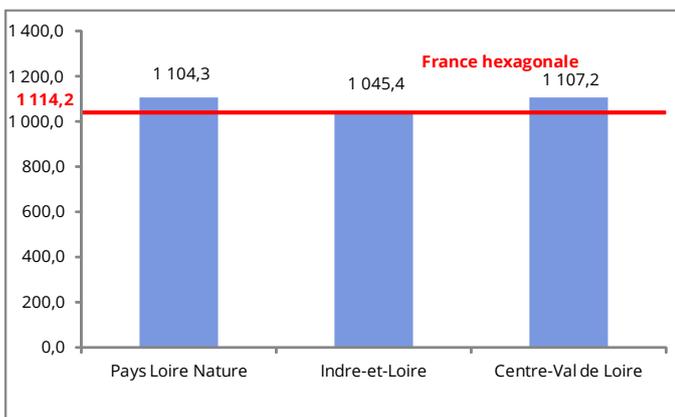
Au cours de la période 2003-2011, 24 229 décès ont été recensés en moyenne chaque année en région Centre-Val de Loire, soit un taux comparatif de mortalité de 831,3 décès pour 100 000 habitants (832,7 au niveau national). Dans le département de l'Indre-et-Loire, le taux comparatif de mortalité est de 767,1 décès pour 100 000 habitants, pour les deux sexes confondus. Dans le Pays, 3 135 décès ont été recensés entre 2003 et 2011, ce qui représente 348 décès par an. Les hommes représentent 53,4 % des décès. Le taux comparatif de mortalité, pour les deux sexes, est de 823,9 décès pour 100 000 habitants, soit un taux significativement supérieur à celui du département mais inférieur aux taux régional et hexagonal. Pour les hommes,

le taux comparatif de mortalité est de 1 104 décès pour 100 000 habitants, un taux supérieur comparé au taux départemental (1 045,4 décès pour 100 000 habitants) mais relativement similaire aux taux régional (1 107,2) et national (1 114,2). Pour les femmes, le taux est de 608,9 décès pour 100 000 habitants, soit un taux significativement supérieur au taux départemental.

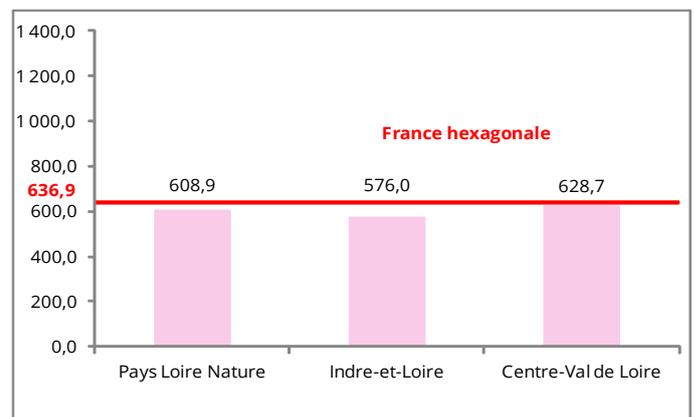
Toutefois, il existe des différences entre les communautés de communes composant le territoire. S'agissant du taux comparatif de mortalité pour les deux sexes confondus, les taux les plus élevés sont observés pour la CC Touraine Nord Ouest (857,4 décès pour 100 000 habitants), toujours significativement supérieur au département mais non significativement supérieur à la région et à la France hexagonale. Seule la CC de Gâtine et Choisses n'est pas significativement supérieure au département de l'Indre-et-Loire. Ces résultats sont similaires quand on fait une analyse par sexe au niveau des communautés de communes.

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ GÉNÉRALE (2003-2011)

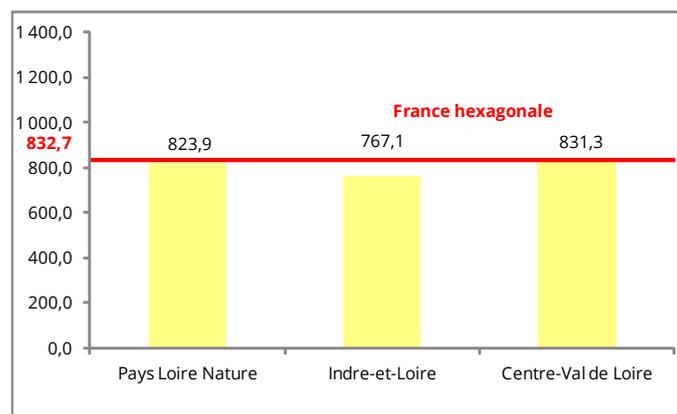
Hommes



Femmes



Deux sexes



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



Méthodologie

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

santé présentée dans ce diagnostic a été 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 actuellement dans la région (33,2 %), le département (33,4 %) et dans le pays Loire Nature (33,2 %) sont dus à un cancer. Cette proportion se retrouve au niveau national avec 32,8 %. Les cancers les plus fréquents sont les cancers respiratoires (trachée, bronches, poumon) avec 7,4 % des décès totaux, devant les cancers de la prostate et les cancers colorectaux.

Les principales autres causes de décès chez l'homme et sur le territoire sont dues aux maladies de l'appareil circulatoire (26,0 %) et aux causes extérieures de traumatisme et empoisonnement (suicides et accidents de la route) (9,7 %). Ces taux sont supérieurs à ceux observés au niveau départemental (24,4 % et 8,9 %) et au niveau régional (25,4 % et 8,5 %)

Chez les femmes, la principale cause de décès correspond aux pathologies de l'appareil circulatoire. Ces pathologies sont responsables de 32,5 % des décès dans le Pays contre 29,2 % dans le département et 30,3 % dans la région. Suivent ensuite les cancers (sein, colo-rectal et respiratoires) représentant 24,2 % des décès, et les autres causes de traumatismes et empoisonnement (5,9 % des décès sur le Pays).

GRANDES CAUSES DE DÉCÈS 2003-2011

Hommes	Pays Loire Nature		Indre-et-Loire	Région Centre-Val de Loire
	Nombre annuels de décès	Part dans l'ensemble des décès	Part dans l'ensemble des décès	Part dans l'ensemble des décès
Cancers	62	33,2 %	33,4 %	33,2 %
<i>Trachée, bronches, poumons</i>	14	7,4 %	7,8 %	7,5 %
<i>Prostate</i>	6	3,4 %	4,2 %	4,0 %
<i>Colon-rectum</i>	6	3,2 %	3,4 %	3,5 %
Maladies de l'appareil circulatoire	48	26,0 %	24,4 %	25,4 %
<i>Cardiopathies ischémiques</i>	14	7,6 %	7,4 %	8,1 %
<i>Maladies cérébrovasculaires</i>	9	5,0 %	5,0 %	5,2 %
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	18	9,7 %	8,9 %	8,5 %
<i>Suicides</i>	nd	1,9 %	3,1 %	3,2 %
<i>Accidents de la circulation</i>	nd	0,2 %	1,4 %	1,4 %
Consommation excessive d'alcool	12	6,6 %	5,8 %	5,9 %
Maladies de l'appareil respiratoire	11	5,9 %	6,7 %	5,8 %
Autres causes	35	18,7 %	20,8 %	21,2 %
Toutes Causes	186	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Femmes	Pays Loire Nature		Indre-et-Loire	Région Centre-Val de Loire
	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	53	32,5 %	29,2 %	30,3 %
<i>Maladies cérébrovasculaires</i>	12	7,2 %	7,3 %	7,4 %
<i>Cardiopathies ischémiques</i>	9	5,3 %	5,8 %	6,7 %
Cancers	39	24,2 %	24,1 %	23,3 %
<i>Sein</i>	8	5,0 %	4,6 %	4,4 %
<i>Colon-Rectum</i>	6	3,4 %	3,1 %	3,1 %
<i>Trachée, Bronches, Poumon</i>	nd	2,2 %	2,5 %	2,3 %
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	10	5,9 %	6,3 %	5,8 %
<i>Suicides</i>	6	3,9 %	1,2 %	1,1 %
<i>Accidents de la circulation</i>	nd	1,2 %	0,5 %	0,5 %
Maladies de l'appareil respiratoire	9	5,7 %	6,4 %	5,6 %
Consommation excessive d'alcool	nd	1,7 %	1,6 %	1,7 %
Autres causes	49	30,0 %	32,4 %	33,3 %
Toutes causes	162	100,0 %	100,0 %	100,0 %

SOURCES : INSERM CÉPIDC, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
ND : NON DISPONIBLES EN RAISON D'EFFECTIFS INFÉRIEURS À 5



Mortalité prématurée

L'allongement de la durée de vie et le vieillissement de la population conduisent à une augmentation sensible de l'âge moyen des 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, donnant aussi une image de la mortalité évitable.

Au 1^{er} 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-Loire et le Centre-Val de Loire, les espérances de vie à la naissance étaient respectivement de 79,4 ans et 78,5 ans pour les hommes contre 85,8 ans et 84,9 ans pour les femmes).

Ainsi les décès se produisant avant 65 ans peuvent être considérés comme prématurés. Si la mortalité prématurée est en constante diminution en France, elle demeure pourtant, comme l'une des plus élevée comparativement à ses voisins européens. Ainsi le paradoxe français est de présenter parmi les pays de l'Union Européenne, pour les hommes comme pour les femmes, la meilleure espérance de vie à 65 ans et une mortalité prématurée défavorable.

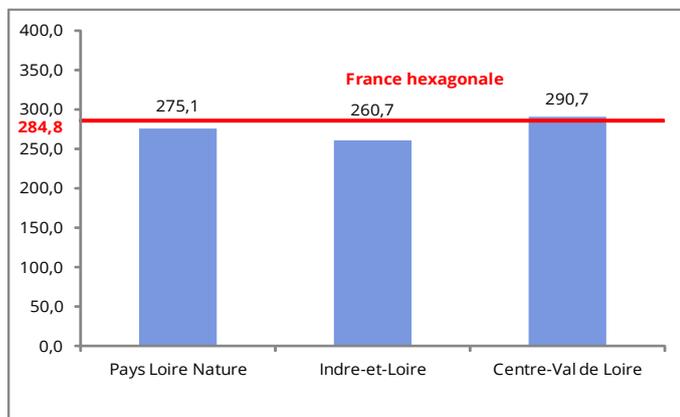
Jusqu'au début des années 2000, la situation en région Centre-Val de Loire semblait globalement moins défavorable en moyenne qu'en France hexagonale avec des taux comparatifs de mortalité prématurée inférieurs à ceux observés nationalement. Toutefois la tendance semble s'inverser depuis, avec des taux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

À structure d'âge comparable, entre 2003 et 2011, 195,0 décès prématurés pour 100 000 personnes ont été recensés sur le pays Loire Nature (pour les deux sexes confondus). Ce taux est globalement similaire à celui du département (188,5), à celui observé en région (209,5) et celui observé au niveau national (205,0). En observant les taux comparatifs de mortalité, on note chez les hommes un taux, pour le Pays, de 175,1 globalement similaire à ceux observés au niveau départemental (260,7) et aux niveaux régional (290,7) et national (284,8). Pour les femmes, on observe sur le Pays un taux de 111,6, comparable à ceux observés aux niveaux départemental (119,9) et national (128,2) et significativement plus faible à celui observé au niveau régional (130,2).

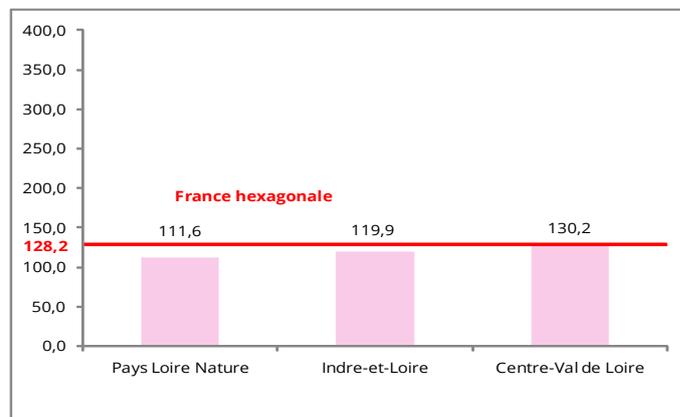
Il est régulièrement admis que certains décès prématurés auraient pu être évités soit en agissant sur les facteurs individuels soit en raison d'une prise en charge par le système de soins qui serait plus performante. La mortalité prématurée évitable peut donc être divisée en deux groupes selon les modalités 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]

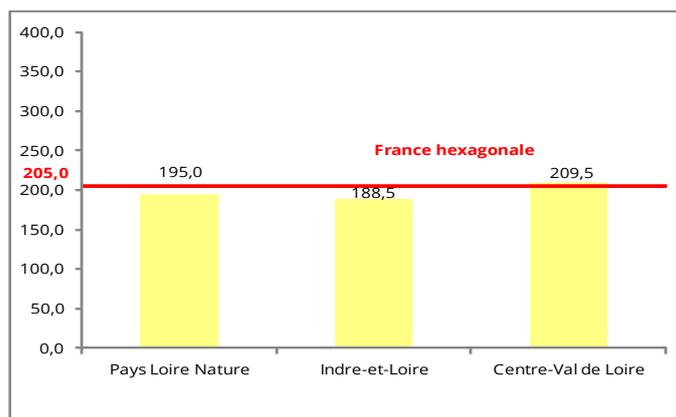
Hommes



Femmes



Deux sexes



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

En région Centre-Val de Loire, parmi les 4 554 décès annuels prématurés, 35,2 % seraient évitables en agissant sur les facteurs de risque individuel, en d'autres termes sur la prévention primaire (tabac, alcool, conduite routière dangereuse, suicide, sida...).

Au sein du Pays, ils représentent 38,7 % de décès prématurés évitables par une action de prévention primaire. Soit 26 décès par an évitables par des actions de prévention primaire sur les 66 décès prématurés observés annuellement sur le territoire. Dans l'Indre-et-Loire, cette proportion représente 35,7 % des décès prématurés.

Admissions en affection de longue durée (ALD)

Entre 2005 et 2013, en moyenne 57 830 admissions en affection longue durée sont recensées chaque année en région Centre-Val de Loire (environ 30 662 chez les hommes et 27 168 chez les femmes).

Dans l'Indre-et-Loire, cela représente 12 688 nouvelles admissions par an. Pour le territoire du Pays, on observe 875 nouvelles admissions par an (468 chez les hommes et 407 chez les femmes). À l'échelle des territoires, chez les hommes, les principaux motifs d'admission en ALD sont, par ordre de fréquence, les maladies cardio-vasculaires

(31,1 %) puis les tumeurs malignes (23,4 %) et enfin le diabète (18,0 %). Ces trois grandes causes représentent près des trois quarts des nouvelles admissions en ALD.

On observe également ces principaux motifs chez les femmes dans de plus faibles proportions, les maladies cardio-vasculaires représentant 22,5 % de leurs admissions (contre 22,3 % dans le département et 22,3 % dans la région), les tumeurs malignes représentant 22,2 % et le diabète représentant 15,1 %.

PRINCIPALES ADMISSIONS EN AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE [2005-2013]

		Pays Loire Nature		Indre-et-Loire	Centre-Val de Loire
		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	146	31,1%	30,0%	29,6%
	Tumeurs malignes	109	23,4%	23,2%	23,3%
	Diabète	84	18,0%	16,8%	17,6%
	Affections psychiatriques	20	4,3%	5,7%	5,9%
	Insuffisance respiratoire chronique	16	3,3%	2,9%	3,0%
	Alzheimer et autres démences	10	2,2%	2,9%	2,9%
	Autres	82	17,6%	18,4%	17,7%
	Total	468	100,0%	100,0%	100,0%
Femmes	Maladies cardiovasculaires	91	22,5%	22,3%	22,3%
	Tumeurs malignes	90	22,2%	23,3%	22,7%
	Diabète	61	15,1%	14,4%	15,8%
	Affections psychiatriques	29	7,2%	7,5%	7,8%
	Insuffisance respiratoire chronique	12	3,0%	2,6%	2,7%
	Alzheimer et autres démences	28	7,0%	7,4%	7,0%
	Autres	94	23,1%	22,5%	21,7%
	Total	407	100,0%	100,0%	100,0%

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

Méthodologie

Les données du PMSI relatives aux patients hospitalisés sont domiciliées. Elles prennent en compte les patients hospitalisés résidant sur le territoire, quel que soit l'établissement de santé où ils ont été admis (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 2011. 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 patients hospitalisés 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.

À partir de ces effectifs reconstitués, le calcul des taux standardisés sur l'âge des patients hospitalisés a été réalisé.

Patients hospitalisés

Entre 2011 et 2013, 495 460 patients hospitalisés ont été enregistrés chaque année en région Centre-Val de Loire (255 205 en médecine, 201 527 en chirurgie et 38 728 en obstétrique)

En région Centre-Val de Loire, les patients hospitalisés en médecine représentent 51,5 % de l'ensemble des patients de la région (51,2 % pour l'Indre-et-Loire et 50,6 % pour le territoire d'étude). S'agissant des patients en chirurgie, ils représentent 40,7 % des patients hospitalisés de la région (41,2 % pour le département et 41,2 % pour le Pays). Enfin

pour l'obstétrique, les patients représentent 7,8 % de l'ensemble des patients de la région (7,5 % pour le département et 8,1 % pour le pays Loire Nature).

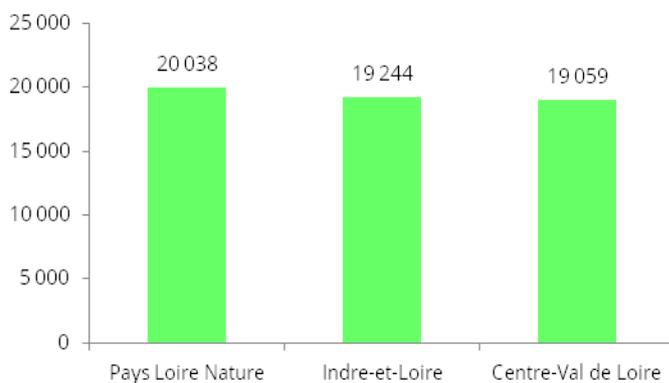
Ainsi entre 2011 et 2013 et en éliminant les effets liés à la structure d'âge de la population, 20 038 patients ont été hospitalisés en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) pour 100 000 habitants sur le territoire d'étude. Ce taux est significativement supérieur à celui observé au niveau régional (19 058) et au niveau départemental (19 244).

HOSPITALISATIONS EN MÉDECINE, CHIRURGIE ET OBSTÉTRIQUE (2011-2013)

		pays Loire Nature		Indre-et-Loire	Centre-Val de Loire
		Nombre de patients hospitalisés annuels	Part dans l'ensemble des patients hospitalisés	Part dans l'ensemble des patients hospitalisés	Part dans l'ensemble des patients hospitalisés
Ensemble	Médecine	4 192	50,6 %	51,2 %	51,5 %
	Chirurgie	3 415	41,2 %	41,2 %	40,7 %
	Obstétrique	673	8,1 %	7,5 %	7,8 %
	MCO	8 280	100 %	100 %	100 %

SOURCES : PMSI, ARS CENTRE-VAL DE LOIRE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

TAUX COMPARATIF DE RECOURS À L'HOSPITALISATION EN MCO (2011-2013)



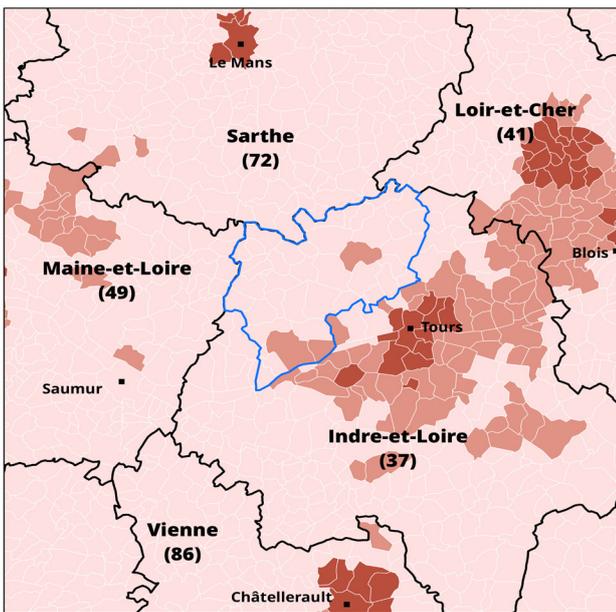
SOURCES : PMSI, ARS CENTRE-VAL DE LOIRE, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
POPULATION DE RÉFÉRENCE : RÉGION CENTRE-VAL DE LOIRE (RP 2006)
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

Prise en charge libérale des mères

D'après le RPPS au 1^{er} janvier 2016, on dénombre 2 sages-femmes en activité libérale sur le territoire. La densité de sages-femmes libérales pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans sur le pays est de 21,1. Elle est de 36,2 pour l'Indre-et-Loire, 23,5 pour la région et 27,5 à l'échelle de la France hexagonale.

On ne dénombre aucun gynécologue basé sur le Pays. La densité de gynécologue pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans est de 53,6 pour l'Indre-et-Loire, 44,2 pour la région et de 53,9 à l'échelle de la France.

Accessibilité potentielle localisée (APL) aux gynécologues libéraux



Accessibilité potentielle localisée (APL) en 2013

Gynécologues libéraux (en ETP pour 100 000 habitants)

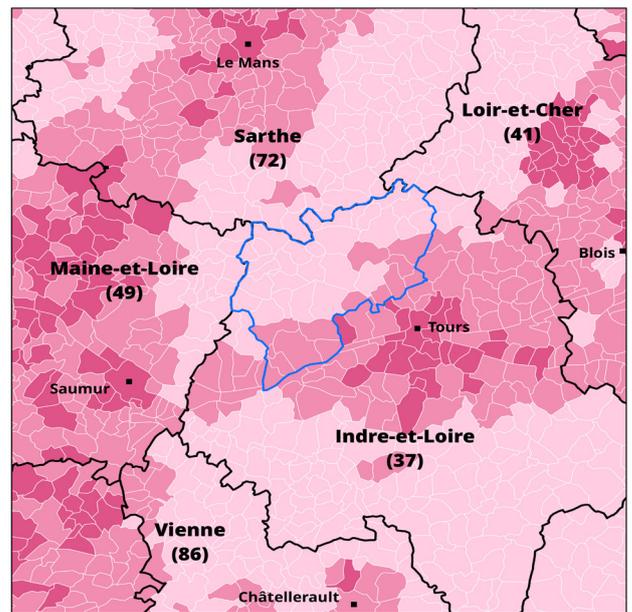


APL France
entière : 7 / 100 000

□ Pays Loire Nature

Sources : Drees (SNIIRAM, CNAMTS), Insee RP
Exploitation ORS Centre-Val de Loire

Accessibilité potentielle localisée (APL) aux sages-femmes libérales



Accessibilité potentielle localisée (APL) en 2013

Sages-femmes libérales (en ETP pour 100 000 habitants)



APL France
entière : 6 / 100 000

□ Pays Loire Nature

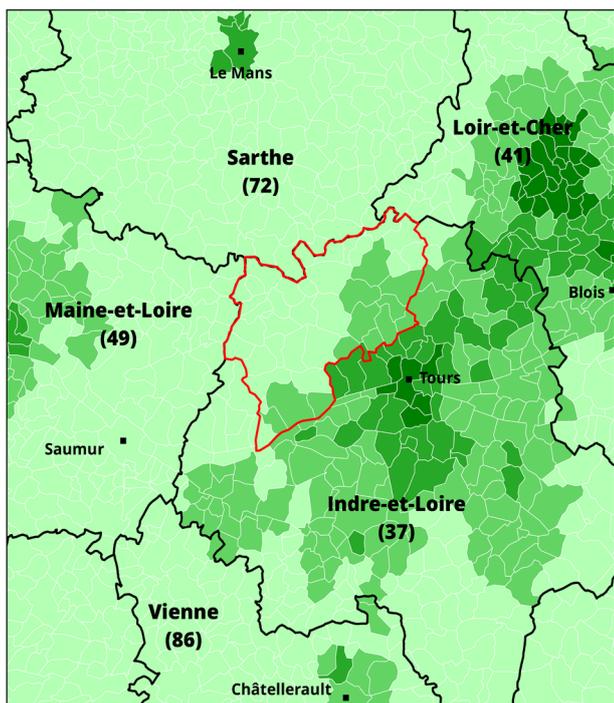
Sources : Drees (SNIIRAM, CNAMTS), Insee RP
Exploitation ORS Centre-Val de Loire

L'accessibilité potentielle localisée des gynécologues libéraux en France est de 7 ETP pour 100 000 habitants. À l'échelle du Pays, la majorité des communes ont les APL les plus basses (inférieures à la moitié de la moyenne nationale). Les communes de Neuillé-Pont-Pierre (3,6), Cinq-Mars-la-Pile (3,9) et Langeais (3,9) ont quant à elles une APL basse.

Pour les sages-femmes libérales, au niveau national, l'APL est de 6 ETP pour 100 000 habitants. Dans le pays Loire Nature, la majorité des communes ont des APL très basses (65,1 %), c'est-à-dire inférieures ou égales à la moitié de la moyenne nationale. Le reste des communes ont des APL basses (comprises entre 3,1 ETP et 6 ETP pour 100 000 habitants).

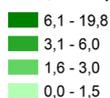


Accessibilité potentielle localisée (APL) aux pédiatres libéraux



Accessibilité potentielle localisée (APL) en 2013

Pédiatres libéraux (en ETP pour 100 000 habitants)



APL France entière : 3 / 100 000

Pays Loire Nature

Sources : Drees (SNIIRAM, CNAMTS), Insee RP
Exploitation ORS Centre-Val de Loire

L'accessibilité potentielle localisée aux pédiatres libéraux en France est de 3 ETP pour 100 000 habitants. 69,8 % des communes du Pays ont une APL inférieure à 1,5 ETP pour 100 000 habitants et 27,9 % une APL comprise entre 1,6 et 3 ETP pour 100 000 habitants. Seule la commune de Saint-Roch a une APL élevée (3,2 ETP pour 100 000 habitants).

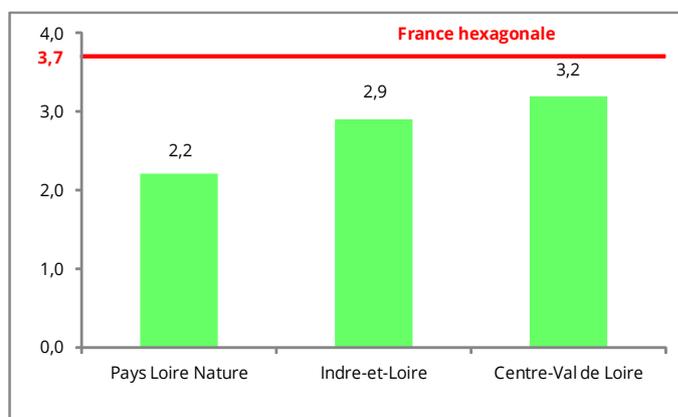
Mortalité infantile

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 14^{ème} rang des régions européennes.

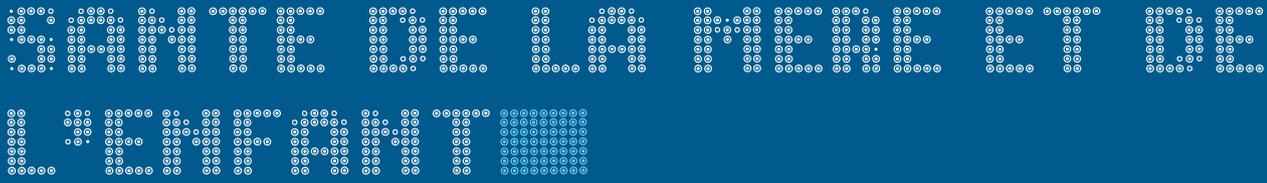
Pour la période 2003-2011, le taux de mortalité infantile du Pays Loire Nature est de 2,2 décès annuels moyens pour 1 000 enfants nés vivants.

Sur la même période, le taux de mortalité infantile du département est de 2,9 décès pour 1 000 naissances vivantes, celui de la région de 3,2 et celui de la France hexagonale de 3,7. Ce taux est à interpréter avec prudence compte tenu des effectifs très faibles (11 décès cumulés d'enfants de moins de 1 an sur l'ensemble de la période 2003-2011 pour le territoire).

TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE 2003-2011



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



Ressources disponibles sur le territoire

Lieu de proximité, anonyme et gratuit, **les Espaces Santé Jeunes** sont ouverts aux adolescents et jeunes adultes (11-25 ans). Leur mission principale est avant tout une mission de prévention de la santé globale au sens de l'OMS. Ce sont des lieux d'accueil, d'écoute, de prévention et d'orientation. Ils s'efforcent de favoriser l'éducation à la santé par des actions collectives et individuelles, le bien-être des adolescents et jeunes adultes, et la prévention des troubles psychiques.

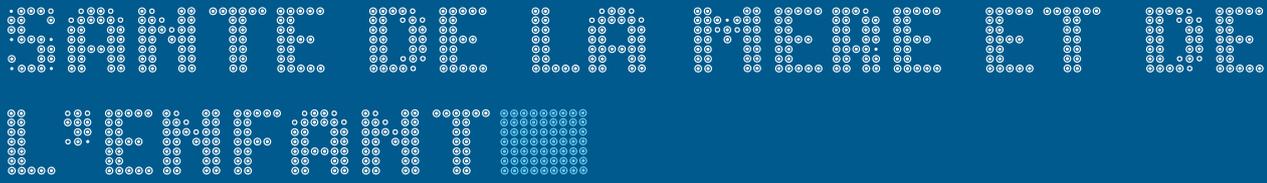
Le fonctionnement des Espaces Santé Jeunes repose sur :

- Une équipe pluridisciplinaire permettant la prise en charge de la santé globale (physique, psychique, sociale et relationnelle) de la personne.
- Le travail en réseau avec les professionnels en charge de la santé des jeunes.

Les Espaces Santé Jeunes sont un espace « tiers » pour leur public.

Dans le cadre de la quinzaine de la parentalité, projet porté par le **Reaap** (réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents), l'Espace Santé Jeunes organise différentes conférences et actions sur le pays Loire Nature. Ces quinzaines ont lieu vers la fin mars-début avril. En 2016, différents thèmes ont été abordés : « le sommeil à l'adolescence » au collège de Savigné-sur-Lathan, conférence-débat co-animée par un neurologue et l'Éducation nationale, ou encore une lecture publique sur le thème « être une bonne/mauvaise mère » au centre social de Langeais suivie d'un débat avec une psychologue. Un atelier culinaire a permis aux parents et aux enfants de se retrouver autour d'un repas partagé à la fin de la séance. Une soirée théâtrale réalisée par les enfants sur les témoignages des parents « Je suis parent quand... » a été organisée à Saint-Paterne-Racan en partenariat avec la Communauté de communes.

Les conférences concernent aussi les plus petits, comme par exemple « entrée à l'école », organisée en 2014 par le RAM (Relai d'assistantes maternelles) Achil à Ambillou. Des thèmes plus généraux sont également abordés comme « autorité et limites » ou encore « la place du papa ».



Synthèse de la rencontre avec les professionnels

Santé de la mère

Le suivi gynécologique des femmes est peu réalisé par les gynécologues car aucun n'exerce directement sur le pays Loire Nature. Des médecins généralistes effectuent ce suivi, et si 2 sages-femmes libérales interviennent sur le territoire, l'étendue de leurs compétences est souvent encore peu connue des habitantes. Il en va de même pour certains professionnels qui ne connaissent pas toujours les dernières réformes ayant élargi les missions de ces professionnelles. En pratique, les sages-femmes interviennent donc essentiellement pour les suivis de grossesse, et immédiatement après la naissance, alors qu'elles pourraient être plus largement sollicitées pour les suivis gynécologiques.

Concernant les accouchements, ceux-ci ont lieu essentiellement sur Tours, Chinon ou Saumur, selon les territoires de résidence. Les suivis de grossesse peuvent être effectués directement sur les maternités dès lors que les femmes y ont facilement accès. Les déplacements sont cependant parfois très contraignants pour les femmes n'ayant pas de voiture et résidant sur des communes mal desservies par les transports en commun.

Professionnel : « On a des jeunes bah qui sont pas actifs et qui n'ont pas de mobilité sur Château-la-Vallière et bah là, pour aller faire leur suivi de grossesse sur Tours, y a un car qui part le matin, un car qui part le midi quand le rendez-vous il est enfin voilà... Ça demande un déplacement à la journée et c'est assez compliqué. Et du coup c'est pareil, Saint-Christophe-sur-le-Nais, Villiers-au-Bouin... »

Professionnel : « Alors y a quand même une certaine solidarité qui joue mais la solidarité ça fait pas tout. C'est comme une expédition hein Château-la-Vallière-Tours alors un voisin complaisant ou... Ça va sur les petits trajets. »

Etant donné ces problèmes d'accès, les suivis de grossesse sont souvent réalisés par d'autres professionnels situés directement sur le pays Loire Nature (médecins généralistes, sages-femmes de PMI, sages-femmes libérales) dès lors que la grossesse ne présente pas de risques particuliers. Les médecins généralistes assurent ainsi beaucoup de suivis, jusqu'aux dernières visites qui se déroulent à la maternité. Quant aux sages-femmes de PMI, bien qu'en nombre limité, elles déclarent disposer des moyens matériels et financiers nécessaires pour effectuer aussi cette mission, avec un travail en partenariat étroit avec la maternité pour assurer une grande partie des rendez-vous.

Professionnel : « Ils avaient un accord avec Bretonneau moi ils m'ont dit les médecins de Château-la-Vallière. Ils suivaient jusqu'au 8^{ème}-9^{ème} mois... »

Professionnel : « Après y a des médecins généralistes qui vont pas forcément être non plus à jour dans leur formation de suivi de grossesse. Donc voilà des fois, on voit des petites choses qui sont à rectifier mais en général, ça se passe bien. »

Professionnel : « Si y a une femme qui a besoin d'une surveillance particulière, plutôt que de la faire venir toutes les semaines à la maternité, c'est nous qui y allons toutes les semaines et elle n'y va qu'une fois par mois. Donc c'est vrai que là-dessus, y a un partenariat qui se fait. Nous le Conseil départemental nous a doté de matériel voilà, on a les voitures qu'il faut, on a les kilomètres, on est remboursé. »

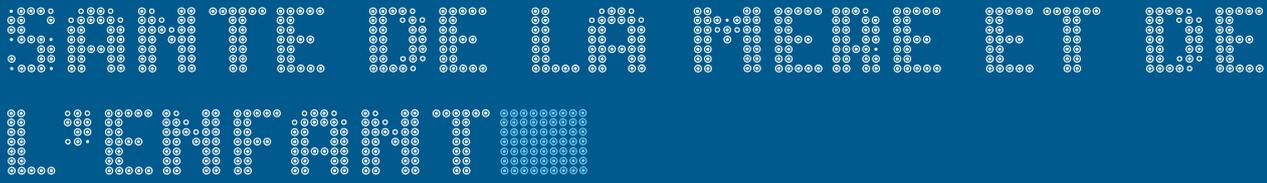
Si les suivis de grossesse sont généralement effectués, le manque de professionnels de santé présents a tendance à décourager les femmes pour tout ce qui ne leur apparaît pas indispensable. Les professionnels observent que des femmes enceintes n'avaient pas eu de suivi gynécologique avant leur grossesse depuis plusieurs années. Ils constatent aussi que les femmes du territoire n'effectuent que rarement une préparation à l'accouchement. L'installation de sages-femmes améliorera peut-être le recours à cette préparation à l'avenir. Jusqu'ici, la PMI compense partiellement cette lacune en apportant quelques informations aux femmes. Mais cela ne bénéficie qu'aux femmes qui ont un suivi par la PMI, dans un contexte où l'image de cette institution inspire encore largement crainte d'une partie de la population.

Professionnel : « Quand je leur demande si elles font, elles me disent « non j'ai pas de voiture, je peux pas », là dans ces cas-là je vais faire un condensé de 2 heures par rapport aux 8 cours qu'une sage-femme libérale va donner, c'est... »

Professionnel : « Bah la PMI aussi pour certains parents... : « Surtout pas la PMI ! Ils vont m'enlever mes enfants ! » C'est encore très ancré moi je trouve cette idée-là. »

Pour les mêmes raisons de manque de professionnels présents, de la contrainte du transport et de la nécessité de faire garder l'enfant pour les consultations, la rééducation du périnée est également assez peu réalisée.

Professionnel : « Bah elles le faisaient pas en fait. Ou alors fallait placer l'enfant ou l'emmener (...) Y a un kiné à Château-la-



Vallière mais il le fait pas. Donc il fallait qu'il y ait un kiné qui fasse la rééducation du périnée et pareil, les quelques patientes que j'ai vues, elles me l'ont dit « la fois d'avant, je suis allée à Langeais, je suis allée à Tours ou j'ai pas fait parce que c'est trop loin ».

Après l'accouchement, les professionnels rencontrés relèvent que la mise en place de l'allaitement n'est pas toujours bien accompagnée, et les professionnels ne tiennent pas tous le même discours à son sujet, y compris au sein des mêmes établissements. Certains peuvent inciter les mères qui ont des réticences à allaiter, voire culpabiliser celles qui y renoncent, quand d'autres professionnels leur ont à peine proposé d'essayer.

Professionnel : « [citant un discours de professionnel de l'hôpital] « Comment ça vous n'avez pas allaité votre enfant ? Mais il sera malade toute sa vie ce petit ! »

Professionnel : « Moi une patiente m'a dit qu'en fait elle avait été déçue parce que, sur sa grossesse d'avant, on lui avait pas vraiment, bon elle avait dit qu'elle ne voulait pas allaiter mais elle avait été déçue parce qu'on lui avait pas proposé d'essayer. C'est-à-dire qu'on lui a directement filé les médicaments, c'est bon c'est fini, on arrête là. Alors qu'à une copine, y avait une copine à qui on avait proposé de faire une tétée d'accueil et de voir en fonction de ça si elle voulait ou pas... Et elle avait été très déçue parce qu'on lui avait pas proposé. »

Quant au retour à domicile des mères, les professionnels relèvent trois problématiques. Tout d'abord, le pôle de santé Léonard de Vinci n'ayant pas adhéré au programme d'accompagnement de retour à domicile (Prado) mis en place par la CPAM, les femmes suivies sur cet établissement ne bénéficient pas de cette possibilité d'accompagnement. Ensuite, certaines informations sont mal relayées entre la PMI et les sages-femmes libérales.

Professionnel : « Avant le Prado, enfin au niveau de la PMI, on avait des fiches de liaison de la maternité Bretonneau qu'on a plus tout d'un coup. Donc c'est relayé aux sages-femmes. La seule difficulté c'est que des fois, on n'a pas de lien avec la sage-femme libérale parce que vous les voyez une voire deux fois et après on sent quand même qu'il y a des petites difficultés. Ces difficultés-là ne nous sont pas relayées. Au jour d'aujourd'hui, je n'ai aucune liaison avec les sages-femmes libérales. Et alors quelques fois, elles interviennent dans des situations que l'on connaît bien et qu'il faudrait au terme de la prévention, intervenir et moi j'ai peur que l'on perde, je suis sûre que sur mon secteur, on a perdu des familles qu'on peut accompagner »

Enfin, dans le cas de dépressions postnatales, il n'existe aucune structure d'hospitalisation mère-bébé sur la région de Tours. Les mères ne peuvent être prises en charge qu'à Poitiers si une place se révèle disponible.

Santé de l'enfant

Concernant la santé des enfants, les professionnels relèvent que certains diagnostics des pathologies sont effectués trop tardivement et que les prises en charge souffrent des délais de mise en œuvre une fois le diagnostic réalisé. Ces retards sont liés en partie au manque de professionnel de proximité pour dépister et prendre en charge les enfants. Le nombre insuffisant de médecins scolaires sur le département (bien que plus élevé que dans d'autres départements de la région), entre autres, ne leur permet pas d'intervenir suffisamment régulièrement dans les différents établissements, et certains dépistages ne sont plus effectués dans ce cadre.

Professionnel : « En fait, dans mon lycée, j'y vais 1 fois par mois, on va dire ça hein ! Ca veut dire qu'il y a des écoles, j'y vais pas de l'année, ça veut dire que dans les collèges, ben j'essaie d'y aller une fois par mois, bah voilà ! C'est ça la réalité ! »

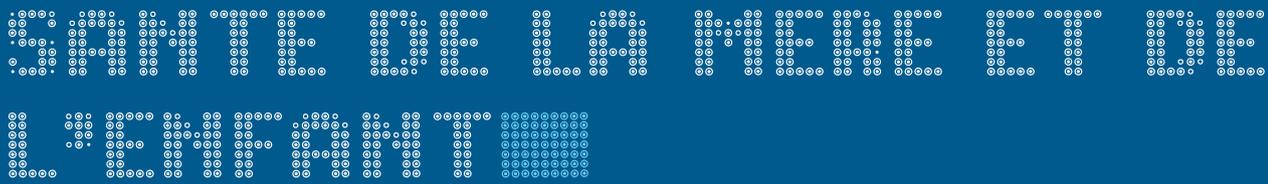
Les professionnels rencontrés relèvent des difficultés particulières dès lors que des prises en charge spécialisées s'avèrent nécessaires. Les professionnels dédiés sont rarement disponibles sur le territoire, ce qui oblige à effectuer des déplacements pour y accéder, le plus souvent sur Tours. Or les parents doivent concilier les besoins de soins de leurs enfants et leurs impératifs professionnels, ce qu'ils ne peuvent pas toujours faire selon leur secteur d'activité et la flexibilité que leur accorde leurs employeurs.

Professionnel : « On voit des enfants qui ont des pathologies, qui demandent des allers et retours à Clocheville, bah la maman elle est à mi-temps clairement hein ! Ou le papa maintenant aussi. »

Professionnel : « Quand ils peuvent avec un mi-temps. Quand ils n'arrêtent pas toute leur activité. »

Même lorsqu'il existe des ressources disponibles localement, ou que le transport pour y accéder n'est pas trop contraignant, ces ressources sont la plupart du temps déjà fortement utilisées. Par exemple, lorsque des troubles de la vue sont dépistés à l'école, les délais de rendez-vous pour l'ophtalmologie (de 6 mois à un an) ont pour conséquence de pénaliser les enfants dans leurs apprentissages. Les diagnostics et prises en charge des troubles du développement et des apprentissages ont également lieu trop tardivement, car les professionnels et structures dédiées sont surchargées.

Professionnel : « On peut travailler avec la PMI, le médecin sco, ils vont travailler sur la demande parentale auprès de notre service, le Camps, le CMPP. Et que nous, quand eux sont prêts, nous on l'est plus ou on l'est pas ! Mais c'est... C'est juste à s'arracher les cheveux ! On va prendre avec 6 mois, 1 an... et là je suis gentil, de retard par rapport à la demande. Du coup,



la demande, elle s'est effondrée donc tout le travail va être de reprendre le départ. »

Professionnel : « On s'aperçoit que sur tous ces territoires ruraux, y a un moment donné où on se dit que le manque d'infrastructures amène à déréguler même le travail des professionnels parce que lorsqu'on voit un médecin de PMI qui va faire x kilomètres, pendant qu'elle est au volant, elle peut pas être aux soins. Donc tout ça va engendrer, il me semble, une espèce de retard progressif qui va s'amplifier par rapport aux soins apportés au public et au suivi de ces jeunes qui arrivent des fois à 18 ans sans avoir fréquenté régulièrement une structure. »

Au-delà de l'accès aux soins proprement dit, les problématiques abordées principalement lors de la réunion avec les professionnels concernent plutôt les difficultés des parents dans leur relation éducative et les manquements à l'hygiène de vie apportée à leurs enfants. Les professionnels constatent que les parents ne bénéficient plus autant des conseils et de l'expérience familiale, car les différentes générations ne vivent plus ensemble et certaines familles sont très éclatées géographiquement. Certains parents n'ont également que très peu de liens avec des professionnels, du fait de l'insuffisance de l'offre en matière de garde d'enfants sur certains territoires, qui les contraignent à diminuer ou arrêter leur activité professionnelle pour s'occuper de leurs enfants.

Professionnel : « Au niveau du département, les difficultés éducatives qu'on rencontre sont de plus en plus criantes, avec des cas de plus en plus complexes, par contre cet effort en terme de prévention est essentiel, pour éviter que ces situations se développent, et sur le territoire en particulier, pour lutter contre des pratiques d'isolement. »

Professionnel : « Même de 0 à 3 ans, y a des secteurs où y a pas de crèches à proximité parce que voilà, sur le nord ouest, on n'en avait pas beaucoup et voilà des parents qui ont des enfants entre 0 et 3 ans qui peuvent pas non plus tout gérer ! Et la dame que j'ai eue ce matin et que tu vas voir, voilà son petit garçon il a 4 ans mais elle ne travaille pas. Elle a dû arrêter de travailler. Y avait pas du tout d'aide et de prise en charge. »

Les parents manquent de connaissance concernant les besoins des enfants. L'alimentation apparaît comme une problématique particulièrement importante : nombre d'enfants ont une alimentation déséquilibrée et déstructurée dans la journée. Cette problématique émerge fortement car la nouvelle génération de parents manque elle-même d'éducation culinaire et n'a pas adopté de bonnes habitudes en la matière.

Professionnel : « C'est le quotidien. C'est coucher un enfant à des horaires où il a besoin de dormir, lui donner à manger pas n'importe quoi (...), le laisser devant la télé. »

Professionnel : « Les enfants ont tendance, de plus en plus, à se servir tout seuls dans le réfrigérateur, à avoir le paquet de chips facile (...) y a encore des écoles qui donnent, qui laissent libre accès aux goûters. C'est-à-dire que les enfants, ils mangent à midi, à 16 heures, à 15 heures, c'est la récré, ils sortent le goûter. Ils n'ont pas forcément faim mais ils sortent le goûter. »

Professionnel : « Y a des bases qui se sont perdues. Des bases où, bah les gens cuisinent de moins en moins, on passe de plus en plus avec les barquettes toutes faites Marie, machin où du coup faire les choses soit même, c'est moins évident. »

Des actions de prévention ont été initiées par certaines communes autour de l'alimentation avec les crèches et le relais d'assistantes maternelles, mais aussi à l'école, avec les repas des cantines et en sensibilisant les enfants sur les temps périscolaires. Les élus rencontrés ont bien intégré l'importance de la problématique de l'alimentation, pour les enfants comme pour les adultes, et s'en sont saisis.

Élu : « Dans les cantines des communes, il y a eu des efforts importants. Moi je trouve que les petites communes misent beaucoup sur la santé des jeunes enfants et l'alimentation. Les cantines sont très biens. »

Toutes les familles rencontrant des besoins d'aide dans leur relation éducative ne peuvent être soutenues, notamment du fait de freins psychologiques et sociaux importants. Certains parents ne sollicitent pas les professionnels car ils n'assument pas leurs difficultés ou n'en prennent pas totalement la mesure. D'autres éprouvent une honte à recevoir des aides qui les catégorisent socialement de façon négative ou catégorisent leurs enfants ; ils restent de ce fait en dehors des dispositifs.

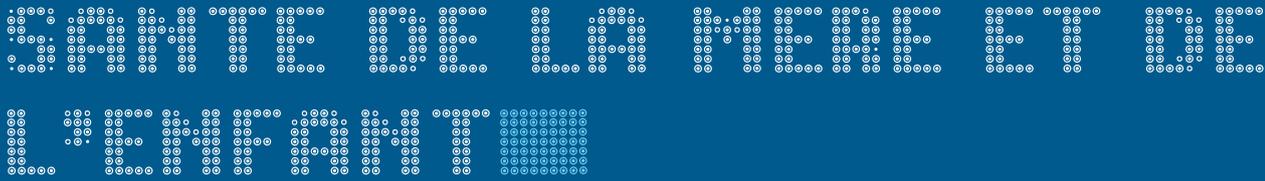
Certains parents ont eux-mêmes rencontré des difficultés avec des institutions ou ont des représentations sociales négatives de celles-ci, notamment pour l'école ou la PMI. Ils préfèrent s'en tenir à distance et méconnaissent les soutiens qu'ils pourraient obtenir par ce biais.

Professionnel : « C'est compliqué. (...) Château-la-Vallière, on voit vraiment des familles avec des fratries assez conséquentes, des familles reconstituées et c'est très difficile et on a beau... Alors venir voir le médecin de l'Éducation nationale... »

Professionnel : « La PMI aussi pour certains parents. Surtout pas la PMI ! Ils vont m'enlever mes enfants ! C'est encore très ancré moi je trouve cette idée-là. »

Professionnel : « Ils assimilent la PMI à la Ddass ». »

En l'absence du soutien intergénérationnel pour les problèmes quotidiens, certains parents ont besoin de pouvoir échanger leurs expériences avec d'autres, sans nécessairement recevoir l'aide de professionnels. Des actions de



soutien à la parentalité, telles que les cafés des parents, présentent dans ce contexte un intérêt. Mais elles n'ont d'après les professionnels que peu de succès dès lors qu'elles sont trop formelles ou organisées à l'initiative de grandes institutions.

Professionnel : « Alors nous on en a mis en place l'année dernière à Château-la-Vallière [un café des parents]... Et on a eu deux personnes dont une professionnelle. Et on a fait ça aussi à Cinq-Mars-la-Pile et y a eu une fois où y a eu personne et une fois où on a eu deux personnes. »

Professionnel : « [au collège] on avait fait un petit café pour accueillir les futurs parents des futurs 6^{ème}. Donc les mamans et les papas étaient conviés à venir discuter donc il y avait une infirmière, y avait la CPE, y avait une surveillante et y avait moi. Donc c'était vraiment... Voilà. C'était un peu pour lever l'anxiété autour de l'entrée dans ce fameux collège qui fait peur... Alors on a eu 5 parents. »

Professionnel : « Il faut placer ces parents en tant que parents après je veux dire, on n'est pas là pour donner des conseils sur tout, on n'a pas la science infuse (...) Souvent, ils ont les solutions mais c'est qu'ils n'osent pas forcément parler ou ils trouvent ça ridicule. »

En revanche, les professionnels constatent que les parents se saisissent d'autres opportunités de réunion pour échanger sur leurs expériences. Les actions initiées « par le bas » peuvent ainsi être plus facilement porteuses, notamment parce qu'elles sont moins stigmatisantes pour les parents.

Professionnel : « Nous quand on a fait pour les quinzaines de la parentalité, on a fait des trucs « mon ado et son mobile », « mon ado et les réseaux sociaux », on a eu des parents hein, mais beaucoup moins que ce qu'on aurait pu espérer alors qu'a priori, c'était une demande de leur part parce qu'on avait fait des sondages avant. Alors que là, vraiment, elles se sont emparées du projet et elles ont 15 personnes à chaque café. Au début, c'était juste entre elles qui se connaissaient, et là elles ont des nouvelles mamans du village qui arrivent et qui viennent et du coup, y a pas cette espèce de jugement de « est-ce que vraiment, si j'y vais, c'est que je m'occupe mal de mon enfant », non c'est plus « on vient discuter et on mange des gâteaux et voilà ».

Même lorsque ces actions rencontrent un certain succès, elles ont pour limite courante le fait que les pères se mobilisent très rarement. La faible participation des pères s'explique d'une part par des horaires parfois inadaptés à leurs contraintes professionnelles, et d'autre part par la persistance de freins psychologiques et sociologiques. En effet, certains pères ne se sentent pas totalement investis de ces problématiques ou suffisamment légitimes pour échanger collectivement sur ces sujets.

Professionnel : « Y a peut être un papa par mois qui va passer, je sais pas il s'est perdu ! Non mais c'est terrible, ils communiquent café des parents pis ils le redisent à chaque fois qu'évidemment les papas sont les bienvenus mais... Ils viennent pas ! C'est dur ! »

Les professionnels pointent les difficultés pour organiser des actions de prévention sur le territoire. La mobilisation de la population est faible sur des actions autour de la parentalité. Il apparaît donc nécessaire de faire évoluer la manière dont est réalisée la prévention, pour toucher plus de monde mais aussi faire passer les messages de façon plus efficace. Les professionnels doivent par exemple être en mesure de comprendre et de s'adapter aux spécificités, aux habitudes de vie de certaines populations. Ils n'ont pas ou plus la légitimité suffisante pour imposer des méthodes et des préconisations à tous.

Élu : « On a de grosses grosses difficultés à les déplacer, à les faire assister à une réunion. Ils sont ancrés dans leur ville d'origine en plus pour certains donc c'est départ le matin très tôt, arrivée le soir, on récupère les enfants. Il y a pas de place dans leurs emplois du temps pour ce genre de choses. »

Professionnel : « Les gens vont se retourner directement sur internet, donc la parole du médecin maintenant, qui était un peu sacrée avant, est vite désacralisée. »

Professionnel : « En hospitalier souvent on donne des conseils sans savoir. Sans savoir ce qu'il y a à côté, sans savoir les possibilités qu'ils ont et ça va être, je pense plus aux femmes africaines ou aux femmes avec certaines cultures où toute façon pendant 40 jours c'est pas elles qui vont s'occuper de l'enfant. Ou à la maternité, on va leur faire « de toute façon, vous sortez pas si vous avez pas donné le bain, si vous avez pas fait ci, pas fait ça, pas machin ! » Bah oui mais de toute façon, elle le fera pas. »

Les réticences de familles vis-à-vis de la vaccination leur paraissent particulièrement préoccupantes. Le maintien d'actions d'information sur ce sujet apparaît donc important, d'autant plus que la PMI n'effectue plus cette mission. Si l'hôpital Bretonneau doit normalement recevoir une habilitation pour pratiquer les vaccinations, cela ne s'inscrit pas dans une offre de proximité comme pouvait l'être celle de la PMI.

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.

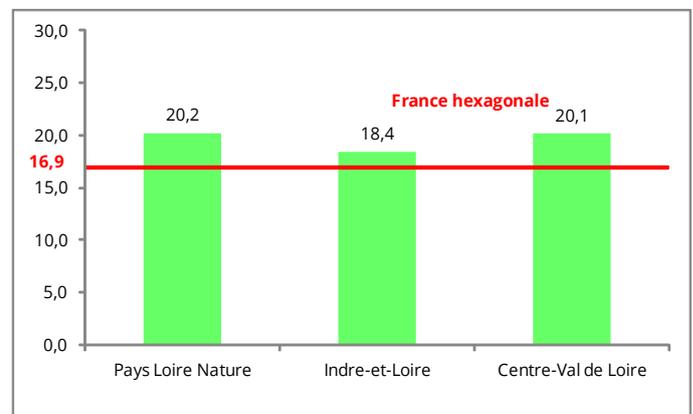
Au cours de la période 2003-2011, chaque année en moyenne, 528 personnes sont décédées par suicide, en région Centre-Val de Loire (soit 2,2 % de l'ensemble des décès). Les études sur ce sujet s'accordent à dire que ce nombre est sous-estimé de 20 % et reste encore un sujet tabou. Le suicide est une priorité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

À l'échelle du pays Loire Nature, au cours de la période 2003-2011, 8 décès annuels par suicide ont été recensés. À structure d'âge comparable, le territoire présente une mortalité par suicide égale à 20,2 décès pour 100 000 habitants, soit un taux proche de ceux observés dans le département (18,4), dans la région (20,1) et en France métropolitaine (16,9).

Chez les hommes, ce taux est de 32,0 décès pour 100 000 personnes, soit un taux proche de ceux du département, de la région et du plan national. Il en est de même avec les femmes qui présentent un taux de 9,5 décès pour 100 000 habitants.

Les décès par suicide dans le Pays surviennent majoritairement entre 25 et 64 ans (73,3 %). Une autre tranche d'âge est particulièrement touchée et correspond aux 80-84 ans qui représentent à eux seuls 10,7 % des décès par suicide du territoire. Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 1,3 %.

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR SUICIDE EN 2003-2011



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

Admissions en affection de longue durée pour affections psychiatriques

Les affections psychiatriques constituent la quatrième cause d'admission en ALD dans la région Centre-Val de Loire, derrière les maladies de l'appareil circulatoire, les tumeurs malignes et le diabète de type 1 et 2. Elles représentent 5,7 % de l'ensemble des nouvelles admissions en ALD au cours de la période 2005-2013, soit 3 919 nouvelles ALD en moyenne dans la Région. Sur le pays Loire Nature, on dénombre 49 nouvelles admissions en moyenne par an (20 chez les hommes et 29 chez les femmes).

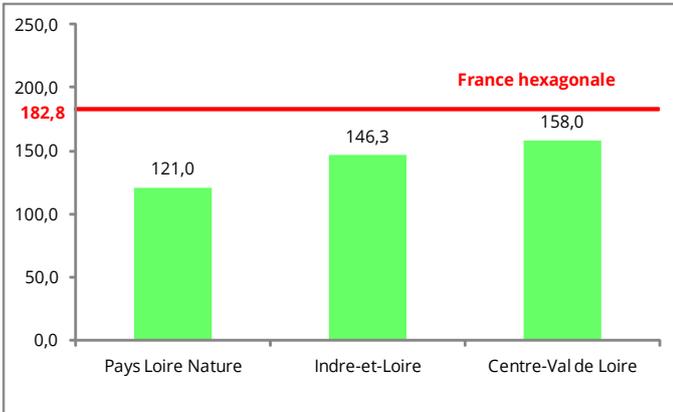
Il s'agit de la première cause d'ALD dans la tranche d'âge des moins de 35 ans (23,4 % pour le Pays, 27,9 % sur le département, 30,8 % sur la région et 32,6 % sur la France).

Dans le pays Loire Nature, le taux d'admission en ALD pour affections psychiatriques est de 121,0 pour 100 000 habitants entre 2005 et 2013. En éliminant l'effet de la structure par âge, ce taux comparatif est significativement inférieur à ceux du département (146,3), de la région (158,0) et de la France hexagonale (182,8).

Sur le territoire d'étude, parmi les admissions en ALD affections psychiatriques de longue durée, 46,7 % sont liées à des troubles de l'humeur, 14,4 % sont liées à des troubles schizophréniques, schyzotiques et délirants, 12,5 % sont secondaires à des troubles de la personnalité et du comportement et 11,1 % sont liés au retard mental.



TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES (2005-2013)



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

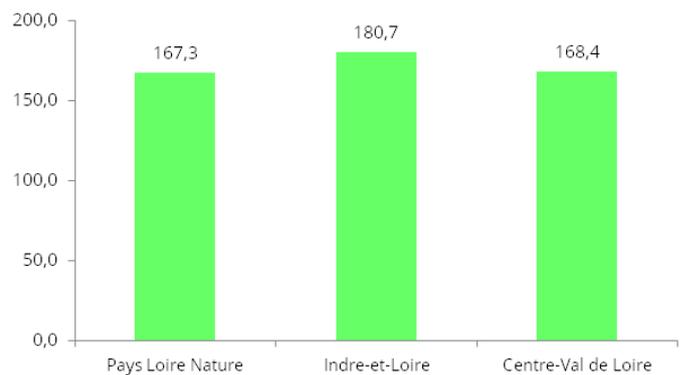
Séjours hospitaliers pour tentative de suicide probable ou certaine

Au cours de la période 2011-2013, 4 222 tentatives de suicide probables ou certaines faisant l'objet d'une hospitalisation ont été comptabilisées en moyenne chaque année en région Centre-Val de Loire.

À l'échelle du département, elles représentent 1 073 patients hospitalisés par an et 70 à l'échelle du Pays (22 patients hospitalisés chez les hommes et 48 chez les femmes)

En éliminant les effets de la structure par âge, le taux comparatif de patients hospitalisés pour tentative de suicide certaine ou probable est de 167,3 patients pour 100 000 habitants sur le territoire d'étude. Ce taux est proche de ceux observés dans le département (180,7) et en région Centre-Val de Loire (168,4).

TAUX COMPARATIF DE PATIENTS HOSPITALISÉS POUR TENTATIVE DE SUICIDE PROBABLE OU CERTAINE (2011-2013)



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



Prise en charge de la santé mentale

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

La région Centre-Val de Loire, à l'instar de nombreuses autres régions, présente un déficit important 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-Val de Loire présente une densité de 5,4 psychiatres libéraux pour 100 000 habitants par comparaison à celle de la France hexagonale qui est de 7,5 psychiatres libéraux pour 100 000 habitants.

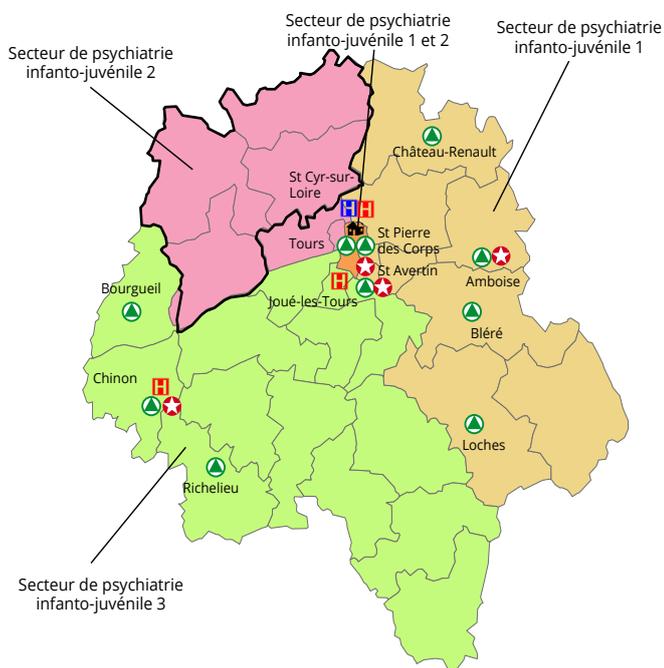
Pour l'Indre-et-Loire, la densité de psychiatres libéraux est supérieure à celle observée en région Centre-Val de Loire et représente 11,2 psychiatres pour 100 000 habitants (soit 67 psychiatres libéraux). S'agissant du territoire d'étude, comme pour le département, la densité de psychiatre est supérieure à l'échelon régional mais inférieure à l'échelon départemental avec une densité de 6,8 psychiatres pour 100 000 habitants (soit 3 psychiatres libéraux). Cependant il est à noter que tous les psychiatres du pays Loire Nature sont situés sur la communauté de communes de Gâtine et Choisilles.

Au 1^{er} janvier 2016, 4 psychologues libéraux sont également implantés sur le territoire, ce qui représente 9,1 professionnels pour 100 000 habitants. Cette densité est bien inférieure à celles observées dans le département (28,0), dans la région (21,4) ou en France hexagonale (27,9). À noter que ces professionnels, sur le territoire, se répartissent entre la communauté de communes Touraine Nord Ouest et la communauté de communes de Gâtine et Choisilles.

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

- la clinique du Val de Loire situé à Beaumont-la-Ronce comprenant 50 lits d'hospitalisation à temps plein pour adultes ainsi que 12 lits en hospitalisation de jour. Cette clinique comptabilise en 2014, 19 841 journées d'hospitalisation à temps plein et 4 419 équivalents journées en hospitalisation de jour. La file active est de 430 patients vus au moins une fois dans l'année, dont 385 hospitalisés à temps plein dans l'année.
- le CHRU de Tours dispose de 216 lits ou places en hospitalisation à temps plein ainsi que de 2 places en placement familial thérapeutique pour les adultes. La psychiatrie infanto-juvénile en dénombre 12. Il y a également 101 places en hospitalisation de jour pour la psychiatrie générale et 34 places pour la psychiatrie infanto-juvénile. Le CHRU comptabilise en 2014, 74 792 journées d'hospitalisation à temps plein et 19 804 prises en charge à temps partiel (19 456 en hospitalisation de jour et 348 en hospitalisation de nuit) pour la psychiatrie générale. Concernant la psychiatrie infanto-juvénile, on dénombre 3 182 prises en charge à temps complet et 3 087 hospitalisations de jour.

OFFRE DE SOINS EN PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE

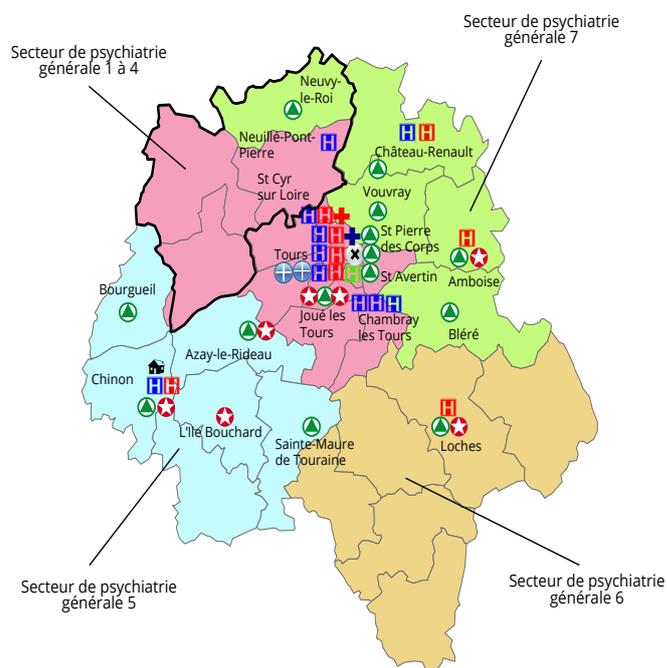


Offre de soins en psychiatrie infanto-juvénile

- Hospitalisation complète
- Hospitalisation de jour
- Maison des adolescents
- Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
- Centre médico-psychologique

SOURCES DES DEUX CARTES : OFFRE SANITAIRE, MÉDICO-SOCIALE ET SOCIALE EN PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE EN RÉGION CENTRE, ÉTAT DES LIEUX 2008, ARH, CRAM, DRASS
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

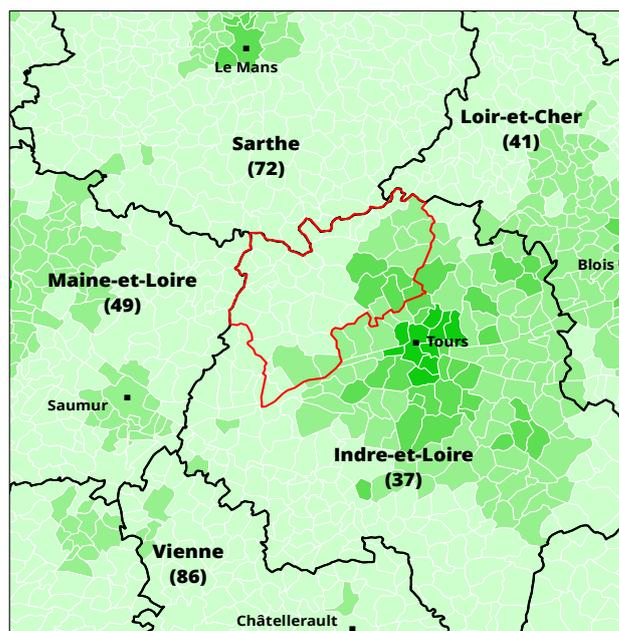
OFFRE DE SOINS EN PSYCHIATRIE GÉNÉRALE



- Hospitalisation complète
- Hospitalisation de jour
- Hospitalisation de nuit
- Centre médico-psychologique
- Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
- Accueil familial thérapeutique
- Groupe d'entraide mutuelle
- Appartement thérapeutique
- Unité de soins de longue durée
- Centre d'accueil et de crise

Accessibilité potentielle localisée (APL) aux psychiatres libéraux

S'agissant des psychiatres libéraux, l'APL en France en 2013 est de 8 ETP pour 100 000 habitants. La majorité des communes (67,4 %) du territoire ont des APL très basses (inférieures ou égales à 4 ETP pour 100 000 habitants). Neuf communes ont des APL basses (comprises en 4,1 et 8 ETP pour 100 000 habitants) et 5 communes des APL élevées (comprises entre 8,1 et 16 ETP pour 100 000 habitants).



Accessibilité potentielle localisée (APL) en 2013

Psychiatres libéraux (en ETP pour 100 000 habitants)

- 16,1 - 44,6
- 8,1 - 16,0
- 4,1 - 8,0
- 0,0 - 4,0
- Pays Loire Nature

APL France entière : 8 / 100 000

SOURCES : DREES (SNIIRAM, CNAMTS), INSEE RP
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



Synthèse de la rencontre avec les professionnels

La population du territoire ne présente que peu de spécificités par rapport à d'autres territoires, en termes de problématiques rencontrées. Les professionnels observent tout de même la présence d'une population agricole, fragilisée par des conditions économiques difficiles, qui court des risques plus importants de dépression et un risque suicidaire plus fort. Cette population recourt assez peu aux prises en charge. Une deuxième caractéristique globale affecte la population du pays Loire Nature : l'isolement géographique et social augmente avec la raréfaction des commerces et services en milieu rural, l'éclatement des familles, et l'affaiblissement des liens de voisinage, notamment pour les personnes récemment installées sur le territoire.

Professionnel : « On a les citadins qui viennent s'installer dans le rural parce que les loyers sont moins élevés aussi et là du coup... On n'a plus le système qu'on avait dans le rural d'entraide avec le voisin ou la famille ou les amis puisque eux, ne connaissent personne. »

La solitude de certaines personnes affecte leur santé morale et le manque de relations régulières retarde l'identification des problèmes psychiques chez ces personnes. La vie associative est assez riche mais les activités sportives ou culturelles ne permettent pas d'intégrer toutes les populations. Les problématiques d'isolement social touchent aussi beaucoup les personnes âgées et les personnes malades qui ne peuvent plus se déplacer.

Professionnel : « La solitude, ça peut se traduire ensuite par de la souffrance et du mal-être. Par de la souffrance psychique comme on a vu tout à l'heure mais aussi des gens qui vont pas bien qui sont en demande de lien social. C'est quelque chose qui, au niveau des familles qu'on accompagne sur le plan éducatif, ressort fortement au niveau du département, au niveau des professionnels. »

Professionnel : « On a des gens qui ont des grosses problématiques de liens sociaux parce que pour beaucoup, ils peuvent plus forcément sortir à cause de la maladie ou s'ils peuvent sortir, c'est pas loin. Et parfois c'est vrai qu'en campagne, quand ils sont reculés du peu de centres de vie qu'il pourrait y avoir, bah y a rien pour eux, on peut rien proposer dans le projet de vie. »

Professionnel : « Je pense en fait que c'est pas repéré hein ! C'est plus une impression de rencontrer effectivement des gens particulièrement seuls, isolés et qui cherchent un peu à communiquer. (...) Je me dis déjà, est-ce que nous, nos propres voisins, comment on s'occupe les uns des autres ? (...) Nous-mêmes est-ce qu'on a déjà une considération pour l'autre ? Une écoute pour l'autre ? Un regard pour l'autre ? »

La prise en charge des problématiques de santé mentale rencontre plusieurs freins sur le territoire. Le frein général au recours, lié au tabou sur les maladies psychiques et à l'image très négative de la psychiatrie, est renforcé en milieu rural. En effet, l'interconnaissance a pour conséquence que les personnes craignent plus d'être reconnues lorsqu'elles accèdent aux structures et professionnels, et risquent donc une stigmatisation rapide. Les professionnels rencontrés ont insisté sur la nécessité de sensibiliser plus largement la population aux problèmes psychiques pour une meilleure acceptation sociale des personnes malades.

Professionnel : « On se déplace plus facilement en ville parce qu'on n'est pas repéré. On a travaillé avec beaucoup de travailleurs sociaux à Tours et là, Tours, on a fait des choses ensemble beaucoup beaucoup pour des populations extrêmement fragilisées surtout par isolement et en fait dans nos petites bourgades, les gens tout de suite, si vous devez aller ici ou là, ont peur d'être repérés. »

Professionnel : « Ça, ça peut se faire peut-être dans le cadre de la Sism, la semaine d'information sur la santé mentale, peut-être en mettant en place des actions sur le territoire, des conférences-débats ou plein de possibilités pour justement désigmatiser ce public. »

Le territoire souffre du manque de professionnels et de structures dédiées. Les ressources présentes localement sont insuffisantes au regard de la demande surtout pour les enfants. Le Camps et le CMPP situés à Langeais sont par exemple fortement sollicités : entre 6 mois et un an d'attente sont nécessaires pour inscrire un enfant en CMPP (même si cette liste d'attente se révèle en pratique un peu moins longue car certaines familles inscrivent leur enfant sur plusieurs secteurs en attente d'une place). Quant au Camps, s'il n'y a pas d'attente pour l'inscription, le délai entre l'inscription et la mise en soin est important.

Professionnel : « Ça dépend des professionnels, psycho, c'est 1 an d'attente, 1 an, 1 an et demi, psychomot', pareil, ortho[phoniste], un peu moins avec des orthophonistes libéraux. Mais c'est toujours des délais assez longs. »

La longueur de ces délais s'explique par des moyens qui ne sont pas proportionnés à l'augmentation de la demande, qui est due au fait que certaines problématiques sociales sont de plus en plus médicalisées. Elle est aussi la conséquence d'un manque de structures médicosociales pour les personnes adultes handicapées mentales, qui restent prises en charge au-delà de l'âge de 18 ans faute d'autres solutions.

Professionnel : « On médicalise beaucoup les problématiques sociales. En effet, un enfant qui peut avoir des angoisses par la situation sociale des parents, on peut toujours lui ouvrir un espace de parole auprès d'un psychothérapeute hein ! N'empêche que quand il va rentrer chez lui, s'il ouvre le frigo, qu'il a rien à bouffer, bah il a rien à bouffer ! Donc du coup, à un moment donné, on a beau essayer de faire ce qu'on peut et d'y mettre, voilà... Si y a pas derrière... L'angoisse restera. »

Professionnel : « Les IME sont engorgés par ce qu'on appelle les enfants qui sont amendement Creton donc qui restent au-delà des 18 ans dans la structure et du coup, les enfants qui devraient pouvoir accéder à de telles structures sont gardés notamment dans l'ambulatoire, Camps, CMPP pour ma part donc on garde des enfants, ça prend la place de d'autres enfants et voilà... »

À ces délais d'inscription et de mise en soin s'ajoute souvent le temps qui a été nécessaire pour identifier l'existence d'un problème chez l'enfant, le faire reconnaître par les parents, et l'acceptation d'une démarche de prise en charge. Il existe en effet des réticences des parents, des formes de déni ou des rejets des institutions qui retardent les demandes nécessaires.

Professionnel : « Et puis il y a beaucoup de déni. Ce sont des pathologies de déni. Des fois c'est les parents qui sont dans le déni de la pathologie de leurs enfants. Ça prend du temps. »

Professionnel : « Y a des parents qui sont venus me voir en disant « mais nous on veut pas venir chez vous, vous allez placer nos enfants ! » Bah c'est pas la vocation d'un Camps ou d'un CMPP hein ! Mais c'est aussi l'image... Vous parlez de la folie tout à l'heure, l'étiquetage que ça va pouvoir mettre sur l'enfant, ça va... Non ils veulent pas quoi ! Y a des parents qui sont très réticents ! »

Professionnel : « Moi, je dépiste beaucoup des troubles des apprentissages, c'est une de mes fonctions en ce moment, et en fait, les parents qui ne sont pas lecteurs ou pas très bons lecteurs, c'est très difficile de se rendre à l'école pour pouvoir parler de ça. Parce qu'ils ne peuvent pas signer les papiers, ils ne peuvent pas les remplir et ça c'est vraiment... Y a pas beaucoup de leviers à ça. »

Il existe donc un temps souvent trop important entre l'apparition de troubles psychiques ou de troubles du développement, et le premier diagnostic et la mise en soin. Ce retard a pour conséquence une perte de chance pour les enfants qui ont vus leur problèmes s'inscrire dans la durée, voire s'aggraver.

Professionnel : « En pédopsychiatrie, on arrive avec des situations à l'inscription, des situations bio-psycho-sociales très dégradées, autant biologiquement, psychologiquement qu'au niveau social. Puisqu'elles arrivent tard, que nos délais sont très longs, que ça s'aggrave, que ça s'enkyste. Bah voilà, le cercle est engagé et ça peut être compliqué. »

Professionnel : « Et pendant ce temps-là, le pédopsychiatre reçoit en consultation d'attente, mais c'est pas, ça va être pareil, une fois un mois et demi, deux mois. C'est pas engagé des soins réels pour l'enfant. »

Pour les adolescents, l'accès à un premier soutien psychologique n'est pas directement accessible sur ce territoire. La maison des adolescents est située à Tours et s'il existe une équipe mobile pour les jeunes isolés géographiquement dans le département d'Indre-et-Loire, celle-ci était jusqu'ici dédiée aux adolescents en risque suicidaire. Cette équipe mobile devrait voir à l'avenir ses missions élargies à l'ensemble des adolescents en situation de mal-être.

Pour les adultes également, il n'existe qu'assez peu de ressources locales, et sur des temps effectifs restreints. Les professionnels relèvent ainsi la présence d'un psychiatre une journée par semaine à la MDS de Neullé-Pont-Pierre et une consultation par mois au sein du secteur de psychiatrie à Langeais. Quelques psychologues consultent également, ce qui compense pour une part le déficit en psychiatres mais cela seulement pour les patients ayant les moyens de recourir à leurs services. De plus, ces psychologues sont débordés, au dire des professionnels rencontrés. Une partie de la population qui rencontre des difficultés mais ne nécessite pas pour autant une prise en charge psychiatrique ne trouve pas de dispositif adapté.

Professionnel : « Y a toute cette population interstitielle où justement ils vont mal mais ils vont pas trop mal... Où là du coup, on a quand-même un certain flou ! (...) Parce qu'ils sont pas suffisamment pas bien pour aller sur une hospi, sur un établissement et ils vont pas bien quand-même quoi ! »

Il existe bien des solutions de prise en charge mais qui ne sont pas situées directement sur le territoire. L'accès aux professionnels et structures dédiées en santé mentale est donc marqué par la nécessité de déplacements, essentiellement sur l'agglomération de Tours. En effet, même pour les habitants plus proches de la Sarthe, la sectorisation les contraint la plupart du temps à utiliser les ressources du département ou de la région, même si cela implique des déplacements plus importants.

Professionnel : « La Cjam a été plutôt attentive à nos arguments quand on disait : mais attendez, nous on va pas prescrire, on va pas faire venir un enfant qui va faire 40 minutes aller en taxi, ¼ d'heure de séance orthophonique, plus 40 minutes de taxi suivant pour repartir chez lui alors que, à 5 minutes à pied de chez lui, y a une orthophoniste et que du coup, financièrement, ça coûtera moins cher. (...) À un moment donné, on va pas non plus faire du gaspillage de l'argent public ! Autant qu'il aille à l'orthophoniste à côté et ça va quand même coûter moins cher, et nous on ne manque pas d'enfants dans nos services et qu'il y en aura un autre qui pourra bénéficier d'une séance d'orthophonie(...) Ils acceptent qu'il y ait quelques dérogations comme ça mais c'est du temps, c'est aller les voir, les rencontrer, expliquer...Ré-expliquer, re-rencontrer... »



L'éloignement impacte de plusieurs façons les prises en charge. Les professionnels constatent tout d'abord qu'il renforce la tendance à reporter les premières consultations et la mise en soin, en traitant seulement les symptômes des problèmes psychiques. Les personnes ne consultent pas les professionnels spécialisés, à moins de situations très dégradées. La difficulté d'accès à ces professionnels incite les personnes à composer avec les ressources locales aussi longtemps que possible, en évitant les professionnels du secteur psychiatrique qui paraissent réservés aux cas les plus graves, dans lesquels personne ne souhaite se reconnaître.

Professionnel : « La difficulté aussi, c'est que pas mal de patients sont pris en charge par les généralistes parce que pour eux, ça veut dire moins grave, le docteur va donner un petit machin, ou un gros machin, mais du coup ça minimise le fait que les gens peuvent aller très mal et c'est pas un psychiatre. En tant qu'infirmière, on est parfois avec des gens limités à la maison, parce que les gens ne vont pas si mal que ça parce qu'ils ont vu que le généraliste, et que toute façon, ils vont pas assez mal pour voir le psychiatre. Alors qu'ils vont mal et la tendance est pas à aller mieux. Donc, nous, on est dans une population majoritairement agricole ici, c'est quand-même une population qui va très mal, et il y a des gens qui sont parfois limités, dépression, suicide. »

Professionnel : « Nous par exemple au service social, on arrive vite au bout effectivement. Moi là je fais le canton de Neuvy-le-Roi sur le 37, quand il s'agit de trouver un suivi psycho ou voilà d'aller voir un psychiatre sur Tours, c'est la misère. »

Professionnel : « On est sans relai, avec des patients qui ont pas des pathologies psychiatriques dures, où on a de la dépression etc et on a pas de professionnels vers lesquels les tourner de proximité parce que souvent c'est des gens qui peuvent plus se déplacer donc ça devient très compliqué. »

La continuité du suivi et des traitements des personnes malades psychiques, déjà aléatoire du fait même des pathologies impliquées où les personnes connaissent des améliorations de leur état et des rechutes, est également facilement compromise. Les contraintes liées aux déplacements constituent en effet un frein supplémentaire pour les usagers, qui se découragent plus facilement.

Professionnel : « Toujours un petit peu un challenge d'aller aux RDV, donc quand il y a un problème de transport en plus, c'est un frein supplémentaire. »

Professionnel : « Dès qu'ils vont mieux, ils arrêtent. »

Professionnel : « Les gens ne sont pas toujours constants, il y a beaucoup de déni. En hospitalisation de jour, on le voit, on en inscrit toujours plus, parce qu'il y en a toujours 4 ou 5 qui viennent pas dans la journée, parce qu'ils ne sont pas bien, qu'ils ont mal dormi ou parce qu'ils n'ont pas envie tout simplement. »

Le transport comporte par ailleurs des risques pour les per-

sonnes qui conduisent alors que leurs traitements ont des effets secondaires sur la vigilance. Quant aux personnes ne disposant pas de moyen de transport individuel, l'accès aux structures de prise en charge dédiées peut être très difficile. Lorsque des transports en commun existent, les horaires sont généralement restreints et ne coïncident pas nécessairement avec les rendez-vous fixés, ce qui contraint les personnes à de longues attentes et dégrade les conditions de leur prise en charge.

Professionnel : « Un exemple symptomatique, on a reçu une dame à Tours Nord qui vient de Saint-Christophe-sur-le-Nais... (...) Le bus pour venir à Tours est à 7 heures moins le quart. La dame a donc dû réveiller ses enfants qui venaient au Camps-CMPP de Tours Nord que je dirige également. Elle est arrivée à Tours je crois il était 8 heures et demie, elle a attendu son rendez-vous qui était à 9 heures et demie (...) Et elle repartait chez elle à 14 heures. Pour un rendez-vous ! C'est juste pas possible quoi ! (...) Et puis en plus, il va arriver, il va être crevé, il va pas être réceptif à ce que vous allez essayer de lui faire faire. Ça ne va pas être productif. »

L'éloignement affecte également les situations d'urgence. Par exemple, les personnes ayant tenté de se suicider sont moins adressées aux urgences et se rendent moins aux consultations post-urgences.

Professionnel : « La prise en charge, elle est pas la même si on est à 35 km du 1^{er} hôpital et que quelqu'un a avalé 15 comprimés de Lexomil, le médecin va probablement laisser dormir, va peut-être laisser le patient dormir à la maison alors que s'il est près de la ville, en effet, y aura une prise en charge parce que le patient il va aller à l'hôpital. »

Globalement, les ressources de l'agglomération tourangelle paraissent satisfaisantes, avec de nombreux psychiatres et psychologues en activité libérale et salariée. Différents accompagnements sont aussi proposés pour les aidants (sessions de formation pour les aidants, groupes d'entraide mutuelles, groupes de paroles...). Toutefois, au-delà de la contrainte transport, toutes ces ressources sont en pratique assez peu disponibles dans un contexte global de pénurie de psychiatres. La population qui y a recours est issue d'une large partie du département et non pas seulement de l'agglomération... En libéral, certains psychiatres refusent les nouveaux patients, et ceux qui les acceptent ont souvent des délais de rendez-vous importants. Des solutions de prise en charge existent avec des délais raisonnables, en cabinet, ou par exemple à la clinique de l'Alliance où un psychiatre vient d'ouvrir des consultations mais elles nécessitent des recherches et une certaine détermination pour voir celles-ci aboutir.

Professionnel : « Moi je dis toujours, il y a plus de 30 psychiatres à Tours. Si on prend son téléphone, qu'on se pose et qu'on appelle les 30 psychiatres, faut avoir l'énergie de le faire et être en capacité psychique de le faire, on trouvera toujours quelque chose. Après faut pouvoir en contacter avec une trentaine. »



Pour les psychiatres salariés, l'attractivité de l'Indre-et-Loire, de l'agglomération et de la proximité du lieu de formation des médecins permet de recruter les professionnels sans trop de difficultés. Pourtant, certaines structures présentent des délais de rendez-vous importants, comme le CHU, en raison d'une activité supérieure aux ressources allouées pour prendre en charge la population.

Professionnel : « Si je prends l'hôpital de Tours et si je prends les moyennes nationales, il manque 1,5 à 2 ETP par service, vu l'activité présentée. »

Professionnel : « On n'a pas de problème de recrutement pour l'instant, parce que la région dans sa globalité reste un petit peu attractive. Je parle pas du Pays mais de la région, ce qui permet d'avoir des professionnels. »

Professionnel : « Et puis il y a la faculté de médecine à Tours. C'est important. S'ils sont formés sur Tours, en général, ils ont envie de rester sur les environs. »

Professionnel : « Pour revenir aux postes de psychiatrie adulte, c'est pas qu'il y a des postes vacants, c'est tout est pris mais il en faudrait plus... On n'est juste pas assez nombreux une fois tous les postes pris. »

Cette situation de l'hôpital est liée aux lacunes des territoires limitrophes, mais aussi au manque d'autres aides et d'autres structures plus adaptées à certains publics. Ainsi certaines personnes prises en charge ne relèvent pas de la psychiatrie. D'autres, suite à une hospitalisation légitime en psychiatrie, sont dans l'impossibilité de retourner à leur domicile lors de situations de séparation conjugale ou familiale ou sont en incapacité de payer les factures par précarité économique et/ou incapacité à gérer l'administratif et risquent d'être expulsées.

Professionnel : « On ne fait que mettre des pansements sur des jambes de bois. Les crises psychosociales, ça explose. La crise psychosociale n'a pas d'indication à aller en psychiatrie. Sauf que, qu'est-ce qui se passe ? Les parents, les familles sont complètement éclatées enfin, c'est toute la société qui est complètement déstructurée donc on s'amène à hospitaliser des gens en effet parce qu'on ne sait pas où les mettre ailleurs, qui ont pas de troubles psychiatriques en tant que tels. »

Professionnel : « À un moment où sur le plan psy ils sont stabilisés sauf qu'on peut pas les mettre comme ça à la rue et voilà. Et de ce fait, ils occupent une place en psychiatrie qui n'est pas justifiée quoi. »

Malgré une anticipation et un repérage des personnes à risque, la recherche de solutions en lien avec des partenaires du secteur social et médicosocial ne peut toujours aboutir. La durée de séjour de ces personnes en psychiatrie est donc prolongée.

Professionnel : « On ne peut pas dire, vous allez mieux, main-

tenant vous ressortez, car en effet, on va les revoir très rapidement, parce que s'ils se retrouvent dans un contexte difficile, même avec des bons médicaments et des bonnes prises en charge, ça va pas aller bien. »

Professionnel : « Oui, le relai se fait, nous on a une assistante sociale. Mais après, si il y a pas de logements thérapeutiques ou de d'appartements thérapeutiques ou des places en pension de famille, des foyers, si il y a pas, il y a pas. »

La volonté de limiter les délais d'attente à l'hôpital conduit à des changements organisationnels, avec un relai plus important des professionnels infirmiers et des hospitalisations de plus courte durée pour certains patients.

Professionnel : « On met en place des nouvelles méthodes pour raccourcir les délais d'attente. Donc il y a la prise en charge par les infirmiers, il y a un pré-tri qui est mis en place mais du coup c'est pas la même prise en charge et ça décale aussi. Mais le fait aussi que les consultations soient loin ou que les gens restent moins longtemps hospitalisés, parce qu'il faut que ça aille vite, bah en fait, on les revoit. (...) Avant, on ne voyait pas ça, donc les gens, ils sortent de l'hôpital, hop 15 jours, et ils sont de nouveau aux urgences. Et donc il n'y a pas eu de suivi mis en place, il y a pas... On repart à zéro. »

Ces moyens ne représentent pas des solutions entièrement satisfaisantes et les professionnels constatent que les hospitalisations de certains patients se multiplient du fait de la trop courte durée de séjour, de leurs conditions de vie qui ne sont pas améliorées pour leur retour à domicile et du manque d'accompagnement en aval. L'ouverture d'un service d'hospitalisation à temps partiel de jour, sur le territoire, permet désormais d'effectuer un suivi des personnes revenues dans leurs milieux de vie et confrontées de nouveau à leurs difficultés. Cette modalité répond bien aux besoins des personnes qui en bénéficient, même si elle ne permet pas à elle seule de répondre à tous les besoins.

Professionnel : « L'hospi de jour permet de continuer à accompagner le patient, de le remettre chez lui et de le reconfronter à ses difficultés relationnelles, familiales, sociales, etc. voire professionnelles, tout en ayant un suivi en pointillés et c'est vrai que ça permet de compenser, et ça vient en complément de l'hospitalisation complète. »

Professionnel : « Ce n'est pas suffisant. Même l'hospitalisation complète, alors je ne sais pas si c'est lié à un contexte général ou si c'est lié à notre réputation, mais on a de plus en plus de demandes. »

En matière de prise en charge des handicaps, les professionnels relèvent des problématiques similaires à celle de la psychiatrie, avec la présence d'un nombre de structures relativement restreint sur le territoire et la contrainte récurrente des déplacements pour certaines populations. Au-delà de cette problématique générale, les professionnels notent que les enfants handicapés sont de plus en



plus accueillis dans les structures de vie ordinaires, dans les écoles, crèches, accueils de loisir, avec la plupart des autres enfants. Les enfants handicapés sont moins souvent déscolarisés que par le passé ce qui représente une évolution positive. Mais l'accueil à l'école ou dans les structures de petite enfance ne se fait encore parfois que de façon partielle et les parents restent beaucoup sollicités. De plus, ce nouveau public déstabilise des professionnels qui le connaissent mal, c'est le cas de certaines équipes éducatives lorsque les assistants de vie scolaire ne sont pas suffisamment présents dans l'établissement. Certains professionnels estiment aussi qu'une partie des enfants en situation de handicap présentent des difficultés trop importantes et nécessitent des prises en charge spécifiques.

Professionnel : « Moi je vois les enfants, j'ai un cas en tête là, la maîtresse quand l'enfant est scolarisé, il est scolarisé une demi-journée par jour donc à mi-temps, la maîtresse elle peut quasiment pas faire cours. D'où, enfin il faut toujours balancer entre ce qui est bénéfique pour l'enfant et ce qui peut lui être néfaste parce que des fois y a des enfants qui sont en souffrance à l'école. »

Les professionnels relèvent aussi qu'il existe peu de lien entre les différentes structures, ce qui nécessite pour les parents de transmettre les informations nécessaires à chaque changement de structure de leur enfant.

Professionnel : « Le dispositif SASF, donc l'accueil d'enfant portant de handicap ou de maladie chronique dans les établissements de petite enfance, et on s'est quand même bien rendu compte qu'aujourd'hui, il manque un élément essentiel, c'est le lien avec l'école. C'est-à-dire que nous, on va travailler avec une crèche, avec les établissements ou les ALSH mais après le lien entre l'école et l'ALSH, l'école et la crèche en fait, y a très peu de lien et donc du coup en fait la famille est obligée de tout reprendre. Et elle repart de zéro. »

Cette problématique de coordination est d'ailleurs plus générale : les différentes lacunes de l'offre de soins en santé mentale contraignent les professionnels à s'organiser pour optimiser les ressources disponibles et travailler au mieux en partenariat. Quelques collaborations existent, notamment entre la psychiatrie et l'Éducation nationale, mais sont encore insuffisantes. De nombreux acteurs spécialisés en santé mentale ne sont pas connus des professionnels du territoire, notamment par les professionnels du secteur social. Ces derniers ne peuvent donc relayer ces informations aux personnes qui pourraient en bénéficier. Pour les professionnels comme pour les habitants, l'éloignement des structures de prise en charge va de pair avec une certaine méconnaissance de celles-ci.

Professionnel : « Je pense que le souci d'informations, il est réel. C'est-à-dire qu'il y a plein de dispositifs qui existent. Vous en avez cité plusieurs que je suis incapable de re-citer. Mais les familles, elles ont besoin d'aide, d'accompagnement. Nous, on peut les aiguiller, on peut leur dire, voilà il existe tel ou tel dispositif, mais avant de les connaître tous, de savoir tout ce qui est disponible sur la région nord de Tours et Tours, c'est pas facile. »

Professionnel : « Les professionnels qui font de l'accompagnement social effectivement, ils sont un petit peu en première ligne et un petit peu démunis quoi après sur le territoire, c'est pas forcément évident. Et puis parler du Csapa qui était présent à des soirées à Langeais... »

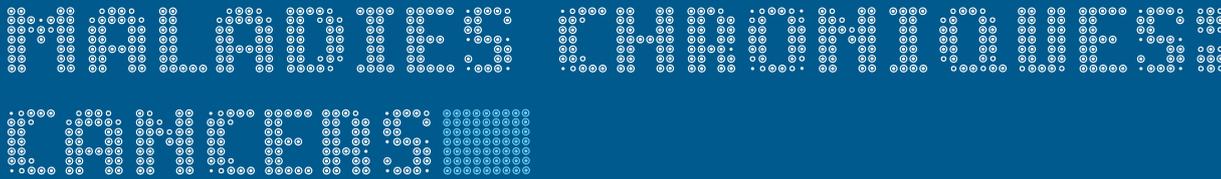
Les travailleurs sociaux ne sont pas non plus toujours sollicités alors qu'ils facilitent l'accès à des aides susceptibles d'améliorer les conditions de vie des personnes. Enfin, au-delà de l'insuffisance du relai et de l'orientation, les professionnels des différents secteurs échangent trop peu sur la situation des usagers qu'ils ont en commun.

Professionnel : « On avait conduit une petite enquête auprès des écoles de Langeais, de Neuillé-Pont-Pierre, sur le territoire des MDS de Neuillé-Pont-Pierre et Langeais, donc on est en plein sur le périmètre, en lien avec l'Inspection académique et ce questionnaire qui a été adressé dans toutes les écoles publiques a démontré une forte méconnaissance au niveau des enseignants du premier degré de ce qu'étaient les services sociaux et de la façon dont on pouvait travailler ensemble. »

Professionnel : « Connaître les réseaux un tant soit peu parce que effectivement, les généralistes ne le font pas tout le temps et bon ils sont soumis au secret, nous aussi mais d'une autre façon, sur d'autres thèmes et donc du coup on ne peut pas échanger tant que ça... »

Les partenariats et collaborations ne sont que rarement formalisés et dépendent beaucoup trop des personnes particulières impliquées dans les différentes structures. La mobilité de ces professionnels fragilise le travail de collaboration amorcé, qui nécessite d'être renouvelé, dans un contexte où la plupart des professionnels, même de bonne volonté, n'ont que peu de temps disponible.

Professionnel : « On se rend compte aussi c'est que les gens dans leur fonction, dans leur travail, en fait, il reste 2-3-4 ans et pis après ils changent d'activité. Et tout ce qui est commencé, ça se perd à ce moment-là. Donc quand les gens changent d'activité, là je parle des professionnels, en fait c'est s'assurer que toutes les informations soient bien passées pour que tout ce qui a commencé à être mis en place continue à être mis en place. »



Mortalité par cancer

Au cours de la période 2003-2011, les décès par cancers ont été responsables de plus de 6 892 décès annuel en région Centre-Val de Loire. Ils représentent 28,4 % de l'ensemble des décès annuels, proportion similaire à celles du département (28,9 %) et du territoire national (28,3 %). Au cours de cette même période, à l'échelle du pays Loire Nature, 101 décès annuels ont été recensés (62 pour les hommes et 39 pour les femmes) représentant la principale cause de décès du territoire soit 29,0 % de l'ensemble des décès du territoire.

À structure d'âge égale, le taux comparatif de mortalité par cancer du territoire (246,0 décès pour 100 000 personnes) est significativement plus élevé que celui observé au niveau départemental (230,3) mais la différence n'est pas significative par rapport au niveau régional (244,0) ou au niveau national (237,6).

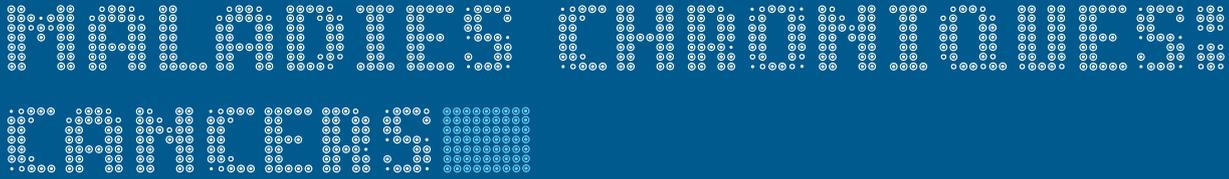
S'agissant des décès prématurés par cancer, le taux comparatif de mortalité du territoire est de 89,1 décès pour 100 000 habitants. Les différences par rapport aux taux observés dans le département (79,8), dans la région (85,6) et en France (81,9) ne sont pas statistiquement significatives.

Le décès par cancer de la trachée, des bronches et du poumon est la première cause de décès par cancer sur le territoire. Au cours de la période 2003-2011, il a été responsable en moyenne de 17 décès par an. Avec 42,7 décès pour 100 000 habitants, le taux comparatif de mortalité du territoire (par cancer de la trachée, des bronches et du poumon) est proche de ceux observés au niveau du département (42,4), de la région (43,6) et de la France (45,3).

Le cancer colorectal est la deuxième cause de décès par cancer des habitants du pays Loire Nature. En moyenne, au cours de la période, 11 décès annuels ont été recensés. Le taux comparatif de mortalité pour cette cause est de 27,9 au niveau du Pays, soit un taux non significativement différent de ceux des autres territoires de référence (25,7 pour l'Indre-et-Loire, 27,7 pour la région Centre-Val de Loire et 26,4 pour la France hexagonale).

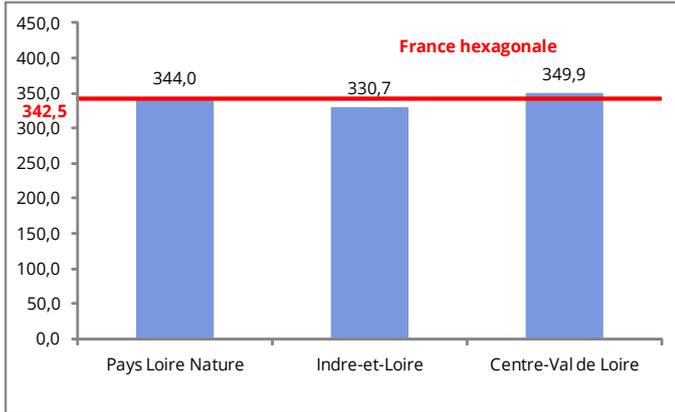
Le cancer du sein constitue la première cause de mortalité féminine par cancers sur le territoire. Au cours de la période 2003-2011, 8 décès annuels ont été recensés. Le taux de mortalité par cancer du sein sur le territoire, est de 40,0 décès pour 100 000 femmes ; c'est-à-dire un taux non significativement différent de ceux observés sur le département (31,5) sur la région (32,8) ou en France (31,8).

Le cancer de la prostate est la deuxième cause de cancer chez les hommes sur le territoire. Il est responsable de 6 décès annuel au cours de la période. À structure d'âge égale, le taux comparatif de mortalité par cancer de la prostate du pays Loire Nature (27,9 pour 100 000) n'est pas significativement plus élevé que ceux des autres territoires de référence (33,1 pour l'Indre-et-Loire, 33,5 pour la région Centre-Val de Loire et 29,1 pour la France hexagonale).

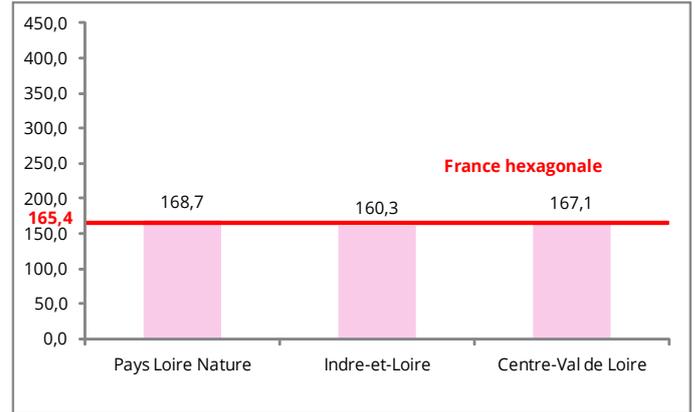


TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR CANCER (2003-2011)

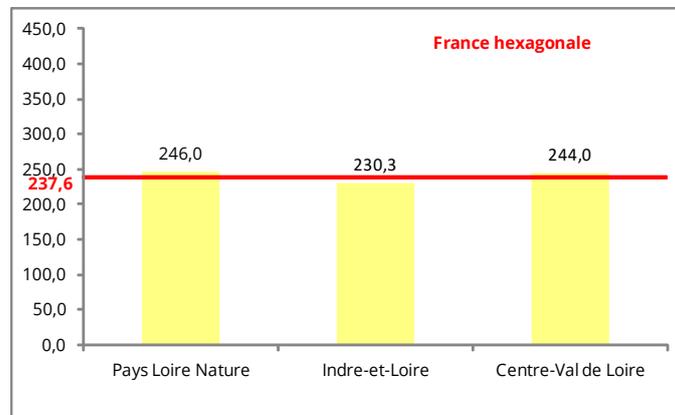
Hommes



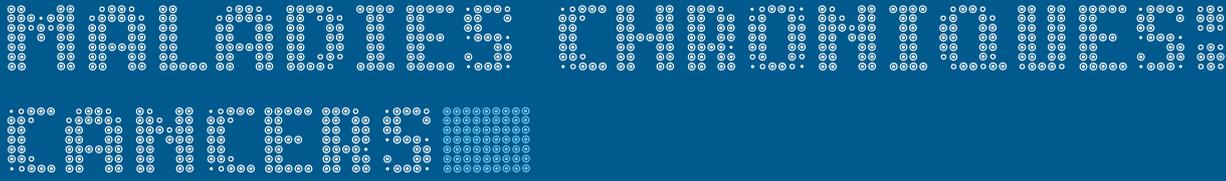
Femmes



Deux sexes



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



Admissions en affection de longue durée (ALD)

Entre 2005 et 2013, 13 317 nouvelles admissions annuelles en ALD pour tumeurs malignes sont recensées en région Centre-Val de Loire. À l'échelle du territoire, elles représentent en moyenne 200 nouvelles admissions par an (109 chez les hommes et 90 chez les femmes).

Le taux comparatif d'admission en ALD pour cancers est de 499,3 nouvelles admissions en ALD cancers pour 100 000 habitants du Pays. Ce taux est proche de ceux observés dans le département (489,6) dans la région (496,1) et en France (493,8).

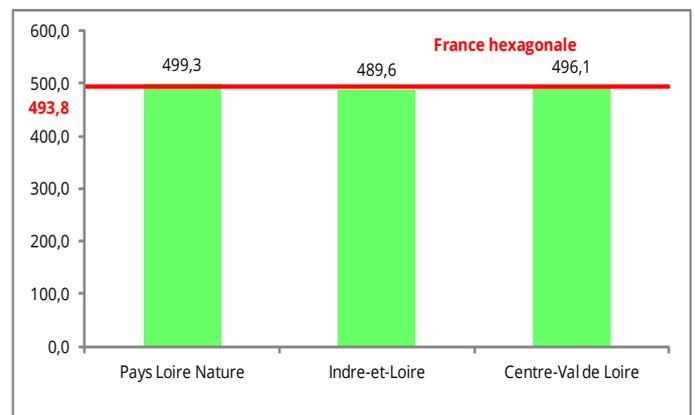
Avec 42 nouvelles admissions par an, le cancer du sein occupe le premier rang en termes d'admissions ALD pour cancers sur le territoire. Le taux comparatif pour le pays Loire Nature est de 183,6 admissions en ALD pour cancer du sein pour 100 000 femmes, soit un taux statistiquement identique à ceux observés au niveau de l'Indre-et-Loire (196,7), de la région Centre Val-de-Loire (184,2) et de la France hexagonale (180,4).

Le cancer de la prostate est le deuxième motif d'admission en ALD pour cancers sur le territoire d'étude (en moyenne 36 nouvelles admissions par an). Sur la période 2005-2013, le taux comparatif pour le territoire est de 156,4 pour 100 000 hommes, soit un taux statistiquement similaire à ceux observés sur le département (153,2), la région (155,8) et la France hexagonale (157,3).

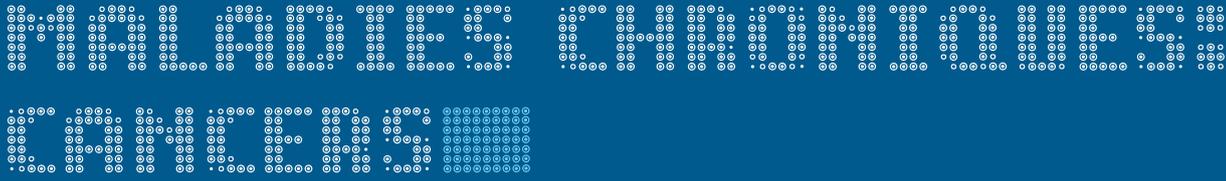
S'agissant du cancer colorectal, 21 nouvelles admissions annuelles sont comptabilisées sur le pays Loire Nature. Le taux comparatif est de 48,1 pour 100 000 habitants (deux sexes confondus). Ce taux diffère selon le sexe : 37,7 chez les femmes et 61,7 admissions pour 100 000 personnes chez les hommes sur le territoire du Pays.

Sur la période 2005-2013, les cancers de la trachée, des bronches et des poumons ont été responsables de 19 nouvelles admissions annuelles en ALD, en moyenne. Le taux comparatif (deux sexes confondus) est de 41,4 pour 100 000 personnes. Ce taux ne diffère pas significativement des taux observés sur les territoires de référence, qui sont respectivement de 39,0, 38,7 et 40,7 pour le département, la région et la France. Mais ces taux varient selon les sexes (23,5 chez les femmes et 60,7 chez les hommes du pays Loire Nature).

TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR CANCERS (2005-2013)



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



Patients hospitalisés

Entre 2011 et 2013, 40 280 patients hospitalisés pour cancers (hors radiothérapie ambulatoire) ont été enregistrés chaque année en région Centre-Val de Loire, 10 913 dans l'Indre-et-Loire et 719 sur le Pays. En éliminant les effets liés à la structure par âge, le taux comparatif de patients hospitalisés pour cancers sur le territoire d'étude est de 1806,4 patients pour 100 000 habitants. Ce taux est similaire à celui observé sur le département (1 785,2) mais significativement supérieur au taux régional (1 486,0).

Sur le territoire d'étude, le cancer colorectal est responsable de 345 patients hospitalisés chaque année, entre 2011 et 2013. Le taux comparatif de patients hospitalisés pour cancer colorectal est de 853,6 patients hospitalisés pour 100 000 habitants sur le Pays. Ce taux est similaire à celui observé sur le département (834,9) mais statistiquement supérieur à celui observé sur la région (735,2).

Entre 2011 et 2013, 73 patientes hospitalisées pour cancer du sein ont été enregistrées chaque année sur le pays Loire Nature, ce qui constitue le second motif de recours à l'hospitalisation pour cancer après le cancer colorectal. En éliminant les effets liés à la structure par âge, le taux comparatif de patientes pour cancer du sein est de 359,6 patientes pour 100 000 femmes, soit un taux inférieur à celui observé aux niveaux départemental (429,1) et régional (404,0).

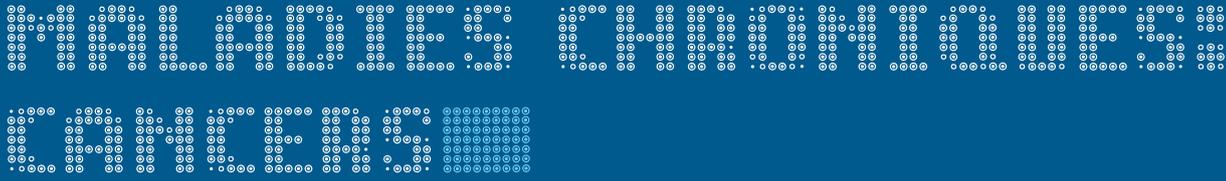
Le cancer de la prostate représente 53 patients hospitalisés par an. À structure d'âge égal, le taux comparatif est de 266,7 patients pour 100 000 hommes, soit un taux qui ne diffère pas statistiquement de ceux des autres territoires (265,1 pour le département et 297,1 pour la région).

Le cancer du poumon représente 57 patients hospitalisés chaque année sur le territoire, soit un taux comparatif de 142,2 patients hospitalisés pour 100 000 habitants. Cette proportion est similaire à celles observées sur le département (131,0) et sur la région (126,8).

TAUX COMPARATIF DE PATIENTS HOSPITALISÉS TOUTS CANCERS* [2011-2013]



SOURCES : PMSI, ARS CENTRE-VAL DE LOIRE, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
POPULATION DE RÉFÉRENCE : CENTRE-VAL DE LOIRE (RP 2006)
*HORS RADIOTHÉRAPIE AMBULATOIRE



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, 3 634 femmes 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 68,1 %. Ce taux est comparable à celui observé sur le département (67,2 %) mais supérieur à celui de la région (63,0 %).

Les taux au sein des différentes communautés de communes varient entre 60,5 % pour la communauté de communes de Racan et 70,6 % pour la communauté de communes de Gâtine et Choissilles.

Le dépistage organisé du cancer colorectal est destiné aux personnes âgées de 50 à 74 ans, invitées tous les deux ans à réaliser un test de présence de sang dans les selles (test immunologique depuis le printemps 2015, test Hémocult auparavant).

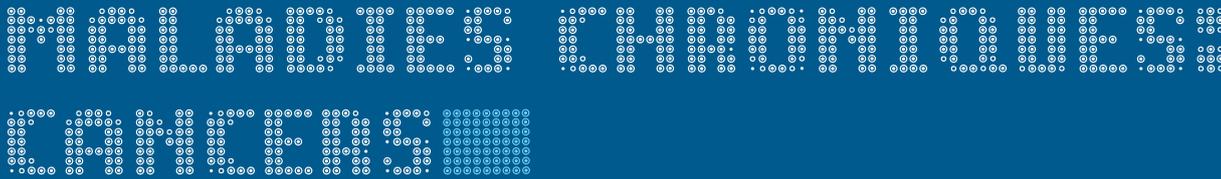
Au cours de la période 2012-2013, 3 496 personnes du territoire ont participé au dépistage organisé du cancer colorectal, soit un taux de participation de 32,3 %. Ce taux est globalement similaire à celui observé au niveau de la région Centre-Val de Loire (32,8 %) mais inférieur à celui observé au sein du département (34,1 %).

Au sein du Pays, il y a des variations allant de 29,3 % de dépistages organisés pour la communauté de communes de Racan contre 36,8 % pour la communauté de communes de Gâtine et Choissilles.

TAUX DE PARTICIPATION AU DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN ET DU CANCER COLORECTAL (2012-2013)

	Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein	Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal
CC de Gâtine et Choissilles	70,6 %	36,8 %
CC de Racan	60,5 %	29,3 %
CC Touraine Nord Ouest	68,5 %	30,5 %
pays Loire Nature	68,1 %	32,3 %
Indre-et-Loire	67,2 %	34,1 %
Centre-Val de Loire	63,0 %	32,8 %

SOURCE : ARS CENTRE-VAL DE LOIRE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



Ressources disponibles sur le territoire

En partenariat avec **la Ligue contre le cancer**, une séance d'une heure par semaine d'activités physique adaptées est organisée au CHRU Bretonneau à Tours pour les personnes en traitement ou en rémission de cancer. Les activités proposées sont la gym douce, la relaxation, le renforcement musculaire et la marche avec bâtons.

Les objectifs de ces séances sont :

- Améliorer les capacités physiques,
- Diminuer les douleurs articulaires,
- Diminuer la fatigue,
- Diminuer le stress,
- Améliorer la confiance en soi,
- Développer des liens sociaux.

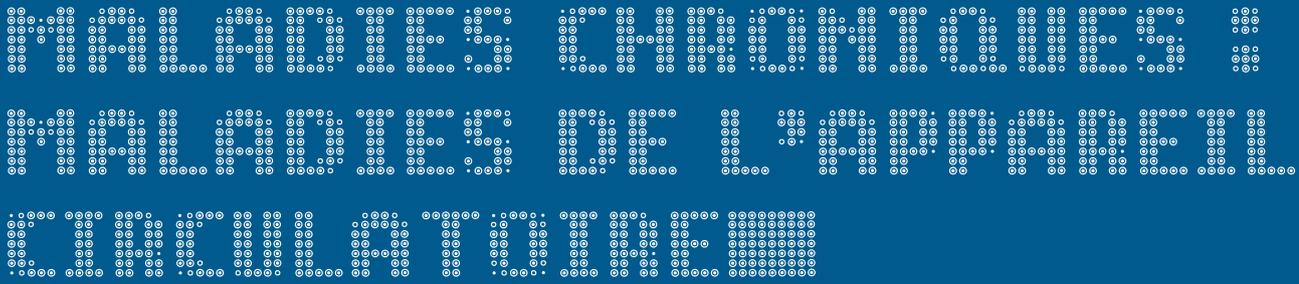
Le **réseau Oncologie 37**, situé à Chambray-lès-Tours, travaille en collaboration avec toutes les structures et établissements des champs sanitaire, administratif et social. Il apporte également un soutien aux professionnels, notamment libéraux, pour mener des actions de sensibilisation et d'information. Il contribue à l'amélioration des prises en charge des patients touchés par le cancer et de leurs proches. Il coordonne le parcours de soins et l'appui aux professionnels (premier recours, lien ville-hôpital/établissements, structures...) ainsi que les acteurs impliqués dans les prises en charge et le partage de l'information. Les missions spécifiques d'Oncologie 37 est l'analyse des situations complexes des personnes malades, l'identification des besoins et des acteurs, la coordination du parcours et

des intervenants et le partage de l'information. Il anticipe les risques et complications dans les maintiens à domicile, prend en compte des difficultés dans une vision globale et oriente vers les soins de support adaptés pour les personnes malades et leur entourage. Enfin, il participe à des groupes de travail dans une visée d'amélioration des pratiques professionnelles (Oncocentre, Omédit Centre, ERERC Val de Loire...).

Un partenariat avec un professeur de Pilates indépendant sera mis en place fin 2016 pour un début d'activité en 2017 à Château-la-Vallière. Le Pilates est une activité de renforcement musculaire profond qui est adaptée aux pathologies des patients. Cette activité physique a pour but d'améliorer la qualité de vie des patients en diminuant les douleurs et la fatigue et en améliorant la gestion de leur mobilité.

Enfin, le réseau Oncologie 37 propose sur le département de l'Indre-et-Loire des soins de support :

- Activité sportive
- Acupuncture
- Art-thérapie
- Diététique
- Méditation
- Pédicure/podologie
- Psychologie
- Psychomotricité



Mortalité par maladies cardiovasculaires

Au cours de la période 2003-2011, les maladies cardiovasculaires ont été responsables de près de 6 725 décès annuels en région Centre-Val de Loire. Ils représentent 27,8 % de l'ensemble des décès survenus en région sur cette même période. La mortalité pour cette cause de décès en région Centre-Val de Loire est comparable à la moyenne nationale.

À l'échelle du territoire, 101 décès sont recensés (48 chez les hommes et 53 chez les femmes) représentant 29,0 % 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 234,4 décès pour 100 000 personnes, ce qui est significativement supérieur au département (199,0 décès pour 100 000 habitants) et globalement similaire à la région (224,4) et à la France hexagonale (229,1).

Chez les hommes comme chez les femmes, ce taux comparatif de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire du Pays est significativement supérieur aux taux observés sur le département mais globalement similaire aux taux observés sur la région.

Les cardiopathies ischémiques et les maladies vasculaires

cérébrales représentent les premières causes de mortalité par maladie de l'appareil circulatoire. Ces pathologies comptent respectivement 23 et 21 décès annuels en moyenne sur le territoire et pour la même période.

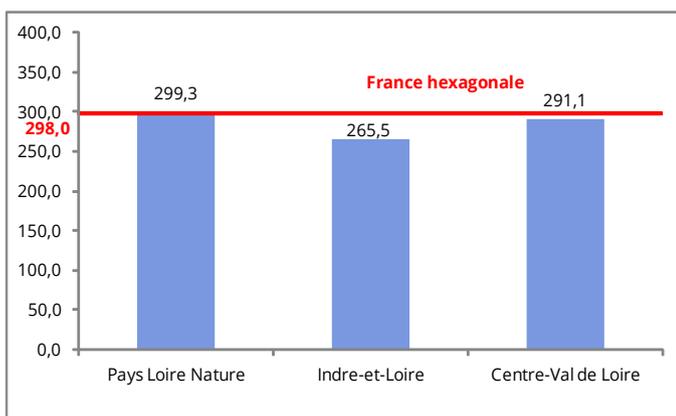
Le taux comparatif de mortalité par cardiopathies ischémiques est de 53,0 pour 100 000 personnes (deux sexes confondus). Ce taux est globalement similaire à celui observé sur l'Indre-et-Loire (49,6) mais significativement inférieur à celui observé sur la région (60,8).

Pour les maladies vasculaires cérébrales, le taux comparatif de mortalité est de 48,8 sur le pays Loire Nature, ce qui n'est pas significativement différent de ceux observés dans le département (45,6) et dans la région (50,6).

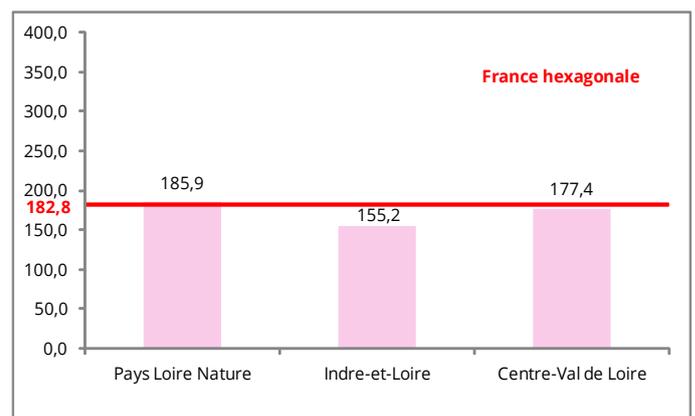
Les décès prématurés (décès survenant avant 65 ans) liés aux maladies de l'appareil circulatoire représentent en moyenne 7 décès annuels sur le territoire, soit un taux comparatif de mortalité de 21,9, non significativement différent de ceux observés sur le département ou la région Centre-Val de Loire. En prenant les cardiopathies ischémiques et les maladies vasculaires cérébrales séparément, on n'observe pas non plus de différence par rapport aux autres territoires de référence.

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE (2003-2011)

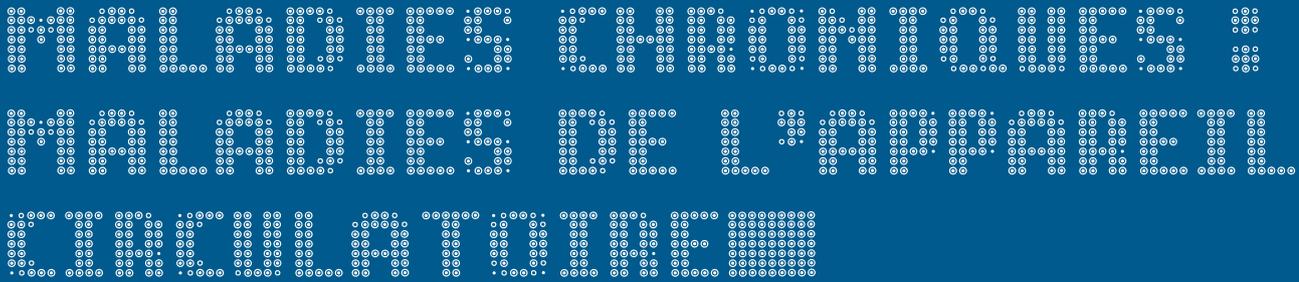
Hommes



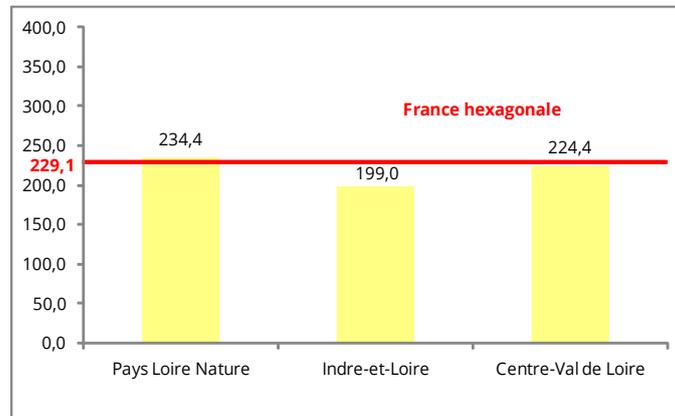
Femmes



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



Deux sexes



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

Admissions en affection de longue durée (ALD)

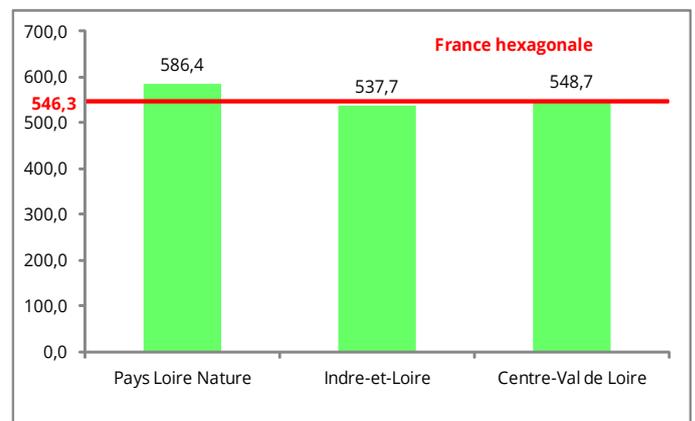
Au cours de la période 2005-2013, près de 15 140 nouvelles admissions annuelles en ALD pour maladies cardiovasculaires ont été recensées en région Centre-Val de Loire.

Au niveau du pays Loire Nature, elles représentent 237 nouvelles admissions par an en moyenne (146 chez les hommes et 91 chez les femmes). Le taux comparatif d'admission en ALD pour maladies cardiovasculaires est de 586,4 pour 100 000 personnes sur le territoire (deux sexes confondus). Ce taux est significativement supérieur à ceux du département (537,7), de la région (548,7) et de la France (546,3).

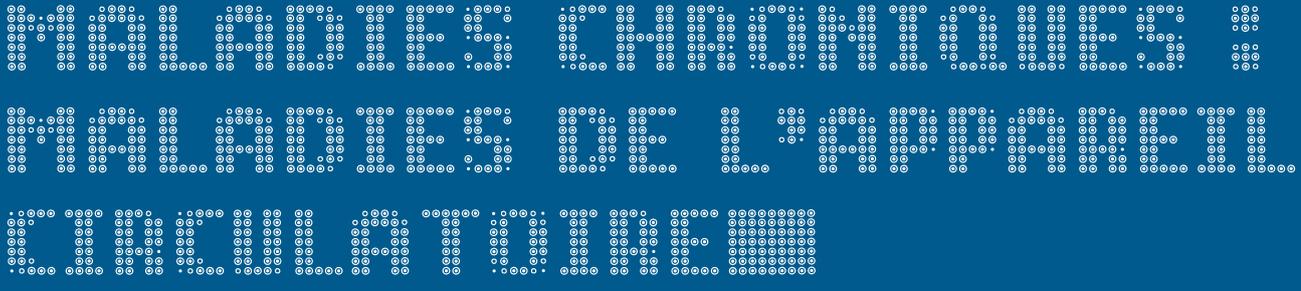
L'indicateur présenté ici prend en compte 4 codes de la liste des 30 ALD (1 : accident vasculaire cérébral invalidant, 3 : artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques, 5 : insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves, 13 : maladie coronaire). À 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 39,3 % des ALD maladies cardiovasculaires sur le territoire. Pour les autres, les maladies coronaires étaient responsables de 31,5 %, les artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques 15,1 % et les accidents vasculaires cérébraux invalidants 14,1 %.

TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR MALADIES CARDIOVASCULAIRES (2005-2013)



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

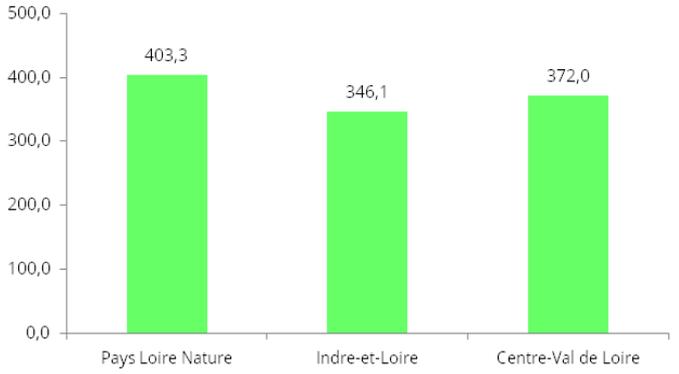


Patients hospitalisés

Entre 2011 et 2013, 10 081 patients hospitalisés pour cardiopathies ischémiques ont été enregistrés chaque année en région Centre-Val de Loire. Dans l'Indre-et-Loire, ce motif représente 2 121 patients hospitalisés chaque année et 159 sur le territoire d'étude.

En éliminant les effets liés à la structure par âge, le taux comparatif de patients hospitalisés pour cardiopathies ischémiques est de 403,3 patients hospitalisés pour 100 000 habitants sur le territoire d'étude. Ce taux est supérieur à celui observé sur le département (346,1) mais ne diffère pas statistiquement de celui observé sur la région (372,0).

TAUX COMPARATIF DE PATIENTS HOSPITALISÉS POUR CARDIOPATHIE ISCHÉMIQUE (2011-2013)



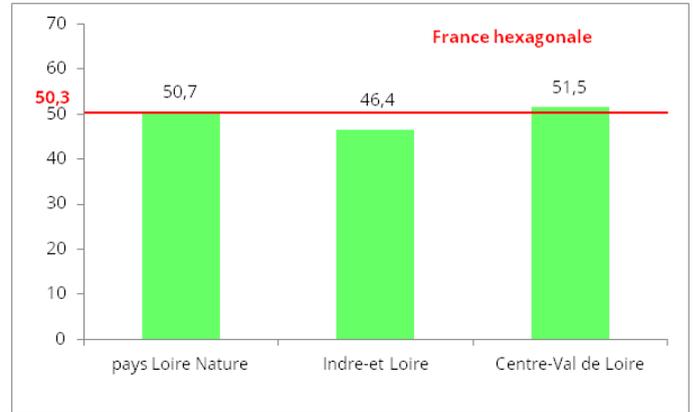
POPULATION DE RÉFÉRENCE : CENTRE-VAL DE LOIRE (RP 2006)
SOURCES : PMSI, ARS CENTRE-VAL DE LOIRE, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Mortalité par diabète

Au cours de la période 2003-2011, le diabète est une cause imputable de 1 509 décès par an sur la région Centre-Val de Loire, de 305 décès annuels dans l'Indre-et-Loire et de 21 décès annuels sur le Pays.

En éliminant les effets liés à l'âge, le taux comparatif de mortalité par diabète est de 50,7 décès pour 100 000 personnes pour le pays Loire Nature (deux sexes confondus). Ce taux n'est pas statistiquement différent de ceux observés aux niveaux départemental (46,4) et régional (51,5). Le taux comparatif de mortalité des hommes est de 72,9 et celui des femmes est de 33,9 décès pour 100 000 personnes. Ces taux ne sont pas significativement différents de ceux observés aux niveaux du département et de la région.

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR DIABÈTE* [2003-2011]



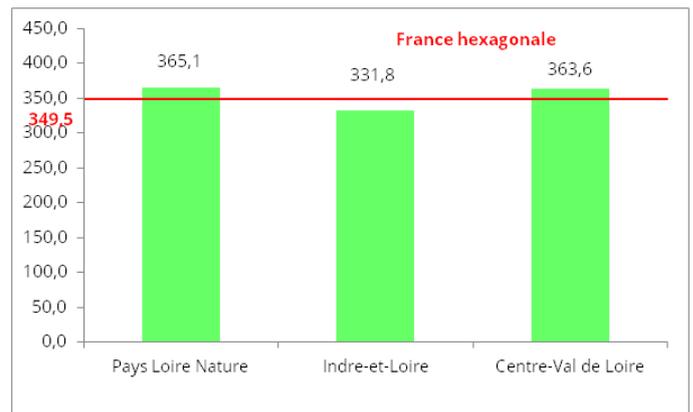
*CAUSE INITIALE, ASSOCIÉE ET COMORBIDITÉ DE DÉCÈS
 SOURCES : INSERM CÉPIDC, INSEE
 EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
 RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)
 TAUX POUR 100 000 HABITANTS

Admissions en affection de longue durée (ALD)

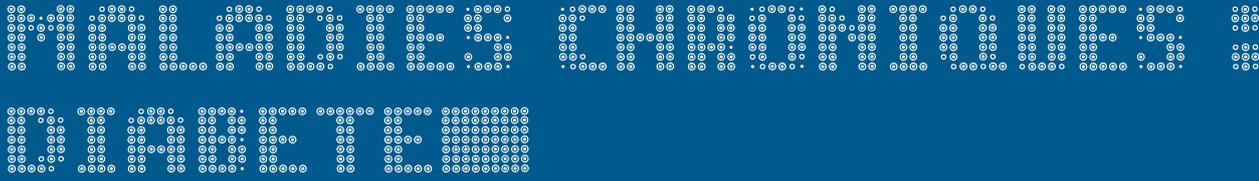
Au cours de la période 2005-2013, 9 668 nouvelles admissions ALD pour diabète ont été recensées en moyenne par an en région Centre-Val de Loire. À l'échelle du territoire, elles représentent 145 nouvelles admissions par an au cours de cette même période (84 chez les hommes et 61 chez les femmes).

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 365,1 admissions pour 100 000 personnes. Ce taux est statistiquement supérieur à celui du département (331,8) mais globalement similaire à celui de la région (363,6).

TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR DIABÈTE DE TYPE 1 ET 2 [2005-2013]

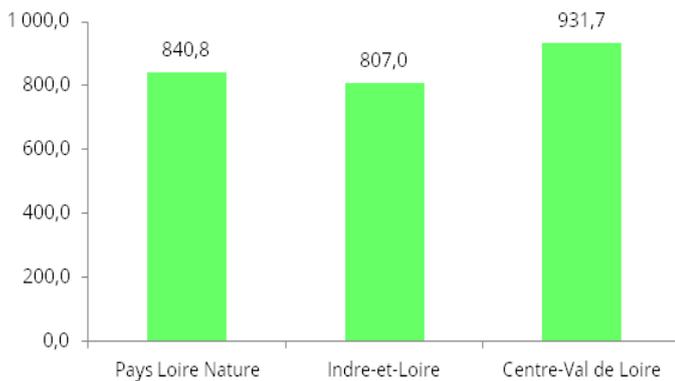


SOURCES : CNAITS, CCMSA, RSI, INSEE
 EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
 RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)
 TAUX POUR 100 000 HABITANTS



Patients hospitalisés

TAUX COMPARATIF DE PATIENTS HOSPITALISÉS POUR OU AVEC DIABÈTE (2011-2013)

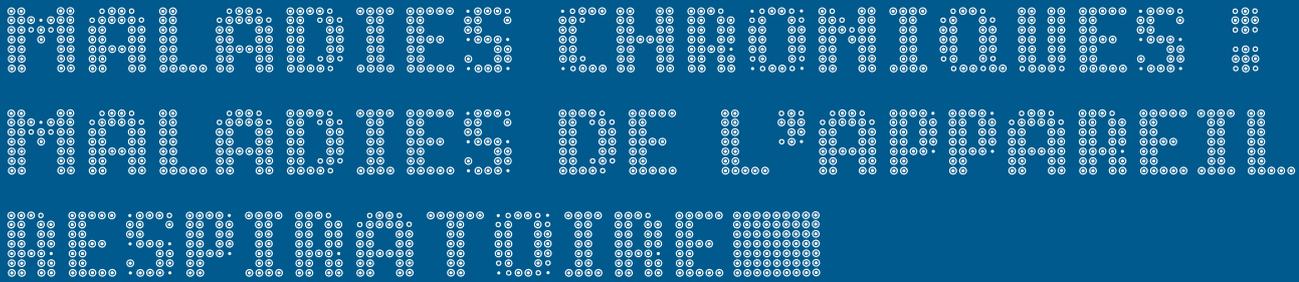


SOURCES : PMSI, ARS, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
POPULATION DE RÉFÉRENCE : CENTRE-VAL DE LOIRE (RP 2006)

Entre 2011 et 2013, 25 378 patients hospitalisés pour diabète ont été recensés chaque année en région Centre-Val de Loire. Dans l'Indre-et-Loire, cela représente 4 956 patients par an et 329 sur le territoire d'étude.

À structure d'âge égal, le taux comparatif de patients hospitalisés pour diabète est de 840,8 patients hospitalisés pour 100 000 habitants sur le territoire d'étude. Ce taux est statistiquement inférieur à celui observé au niveau de la région (931,7) mais similaire à celui observé au niveau du département (807,0).

Cependant le taux comparatif de patients hospitalisés pour diabète varie selon les sexes. En effet, chez les hommes, ce taux est de 1 054,3 patients pour 100 000 hommes et de 658,7 pour 1 000 femmes sur le pays Loire Nature. Ces deux taux sont strictement inférieurs à ceux observés au niveau de la région mais ne diffèrent pas de ceux observés à l'échelle départementale.

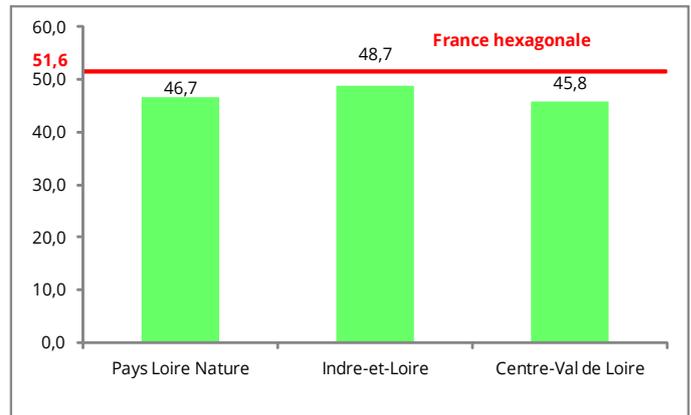


Mortalité par maladies de l'appareil respiratoire

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

Ces maladies représentent localement 20 décès en moyenne par an sur la période 2003-2011, soit un taux comparatif de mortalité de 46,7 décès pour 100 000 habitants. Ce taux est statistiquement proche de ceux observés sur les territoires de référence (respectivement 48,7 pour l'Indre-et-Loire 45,8 pour la région et 51,6 pour la France hexagonale).

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE (2003-2011)



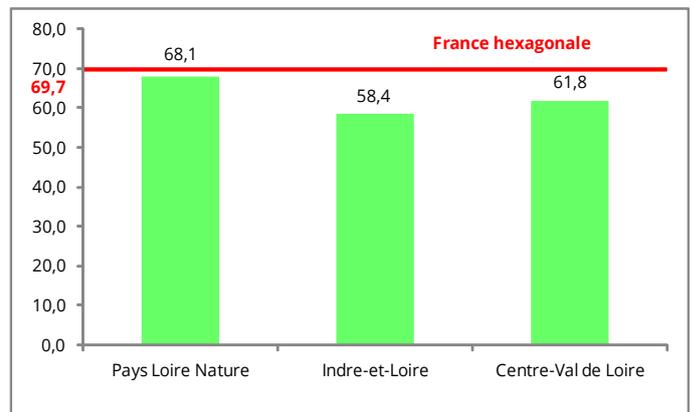
SOURCES : INSERM CÉPIDC, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

Admissions en affection de longue durée (ALD)

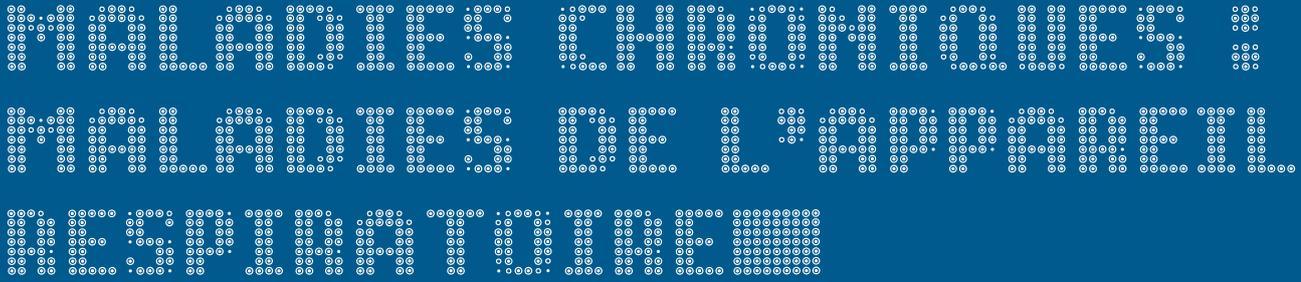
Au cours de la période 2005-2013, l'insuffisance respiratoire a été responsable de plus de 2 075 nouvelles admissions en ALD par an en région Centre-Val de Loire (354 par an sur le département et 28 sur le Pays).

Sur le territoire, le taux comparatif d'admissions en ALD pour insuffisance respiratoire chronique est de 68,1 pour 100 000 habitants (deux sexes confondus), soit un taux globalement similaire à ceux observés dans la région (61,8) et en France (69,7) mais supérieur à celui observé au niveau départemental (58,4).

TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE GRAVE (2005-2013)



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

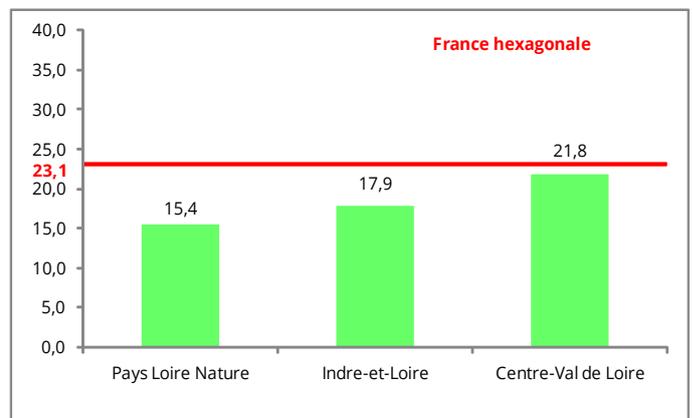


Asthme et broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)

Au cours de la période 2005-2013, 6 nouvelles admissions en ALD pour asthme ont été comptabilisées chaque année en moyenne sur le pays Loire Nature. L'asthme correspond au deuxième motif d'admissions ALD pour maladie de l'appareil respiratoire derrière la BPCO, soit 23,0 % (contrairement où sur la Région et la France, il correspond au premier motif avec respectivement 26,7 % et 32,8 %).

Le taux comparatif d'admissions en ALD pour BPCO sur le pays Loire Nature est de 15,4 nouvelles admissions pour 100 000 personnes, soit un taux proche de celui du département (17,9) mais significativement inférieur à ceux de la région (21,8) et de la France (23,1).

TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR BPCO [2005-2013]



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



Synthèse des rencontres avec les professionnels

Les professionnels rencontrés constatent le développement de maladies chroniques en lien avec le vieillissement de la population et les changements de mode de vie. C'est par exemple le cas du diabète, dont l'augmentation est la conséquence du surpoids, de l'obésité, du manque d'activité physique et de la sédentarité de la population. La problématique alimentation est encore plus prégnante pour des populations en difficulté économique qui ne disposent pas des ressources financières pour une alimentation comportant suffisamment de fruits et légumes ou de temps pour cuisiner.

Professionnel : « Dans les populations en difficulté, le surpoids c'est quand même assez effrayant mais parce que cette publicité là, 5 fruits et légumes, c'est un truc de riche hein ! »

Habitant : « Avec leurs fruits et légumes, mais après faut voir aussi les moyens financiers quoi donc euh... Après c'est bien beau, excusez-moi de l'expression, mais d'avoir de la gueule mais après faut voir aussi que les finances des gens ne sont pas toujours là ! »

Professionnel : « J'ai des images de parents en tête, entre le père qui bosse à 5 heures du mat', qu'arrive il est 16 heures, la maman qui part à 16 heures ou à midi et qui va bosser jusqu'à 23 heures enfin avec tous ces horaires en 2X8, 3X8 euh... Je pense qu'il y en a beaucoup aussi qui n'ont plus le temps matériel de préparer. »

Les aides alimentaires dont certaines populations précaires bénéficient ne leur permettent pas toujours de constituer des repas équilibrés. De plus, certaines familles n'ont tout simplement pas les moyens matériels de cuisiner et d'autres n'ont pas appris à cuisiner des fruits et légumes.

Professionnel : « À Château-la-Vallière, nous sommes relais de la Croix Rouge pour la distribution de l'aide alimentaire en complément des Restos du Cœur mais les Restos du Cœur c'est la même, c'est la même... Bon qu'est-ce qu'on leur donne ? Bah c'est on leur donne des pâtes, du riz, de la mousseline. (...) Au mois de juin, Super U nous a donné 2 palettes, je sais pas ce que c'est, 2 palettes de Kinder. Ce qui fait que pendant tout le mois de juin, on leur a donné des Kinder et alors là, en veux-tu en voilà. »

Professionnel : « Les parents savent pas faire non plus parce que moi j'ai suivi une famille à Saint-Christophe-sur-le-Nais, ils avaient, je sais plus c'est la Croix Rouge ou euh les colis alimentaires, et elle avait des palettes de pommes, y avait des poireaux enfin des légumes et à chaque fois que j'allais la voir, ça pourrissait ! »

Aux conditions de vie difficiles de ces populations s'ajoutent d'autres freins dans l'accès à la prévention et aux soins. Les aires d'accueil des gens du voyage sont éloignées des structures de soins et les personnes qui ont démarré des traitements ont généralement des suivis trop irréguliers. Des freins culturels concernent particulièrement cette population qui parle difficilement des problèmes de santé au-delà de sa communauté et recourt peu aux soins.

Professionnel : « Je suis un peu effrayé de voir ces problèmes d'obésité chez les très jeunes, les très jeunes femmes surtout, moins jeunes aussi... Quasiment tous disent avoir du diabète ou des problèmes de diabète, c'est quand même étonnant (...) C'est souvent du diabète dû à des conditions de, entre guillemets, j'aime pas trop le mot mais « mal bouffe » mais aussi dû à un manque d'exercice et une espèce de peur, de crainte de notre population d'affronter les problématiques santé. »

Professionnel : « On a la chance de retrouver des cellules familiales solides contrairement à nous les sédentaires, eh bien on va parler de la problématique du diabète entre nous. On va pas l'étaler devant tout le monde. Donc comprendre sa maladie, comprendre quelle sorte de diabète, se rendre dans les structures de soins, déjà là, c'est un gros gros travail. »

Les professionnels mentionnent aussi les difficultés de mener des actions de prévention auprès de cette population. Certains outils de prévention utilisés en population générale se révèlent inadaptés du fait de l'illettrisme important dans cette population.

Professionnel : « Lorsqu'on a affaire à une population qui si je ne me trompe à 75%, à 82 % est illettrée, ça présente des difficultés pour notamment mettre en place un partenariat ciblé et de vulgariser des outils de prévention envers ces personnes (...) Parce que de distribuer des plaquettes avec justement : manger 5 fruits et légumes ça ça me fait beaucoup rire. »

Les acteurs de prévention spécialisés ne sont pas situés sur le pays Loire Nature et sont très sollicités par différentes associations et, de ce fait, pas toujours disponibles pour réaliser des actions de terrain sur les aires d'accueil. Les professionnels pointent le financement insuffisant des actions de prévention, que ce soit d'ailleurs pour le diabète ou d'autres maladies chroniques.

Professionnel : « On a fait une expérimentation de prévention autour de l'alimentation, ça a été refusé par l'IRSA cette année, mais... Bon faute de moyens aussi, voilà ça c'est important quand même, parce qu'on nous demande de faire de la prévention avec pas beaucoup de moyens, et les partenaires des foires



ils donnent des priorités »

Professionnel : « Orientons vers l'activité physique, vers une alimentation saine, ben oui ! Mais moi je demande : et comment ? Comment lorsqu'on a une association qui interagit au niveau départemental avec un éducateur sportif pour x structures ? C'est énorme ! On est obligé, les normes, les normes sécurité, physiologiques tout ce qu'on veut, on est obligé d'avoir un professionnel, mais le professionnel y en a pas, y en a un pour je sais pas combien d'associations. »

Professionnel : « On a fait des soupes, l'équilibre alimentaire par des soupes, on est allé au marché, on a acheté des légumes, on a travaillé la fabrication de la soupe, on a ramené la soupe sur les aires d'accueil... On n'est pas financé pour ça ! »

Quant aux cancers, les professionnels relèvent une bonne coordination des professionnels dans le cadre du réseau de cancérologie. Les professionnels intervenant auprès de ces patients communiquent généralement bien et n'hésitent pas à mobiliser les ressources de leurs partenaires comme pour les situations de fin de vie, où l'équipe mobile de soins palliatifs se déplace à domicile sur tout le département.

Professionnel : « Toutes les situations de fin de vie qui sont compliquées à domicile, qu'il y ait une HAD ou pas, un Ssiad, on travaille en collaboration, d'ailleurs on se connaît bien, et on fait appel à l'équipe d'appui quand on voit que ça devient trop compliqué pour les aidants, pour les soignants, pour avoir un soutien et permettre une fin de vie digne. »

Sur les prises en charge à domicile, des professionnels relèvent des difficultés plus particulièrement pour les patients jeunes en perte d'autonomie qui sont en situation précaire et isolés socialement, dans la mesure où ils ne bénéficient pas de la plupart des dispositifs d'aide pour les personnes âgées.

Professionnel : « Quand on a moins de 60 ans aujourd'hui et qu'on a un cancer, qu'on est tout seul à la maison, je peux vous dire que c'est dramatique et qu'on a pas d'interlocuteur vraiment autour de la table en dehors de la MDPH... Donc c'est très compliqué, et quand on rentre pas dans structure HAD alors heureusement maintenant avec la coordination autonomie et handicap on peut faire rentrer des personnes sur des lits de Ssiad etc... Hourra parce que c'est vraiment compliqué. »

Si la prévention tertiaire est essentielle pour les patients atteints de cancers, les actions de prévention existantes sont généralement concentrées vers les centres urbains,

en l'occurrence l'agglomération de Tours, ce qui rend l'accès difficile aux personnes en perte d'autonomie ou ne disposant pas de moyens de transport. Il existe quelques modalités d'accompagnements directement à domicile pour certains patients atteints de cancer, limitées dans leur ampleur, mais qui sont très bénéfiques pour les personnes qui y accèdent.

Professionnel : « Nous, on le fait à titre exceptionnel, puisqu'on touche des prestations dérogatoires de la Sécurité sociale, c'est une enveloppe qui est à hauteur d'environ 40 000 € par an, pour tout le département et on finance les deux premières consultations de sophro, psycho, diet etc. activité physique (...) C'est vrai qu'on fait du domicile mais à titre exceptionnel. »

Professionnel : « Y a la Ligue contre le cancer qui fait des choses sur le domicile intéressantes, ils se déplacent sur de la réflexo... socioesthéticienne au domicile. Ça c'est important de dire qu'ils se déplacent au domicile, la psychologue peut aussi se déplacer au domicile sur des situations de gens qui peuvent pas se déplacer. »

Malgré ces dispositifs, les professionnels rencontrés déplorent généralement que ces actions reposent trop sur le bénévolat et ne soient pas plus soutenues financièrement, ou au moins de façon logistique. C'est par exemple le cas des ateliers d'éducation thérapeutique organisés actuellement de façon bénévole et gratuite sur le pôle de santé Léonard de Vinci, par des professionnels libéraux et salariés du département.

Professionnel : « On a mis en place un programme d'éducation thérapeutique pour toutes les personnes sur le département de l'Indre-et-Loire qui sont touchées pour le cancer du sein, quel que soit l'âge, et quel que soit le lieu de soin. (...) Ce sont des ateliers d'éducation thérapeutique pour mieux vivre sa maladie, ses traitements et mieux gérer les effets secondaires, on a commencé le programme ça va faire un an. On a intégré 170 femmes... en un an, et on n'a pas touché un centime de l'Agence régionale de santé ! (...)

Professionnel : « On a proposé d'étendre sur toutes les structures qui pourraient nous mettre des salles à disposition, donc on avait fait un courrier à toutes les municipalités l'année dernière, dans le cadre d'octobre rose, pour sensibiliser au programme, et puis l'hôpital et puis les cliniques, donc on attend de voir si on aurait une possibilité de partenariat mais... Y a des établissements qui... à mon avis, n'ont pas encore saisi l'intérêt que ça a sur du long terme. »

INDRE-ET-LOIRE

Centre-Val de Loire

France hexagonale

Densité de médecins généralistes libéraux

Offre de soins en médecine libérale

Selon le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), au 1^{er} janvier 2016, la région Centre-Val de Loire est la 1^{ère} région de France la moins dotée en médecins généralistes (libéraux, salariés et mixtes). L'Indre-et-Loire, à l'échelle des départements métropolitains, est le 29^{ème} département où l'offre est la plus forte, en opposition à la région. S'agissant de l'activité libérale, la région apparaît également au 1^{er} rang des régions métropolitaines les moins dotées en médecins généraliste derrière l'Île-de-France. L'Indre-et-Loire est, quand à lui, le 22^{ème} département métropolitain le mieux doté.

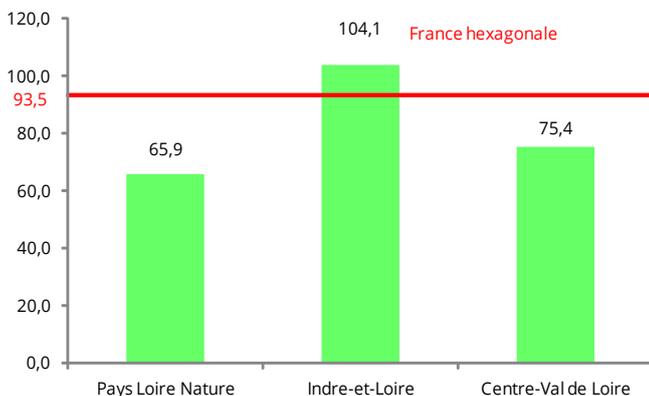
Au 1^{er} janvier 2016, le département de l'Indre-et-Loire compte 625 médecins généralistes libéraux, soit une densité de 104,1 professionnels pour 100 000 habitants. Par comparaison, la densité de médecins généralistes libéraux en région est de 75,4 professionnels pour 100 000 personnes. S'agissant du territoire d'étude, selon le RPPS au 1^{er} janvier 2016, 29 médecins généralistes libéraux sont recensés, soit une densité de 65,9 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.

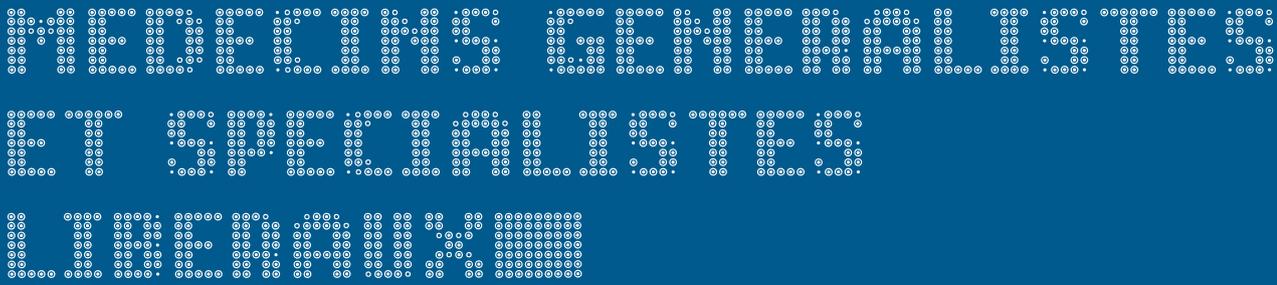
L'évolution de la démographie médicale apparaît très défavorable. Selon le Conseil national de l'ordre des médecins (Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2016), la région Centre-Val de Loire enregistre une baisse de 13 % de ses effectifs de médecins généralistes en activité régulière par rapport à 2007, alors que ces effectifs au niveau national n'ont diminué de 8 % sur la période.

On observe un vieillissement des médecins en activité sur le département comme sur d'autres territoires. En effet, 25,6 % des médecins généralistes libéraux ont plus de 60 ans et 61,1 % ont plus de 50 ans. Un quart des médecins sont donc susceptibles de partir à la retraite prochainement, sans que leur renouvellement ne soit assuré.

DENSITÉ DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX DANS LE PAYS LOIRE NATURE AU 1^{ER} JANVIER 2016

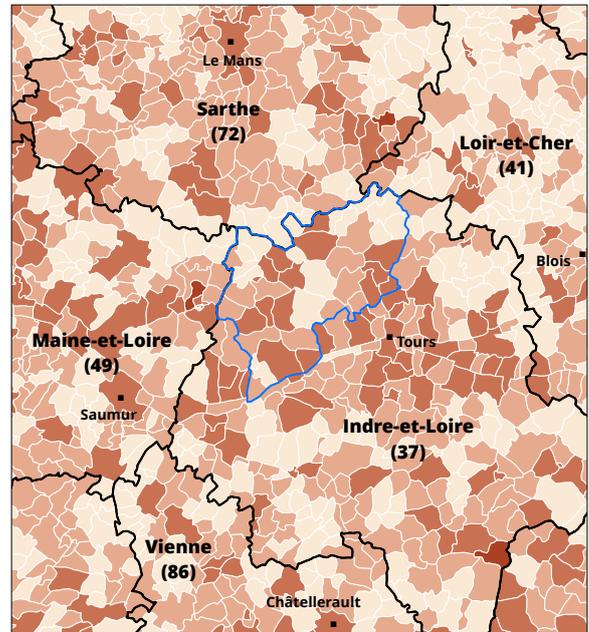


SOURCES : RPPS 2016, INSEE (RP 2013)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes libéraux

En 2013, la densité médicale de médecins généralistes, calculée à partir d'une mesure de l'offre de soins en équivalents temps plein (ETP), est de 69 ETP pour 100 000 habitants en France, hors Mayotte. À l'échelle du pays Loire Nature, 37,2 % des communes se situent dans la borne où les APL sont les plus basses (inférieures ou égales à la moitié de la moyenne nationale), 30,2 % ont des APL basses (comprises entre la moitié de la moyenne nationale et la moyenne nationale incluse) et 32,6 % des communes ont des APL élevées (supérieures à la moyenne nationale mais inférieures ou égales au double de la moyenne nationale). Aucune des communes du territoire ne se situe dans la classe aux APL les plus élevées.



Accessibilité potentielle localisée (APL) en 2013

Médecins généralistes libéraux (en ETP pour 100 000 habitants)

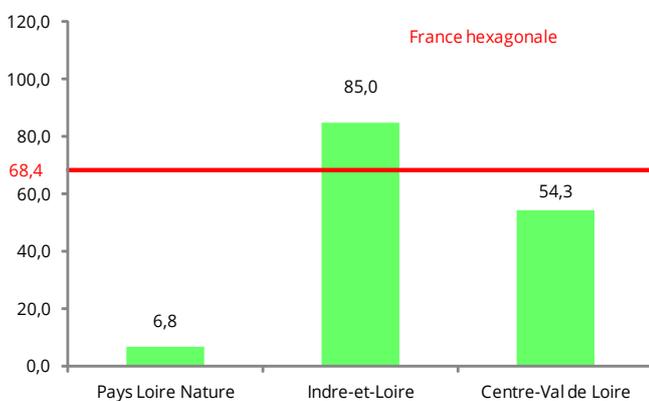


APL France entière : 69 / 100 000

Pays Loire Nature

SOURCES : DREES (SNIRAM, CNAME), INSEE RP
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

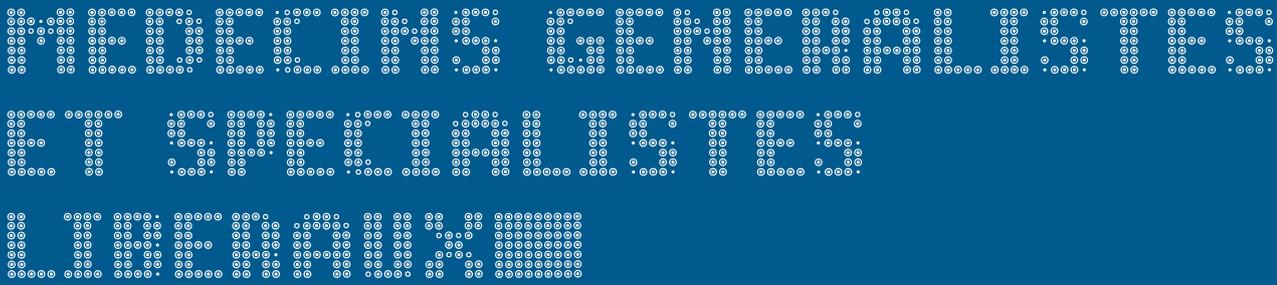
DENSITÉ DE MÉDECINS SPÉCIALISTES LIBÉRAUX DANS LE PAYS LOIRE NATURE AU 1^{ER} JANVIER 2016



SOURCES : RPPS 2016, INSEE (RP 2013)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Selon le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) au 1^{er} janvier 2016, la région Centre-Val de Loire est la 1^{ère} région de la France métropolitaine la moins dotée en médecins spécialistes (libéraux, salariés et mixtes). L'Indre-et-Loire, quant à lui, est le 12^{ème} département de France le mieux doté, pouvant s'expliquer par la présence d'un centre hospitalo-universitaire à Tours. S'agissant de l'activité libérale, la région occupe une position moyenne en comparaison à l'ensemble des régions métropolitaines (5^{ème} rang des 13 nouvelles régions les mieux dotées). L'Indre-et-Loire se situe au 13^{ème} rang des départements les mieux dotés.

Concernant les spécialistes libéraux, seuls 3 libéraux sont installés sur le territoire d'étude, soit une densité de 6,8 professionnels pour 100 000 habitants (85,0 dans l'Indre-et-Loire, 54,3 en région Centre-Val de Loire et 68,4 en France). La seule spécialité représentée est la psychiatrie. De plus l'ensemble de ces spécialistes exercent dans la communauté de communes de Gâtine et Choisses, sur la commune de Beaumont-la-Ronce, en liaison avec la clinique psychiatrique de Beaumont-la-Ronce.



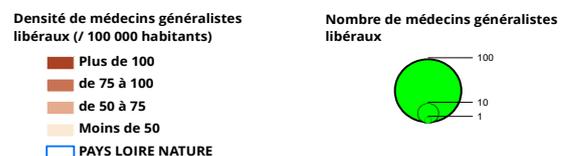
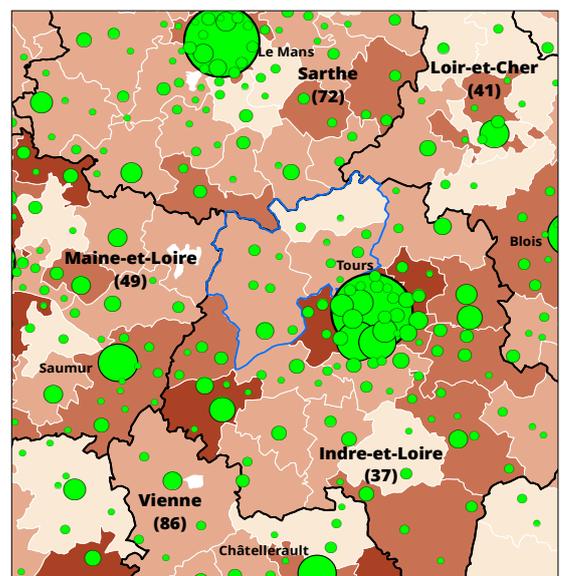
Offre de professionnels de santé libéraux sur le territoire

Au 1^{er} janvier 2016, 10 chirurgiens-dentistes sont installés sur le territoire, correspondant à une densité de 22,7 professionnels pour 100 000 habitants, dont 9 sur la communauté de communes Touraine Nord Ouest. Cette proportion est inférieure à celles observées aux niveaux du département (46,0), de la région (39,4) et de la France hexagonale (53,4).

On recense 38 infirmiers libéraux sur le pays Loire Nature. Ils sont répartis sur les trois communautés de communes : 16 sur celle de Gâtine et Choisilles, 5 sur celle de Racan, 17 sur celle de Touraine Nord Ouest. La densité d'infirmiers libéraux sur le territoire est de 86,3 pour 100 000 personnes. Cette densité est globalement inférieure à celles observées aux niveaux du département (105,8) et de la région (102,8) et très significativement inférieure à la densité observée au niveau national (174,3).

Au 1^{er} janvier 2016, sur le pays Loire Nature, on dénombre 28 masseurs kinésithérapeutes, soit une densité de 63,6 pour 100 000 habitants. Cette densité est globalement similaire à celle observée en Centre-Val de Loire (65,3) mais inférieure à celle relevée au niveau de l'Indre-et-Loire (91,0) et de la France hexagonale (104,1). C'est la communauté de commune de Gâtine et Choisilles qui est la mieux pourvue avec 16 masseurs-kinésithérapeutes, représentant 111,2 praticiens pour 100 000 habitants.

Le territoire compte 21 orthophonistes libéraux au 1^{er} janvier 2016, soit une densité de 47,7 professionnels pour 100 000 habitants, non significativement différente de celles observées sur le département (43,3) ou sur le plan national (30,1) mais significativement supérieure à celle observée en région (22,6).



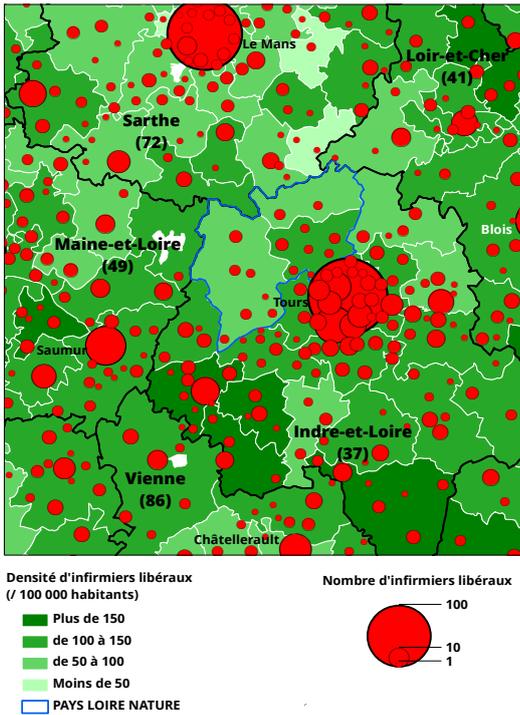
SOURCES : RPPS 2016, INSEE (RP 2013)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

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

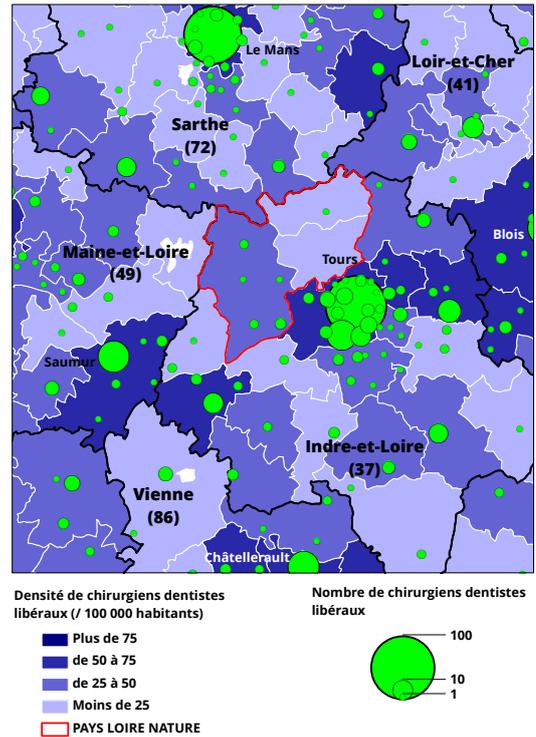
DENSITÉ DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX DANS LE PAYS LOIRE NATURE AU 1^{ER} JANVIER 2016

SOURCES : RPPS [2016], ADÉLI [2016], INSEE [RP 2013]
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

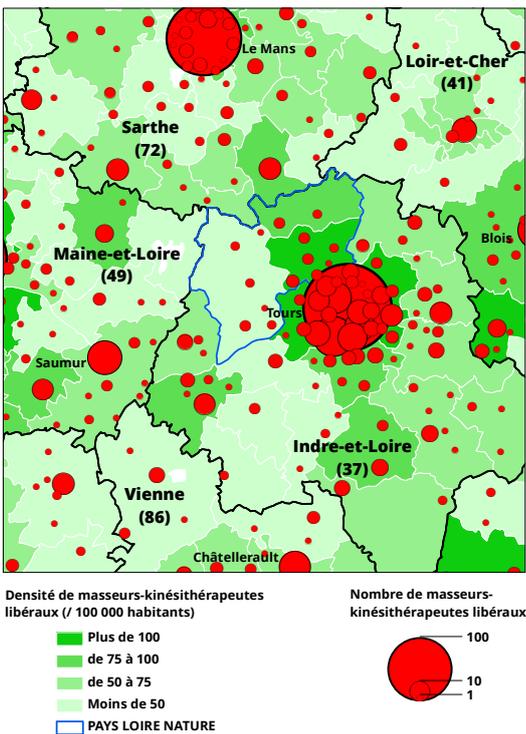
Infirmiers



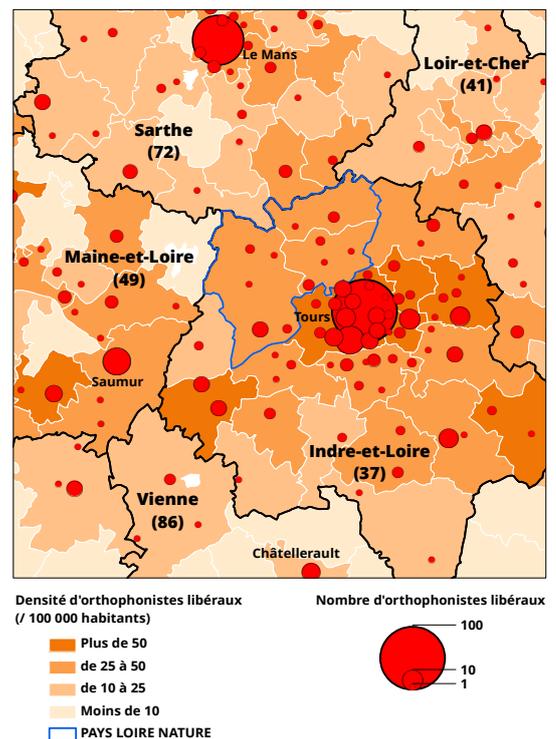
Chirurgiens-dentistes

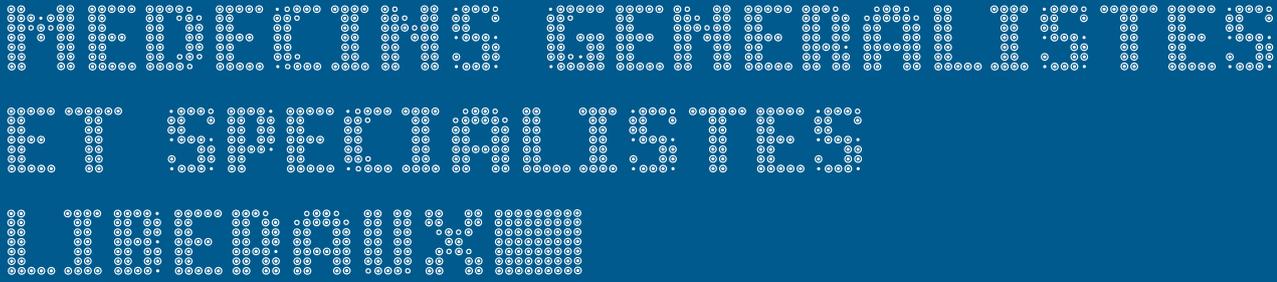


Masseurs-kinésithérapeutes



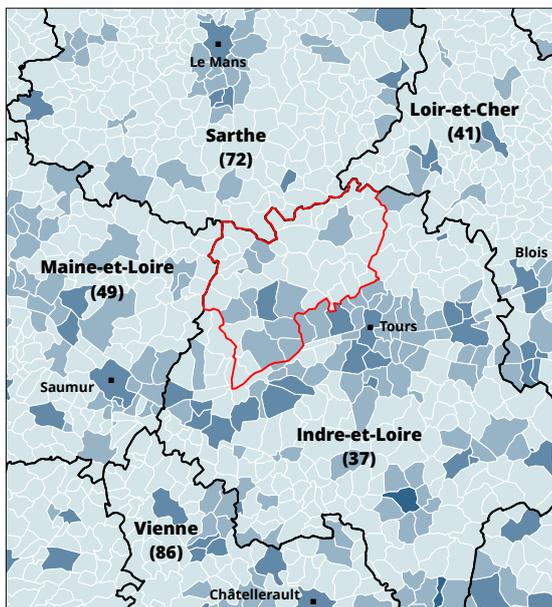
Orthophonistes





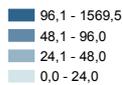
Accessibilité potentielle localisée (APL) aux professionnels de santé libéraux

Chirurgiens-dentistes



Accessibilité potentielle localisée (APL) en 2013

Chirurgiens-dentistes libéraux (en ETP pour 100 000 habitants)



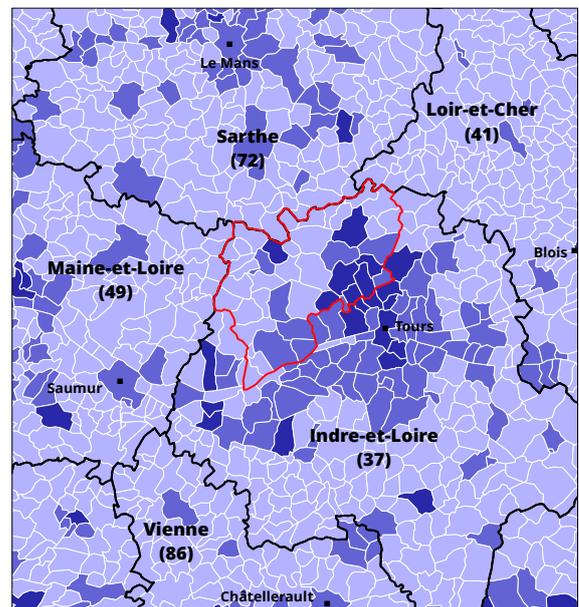
APL France
entière : 48 / 100 000

 Pays Loire Nature

SOURCES : DRESS (SNIIRAM, CNAJMS) INSEE RP
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

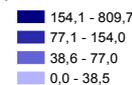
En 2013, au niveau national, l'accessibilité potentielle localisée des chirurgiens-dentistes libéraux est de 48 ETP pour 100 000 habitants. Plus des trois quarts des communes du pays Loire Nature ont une APL très basse. Neuf communes ont une APL basse et seule la commune de Cléré-les-Pins a une APL élevée (50,2 ETP pour 100 000 habitants).

Masseurs-kinésithérapeutes



Accessibilité potentielle localisée (APL) en 2013

Masseurs-kinésithérapeutes libéraux (en ETP pour 100 000 habitants)

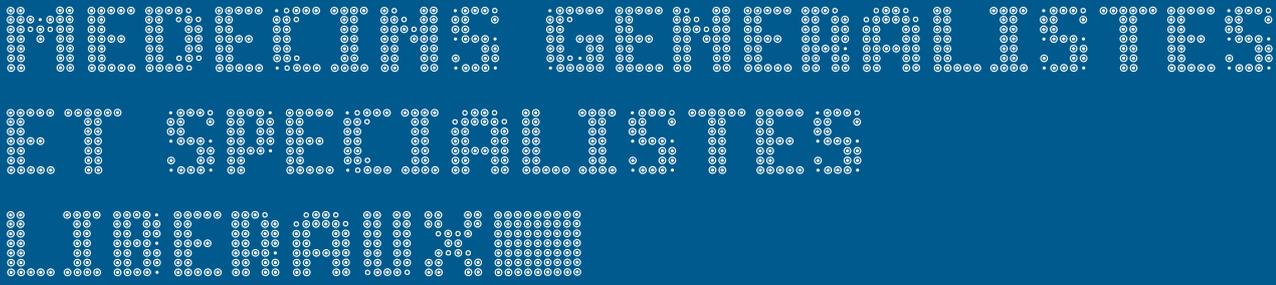


APL France
entière : 77 / 100 000

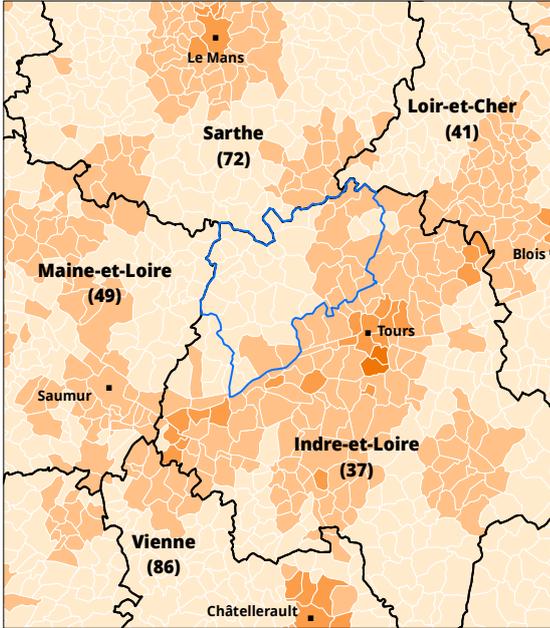
 Pays Loire Nature

SOURCES : DRESS (SNIIRAM, CNAJMS) INSEE RP
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

En 2013, la densité médicale de masseurs-kinésithérapeutes libéraux, calculée à partir d'une mesure de l'offre de soins en équivalents temps plein (ETP) est de 77 ETP pour 100 000 habitants en France. À l'échelle du pays Loire Nature, 62,8 % des communes du territoire ont des APL très basses. Neuf communes ont des APL basses (comprises entre 38,6 et 77 ETP pour 100 000 habitants). Enfin, sept communes ont des APL élevées : Couesmes : 78,5 / 100 000, Pernay : 78,8 / 100 000, Neuvy-le-Roi : 79,0 / 100 000, Saint-Antoine-du-Rocher : 92,8 / 100 000, Rouziers-de-Touraine : 93,5 / 100 000, Charentilly : 109,3 / 100 000 et Semblançay : 111,0 / 100 000.



Ophtalmologues



Accessibilité potentielle localisée (APL) en 2013

Ophtalmologues libéraux (en ETP pour 100 000 habitants)



APL France
entière : 6 / 100 000

□ Pays Loire Nature

SOURCE : DREES (SNIRAM, CNAMTS), INSEE RP 2013
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

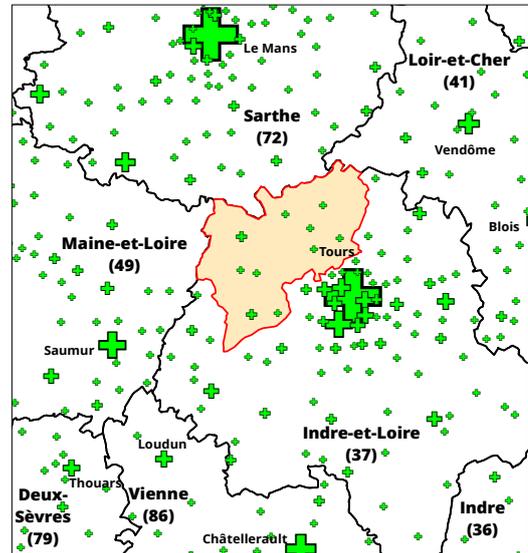
L'accessibilité potentielle localisée aux ophtalmologues libéraux en France en 2013 est de 6 équivalents temps plein pour 100 000 habitants. 67,4 % des communes du pays Loire Nature ont des APL très basses (inférieures ou égales à 3 ETP pour 100 000 habitants). Le reste des communes ont des APL basses (comprises entre 3,1 et 6 ETP pour 100 000 habitants).

Offre en pharmacie

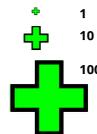
Selon le RPPS au 1^{er} janvier 2016, 14 pharmaciens libéraux sont recensés dans le pays Loire Nature, soit une densité de 31,8 professionnels pour 100 000 habitants. Cette densité est inférieure à celles observées sur le département (46,8), sur la région (43,8) et sur la France (47,6).

12 pharmacies sont situées sur le territoire (ce qui correspond à une densité officinale d'une pharmacie pour 3 538 habitants). Les pharmacies se répartissent de la façon suivante : 7 sur la communauté de communes Touraine Nord Ouest, 3 sur la CC de Gâtine et Choisses et 2 sur la CC de Racan.

NOMBRE D'OFFICINES SUR LE TERRITOIRE



Nombre d'officines



SOURCE : FINESS [EXTRACTION 17 OCTOBRE 2016]
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

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 habituelle 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'urgences 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 et de l'activité observée.

Le département d'Indre-et-Loire compte actuellement 7 secteurs :

- 1 secteur urbain : Tours et son agglomération, pour lequel la permanence des soins est assurée en quasi-totalité par l'association SOS Médecins ;
- 6 secteurs ruraux : hétérogènes quant à leur superficie et à la proportion d'habitants par médecin actif installé. Ces secteurs sont les suivants : Château-Renault, Amboise, Loches, Sainte-Maure de Touraine, Chinon et Neuillé-Pont-Pierre.

Il y a une maison médicale de garde (MMG) sur chaque secteur pour assurer les consultations par le médecin de garde en journée, les week-ends et jours fériés. Il y a également deux médecins itinérants basés sur Tours qui assurent les visites incontournables sur l'ensemble du département (hors agglomération de Tours). Ils interviennent tous les soirs du lundi au dimanche de 20h à minuit, les samedis de 12h à 20h et les dimanches et jours fériés de 8h à 20h. Sur le pays Loire Nature, la maison médicale de garde se situe à Neuillé-Pont-Pierre, cependant la permanence des soins en médecine ambulatoire a été supprimée sur le secteur. L'accès à la maison médicale est régulé par le SAMU.

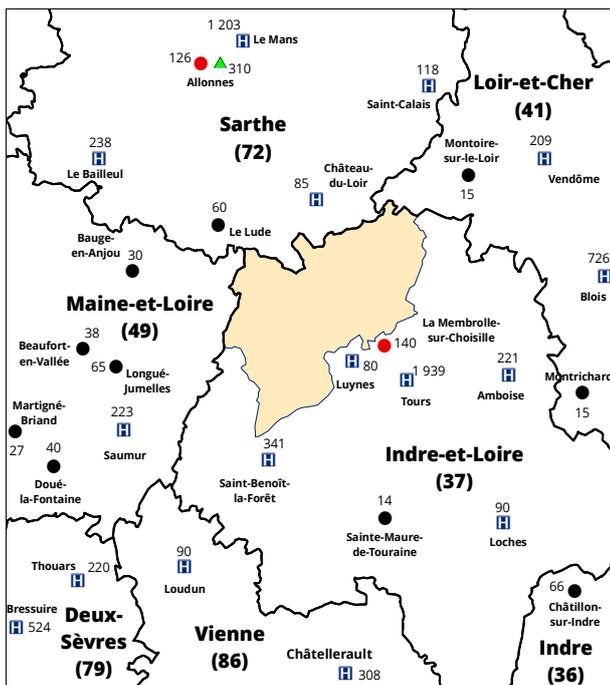
Equipements hospitaliers sur le territoire

Sur le territoire du pays Loire Nature, un seul établissement hospitalier est recensé : la clinique Val de Loire, une clinique psychiatrique située à Beaumont-la-Ronce. L'établissement peut accueillir jusqu'à 50 patients dans 43 chambres, dont 33 individuelles.

Plusieurs établissements sont cependant à proximité du territoire du pays Loire Nature :

- le centre hospitalo-universitaire de Tours ;
- le centre hospitalier de Château-du-Loir : 30 lits de médecine, 25 lits de soins de suite et 30 lits de longue durée ;
- l'hôpital François Daillon de Le Lude : 40 lits de soins de suite et 20 lits de soins de longue durée.

LOCALISATION DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET NOMBRE DE LITS D'HOSPITALISATION COMPLÈTE EN 2015

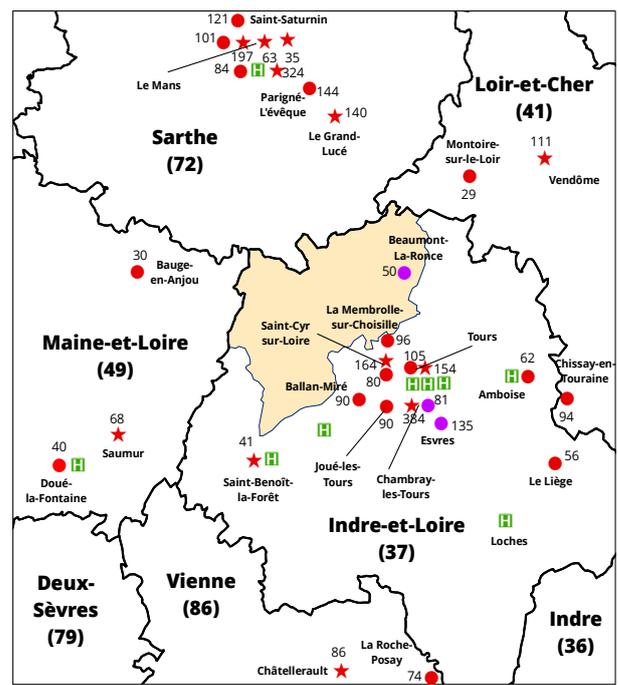


Etablissements publics de santé en 2015

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

De 15 à 1 939 : Lits installés en hospitalisation complète

LOCALISATION DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS DE SANTÉ ET NOMBRE DE LITS D'HOSPITALISATION COMPLÈTE EN 2015



Etablissements privés de santé en 2015

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

De 29 à 384 : Lits installés en hospitalisation complète

SOURCE : SAE 2015
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

SOURCE : SAE 2015
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

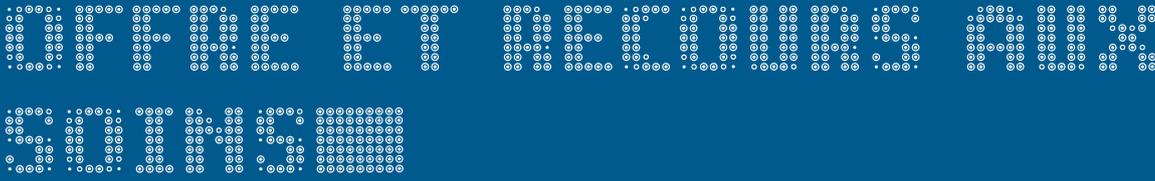


Séjours hospitaliers des habitants du pays Loire Nature

Au sein du territoire d'étude, la population a recours aux hôpitaux de l'agglomération de Tours. On retrouve cette prédominance en regardant les séjours hospitaliers des habitants du territoire qui se répartissent pour plus de 90 % sur les quatre structures suivantes :

- le CHU de Tours, représentant 40,6 % des séjours hospitaliers ;
- la clinique de l'Alliance, représentant 28,1 % des séjours hospitaliers ;
- le pôle Léonard de Vinci, pour 15,3 % ;
- la clinique Saint-Gatien pour 8,1 %.

Cela nous permet d'avoir une première vision du recours aux soins hospitaliers au sein du pays Loire Nature et de comprendre que la population a recours aux structures disponibles sur l'agglomération de Tours pour toutes les situations nécessitant une prise en charge hospitalière.



Ressources disponibles sur le territoire

L'UC-IRSA (Union des Caisses-Institut Régional pour la Santé), située à La Riche, a pour objet le développement de la médecine préventive, de la santé publique et de la promotion de la santé avec pour mission principale la réalisation d'examens périodiques de santé pour les personnes assurées au régime général de l'Assurance maladie.

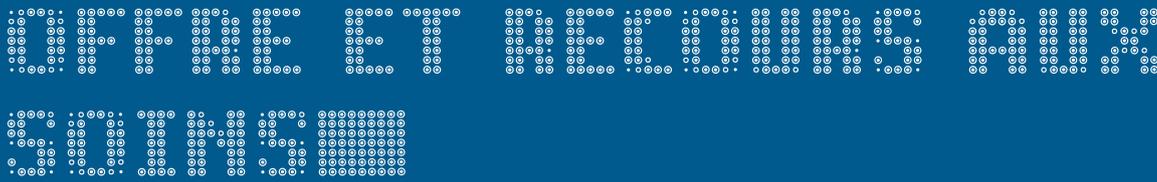
Le département projets et développement a pour mission de développer les projets de prévention de la santé sur diverses thématiques telles que la mémoire, le stress, la nutrition... par le biais de conférences, d'ateliers ou de formations auprès de professionnels ou particuliers sur l'ensemble du département de l'Indre-et-Loire notamment.

L'une des principales actions en prévention de la santé consiste dans la réalisation d'examens périodiques de santé. Ces examens sont financés par la CNAMTS et s'adressent à l'ensemble des personnes assurées au régime général de l'Assurance Maladie et plus particulièrement aux personnes éloignées des systèmes de santé et/ou en situation de précarité. L'objectif de ces examens périodiques de santé est de faire le point sur sa santé avec une équipe de professionnels de santé : médecin, infirmier, dentiste (selon les

créneaux) et être accompagné, conseillé et/ou orienté selon les besoins constatés. L'examen périodique de santé est personnalisé en fonction de ces besoins, des antécédents et des directives nationales et internationales. Il s'appuie sur des prélèvements biologiques (prise de sang et prélèvement des urines), des examens paracliniques tels que test de vision, d'audition, ECG, etc. et un examen médical avec remise commentée de résultats, échanges et orientation dans le système de santé avec comme acteur principal le médecin traitant.

Des dépistages sont proposés comme le dépistage de certaines IST (VIH, hépatites B et C, syphilis), réalisation de frottis cervico-utérin. Une consultation avec un(e) diététicien(ne), un(e) psychologue ainsi qu'avec un médecin alcoologue peut être également proposée par l'UC-IRSA à la suite de la réalisation d'un examen périodique de santé.

En 2015, l'UC-IRSA a accueilli, dans une caravane itinérante, une centaine de personnes du pays Loire Nature pour réaliser des examens périodiques de santé à Neuillé-Pont-Pierre et Langeais.



Synthèse des rencontres avec les professionnels et les habitants

La démographie des professionnels de santé libéraux du pays Loire Nature constitue une problématique importante du territoire en matière d'accès aux soins, plus ou moins prégnante selon le type de professionnels et selon les populations concernées. Les médecins généralistes et les infirmiers libéraux sont les professionnels les plus accessibles, même s'ils sont souvent regroupés sur les communes les plus importantes du territoire (Langeais, Cinq-Mars-la-Pile, Neuvy-le-Roi, Neuillé-Pont-Pierre, Château-la-Vallière notamment). L'accès aux autres professionnels de santé est généralement plus compliqué, à l'exception des communes de Langeais et Cinq-Mars-la-Pile qui bénéficient, au-delà d'un nombre conséquent de médecins généralistes, de quelques spécialistes et d'un plus grand nombre de paramédicaux.

Habitant : « À Langeais, c'est facile, dans la journée on peut décrocher un RDV. Y en a un là, de généraliste, il doit y en avoir 4-5 à Langeais. Y a une dentiste, deux dentistes, euh... Après y a des orthophonistes je crois, mais ça va, y en a pas mal ! Y a des radiologues... »

Habitant : « Langeais, vraiment au niveau infirmières, etc, enfin y en a plein... Tout le monde, y a ADMR, y a ces trucs-là, y a plein de choses. Après niveau médecins généralistes y en a plein, dentistes on en a deux donc ça va, non, je vois pas ce qui pourrait manquer. »

Habitant (Langeais) : « Kinés, infirmiers, dentistes, oui y a ce qu'il faut. »

Habitant : « Sur Cinq-Mars, bah y en a deux (généralistes), ça me suffit amplement. »

Habitant : « Oui oui y a deux dentistes, deux femmes donc c'est pas mal, y a tout ce qu'il faut à Cinq-Mars-la-Pile. »

Si la démographie médicale et paramédicale apparaît satisfaisante sur Langeais et Cinq-Mars-la-Pile, les habitants situés aux environs ont souvent recours à ces mêmes professionnels, ce qui diminue leur disponibilité. Ce recours est d'autant plus fréquent que les professionnels partis ces dernières années en retraite ou maladie sur les communes voisines n'ont pas toujours trouvé de remplaçants. Ainsi malgré la présence de 7 médecins généralistes à Langeais et 2 à Cinq-Mars-la-Pile, ceux-ci ont une activité importante, et la plupart n'acceptent plus de devenir le médecin traitant des nouveaux patients. Les délais de rendez-vous semblent encore raisonnables aux patients « habituels » de ces médecins, mais ils regrettent que les rendez-vous ne soient plus

toujours donnés rapidement et que les médecins n'acceptent plus aussi facilement les visites à domicile que par le passé, ce qui pose des difficultés particulièrement importantes dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie.

Professionnel [médecin généraliste] : « Y aussi des villages de campagne beaucoup plus au nord et beaucoup plus au sud de l'autre côté de la Loire. On draine vraiment Lignières-de-Touraine, La Chapelle-aux-Naux, donc oui y a déjà beaucoup de travail. On est... bon, on n'est pas en sous-effectif mais c'est limite. (...) Les gens comprennent pas qu'on puisse pas les prendre le jour même. Le problème après, c'est le tri. Il faut qu'on trie tous les matins ce qui est urgent, ce qui n'est pas urgent. »

Habitant : « J'allais chez l'un d'eux qui a pris sa retraite, malheureusement, il avait un remplaçant qui s'est dédit au dernier moment donc bah maintenant, ça fait plus d'un mois donc je vais chercher un médecin ici [à Langeais]. »

Habitant : « Pour 1500 habitants, y avait 3 docteurs, c'était bien mais maintenant y en a plus qu'un, mettons un et demi, parce qu'il n'a pas une remplaçante toute la semaine, elle est là le mardi et le mercredi moi celle que j'ai. »

Les communautés de communes de Racan, Gâtine et Choisses et la partie septentrionale de la communauté de communes Touraine Nord Ouest présentent des situations contrastées quant à l'accès à la médecine générale, certaines communes restant bien pourvues et d'autres ayant perdu leur(s) praticien(s). Quelle que soit la situation actuelle, la démographie des professionnels de santé inquiète surtout les habitants et les autres professionnels pour l'avenir. L'âge des professionnels de santé du territoire implique en effet un arrêt probable de leur activité dans les années à venir, sans que leur remplacement ne soit assuré.

Professionnel : « La population a augmenté mais je pense qu'un 4^{ème} médecin, ça serait bien. Alors qu'il y en a un qui va bientôt partir à la retraite. Le problème va se poser rapidement et puis en plus comme vous êtes tous à peu près au créneau, ils vont tous partir à 4-5 ans, 10 ans d'intervalle. Y en a un qui va arrêter en fin d'année. (...) Déjà, ils n'arrivent pas à trouver de remplaçants l'été, pendant les vacances. Donc vous imaginez, une installation... Parce qu'il y a quand-même du travail, ça fait des bonnes journées. »

Certains habitants rencontrés sur la partie nord du pays



Loire Nature, notamment à Château-la-Vallière, ont déjà un accès plus difficile aux médecins généralistes. Ils estiment que les délais de rendez-vous sont trop importants, y compris quand ils sont très malades. Et lorsqu'ils obtiennent une consultation, ils ont l'impression que leurs médecins sont pressés et n'apportent pas une attention suffisante à leurs discours ou leurs examens.

Habitant : « J'ai été malade, j'ai appelé le mardi matin à 8h00 et il est venu que le mercredi après-midi ! Et moi je ne pouvais pas me déplacer hein... Avec 40 de fièvre ! Je l'attendais quand-même depuis le mardi. »

Habitant : « À condition qu'ils aient le temps de nous répondre parce que vous savez, quand on va chez le docteur, c'est un quart d'heure et puis départ ! »

Habitant : « Et nos analyses, ils regardent même pas, ils savent même pas les résultats. Ils regardent même pas ! »

Cette appréciation va de pair avec une déception vis-à-vis des nouveaux médecins installés, qui se montrent moins disponibles par rapport aux médecins auxquels la population s'était habituée. À Château-la-Vallière par exemple, cette évolution est d'autant plus sensible qu'il n'y a plus de médecin de garde et que les médecins en exercice ne s'accordent pas entre eux pour assurer un service continu, notamment pendant leurs congés.

Habitant : « Pis faut reconnaître que nous, à notre âge, on n'était pas habitué à ça. On avait des médecins qu'étaient sur place, qu'étaient extrêmement dévoués, même plus que dévoués parce que c'étaient des gens sur qui on pouvait compter. »

Professionnel : « Moi j'habite dans le bourg, la connerie à ne pas faire.(...) On a toujours l'impression d'être au boulot. Y a des gens, ils sonnaient chez moi le dimanche matin des fois ! (...) Donc quelque part ils n'ont pas tort [les médecins], parce que je pense que s'ils habitaient sur Château-la-Vallière, ça serait non-stop ! Ah bah oui, les anciens, ils habitaient là, c'était du 24/24, 7 jours sur 7. »

En leur absence et en cas d'urgence, les habitants sont désormais contraints d'aller consulter des médecins sur Langeais ou de se rendre aux urgences de l'hôpital de Tours ou à SOS Médecins également sur Tours. Cela peut se révéler décourageant pour certains habitants qui préfèrent attendre que leur médecin soit de nouveau disponible, ou qui consultent pas défaut la pharmacie, et conduisent les pharmaciens à rendre des services qui ne relèvent pas de leur compétence.

Habitant : « Et quand vous allez à Langeais, quand vous êtes malades c'est pratique, parce que y a quand même 30 et quelques kilomètres, bah vous êtes obligé de vous faire emmener. »

Professionnel : « Ça nous amène du boulot en plus parce qu'on gère des trucs... On gère de plus en plus de petits bobos. (...) Y a plein de gens, ils viennent nous voir en urgence, si on peut bricoler, après on prend sur nous... Des fois on fait des choses, honnêtement... Des gens qui se sont abîmés les doigts avec euh... Pas le doigt qui pend quand même pas. On fait des pansements compressifs, des choses comme ça, on dit aux gens « surveillez, il vaudrait mieux aller aux urgences ». Mais moi j'en ai vu, ils sont pas allés aux urgences. Donc j'ai pris sur ma responsabilité de le faire. Après si y a infections ou des choses comme ça, je suis pas couverte ! J'ai fait pour rendre service aux gens. (...) Nous, on pare au plus pressé, quand ça pisse le sang partout, on essaie de faire au mieux mais souvent, le provisoire il est définitif parce que les gens ils vont pas à Tours. (...) »

Si les soins courants peuvent être réalisés par des professionnels exerçant sur le territoire, la plupart des examens et des spécialités médicales nécessitent un déplacement sur l'agglomération tourangelle ou sur des villes comme Chinon, Saumur ou Château-du-Loir, sur lesquelles les habitants peuvent être amenés à faire des déplacements, pour des raisons professionnelles ou personnelles. Les rencontres avec les habitants montrent aussi qu'ils ne connaissent pas toujours les praticiens présents sur le territoire.

Habitant : « Pédiatre : Tours, gynéco : Tours, dentiste : Tours, enfin... »

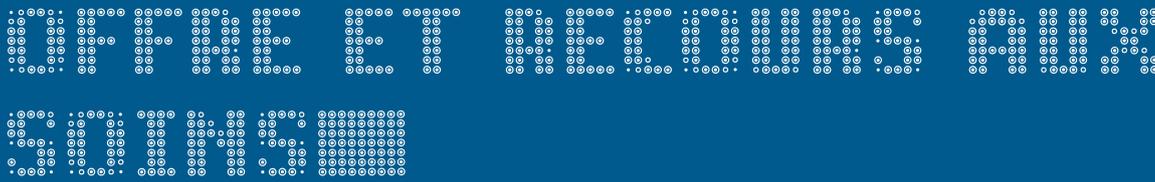
Habitant : « Y a pas de gynécologue. Du coup, je crois y a un docteur, il est généraliste mais il fait aussi un peu de gynéco. Je sais pas après, je me suis pas trop renseignée non plus. Tout ce qui est orthodontiste, y a pas d'orthodontiste à Langeais. Après tout ce qui est cancérologue tout ça non plus, ici ça reste très basique. »

Habitant : « En gros à part le médecin généraliste, bah tous les autres médecins, soit j'essaie d'en trouver ici, soit je suis à la mauvaise période, soit le médecin il est pas là donc euh... Pour les généralistes, par contre, j'en ai un mais pour les autres, ophtalmo, dentiste et tout ce qui va avec, bah non, c'est pas possible d'en avoir ici. La plupart du temps, ils sont surbookés. »

Des dentistes sont présents mais en nombre restreint, ce qui les amène à refuser de nouveaux patients et à proposer des délais de rendez-vous trop importants du point de vue des personnes rencontrées. Une partie des habitants est donc, là aussi, contrainte de se déplacer sur des villes en dehors du pays Loire Nature.

Habitant : « Moi j'ai essayé de prendre un RDV dentaire pour mon mari pour un bilan général et là, c'est un mois et demi. »

Professionnel : « Les dentistes maintenant, des alentours, ils veulent pas de nouveaux clients. Donc c'est hyper galère. Honnêtement, les soins dentaires ici, que ce soit urgence ou soins de routine c'est galère. »



Ces déplacements apparaissent peu contraignants aux habitants les plus proches de Tours dès lors qu'ils disposent d'un véhicule. En revanche, les personnes sans moyen de véhicule personnel et ceux résidant au nord du territoire ont un accès beaucoup plus difficile aux ressources en santé. En effet ces territoires sont moins dotés en professionnels, et beaucoup plus mal desservis par les transports en commun. Ces problèmes de mobilité pour accéder aux soins concernent plus particulièrement des personnes âgées, mais aussi des personnes plus jeunes qui n'ont pas les moyens d'acquérir et d'entretenir un véhicule.

Habitant : « Quand j'ai besoin d'un spécialiste, je vais sur Tours. Donc c'est à une vingtaine de kilomètres d'ici. Quand on est véhiculé, qu'on a une voiture, c'est plutôt facile. »

Professionnel : « Le gros problème dans les zones dites rurales c'est (...) le déplacement de la personne d'un certain âge. Certaines de ces personnes n'ont jamais conduit, d'autres ne conduisent plus, pour certaines raisons, l'âge, les moyens. Ils n'ont pas tous les moyens d'entretenir un véhicule, et de plus en plus, on revient là sur un problème de santé, de plus en plus, ces zones-là deviennent des déserts médicaux. »

Professionnel : « Sur tout ce qui est Nord-Ouest, donc du côté de Château-la-Vallière, effectivement, on a de gros problèmes de mobilité ou autre, et ce quel que soit l'âge. »

Pour ces populations, les distances à parcourir sont importantes. Les moyens de transport en commun ne couvrent pas l'ensemble des besoins et offrent trop peu de souplesse dans les horaires.

Professionnel : « Les spécialistes, c'est Tours donc c'est galère. Les gens ils sont quand même obligés de prendre le bus. Pour les RDV l'après-midi, il vous dépose place de la gare bon après vous avez un certain nombre de spécialistes. Mais faut que la personne soit capable déjà de venir au bus, qu'elle puisse monter dans le bus, descendre du bus, capable de se gérer sur Tours. Pis le retour il est tard, il est à 17h30-18h00. »

Élu : « Lorsqu'il faut prendre sa journée pour se rendre à Bretonneau, vous imaginez bien que ça représente une difficulté pour des familles qui sont dans la précarité. Voilà. Je pense que le maillage territorial au jour d'aujourd'hui n'est pas forcément... ne va pas dans le bon sens pour lier les infrastructures de soin. L'idéal serait peut être des unités mobiles. Ou alors des petits bus qui passent et qui prennent les personnes à titre gratuit pour des gens très très précaires. »

Élu : « Pour beaucoup de jeunes et de moins jeunes, les difficultés essentielles sont le fait qu'il n'y ait pas de moyens de déplacement. Ces familles se retrouvent sans travail, sans moyen de transport, sans permis, sans véhicule, sans ligne enfin y a des bus à 7h du matin et à 2h de l'après-midi donc c'est très difficile de se rendre chez le médecin tout bêtement. »

Habitant : « C'est soit je demande à mes parents de m'emmener comme je suis en train de passer le permis, soit si c'est la journée bah je prends le bus. »

Les déplacements pour des consultations ne peuvent être pris en charge dans certaines conditions par l'Assurance maladie (par exemple, pour les patients en ALD, seuls les transports pour les consultations en rapport direct avec l'affection sont pris en charge), et tous les professionnels ne se montrent pas favorables à la délivrance de bons de transport. Un plan de mobilité va être mis en place sur le Pays afin de mieux relier les petites communes entre elles et faciliter l'accès au train qui dessert le sud du territoire. Mais étant donné la dispersion géographique et la très faible densité de population, ce plan ne pourra vraisemblablement pas combler l'ensemble des lacunes. La difficulté d'organisation de ces transports est également institutionnelle car il faut prendre en compte des pôles d'attraction qui se situent en dehors du département et de la région.

Élu : « Le déplacement, on le voit très bien, le déplacement n'est pas toujours organisé ou mal organisé, ou ne peut pas être organisé compte tenu de la population. Le déplacement dans un département, ça a un coût et c'est vrai que mettre un car, ou un minibus ou un transport à la demande pour une personne tous les 3 jours, c'est un gros problème. »

Élu : « Sur le pays de Racan, on est sur une zone un petit peu frontière départementale et régionale, c'est un petit peu la problématique de, aussi vers le dispositif CLS et vers l'ARS, les gens eux passent la frontière et comment est-ce que nous on peut répondre et organiser cette possibilité d'accès aux soins au-delà de la limite du département et de la région. »

Professionnel : « À Neuvy-le-Roi, on a l'impression que sur cette communauté de communes-là, y a tendance à aller hors département aussi à Château-du-Loir par exemple, et donc on a une polarisation différente.(...) Je pense qu'il faut réfléchir aussi à cette dynamique parce que y a, au niveau du territoire, historiquement des liens, c'est pas que pour la santé que les gens ils vont à Château-du-Loir, ils y vont pour faire leurs courses, ils y vont pour plein de choses. »

Si certains secteurs du territoire sont peu pourvus en médecins, ils disposent en revanche souvent de professionnels paramédicaux. Les habitants rencontrés estiment ainsi avoir plutôt facilement accès aux infirmiers libéraux et selon les secteurs, aux kinésithérapeutes, ostéopathes, podologues... Même si tous les professionnels paramédicaux ne sont pas à proximité immédiate, les habitants estiment qu'ils ne sont pas trop dépourvus pour un milieu rural.

Habitant : « 2 cabinets infirmiers : celui de la maison médicale et y en a une qui est installée toute seule là... niveau soins infirmiers, ça va. (...) Sinon, on a orthoptiste, orthophoniste, pédi-



cure, psycho-sexo... On a tout ça ! (...) Y a une orthoptiste quand même. Bon, elle est pas là tous les jours bien sûr, y a ostéo, on a 2 ostéos, bon on va dire un, ils sont deux sur toute la semaine. On a ce qu'il faut niveau paramédical. Ce qu'il manque, c'est des médecins. »

Habitant : « Bah ici, je trouve qu'on est plutôt bien, à Neuvy-le-Roi, c'est vrai qu'on a un dentiste, on a un kiné, on a un médecin ici sur place, c'est plutôt bien je pense pour un village... »

Habitant : « Y a des infirmières et y a des dentistes. Voilà, après, faut pas se plaindre. Y aurait pire. »

Dans ce contexte global de faibles ressources en santé sur le pays Loire Nature, plusieurs pistes d'amélioration de la situation ont été évoquées. Tout d'abord, pour favoriser l'installation de nouveaux médecins et professionnels paramédicaux ou le maintien de ceux-ci sur le territoire, les élus proposent souvent de les accueillir et les regrouper dans des locaux à des tarifs attractifs. Ces locaux peuvent également regrouper d'autres professionnels du secteur social et associatif. Les trajets de la population vers ces pôles se trouvent ainsi simplifiés et la communication entre professionnels facilitée.

Élu : « Sur Neullé-Pont-Pierre, nous sommes en train de construire une structure qui fonctionnera l'année prochaine, avec 10 cabinets de généraliste, 1 chirurgien-dentiste, masseur-kinésithérapeute, ostéopathe, pédicure-podologue, orthophoniste, infirmiers, sage-femme. »

Élu : « On a, sur la commune de Neuvy-le-Roi, un projet de regroupement de kinés, infirmiers, dentistes et puis des permanences de psychologues, podologues, qui aujourd'hui tient des permanences dans une petite salle, dans la mairie. Y a un projet de regroupement et les travaux doivent commencer, dès le, après l'été, tout début septembre. »

Élu : « Ici dans une partie des locaux où nous sommes, il y a un pôle de services à la personne où on aura effectivement un psychologue, une naturopathe, une infirmière. L'assistante sociale pourra faire des permanences, l'ADMR, le relai emploi solidarité. »

Si ces solutions visent à inclure les médecins, ces derniers se montrent actuellement plus réticents sur ces projets collectifs, notamment les spécialistes, même lorsqu'il s'agit de réaliser des permanences sur le territoire.

Élu : « Donc l'idée, c'est d'abord ce premier projet du territoire du Racan, de regrouper les professionnels de santé. On aurait voulu y associer aussi le médecin mais c'est un peu compliqué encore, parce que les médecins sont encore libres et indépendants, et pour l'instant, les médecins ne sont pas prêts à aller dans la structure collective »

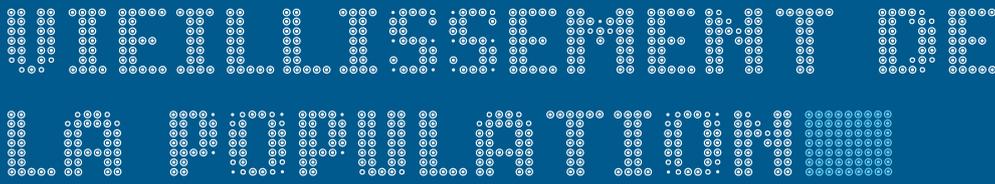
Élu : « Après essayer, même en faisant une MSP, de faire venir un ophtalmo, il faut déjà le trouver, et là, c'est infaisable, enfin si vous connaissez la recette, je suis preneur. »

Élu : « Dans d'autres départements aussi, il y a aussi eu des belles offres pour faire venir des spécialistes, et puis après ? C'est le dumping, la surenchère. Après je pense que ça va être ça la difficulté, avoir fait des belles propositions et avoir des difficultés pour qu'ils investissent ou qu'ils se posent. »

Par ailleurs, il semble nécessaire de mieux faire connaître à la population toute l'offre existante du territoire, car certains professionnels ont des disponibilités aussi bonnes que celles de praticiens situés sur l'agglomération de Tours. De longs déplacements ne sont donc pas toujours indispensables. De même, la permanence des soins ambulatoire n'est pas bien connue de la population.

Enfin, la coordination des acteurs apparaît indispensable pour utiliser au mieux les ressources existantes et répondre aux besoins de la population. Les situations sont actuellement assez variables selon les secteurs du territoire. Certaines collaborations semblent mieux engagées sur certains territoires. Les nouvelles structures qui regroupent plusieurs professionnels facilitent aussi de plus en plus les échanges. Cependant nombre de collaborations restent encore dépendantes des relations entre personnes et certaines sont encore inexistantes, du fait de mauvais rapports entre professionnels ou parce que certains d'entre eux sont peu investis sur le territoire et ne sont pas prêts à accorder du temps supplémentaire pour travailler avec les partenaires locaux.

Professionnel : « Dans certains villages, une fois par mois ou une fois tous les 15 jours, y a des réunions autour des professionnels de santé mais nous, jamais. Dommage parce qu'étant isolés comme ça, il faut qu'on travaille tous ensemble hein ! Infirmiers, pharmaciens, médecins, les 3 minimum. Donc les trois, le trio, pour moi, c'est indispensable mais il faut du temps, les médecins, ils ont pas le temps, ils veulent rentrer chez eux le soir... Après, ils finissent leurs consult' il est 20h-20h30, leur priorité c'est de rentrer chez eux à Tours, ils n'ont pas envie de se taper une réunion... »



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 2015, de 9,2 %. 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

L'indice de vieillissement mesure le nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans. Quand 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.

En 2011 sur le pays Loire Nature, l'indice de vieillissement est de 58,0 en 2011, indice inférieur à ceux du département (77,0), de la région (79,7) et de la France hexagonale (70,6). De plus on observe une diminution de cet indice de vieillissement de 2,6 points entre 2006 et 2011 alors qu'aux différents échelons cités précédemment, on observe une augmentation avec respectivement : + 4,3 points pour le département, + 3,6 points pour la région et + 3,6 points pour la France hexagonale. En ce qui concerne les communautés de communes, c'est celle de Racan qui connaît la plus forte évolution avec une baisse de 5,1 points depuis 2011 mais

c'est aussi celle qui possédait l'indice de vieillissement le plus élevé avec 77,1 en 2006 contre 39,7 pour la communauté de communes de Gâtine et Choisilles.

En 2011, l'indice de grand vieillissement est de 51,0 sur le pays Loire Nature, un chiffre comparable à ceux observés sur l'Indre-et-Loire (50,4) et sur la région (59,7) mais légèrement plus élevé que celui observé sur la France hexagonale (47,1). L'évolution est là, en opposition avec celle observée au niveau de l'indice de vieillissement, avec une évolution de 9 points sur la période 2006-2011 pour le Pays contre une évolution respective de 7,3, 7,3 et 7,2 pour les trois entités géographiques suscitées. C'est la communauté de communes de Racan qui présente l'évolution la plus importante de son indice de grand vieillissement avec une évolution de + 18,9 points entre 2006 et 2011 pour atteindre en 2011 un indice de grand vieillissement de 58,6 points.

EVOLUTION DE L'INDICE DE VIEILLISSEMENT ET DE GRAND VIEILLISSEMENT ENTRE 2006 ET 2011

	Indice de vieillissement (en %)			Indice de grand vieillissement (en %)		
	2006	2011	Evolution (en points)	2006	2011	Evolution (en points)
CC de Gâtine et Choisilles	39,7	40,3	+ 0,6	40,8	44,6	+ 3,8
CC de Racan	77,1	72,0	- 5,1	39,7	58,6	+ 18,9
CC Touraine Nord Ouest	70,4	66,2	- 4,2	43,3	51,7	+ 8,3
pays Loire Nature	60,6	58,0	- 2,6	42,0	51,0	+ 9,0
Indre-et-Loire	72,7	77,0	+ 4,3	43,1	50,4	+ 7,3
Centre-Val de Loire	76,1	79,7	+ 3,6	42,4	49,7	+ 7,3
France hexagonale	67,0	70,6	+ 3,6	40,0	47,1	+ 7,2

SOURCE : INSEE (RP 2006 ET 2011)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Conditions de vie des personnes âgées

Selon le recensement de population de l'Insee de 2011, 3 378 personnes âgées de 75 ans et plus du territoire vivent en logement ordinaire soit 91,5 % des 75 ans et plus. Cette proportion est légèrement supérieure à celles observées dans le département (90,5 %), en région (89,9 %) et en France (90,4 %). Sur le territoire, 8,4 % des 75 ans et plus vivent dans un service ou établissement de moyen ou

long séjour, maison de retraite, foyer ou résidence sociale (soit 310 personnes). Ce taux est globalement similaire aux niveaux départemental (9,2 %) et national (9,3 %) mais significativement inférieur au niveau régional (9,9 %). Pour finir, 0,1 % des personnes de 75 ans et plus vivent dans un autre mode de logement sur le territoire.

PERSONNES ÂGÉES VIVANT DANS LEUR DOMICILE PERSONNEL EN 2011

	Personnes âgées de 75 ans et plus vivant en logement ordinaire		Personnes âgées de 75 ans et plus vivant dans un service ou établissement de moyen ou long séjour, maison de retraite, 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
CC de Gâtine et Choisilles	754	90,9	75	9,1	nd	0,0
CC de Racan	622	90,5	62	9,0	nd	0,5
CC Touraine Nord Ouest	2 002	92,0	173	7,9	nd	0,0
pays Loire Nature	3 378	91,5	310	8,4	nd	0,1
Indre-et-Loire	53 936	90,5	5 496	9,2	184	0,3
Centre-Val de Loire	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-VAL DE LOIRE
ND : NON DISPONIBLES EN RAISON D'EFFECTIFS INFÉRIEURS À 5

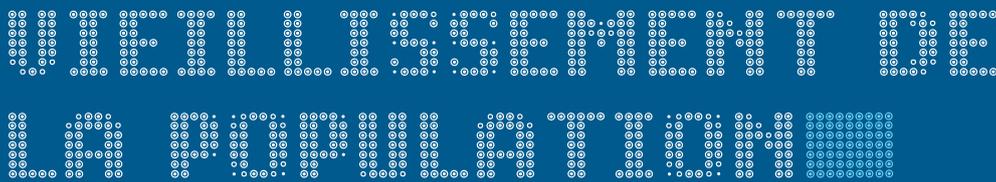
Isolement des personnes âgées

Selon l'Insee au RP 2011, 1 330 personnes âgées de 75 ans et plus vivent seules sur le territoire d'étude, soit 36,0 % des 75 ans et plus vivant à domicile. À l'échelle des CC, ce taux varie de 31,9 % pour la CC de Racan à 38,6 % pour la CC Touraine Nord Ouest. La proportion observée sur le Pays est significativement inférieure à celles observées sur le département (38,1 %), sur la région (37,8 %) et sur la France (38,7 %). Parmi les personnes âgées de 75 ans et plus vivant seules sur le territoire d'étude, 76,5 % sont des femmes. Ce taux varie de 69,3 % pour la CC de Gâtine et Choisilles à 79,4 % pour la CC Touraine Nord Ouest. Sur le Pays, cette proportion est globalement similaire à celle observée au niveau de la région (78,3 %) mais significativement inférieure à celles observées au niveau du département (79,1 %) et au niveau de la France (79,9 %).

PERSONNES ÂGÉES VIVANT SEULES EN 2011

	Personnes de 75 ans et plus vivant seules (effectifs)	Femmes âgées de 75 ans et plus vivant seules (en %)	Part des 75 ans et plus vivant seules (en %)
CC Gâtine et Choisilles	270	69,3	32,5
CC Racan	219	74,5	31,9
CC Touraine Nord Ouest	841	79,4	38,6
pays Loire Nature	1 330	76,5	36,0
Indre-et-Loire	22 688	79,1	38,1
Centre-Val de Loire	99 602	78,3	37,8
France hexagonale	2 212 788	79,9	38,7

SOURCE : INSEE (RP 2011)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



Potentiel de solidarité intergénérationnelle

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 4,6 pour le pays Loire Nature (soit 1 135 personnes âgées de plus de 85 ans pour 5 209 personnes de 55-64 ans). Il existe une fluctuation au niveau des communautés de communes avec un ratio à 6,5 pour la communauté de communes de Gâtine et Choisilles, contre un ratio de 3,8 pour la communauté de communes de Racan. Au niveau du département, on obtient un ratio de 4,2, sur la région de 4,3 et sur le plan national de 4,7.

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

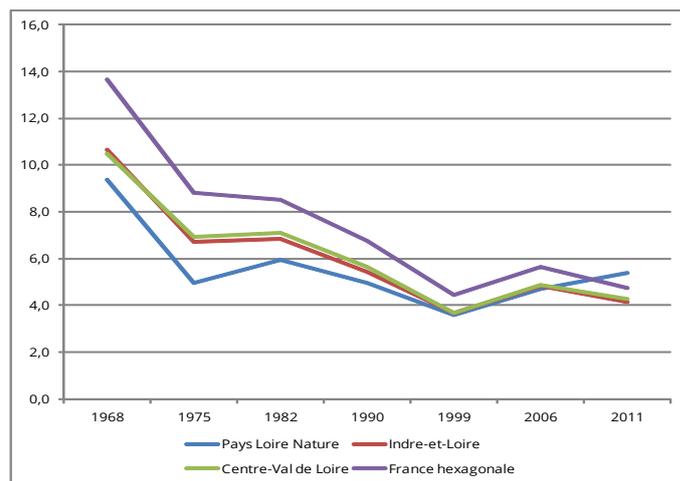
S'agissant du territoire, le potentiel de solidarité intergénérationnelle est passé de 9,4 en 1968, à 3,6 en 1999, soit une baisse de 5,8 points. Cependant le nombre de personnes âgées de 55-64 ans est resté relativement stable sur cette même période, passant de 3 480 en 1968 à 3 132 en 1999, tandis que le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus a fortement augmenté, comme le démontre l'indice de grand vieillissement.

POTENTIEL DE SOLIDARITÉ INTERGÉNÉRATIONNELLE - RATIO AIDANTS/AIDÉS EN 2011

	Personnes de 55-64 ans	Personnes de 85 ans et plus	Ratio aidants/aidés (55-64 ans/85 ans et plus)
CC de Gâtine et Choisilles	1 705	261	6,5
CC de Racan	771	206	3,8
CC Touraine Nord Ouest	2 732	669	4,1
pays Loire Nature	5 209	1 135	4,6
Indre-et-Loire	76 376	18 384	4,2
Centre-Val de Loire	342 459	79 783	4,3
France hexagonale	7 991 677	1 683 836	4,7

SOURCE : INSEE (RP 2011)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

EVOLUTION DU POTENTIEL DE SOLIDARITÉ INTERGÉNÉRATIONNELLE EN 2011



SOURCE : INSEE (RP 1968, 1975, 1982, 1990, 1999, 2006, 2011)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Entre 1999 et 2011, on observe une hausse du potentiel de solidarité, ainsi qu'une hausse du nombre de personnes âgées de 55-64 ans avec l'arrivée des enfants issus du baby boom sur cette tranche d'âge.

Cette tendance est observable sur les différents territoires étudiés. Cependant, la hausse du nombre de personnes âgées de 85 ans et plus, déjà initiée avant 1999, s'est poursuivie. Ainsi sur le territoire, le potentiel de solidarité est de 5.

ANIMATIONS

Allocation personnalisée d'autonomie (Apa)

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 départementaux aux personnes hébergées à domicile. Le bénéficiaire de l'Apa est soumis à certaines obligations envers le Conseil départemental.

Au 31 décembre 2014, 824 bénéficiaires de l'Apa sont recensés sur le territoire (506 à domicile et 318 en établissement), soit 8,9 % des personnes âgées de 60 ans ou plus qui en bénéficient.

Concernant les CC, cette proportion varie entre 7,0 % pour la CC de Gâtine et Choisses (soit 168 bénéficiaires) et 10,6 % pour la CC de Racan (soit 164 bénéficiaires). Sur ces 824 bénéficiaires, 272 sont en Gir 1 et 2 (77 hommes et 195 femmes) et 492 sont en Gir 3 et 4 (108 hommes et 384 femmes).

Concernant l'aide sociale à l'hébergement, on dénombre 64 bénéficiaires sur le territoire, soit 0,7 % des personnes de 60 ans ou plus.

BÉNÉFICIAIRES DE L'APA AU 31.12.2014

	Nombre de bénéficiaires de l'Apa	En % du total de personnes âgées de 60 ans et plus	Hommes		Femmes	
			Gir 1 et 2	Gir 3 et 4	Gir 1 et 2	Gir 3 et 4
CC de Gâtine et Choisses	168	7,0	26	21	46	75
CC de Racan	164	10,6	12	45	33	74
CC Touraine Nord Ouest	492	9,3	39	102	116	235
pays Loire Nature	824	8,9	77	168	195	384

SOURCE : CONSEIL DÉPARTEMENTAL D'INDRE-ET-LOIRE, INSEE (RP 2011)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

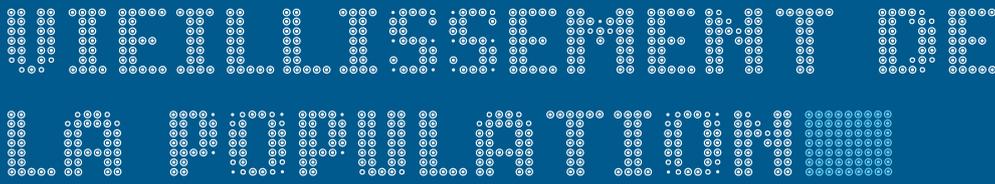
Minimum vieillesse

Fin 2014, le territoire compte 127 personnes âgées bénéficiaires du minimum vieillesse, ce qui représente 1,9 % des 65 ans et plus (2,3 % pour l'Indre-et-Loire, 2,2 % pour la région). À l'échelle des communautés de communes, ce taux varie entre 1,3 % pour la CC de Gâtine et Choisses et 2,3 % pour la CC Touraine Nord Ouest.

SOURCE : CARSAT CENTRE-VAL DE LOIRE, INSEE (RP 2011)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

BÉNÉFICIAIRES DE L'ASPA AU 31.12.2014

	Nombre d'allocataires du minimum vieillesse	Part parmi les personnes de 65 ans et plus (en %)
CC de Gâtine et Choisses	21	1,3
CC de Racan	16	1,4
CC Touraine Nord Ouest	90	2,3
pays Loire Nature	127	1,9
Indre-et-Loire	2 535	2,3
Centre-Val de Loire	10 766	2,2



Soins et soutien à domicile pour les personnes âgées

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

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

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

Selon le Finess, sur le département de l'Indre-et-Loire, 1 431 places de Ssiad sont autorisées et financées, dont 40 places en ESA (équipe spécialisée Alzheimer). Concernant le pays Loire Nature, on dénombre 2 Ssiad : le Ssiad intercommunal à Semblançay et le Ssiad situé à Langeais, pour comptabiliser 84 places.

Les services d'hospitalisation à domicile (HAD) permettent d'assurer au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés sous la responsabilité du médecin traitant. L'Assad-HAD situé à Tours, Amboise, Chinon et Loches, et l'HAD Val de Loire située à Tours couvrent l'ensemble du département.

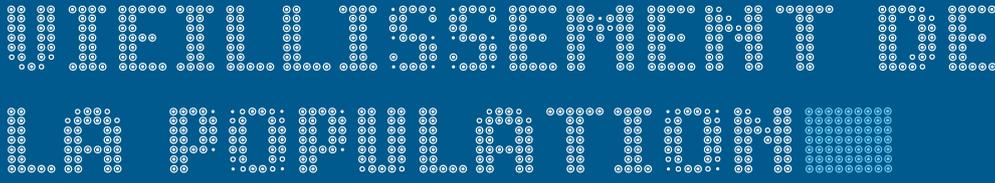
Le maintien des personnes âgées à domicile pose également la question des risques d'accident ou de détresse physique en l'absence de tierce personne. Pour pallier ces difficultés et pour les personnes qui le souhaitent, des systèmes de télé-assistance proposent des solutions.

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-et-Loire, il existe trois Clic pour l'ensemble du territoire : le Clic résidence Pasteur de Tours, le Clic Sud Touraine basé à Ligueil, et le Clic des 3 Vallées situé à La Riche. Ils assurent les missions d'information, d'orientation et de coordination. Ils s'appuient sur les 20 réseaux de coordinations gérontologiques locaux qui existaient avant leur création et qui sont issus 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 pays Loire Nature, il y a 3 réseaux locaux de coordinations gérontologiques (Château-la-Vallière, Langeais et Semblançay). Ces réseaux permettent aux membres des coordinations de mieux connaître et appréhender le travail de leurs partenaires : visites de structures (Ehpad, accueil de jour), information sur la mission générale des organismes, sur des actions spécifiques ou des projets (groupes de paroles, ateliers) et sur des politiques mises en œuvre par les instructions (MSA, Carsat, MDPH...).



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 :

- 359 places d'hébergement complet (internat) pour personnes âgées dépendantes, auxquelles s'ajoutent 24 places d'hébergement temporaire ;
- 6 places en accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.

Ces places se répartissent sur 6 établissements (dont 5 Ehpad) :

- l'Ehpad Louise de la Vallière à Château-la-Vallière (110 places en hébergement complet pour les personnes âgées dépendantes). Il dispose également d'un Pasa (pôle d'activité et de soins adaptés pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer) ;

- l'Ehpad Les Mistrais à Langeais (79 places en hébergement complet pour les personnes âgées dépendantes) ;
- l'Ehpad La Croix Papillon (63 places en hébergement complet pour les personnes âgées dépendantes auxquelles s'ajoutent 2 places en accueil temporaire, 6 places en accueil de jour pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées). Cet Ehpad dispose également de 20 places en hébergement complet pour personnes handicapées vieillissantes ;
- l'Ehpad Jeanne de Ruze à Semblançay (83 places en hébergement complet pour les personnes âgées dépendantes) ;
- l'Ehpad Bois Soleil à Chemillé-sur-Dême (24 places en hébergement complet pour les personnes âgées dépendantes) ;
- le relai Sepia du Lathan à Savigné-sur-Lathan (22 places en accueil temporaire pour personnes âgées dépendantes).

En moyenne, le territoire d'étude dispose de 97,2 places en hébergement complet pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus.

ANALYSE

ANALYSE

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 syndrômes démentiels).

On dénombre 205 personnes sur le pays Loire Nature qui bénéficient d'une prise en charge pour une affection de longue durée de type maladie d'Alzheimer et maladies apparentées (3 339 en Indre-et-Loire, 14 357 en région Centre-Val de Loire et 347 085 sur le territoire national).

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.

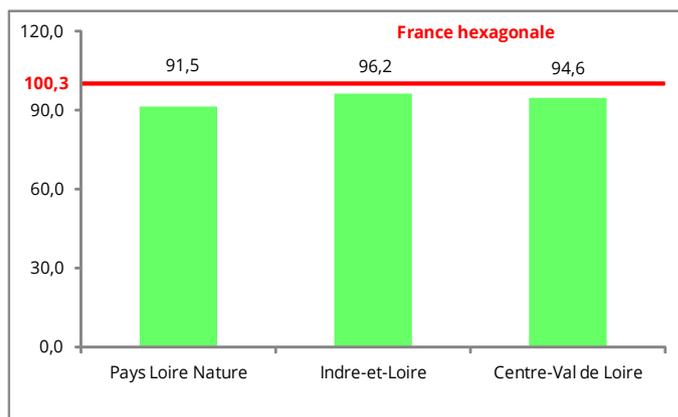
La maladie d'Alzheimer représente la principale cause de dépendance lourde des personnes âgées et des entrées en institution. En effet, 40 % des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer vivent en institution.

Entre 2005 et 2013, on dénombre 2 786 nouvelles admissions en ALD pour maladies d'Alzheimer ou autres démences chaque année en région Centre-Val de Loire (878 pour les hommes et 1 908 pour les femmes). Sur le pays Loire Nature, ce sont 39 nouvelles admissions par an pour ce type d'ALD (11 pour les hommes et 28 pour les femmes). Les admissions pour ALD maladie d'Alzheimer représentent 4,8 % des admissions en ALD dans la région, proportion similaire à la proportion du territoire (4,4 %), de l'Indre-et-Loire (5,0 %) et de la France (4,7 %).

Parmi les nouvelles admissions en ALD pour maladie d'Alzheimer et autres démences, les femmes représentent 72,8 % des admissions sur le pays Loire Nature, soit 253 femmes entre 2005 et 2013. Sur les territoires de référence, cette proportion est de 69,8 % pour le département, 68,5 % pour la région et 70,3 % pour la France hexagonale.

Chez les 80 ans et plus, les ALD en maladie d'Alzheimer ou autres démences représentent 13,9 % des admissions en ALD sur le pays Loire Nature (15,3 % pour le département, 14,8 % pour la région et 15,8 % pour la France hexagonale).

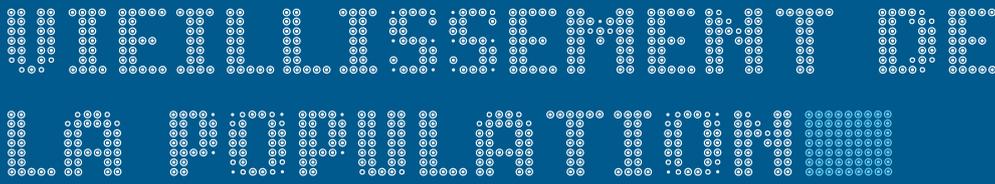
TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR MALADIE D'ALZHEIMER ET AUTRES DÉMENCES [2005-2013] -



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

À structure d'âge égal, le taux comparatif de nouvelles admissions en ALD Alzheimer et autres démences sur le territoire est égal à 91,5 admissions pour 100 000 habitants, la différence étant non significative avec les taux du département (96,2) et de la région (94,6) mais significativement inférieur à celui de la France (100,3). Concernant les communautés de communes, ce taux varie entre 87,2 pour la CC de Racan et 105,7 pour la CC de Gâtine et Choisilles.

Rapporté aux personnes âgées de 65 ans et plus, le taux comparatif pour le territoire est de 538,3 nouvelles admissions pour 100 000 habitants, taux significativement inférieur à celui du département (570,7) et à celui de la région (555,9) mais ne différant pas du taux de la France hexagonale (588,7).



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

Le groupe **associatif Siel Bleu** (sport, initiatives et loisirs) a pour objectif de prévenir les effets néfastes de la sédentarité et du vieillissement chez les personnes âgées, malades et/ou en situation de handicap grâce à des programmes d'activités physiques adaptées. Ces programmes favorisent l'amélioration de l'autonomie et de la qualité de vie des participants par la pratique d'activités motrices régulières, prodiguées et accompagnées par des professionnels spécifiquement formés.

Toute l'année, Siel Bleu propose aux séniors en rupture de lien social et en souffrance physique et/ou mentale des cycles de 12 séances consécutives ayant pour objectif de leur redonner confiance, de lutter contre l'isolement et de les amener vers des cours collectifs. Ces séances ont lieu au domicile des bénéficiaires :

- Réflexologie
- Shiatsu
- Socio-esthétique
- Sophrologie
- Sexothérapie
- Yoga
- Projet Pilates

Des services de soins à domicile sont présents sur le pays Loire Nature : l'**Assad-HAD** et le **Ssiad ADMR « la Santé chez Soi »**.

Le **Ssiad ADMR « la Santé chez Soi »** intervient sur tout le département de l'Indre-et-Loire auprès des personnes âgées et en situation de handicap afin d'assurer les soins d'hygiène, de confort et de les accompagner dans leur projet de vie. Il a une antenne rurale à Langeais. Il regroupe plusieurs activités : le Ssiad personnes âgées et handicapées (service de soins infirmiers à domicile), une ESA (équipe spécialisée Alzheimer) et la Maia Est Touraine (maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer). Il est également porteur du projet Paerpa (personnes âgées en risque de perte d'autonomie) qui a pour but de maintenir les personnes âgées de plus de 75 ans autant que possible à leur domicile en améliorant la prise en charge du parcours de santé et en renforçant la coordination des acteurs afin d'éviter les ruptures de soins.

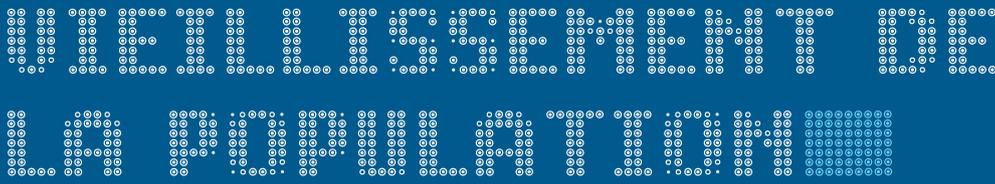
L'**hospitalisation à domicile (HAD)** permet d'éviter ou de raccourcir des séjours à l'hôpital ou en clinique. Les soins sont effectués au domicile du patient (personnes âgées et/ou handicapées).

Tous les deux ans, un **salon du « Bien Vieillir »** est organisé en Indre-et-Loire. Ce salon d'information est destiné aux plus de 60 ans. Les partenaires présents sur les stands ont pour mission d'informer les séniors sur différents thèmes : prévention et santé, maintien à domicile, loisirs et bien-être. En mars 2015, l'**Assad-HAD** de Tours tenait un stand pour présenter l'association et apporter des informations sur la prévention (prévention routière, Saad, caisses de retraite, associations de gymnastique).

La **Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat Centre-Val de Loire)** est un organisme de sécurité sociale à compétence régionale. Structure de droit privé exerçant une mission de service public, elle intervient auprès des salariés, des retraités et des entreprises de la région Centre-Val de Loire au titre de la retraite, de l'action sociale et de la gestion des risques professionnels. La Carsat a pour mission spécifique de contribuer au maintien à domicile et prévenir la perte d'autonomie ainsi que participer à l'amélioration des lieux de vie collectifs. Elle met en œuvre des ateliers de prévention sur des thématiques en lien avec le bien vieillir. L'objectif est de favoriser l'acquisition de savoir-faire et de savoir-être permettant de préserver l'autonomie et de lutter contre l'isolement en créant du lien social. Avec la coopération de partenaires inter régimes (MSA, RSI, AGIRC-ARRCO, Mutualité Française Centre) et des opérateurs associatifs (Siel Bleu, EPGV...), ces ateliers de prévention sont mis en place dans différentes communes du pays Loire Nature :

- Ateliers « prévention des chutes » : 1 en 2014 et 2 en 2015 sur Langeais, 1 en 2014 sur Château-la-Vallière et 1 en 2014 à Neuvy-le-Roi ;
- Ateliers « mémoire » : 3 en 2014 et 1 en 2015 sur Langeais, 1 en 2014 sur Saint-Paterne-Racan et 1 en 2015 sur Château-la-Vallière ;
- Ateliers « nutrition » : 1 en 2015 sur Langeais.

L'**association Familles Rurales** d'Indre-et-Loire organise des ateliers cuisine intergénérationnels à Neuvy-le-Roi. L'objectif de ces ateliers, destinés aux personnes âgées en perte progressive d'autonomie, est de retrouver le plaisir de cuisiner soi-même des repas équilibrés, le plaisir de partager un repas (en famille ou entre amis), redécouvrir des saveurs et des textures... Les seniors sont également sensibilisés aux enjeux du développement durable en lien avec leurs problématiques quotidiennes : budget, santé, loisirs... Ils sont, par exemple, incités à consommer des produits bio et locaux lors des ateliers cuisine.



Synthèse de la rencontre avec les professionnels

Le vieillissement de la population constitue une problématique importante sur le pays Loire Nature, où une grande part de la population est âgée et vit de façon isolée en milieu rural. Les familles étant plus dispersées géographiquement qu'autrefois, de nombreuses personnes âgées vivent au quotidien sans soutien de leur famille et des aides de voisinage aléatoires. Les situations d'isolement des personnes âgées deviennent problématiques dès lors que la perte d'autonomie intervient. L'entourage, lorsqu'il est éloigné, ne peut répondre aux besoins de la personne âgée que de façon ponctuelle.

Élu : « Sur le plan démographique, c'est effectivement une population de l'ordre d'un quart de la population qui a plus de 60 ans. C'est de cet ordre-là avec des situations de fragilité avérée, ce qu'on entend par fragilité, c'est effectivement soit du handicap, enfin du handicap au sens large physique, psychique, troubles auditifs etc., soit des situations d'isolement ou d'incapacité à sortir de chez soi, questionnement aussi autour de la mobilité. »

Les professionnels de santé libéraux du territoire étant en nombre insuffisant pour répondre aux besoins de la population, un grand nombre d'entre eux sont débordés et se déplacent de moins en moins au domicile des personnes. Or certaines personnes âgées n'ont pas de moyens de se déplacer par elles-mêmes. Certaines sollicitent plus fortement leurs proches pour les déplacements mais d'autres ne bénéficient plus de ces ressources. Elles renoncent alors à tout ou partie des soins et voient leur situation se dégrader plus rapidement.

Professionnel : « De plus en plus sur Racan et un peu moins sur Gâtine-Choisilles, on est confronté au manque de libéraux, kinés, orthos, qui ne se déplacent plus au domicile. Et en début de semaine, j'ai eu une dame qui est sortie de SSR qui, euh non y a 15 jours, qui marchait et depuis elle a plus de kiné et elle finit en fauteuil roulant. »

Professionnel : « Y a de moins en moins de médecins, ils sont pas remplacés, les libéraux, on en trouve plus en termes de kinés, d'orthophonistes, donc effectivement, tous ces gens en perte d'autonomie qui doivent rester à la maison, on ne trouve pas de réseau suffisant pour une prise en charge correcte. Ce qui induit des hospitalisations, ce qui induit des familles qu'on épuise parce qu'on leur demande beaucoup de choses, ce qui induit des professionnels qui s'épuisent parce qu'ils dépassent leur rôle dans certaines fois. »

Les professionnels constatent que les situations de forte dépendance à domicile sont de plus en plus nombreuses. Certaines personnes âgées souhaitent en effet rester à leur domicile tant qu'elles le peuvent et ne souhaitent pas intégrer des établissements d'hébergement. D'autres sont contraintes de continuer à vivre chez elles dans de très mauvaises conditions, du fait des listes d'attente dans les établissements d'hébergement public et par insuffisance de moyens pour accéder aux établissements privés.

Il existe donc un recours important aux structures d'aide et de soins à domicile sur des situations de dépendance lourde, qui nécessitent plusieurs passages quotidiens. Cela se traduit par des Ssiad très sollicités qui ne peuvent répondre à toutes les demandes. Au-delà des délais d'attente pour démarrer la prise en charge, les contraintes budgétaires des Ssiad ne leur permettent pas de s'occuper d'un trop grand nombre de personnes en situation de trop forte dépendance. Ils ne répondent parfois que partiellement aux besoins de ces personnes, en s'appuyant sur d'autres professionnels intervenant à domicile, libéraux ou personnels des services d'aide à domicile. Certaines personnes très dépendantes, polypathologiques, ne sont même pas ou plus prises en charge par le Ssiad mais exclusivement par des services d'aide à domicile ou des professionnels libéraux.

Professionnel : « Bah ça fait 2-3 mois d'attente. Y a des Ssiad qui disent, je vais prendre un exemple que j'ai en tête, y a des Ssiad qui disent « on prend que du 5 jours sur 7 que des matins »... « On fera pas des week-ends. »

Professionnel : « Ils ont une enveloppe budgétaire aussi qui fait qu'ils sont contraints, s'ils prennent des personnes avec, c'est malheureux ce que je vais dire, mais s'ils prennent des personnes qui nécessitent énormément de passages, énormément de soins, tout ça, ça a un coût qui ne va pas forcément rentrer dans leur enveloppe. Et tout le dépassement va être à la charge du Ssiad. »

Professionnel : « Le Ssiad a dit « vous nous coûtez trop cher donc on s'en va. » Donc les gens se sont retrouvés sans aides à domicile. Donc le Ssiad les a sorti de leurs tournées et donc il a fallu que les infirmières libérales se débrouillent pour retrouver les structures parce qu'en plus on les a laissés sans mettre en place quelque chose de relai quoi. »

Lorsque les plans d'aide et/ou de soins à domicile se révèlent insuffisants, on observe une certaine déviation des

REPERAGE DES RESSOURCES

tâches dans l'accompagnement à domicile. Certains professionnels dépassent le cadre de leurs compétences et de leur mission en tentant au mieux de répondre aux besoins des personnes âgées et de pallier l'insuffisance de certaines prestations dont elles bénéficient par ailleurs. Les proches des personnes âgées compensent également et contribuent alors aux aides autant que possible. Leur sollicitation excessive comporte cependant des risques d'épuisement et de rupture brutale dans l'accompagnement. Actuellement les professionnels estiment que les formes de soutien aux aidants ne sont pas suffisamment développées. Il n'existe pas suffisamment de places d'accueil temporaire et de séjours de répit. Ces dispositifs préservent l'entourage et contribuent aussi à faire accepter les aides et à préparer la personne âgée à une future entrée en établissement.

Professionnel : « Bah moi cet été, j'ai eu deux cas d'urgence et pas de places quoi ! Nulle part sur le territoire. »

Professionnel : « La maison est pleine sur les 3 semaines qui viennent. Réponse à une sortie d'urgence comme a été évoqué tout à l'heure par madame, c'est pas possible ! »

Le dispositif Paerpa, non opérationnel actuellement sur cette partie du département, devrait être étendu en 2017 et permettre la mise en place de chambres « relais » en Ehpad. Ces accueils permettront de prendre le relais des aidants sur des durées de 15 jours renouvelables. Ce dispositif, expérimenté sur d'autres territoires, est déjà tellement sollicité qu'il n'est plus en mesure de répondre à des situations d'urgence.

Les autres formes de soutien des aidants sont également trop peu développées et soutenues. Ainsi, la garde de nuit peut être assurée par certains services à domicile, mais ce type de prise en charge est onéreux et ne peut donc être financé par toutes les familles ou uniquement sur une durée assez courte. Quant aux groupes de parole et autres formes de soutien psychologique, les professionnels rencontrés ne connaissent pas d'offre sur le territoire, même si un projet de café des aidants devrait voir le jour en 2017, avec la possibilité de mettre à disposition un minibus pour le transport des personnes qui est toujours difficile avec la population en milieu rural.

Une autre problématique importante relevée par les professionnels est le manque d'interconnaissance entre les acteurs du pays Loire Nature et les difficultés de coordination. Les professionnels qui démarrent leur activité sur le territoire peinent à connaître les autres acteurs et à les rencontrer, certains sont de ce fait découragés et travaillent de façon isolée.

Professionnel : « On connaît pas et on est isolée, on appelle et les personnes en face n'ont pas forcément le temps, voilà manque de budget, manque de voilà pour rencontrer... Et on

sollicite par téléphone, par mail mais c'est pas évident de s'incruster et je rejoins le fait qu'il manque de la communication. »

Professionnel : « On avait fait une réunion d'informations pour voir tous ce qui existait sur le territoire Racan, Gâtine-Choisilles... On avait invité tous les élus des CCAS de toutes communes sur le territoire et personne n'est venu. Y avait 4 personnes pour tout le territoire de Château-la-Vallière, Neuvy-le-Roi et Neuillé-Pont-Pierre. »

La multitude de structures et services susceptibles d'apporter une aide aux personnes âgées est difficilement lisible tant pour la population que pour les professionnels. En effet de nombreux acteurs peuvent être mobilisés avec parfois des recoupements de missions. Par exemple, la mission d'information sur les dispositifs dédiés aux personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie et aux personnes handicapées est assurée en pratique par les réseaux de coordination autonomie, les pôles autonomie des maisons départementales de la solidarité, les centres communaux d'action sociale, les travailleurs sociaux de la MSA... Les usagers qui souhaitent ces informations sollicitent parfois les professionnels de premiers recours, les structures d'aide et de soins à domicile, les Ehpad avec lesquels ils ont déjà un contact, qui les renseignent ou les réorientent vers des acteurs mieux informés sur les dispositifs existants.

Professionnel : « Ils savent pas à qui s'adresser. (...) Une famille, enfin un couple de personnes âgées qui n'a pas ses enfants auprès, c'est difficile pour eux d'avoir cet accès. Et quand vous dites « bah faut s'adresser à telle personne », bah la démarche, elle est dure, elle est difficile à faire. Parce que vers qui ils vont ? Bah ils vont vers l'infirmière à domicile qui est près de chez eux, qu'ils connaissent. Ils vont vers leur pharmacien. Ils vont vers leur médecin. »

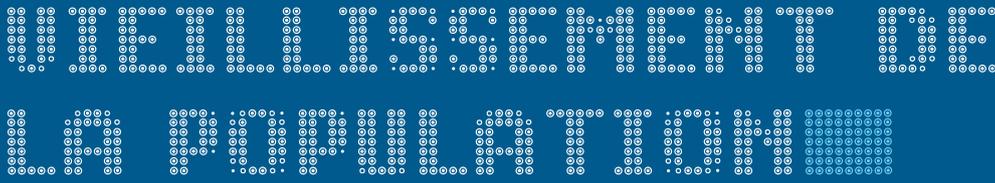
Bien que différentes démarches sont menées pour faciliter le repérage des ressources (par le biais du ROR (répertoire opérationnel des ressources), de la Maia qui constitue un annuaire sur le champ de l'autonomie, du site Touraine repér'âge, ou encore de la Fraps pour les acteurs de prévention...), l'offre apparaît très complexe pour les professionnels ne travaillant pas spécifiquement avec des personnes âgées. Certains professionnels assistant à la réunion y ont découvert une diversité d'acteurs sans que cela leur permette de déterminer comment adresser certains cas concrets.

Professionnel : « Mon problème moi là de ma mamie qui rentre de l'hôpital, j'appelle qui ? Le Paerpa, le machin, j'appelle qui ?

Professionnel : - Une structure d'aide à domicile.

Professionnel : - La MDS.

Professionnel : - Vous voyez ben voilà j'ai 4 réponses là !



(...)

Professionnel : - Le médecin.

(...)

Professionnel : - Je trouve ça intéressant vous voyez, je pose la question pour montrer, il existe plein de choses et concrètement c'est pas facile... »

Il existe pourtant des structures dont la vocation est justement d'améliorer l'interconnaissance des acteurs de la gérontologie et de coordonner leur travail. C'est le cas de la Maia (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) et des réseaux de coordination autonomie (qui intègrent les acteurs de la gérontologie et du handicap). Il existe 21 réseaux de coordination autonomie en Indre-et-Loire. Sur le pays Loire Nature, il s'agit notamment de la coordination autonomie de Neullé-Pont-Pierre/Château-la-Vallière et de celle de Langeais. Ces réseaux ont aussi une mission d'information et d'orientation des personnes âgées et de leur famille, et peuvent mener des actions (forum, conférences, pièces de théâtre, information aux professionnels). Ces coordinations ne sont néanmoins pas toujours connues de tous les professionnels, notamment des libéraux. Ils n'y participent que peu, par méconnaissance mais également du fait de faibles disponibilités.

Professionnel : « La Maia et les coordinations autonomie permettent une mise en relation des professionnels, autour de certaines situations d'usagers, et de travailler de façon plus coordonnée (...) Le rythme de réunion est d'environ tous les deux mois, mais entre-temps on fonctionne beaucoup soit par coups de téléphone soit par mails pour essayer de travailler au mieux sur des situations individuelles de personnes âgées ou de personnes handicapées et donc dans la réunion de coordination, ça c'est plus l'instance formelle on va dire, on a donc des assistantes sociales, on a aussi des services d'aides à domicile, des services qui regroupent les aides soignantes, le Ssiad - service de soins infirmiers à domicile. (...) À la base la coordination invitait même les médecins et les infirmières. Et que jamais elles n'ont répondu présentes à l'une de ces réunions »

Le manque de coordination entre professionnels du secteur se répercute sur la qualité des prises en charge des personnes âgées. Cela apparaît particulièrement dans certaines situations comme les retours d'hospitalisation. Certains professionnels déplorent que les retours à domicile de personnes âgées soient parfois mal préparés et s'effectuent dans l'urgence, dans de mauvaises conditions. Ce manque de préparation a plusieurs causes. D'une part, les sorties ne sont pas toutes programmées. Par exemple, certaines personnes âgées nécessitent un passage dans un service de soins de suite et de réadaptation mais, faute de place, elles sont maintenues dans d'autres services, et par-

fois renvoyées à domicile lorsque l'hospitalisation de nouvelles personnes apparaît nécessaire.

Professionnel : « Il faut bien faire sortir la personne parce qu'y a plus de motif d'hospitalisation clairement. Et on dit le matin pour l'après-midi ou même pour les deux heures qui suivent que la personne est sortante. Et donc l'infirmier n'a pas forcément son cadre de santé qui est disponible et il essaie de se débrouiller comme il peut avec les moyens qu'il a pour contacter le réseau autour du patient pour que ça se passe au mieux et ça se fait toujours dans l'urgence. »

D'autre part, même quand la sortie de l'hôpital est programmée, la situation de la personne en aval n'est pas toujours prise en compte au sein des hôpitaux. Même si l'Apa peut être accordée en urgence par le Conseil départemental, les personnels hospitaliers ne sont pas tous informés de cette possibilité et certains ne se renseignent même pas sur les conditions de vie à domicile des personnes et laissent aux travailleurs sociaux de l'hôpital (ou d'autres structures) le soin de gérer ces aspects. Or les travailleurs sociaux de l'hôpital ne sont pas sollicités sur toutes les situations qui le nécessitent et sont en effectif insuffisant pour vérifier systématiquement si les conditions du retour à domicile sont réunies.

Professionnel : « À Trousseau, elles sont deux assistantes sociales pour toute la tour. »

Professionnel : « La grosse problématique des assistantes sociales, des cadres de santé, c'est qu'elles sont pas forcément toujours averties des situations compliquées. C'est que les médecins, ils font sortir sans avvertir personne. Enfin, nous en HAD, on récupère des situations de gens qui sortent en HAD où y a rien. Enfin quand je dis y a rien, les personnes qui sont allées chez elles, toutes seules qui des fois se mettent en danger parce qu'elles se lèvent et y a rien. Y a pas eu d'Apa parce que l'assistante sociale quand je l'appelle, elle me dit mais je suis vraiment désolée mais j'ai pas été sollicitée. »

Professionnel : « Après je pense qu'il y a un problème de communication au niveau avec les hôpitaux parce que les assistantes sociales certes à 17h ou 17h30 va être débouchée, je pense qu'il y a un problème au niveau des cadres de santé qui ne savent pas ce qui existe, l'Apa d'urgence. »

Professionnel : « Il faut bien aussi qu'il y ait plus de coordination avec les hôpitaux parce que les hôpitaux ne se préoccupent pas de savoir où les personnes vont être ramenées. »

Le caractère aléatoire du repérage des situations à risque et les défauts de coordination entre l'hôpital et les structures d'aide et de soins à domicile ont pour conséquence que les moyens alloués ne sont pas toujours utilisés pour les personnes qui ont le plus de besoins. L'HAD qui pourrait parfois intervenir sur certaines situations n'est pas sollici-

CONCLUSION

tée, ou ne dispose pas de places de libres. Paradoxalement, certaines places d'HAD sont mobilisées sur des situations où les personnes bénéficient déjà de prises en charge satisfaisantes à domicile.

Professionnel : « A contrario, des gens qu'on a pris en charge depuis toujours puis un jour l'hôpital nous informe que il va être pris en charge par euh... soit l'HAD, soit le Prado pour faire le travail qu'on faisait déjà. »

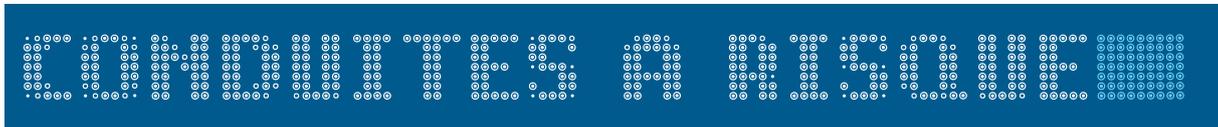
Certaines personnes revenues à domicile ne bénéficient clairement pas d'aides suffisantes, ni de leur famille, ni de professionnels. Le besoin de solutions de prise en charge d'urgence à domicile se fait surtout sentir les week-ends, lorsque les médecins et autres professionnels du domicile sont plus difficilement joignables et mobilisables. Les professionnels du soin et de l'aide à domicile, même s'ils peuvent faire preuve de souplesse, ne sont pas toujours en mesure de se rendre disponible sans anticipation.

Dans l'attente, les premiers professionnels qui se rendent à domicile doivent gérer la situation mais ne peuvent le plus souvent pas répondre à l'ensemble des besoins de la personne. Ils sont parfois contraints de faire ré-hospitaliser la

personne ou de la laisser dans des conditions de vie difficilement admissibles.

Professionnel : « Y a une patiente de 90 ans qui s'est fracturée la jambe (...) Cette dame, elle était incapable de marcher avec son plâtre et donc elle revenait toute seule à domicile et donc nous ayant deux passages par jour, ça voulait dire que c'était nous qui, le matin, allions être présentes. Et dans notre emploi du temps, on ne pouvait pas intégrer la toilette, la prise des repas enfin... C'était pas possible. On a eu beau le dire à l'établissement, ils nous ont dit « nous, on a fait notre travail, elle est sortante ». Donc ils l'ont renvoyée à domicile. Avec la complicité d'un médecin, on a pu la faire ré-hospitaliser dans un autre établissement parce que c'était impossible, la famille ne voulait pas du tout se décarcasser enfin on était vraiment dans un... Voilà, moi j'ai passé un après-midi à passer plein de coups de fil pour essayer de dépatouiller la situation. (...) et ça c'est pas une exception, ça arrive de façon récurrente. »

Professionnel : « Au bout du compte, y a des professionnels comme les infirmières à domicile qui se battent, qui se démènent, qui vont passer des coups de fil à l'AS mais l'AS n'est pas là ou l'AS est débordée... »



En région Centre-Val de Loire, 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 % avec une consommation d'alcool (5,9 % chez les hommes et 1,7 % chez les femmes).

Sur le territoire d'étude, les décès imputés au tabac représentent 12,9 % des décès, soit un taux inférieur aux taux régional (13,7) et départemental (13,8 %).

S'agissant des décès en lien avec une consommation d'alcool, la proportion parmi le nombre total de décès est de 3,6 %, soit une proportion similaire avec celles du département (3,7 %), de la région (3,8 %) et de la France hexagonale (3,7 %).

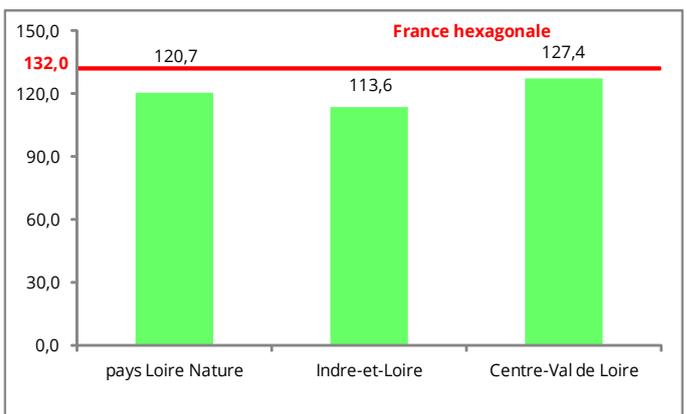
Mortalité par pathologies liées au tabac

La mortalité imputable à la consommation de tabac (cancers de la trachée, des bronches et du poumon, broncho-pneumopathie chronique obstructive, cardiopathie ischémique...) représente 3 686 décès chaque année en région Centre-Val de Loire (2 443 décès annuels chez les hommes et 1 244 chez les femmes). Sur le département, 738 décès en lien avec une consommation de tabac sont recensés chaque année et 51 sur le territoire d'étude.

En éliminant, les effets liés à l'âge, le taux comparatif de mortalité imputé à une consommation de tabac est de 120,7 décès pour 100 000 habitants sur le territoire (les deux sexes confondus). Ce taux est globalement similaire à ceux observés aux niveaux départemental (113,6), régional (127,4) et national (132,0).

Chez les hommes, ce taux est de 216,5 sur le territoire, mais n'est pas significativement différent des niveaux départemental (194,3), régional (209,9) et national (221,8). Pour les femmes, le taux est de 51,9 décès pour 100 000 habitants, soit un taux similaire à celui observé au niveau départemental (57,7) mais significativement inférieur à ceux observés aux niveaux régional (67,3) et national (70,3).

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR PATHOLOGIES IMPUTABLES AU TABAC (2003-2011)



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



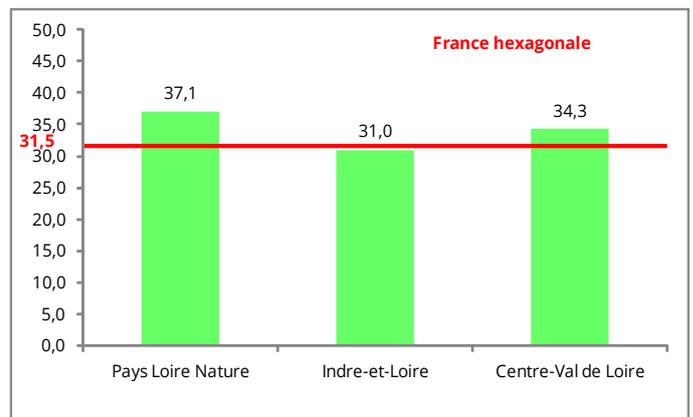
Mortalité par consommation excessive d'alcool

La mortalité par consommation excessive d'alcool (cancers des voies aéro-digestives supérieures, psychose alcoolique, cirrhose du foie) représente 930 décès chaque année en région Centre-Val de Loire (735 décès annuels chez les hommes et 195 chez les femmes). Pour l'Indre-et-Loire, 189 décès imputés à une consommation excessive d'alcool sont recensés chaque année, 15 sur le territoire d'étude.

En éliminant les effets liés au vieillissement, le taux comparatif de mortalité sur le territoire est de 37 décès pour 100 000 personnes, soit un taux significativement plus élevé qu'aux niveaux du département (31,0) et de la France (31,5) mais globalement similaire à celui observé au niveau de la région (34,3).

S'agissant des hommes comme des femmes, pris indépendamment, il n'existe pas de différence significative ni avec le niveau départemental, ni avec les niveaux régional et national.

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL (2003-2011)



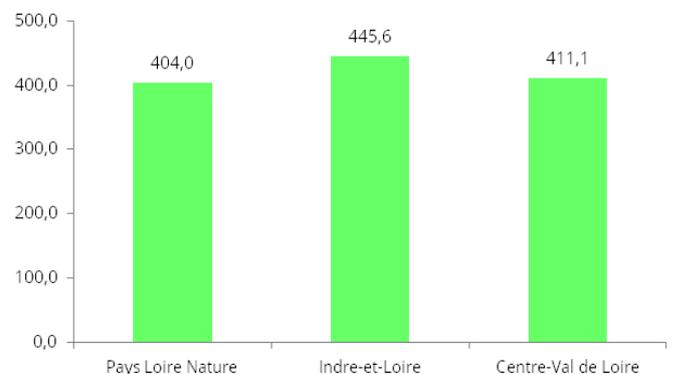
SOURCES : INSERM CÉPIDC, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
POPULATION DE RÉFÉRENCE : FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

Patients hospitalisés pour troubles liés à la consommation d'alcool

Environ 10 634 patients hospitalisés pour troubles liés à la consommation d'alcool ont été recensés chaque année entre 2011 et 2013 en région Centre-Val de Loire.

À l'échelle du pays Loire Nature, 167 patients hospitalisés pour troubles liés à la consommation d'alcool sont recensés en moyenne chaque année, soit un taux comparatif de 404,0 patients pour 100 000 habitants. Ce taux est significativement inférieur à celui du département (445,6) et similaire à celui de la région (411,1).

TAUX COMPARATIF DE PATIENTS HOSPITALISÉS POUR TROUBLES LIÉS À LA CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL (2011-2013)



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

INDRE-ET-LOIRE

Centre-Val de Loire

2014

L'épidémie par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) / sida a débuté en France dès le début des années 80.

L'InVS estime le nombre total de cas de VIH notifiés entre 2003 et juin 2014 à 1 172 en région Centre-Val de Loire, dont 480 dans l'Indre-et-Loire. Au sein du département, 52,5 % des nouvelles séropositivités sur cette période sont des hommes, et la classe d'âge la plus touchée est celle des 30-39 ans avec 34,6 % des nouveaux diagnostics.

En 2013, l'InVS estime que 56 sérologies ont été réalisées pour 1 000 habitants en région Centre-Val de Loire. C'est moins qu'en France (80 ‰ personnes, DOM compris). Cela représente, avec 115 découvertes de séropositivité par million d'habitants en région, 2 sérologies positives pour 1 000 habitants, tandis que dans la France entière, 2 tests

sur 1 000 révèlent l'infection, équivalant à 172 sérologies positives par million d'habitants.

Par ailleurs, au niveau national, parmi la sous population à risque que représentent les usagers de drogue par injection intraveineuse (héroïne principalement), il est à noter une baisse très importante des nouvelles contaminations. En effet, sur les 6 700 personnes ayant découvert leur séropositivité en 2009, 85 ont été contaminées par usage de drogues injectables, soit 1,25 % des nouvelles contaminations, là où ce taux était de 10 % dans les années 90, avec par exemple, plus de 1 800 diagnostics posés en 1994 parmi les consommateurs (source : InVS).

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-Val de Loire. 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 1^{er} 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.

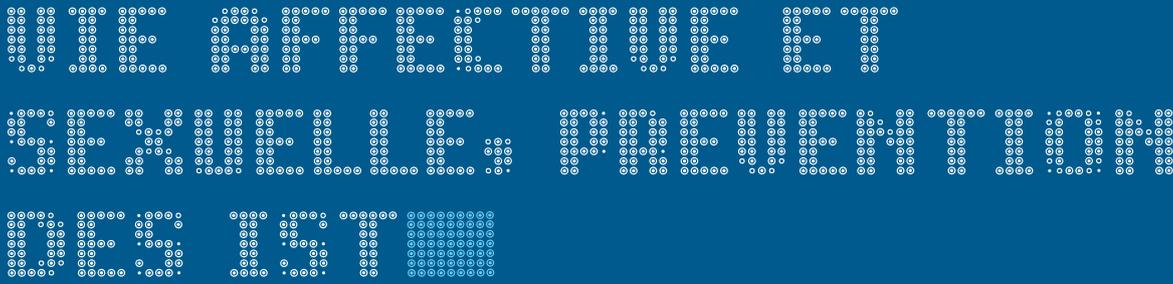
En 2011, 7 % des IVG en région Centre-Val de Loire ont été réalisées hors établissement de santé (cabinets, centres de santé, centre de planification ou d'éducation familiale...).

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-Val de Loire 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-Val de Loire (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 dans la région dont 18 relevant du public. Au total, cela représente 6 002 IVG dans l'année.

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



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).

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

- En matière d'accès aux soins (notamment des publics précaires). En effet, n'ayant pas d'autonomie financière et portant un fort sentiment de honte, les femmes ne vont que très peu chez le médecin.
- Dans le champ de la santé de la mère et de l'enfant. Avec les risques importants de fausses couches, malformations, accouchements prématurés, risques directs et indirects pour l'enfant témoin de violences au sein du couple.
- Dans le champ de la santé mentale. Avec des risques forts de dépression nerveuse, de tentative de suicide, une consommation de tranquillisants, d'anti-dépresseurs.
- Dans le champ de la nutrition et de l'activité physique. En effet, les femmes sont assez souvent isolées et ne pratiquent que 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.



Mortalité par accidents de la circulation

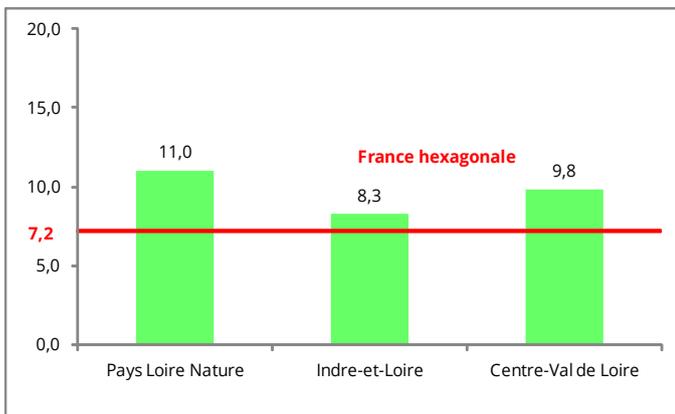
Entre 2003 et 2011, on recense 244 décès annuels dans la région Centre-Val de Loire (181 pour les hommes et 63 pour les femmes), dont 49 dans l'Indre-et-Loire et moins de 5 sur le pays Loire Nature. Cela représente 1,1 % des décès sur le territoire, proportion similaire à celles du département et de la région (1,0 %).

La région Centre-Val de Loire 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.

Entre 2003 et 2011, sur le pays Loire Nature, le taux comparatif de mortalité par accidents de la circulation est de 11,0 décès pour 100 000 habitants, taux qui ne diffère pas statistiquement des taux du département (8,3) et de la région (9,8) mais qui est significativement supérieur à celui de la France (7,2).

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR ACCIDENTS DE LA CIRCULATION (2003-2011)



Chez les 15-24 ans, les décès par accidents de la circulation représentent 65,2 % de l'ensemble des décès (15 sur 23). Cette classe d'âge représente 41,7 % des décès liés à un accident de la circulation sur le territoire (23,1 % à l'échelle du département, 25,0 % sur la région et 25,2 % sur la France hexagonale).

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

Ressources disponibles sur le territoire

L'association des familles de victimes des accidents de la circulation (AFVAC Centre-Val de Loire) est une association constituée par des parents de tués sur la route ainsi que des blessés souvent atteints d'une incapacité physique. Elle se donne pour objectif de lutter contre l'insécurité routière en utilisant pour cela tous les moyens légaux dont elle peut disposer : déclarations dans la presse écrite, actions dans les écoles, collèges, lycées, centres de formations, intervention sur les ondes des radios et télévision, démarches

auprès de pouvoirs publics (stand sur les foires et marchés, dans les festivals rock et au sein des discothèques), participation à la semaine nationale de la sécurité routière et aux journées nationales de la courtoisie au volant.

L'AFVAC assure des permanences le premier mercredi de chaque mois au CHU Trousseau et au centre des Halles à Tours. Elle organise également des groupes de paroles pour les familles de victimes.



Synthèse de la rencontre avec les professionnels

Sécurité routière

Certaines caractéristiques du pays Loire Nature rendent les risques liés aux accidents de la route un peu plus prégnants que sur d'autres territoires. Tout d'abord, le faible nombre d'emplois, de services présents sur le territoire contraint une grande partie des habitants à réaliser des trajets importants, en kilométrage comme en fréquence. Comme pour tout territoire rural, les accidents ont souvent lieu à de plus grandes vitesses qu'en ville et sont, en conséquence, plus graves. Les infrastructures routières du pays Loire Nature comportent également de nombreuses voies de circulation étroites, ce qui rend certains croisements dangereux particulièrement avec des véhicules de taille importante.

Professionnel : « J'ai plusieurs salariés qui se sont pris un fossé, ou qui ont fait des tonneaux, en croisant des bus, des cars de Fil Vert qui foncent et vous vous êtes obligés de vous rabattre sur le bord de la route, et moi j'ai plusieurs salariés qui ont eu leurs voitures dans le bas coté alors qu'ils ne roulaient pas très vite. Ils sont clairement redoutables ! »

Professionnel : « Notre état routier n'est pas fait pour recevoir des cars de 45 ou 50 personnes. Peut-être que là, il va falloir revoir la distribution des transports en adaptant les véhicules plus petits, les adapter à nos largeurs de route. »

Si certains aménagements sont nécessaires, l'amélioration des voies de circulation ne constitue pas forcément la priorité du point de vue des professionnels et élus rencontrés. Ils estiment que ce sont plutôt les comportements sur la route qu'il est nécessaire de faire évoluer. Cette action sur les comportements routiers est d'autant plus essentielle dans un contexte marqué par une diminution du respect du code de la route et des prises de risques plus fortes alors même que des politiques nationales avaient permis de réduire significativement le nombre de morts et d'accidents il y a quelques années.

Élu : « On pourra améliorer tant qu'on veut les périmètres routiers, mais si la personne est incivilisée, on ne pourra rien faire. On voit actuellement des accidents sur les lignes droites alors qu'avant c'était les virages. »

Élu : « Tous les maires du territoire s'arrachent les cheveux, quant à la nécessité de trouver des solutions pour ralentir la vitesse des véhicules à l'intérieur, on a tous essayé à peu près tout : les gendarmes couchés, les potiches, les stops, les chicanes, etc... On se fait agonir de sottises parce que bien entendu c'est pas, mais on a pas trouvé de solution, parce que tout un chacun, respecter les limites de vitesses, c'est pas dans les considérations de chacun. »

Élu : « On est pris entre 2 feux, on met des lignes droites rou-lantes, mais ça va de plus en plus vite. On met des chicanes qui deviennent limite dangereuses, qui peuvent créer des accidents, notamment dans les périodes de pluie, les périodes de neige, très peu en hiver. Donc on améliore en créant du danger potentiel, et ça nous retombe dessus, sur les élus, comme d'autres, parce que les chicanes sont plus ou moins signalées, avec des réflecteurs plus ou moins entretenus, donc c'est compliqué. Les uns et les autres, nous devons prendre conscience que nous sommes tous un danger potentiel au volant. »

Si tous les habitants sont concernés, les jeunes constituent une population particulièrement plus à risque, tant par l'usage de véhicules qui les exposent plus, que par l'usage de produits psychoactifs et leur tendance à adopter une vitesse excessive. En effet, en l'absence de transports en commun, les jeunes du territoire utilisent massivement des deux roues motorisés pour être autonomes. Ils se rendent ainsi à leurs soirées festives au cours desquelles ils consomment de l'alcool et rentrent en état d'ébriété. Ils sont aussi, d'après les professionnels rencontrés, peu sensibles aux campagnes de prévention et sous-estiment largement les risques d'accident en lien avec l'alcool ou la vitesse. Ils savent par ailleurs qu'ils ont très peu de chance d'être contrôlés sur les routes qu'ils utilisent quotidiennement.

Élu : « Quand les enfants commencent à arriver au collège, c'est à moi la liberté, j'ai plus papa maman derrière, je vais faire ce que je veux. Et puis moi, il ne peut rien m'arriver, je suis immortel. »

Professionnel : « Ça va être des rencontres entre jeunes le soir, conduites à risque, alcoolémie, prise de drogues, et de reprendre ensuite ses moyens pour rentrer à domicile. Nous, animateurs jeunes, on a un réel travail dessus... »

Professionnel : « Les jeunes savent que c'est un constat, que ça existe [les accidents] mais fin de la réflexion derrière. Et quand on parle avec certains jeunes, je sais que certains roulent vite avec des voitures pas nickel nickel, et ils me disent, t'inquiète il n'y a pas de flic ! Parce que c'est des routes de campagne, et que c'est aussi pour ça qu'ils se sentent chez eux sur le territoire. Ils savent quels sont les chemins utilisés et ils s'en privent pas. »

Les professionnels s'accordent sur le fait que les comportements sur la route sont les principales causes des accidents mais aussi sur le fait que ce sont les facteurs les plus difficiles à modifier. Bien que les campagnes globales de sensibilisation soient nombreuses, elles leur semblent généralement peu efficaces, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, certains professionnels estiment nécessaire de communiquer plus régulièrement et de toucher tous les



publics au-delà des jeunes, en s'adaptant mieux à chaque cible. En effet, des actions de prévention sont organisées couramment dans les écoles, collèges et MFR sur ce sujet, mais les autres publics ne bénéficient ensuite que de peu de rappels si ce n'est les spots publicitaires nationaux. Les personnes âgées sont ainsi rarement ciblées alors que des actions spécifiques pourraient leur être destinées (comme la révision du code de la route ou le contrôle de la vue). De plus, les actions menées n'agissent pas toujours sur les leviers les plus efficaces : par exemple, celles auprès des jeunes sont souvent peu adaptées face aux envies de transgression et aux jugements des pairs qui sont très importants pour ce public.

Professionnel : « Il faut que les messages de prévention, les discussions soient inscrites à différents moments de l'individu, de façon à ce qu'il soit touché à différents moments, selon qu'il ait 14 ans, 18 ans, 20 ans ou 30 ans parce que c'est pas toujours les mêmes choses qui fonctionnent aux différents âges ».

Professionnel : « On le voit très bien sur les casques de vélo. Ils les mettent très bien au primaire, mais au collège, dès qu'il y a le regard de l'autre, il se retrouve dans le fond du sac à dos. »

Il conviendrait de manière générale de modifier la manière de réaliser les actions de prévention, non seulement pour les jeunes conducteurs mais aussi pour l'ensemble des usagers de la route en allant plus loin que la connaissance de la règle et des risques encourus. Les personnes sensibilisées doivent se sentir plus concernées en étant mobilisées dans le cadre des actions, et/ou en ayant une confrontation plus directe aux conséquences des accidents.

Professionnel : « Pour être honnête, on a du mal à trouver des intervenants qui présentent différemment que sous la forme de la loi, de la règle, de la sanction pénale, de ce qu'on risque, tout ça, tout ça. Hors, ok on est informé, donc si il nous arrive quelque chose, on ne pourra pas dire qu'on ne le savait pas, mais c'est pas ça qui va faire que la personne ne va pas prendre le risque. »

Professionnel : « Il faut rencontrer les gens en petit groupe, faire des débats, parce qu'on sait que c'est ça qui fonctionne, le bouche à oreille, faire des relais, mais on sait que ça coûte beaucoup plus cher qu'un spot. Mettre tout le monde dans une salle pour passer un film, un Powerpoint sur les dangers de l'alcool, les dangers des drogues, de la sécurité routière ou sur le fait qu'il faut mettre des préservatifs... Voilà [ça ne marche pas]. »

Professionnel : « Aux États-Unis, ce qu'ils font, c'est des visites d'hôpitaux, de services, des témoignages, de chirurgie, de morgue. »

Pour plusieurs professionnels et élus, toutes ces actions de prévention, bien qu'utiles, demeureront insuffisantes en l'absence de répression. Seule l'augmentation des contrôles de police et de gendarmerie pourra réduire significative-

ment les prises de risque, pour autant que les sanctions encourues soient suffisamment dissuasives.

Élu : « La peur du gendarme, il y a que ça qui marche. Je suis pas défaitiste mais il y a beaucoup de difficultés. Mais c'est d'autant plus vrai aujourd'hui, où il y a un certain relâchement. Dans les milieux ruraux, il y a de la conduite inconsciente. On ne traverse pas un bourg à 80km/h devant une école et ce sont les gens de la commune qui gueulent qui le font. »

Élu : « J'ai eu l'occasion de participer à la formation dans le cadre de ces fameux stages pour les personnes qui avaient perdu leurs points de permis de conduire, et j'étais frappé par le nombre de personnes, en gros les 2/3 qui sont des récidivistes en termes d'excès de vitesse ou de consommation. On a des candidats qui ont eu 3 fois une pénalisation pour une vitesse excessive et qui reviennent en disant bah oui, c'est pas ça qui va m'empêcher d'aller vite. »

Vie affective et sexuelle

Les actions de prévention en matière de vie affective et sexualité sont surtout menées au sein des établissements scolaires par des partenaires extérieurs comme la PMI ou le planning familial ou par des membres de la communauté éducative. Cette prévention apparaît aux professionnels insuffisante pour plusieurs raisons. Tout d'abord, les enseignants n'ont que peu de formations sur ces sujets, et les liens avec les programmes d'enseignements sont faibles.

Professionnel : « On essaie d'intégrer la formation des enseignants, et les élèves n'ont aucune formation là-dessus, dans tout leur cursus sur la vie affective et sexuelle, sur comment en parler aux CM2, sur la détection des violences. (...) Nous on offre des formations pour former des relais et on en a pas beaucoup par rapport à la quantité. Après pour réussir à le monter, il faut des infirmières extrêmement motivées, comme ça été le cas à Château-Renault, maintenant, elle est à Mons. Mais il lui a fallu 3 ans pour qu'il y ait entre 5 et 10 personnes formées : il y a une prof de bio, infirmière, PSE et je sais plus. »

Professionnel : « Par exemple, le fait que les clitoris ne soient pas présents dans les manuels de SVT, on entend ça en ce moment. Les jeunes filles ne connaissent pas leur corps, les garçons encore moins. Moi, les questions de gynécologie et compagnie, je ne sais même pas à quoi ça ressemble un gynécologue. Non, mais il y a toutes ces questions-là. L'information ne passe pas ou passe mal. »

À l'exception d'initiatives locales, portées par des membres de la communauté éducative motivés sur ces sujets, la prévention est souvent trop limitée et réalisée seulement par l'infirmière scolaire. Les liens entre enseignement et vie affective et sexuelle se réduisent alors parfois au programme de 4^{ème} en science et vie de la terre, alors que des thématiques pourraient être abordées bien avant, comme les rapports entre sexe, la question du consentement... et pourraient être renouvelées à différents âges. Il convien-



drait de réaliser régulièrement cette prévention sur l'ensemble des cycles scolaires, pour pouvoir répondre aux attentes des jeunes qui n'ont pas la même maturité et qui sont susceptibles d'avoir des premières expériences plus précoces ou plus tardives. Sans ouverture particulière sur le sujet, les élèves n'osent pas toujours poser les questions qui les taraudent.

Professionnel : « C'est censé se faire depuis la maternelle à raison de 3 séances par an. (...) Si on le fait en 4^{ème}, y en a pour qui c'est trop tard, et d'autres pour qui c'est beaucoup trop tôt. En 4^{ème}, ils vont retenir 2-3 infos. Ils vont mettre le préservatif dans un coin de leur chambre caché et il sera périmé dans 4 ans quand ils en auront besoin. Et d'autres pour qui c'est trop tard. Ils auront déjà eu leurs premières relations sexuelles, calquées sur les films pornographiques, parce qu'ils n'avaient que ça comme info. Donc voilà, il faudrait beaucoup plus échelonner sur les âges, en ne parlant pas que de préservatif et tout ça... »

Professionnel : « C'est le problème au sein d'un établissement. À part en ayant une extrême confiance, ils ne vont pas aller vers le professeur responsable ou l'infirmière scolaire, parce qu'ils ont peur, peur que ce soit redit. Pour eux l'anonymat... Cette confiance en l'adulte est quand même très précaire. »

Les actions de prévention se déroulent actuellement sur des temps réduits car elles s'inscrivent en plus du programme pédagogique, ce qui laisse peu de créneaux disponibles. De plus, certains partenaires comme le planning familial sont très sollicités et ne répondent pas à toutes les demandes des établissements. Tous les sujets qui mériteraient d'être abordés ne le sont donc pas.

Professionnel : « La complexité c'est souvent, enfin moi le retour que j'avais, je suis intervenue au collège de Neuvy ou à la MFR de Neuvy c'est que ils n'ont pas forcément beaucoup de temps pour ça donc il faut à la fois qu'ils voient tout, les MST, la protection etc. et alors le désir d'enfant, là on arrive à la fin du du... Voilà généralement, on a plus le temps. »

Professionnel : « Le planning a tellement de demandes que du coup, ils sont obligés de dire « bon bah on vient maximum une fois dans l'année ». Ils sont obligés de cibler parce que quand ils viennent une fois, ils ne peuvent pas tout aborder donc en gros, ils sont obligés de cibler quand ils viennent. (...) C'était le cas par exemple, ils avaient fait un truc spécifique pour l'image de son corps via les réseaux sociaux, les portables, etc. parce que c'était un problème qui était ressorti cette année particulièrement fortement donc ils ont fait un gros truc là-dessus. Mais donc ça veut dire que cette année-là, ils ont moins parlé des MST. »

Les professionnels rencontrés s'accordent pour reconnaître les difficultés générales pour le suivi gynécologique et l'accès à la contraception du fait du manque de gynécologues. Si les sages-femmes libérales exerçant sur le territoire peuvent constituer un recours, leurs compétences sont mal connues des femmes en dehors des suivis de grossesse.

Professionnel : « C'est galère de trouver un ou une gynécologue. »

Professionnel : « Là où il y a 6 mois d'attente, ou deux-trois mois si on est client régulier, chez une sage-femme, en une semaine 15 jours, vous pouvez avoir un rendez-vous. »

L'accès à la contraception et aux IVG est plus particulièrement délicat pour les jeunes filles. Tout d'abord, des relations interpersonnelles des médecins et pharmaciens avec leur famille ou d'autres connaissances font craindre aux jeunes de voir leurs démarches colportées. Là encore, les sages-femmes libérales qui pourraient constituer un recours n'interviennent que peu car leurs compétences en matière de contraception et interruption volontaire de grossesse (depuis juillet 2016) ne sont actuellement que très peu connues.

Professionnel : « Elles ont encore un peu plus de places et sont accessibles et c'est pas l'option médecin généraliste de la famille qui connaît papa maman, donc elle, elle peut prescrire les moyens de contraception. »

Quant aux structures dédiées comme les centres de planification, elles sont peu accessibles en transport en commun, ce qui pénalise les plus jeunes. Un projet de consultation de contraception du centre de planification à Neuillé-Pont-Pierre avait été émis en 2015 mais n'a pas abouti depuis. La problématique est similaire pour les centres de dépistage des infections sexuellement transmissibles qui ne sont pas situées à proximité.

Professionnel : « Quand ils ont besoin d'avoir accès à un moyen de contraception, quand ils ont besoin ne serait-ce que d'avoir accès à un test de dépistage anonyme et gratuit, et bah du coup, ils sont bloqués par les moyens de transport. Nous, on a des permanences les mercredis après-midi à Langeais mais on essaie de se rapprocher au maximum en mettant à disposition des permanences départementales, sauf que le jeune qu'a 14 ans, qu'a pas de moyen de locomotion et qu'habite pas à Langeais, mais à 10 km de Langeais, il peut pas venir non plus. Et nous, on n'est pas centre de planification, donc on ne fait pas directement les prescriptions médicales, donc il faudra quand même qu'il se déplace au centre de planification ou au centre de dépistage. »

Malgré des dispositifs facilitant le recours à la contraception d'urgence pour les jeunes filles (confidentialité et gratuité, accès sans prescription médicale en pharmacie et dans les établissements scolaires...), il existe des cas de figure où les jeunes filles n'y ont pas directement accès dans les établissements d'enseignement.

Professionnel : « Par exemple à la MFR de Neuvy-le-Roi, je crois que c'est sur le secteur. Bah ils sont internes, et concrètement quand ils ont besoin d'une pilule du lendemain, à la MFR, il y a pas d'infirmière scolaire, qu'est ce qu'ils font ? Ils ont pas de pilule du lendemain, qu'est ce qu'ils font ? Soit il y a une formatrice qui est un peu plus sensibilisée, qui va se déplacer, qui



va à la pharmacie pour eux chercher une pilule de lendemain, qu'elle va devoir payer parce que la pharmacie refuse de faire gratuitement parce que les mineures ne se déplacent pas. »

Dans le cadre de la délivrance de la contraception d'urgence en pharmacie, toutes les informations ne sont pas toujours délivrées complètement aux jeunes filles.

Professionnel : « Ils [les pharmaciens] peuvent pas se mettre à jour sur tout, c'est pas une critique. Certains sont d'ailleurs plus intéressés par telle ou telle thématique et, pour aller moi-même à la pharmacie, et j'entends parfois des choses sur les pharmaciens qui délivrent des pilules du lendemain. Ils vont faire tout un speech, comme quoi il faut pas la prendre plusieurs fois dans le mois, mais ils vont pas préciser aux jeunes filles de vérifier 15 jours après si elle est pas enceinte, parce que ce n'est pas fiable à 100%. Donc ça nous fait des dénis de grossesse derrière. »

Enfin l'accès à la contraception, à la contraception d'urgence, et les recours aux IVG sont encore aussi parfois accompagnés de discours moralisateurs pour les femmes qui reflètent les conceptions de professionnels sur la sexualité ou la procréation. La réunion organisée sur le territoire a ainsi mis en lumière des divergences d'appréciation sur ces sujets, par exemple sur l'objectif de réduction du nombre d'IVG, l'usage régulier de la contraception d'urgence ou les risques perçus de certaines pratiques comme la nouvelle possibilité pour les sages-femmes de réaliser les IVG médicamenteuses (depuis juillet 2016). Ces différentes idées existent dans l'ensemble de la société et sont susceptibles d'affecter les pratiques des professionnels du territoire.

Élu : « C'est vrai que le territoire est amplement couvert de sages-femmes, c'est vrai. Mais vous risquez de voir apparaître « the morning after pill », comme on dit, la pilule du lendemain, comme un process de contraception au même titre que quand la loi Veil est passée, on a eu très longtemps, je suis désolé madame, les IVG comme moyen de contraception (...) »

Professionnel : « Là où il y a des prises de risque et là où il y a des jeunes en situation de précarité, en situation de prises de risque à répétition, renouvelées, ce que vous décriviez tout à l'heure, ça existe, je ne dis pas que ça existe pas les personnes qui vont faire des IVG à répétition ou de prendre la pilule du lendemain 4 fois par mois, c'est une minorité, mais il ne faut pas couper l'accès pour la majorité, parce que ça serait catastrophique. »

Professionnel : « Nous, planning familial, on est absolument pas dans une politique où il faut faire baisser le nombre d'IVG, non pas du tout. Si on fait baisser le nombre d'IVG, on va faire augmenter le nombre de grossesses non désirées. C'est pas du tout le but. »

Violences faites aux femmes

Concernant les violences faites aux femmes, les professionnels mentionnent les nombreux freins que rencontrent les

femmes pour trouver un accueil à leur parole et sortir de leur situation. En effet, au-delà de la peur et de la honte d'être reconnues comme victimes, l'écoute et l'accueil qui leur sont proposés lors des dépôts de plainte est trop aléatoire et dépendant des personnes particulières. Certains professionnels de police ou de gendarmerie découragent les démarches des femmes et ne sont pas disposés à les reconnaître comme victimes.

Professionnel : « On a aussi une suggestion sur la formation des professionnels de gendarmerie. Dans l'accueil, parce que là, c'est pareil, il y a une grande disparité selon les individus. Et il y a des personnes qui accueillent très bien et il y a d'autres qui accueillent très mal, avec parfois une méconnaissance ou de la mauvaise foi par rapport aux lois. En les renvoyant vers le médecin traitant pour avoir un certificat médical, alors que c'est totalement faux. (...) Ils sont obligés de prendre la plainte, même si ils considèrent que c'est une petite dispute de couple et qu'il faut pas exagérer... Qu'elle avait mérité et qu'elle avait vraiment cherché ou pas. Non mais des fois, on est à la limite du sketch, pas qu'en milieu rural, mais à Tours aussi. »

Les professionnels constatent également que les femmes ont également un recours limité aux professionnels susceptibles de les écouter et de les aider dans leurs démarches, car ces derniers ne sont pas bien connus et pas présents directement sur le territoire. Par exemple, le centre d'information sur les droits des femmes et des familles est situé sur Tours et les seules permanences organisées sur le pays Loire Nature ont lieu à Langeais. Mais elles sont peu identifiées et de ce fait peu fréquentées. Les groupes de parole de victimes sont aussi exclusivement situés sur l'agglomération. Les femmes qui souhaitent recourir à ces aides doivent s'y rendre sans que leur conjoint en ait connaissance, en faisant garder parfois leurs enfants, ce qu'elles ne peuvent pas faire simplement.

Addictions

Les professionnels rencontrés estiment que les problématiques de la population du pays Loire Nature, en matière de conduites addictives, ne sont pas très différentes de celles d'autres populations. La consommation d'alcool y est très courante, et même si les addictions à l'alcool ne touchent pas particulièrement plus de personnes sur ce territoire que sur d'autres, elles sont perçues par les professionnels comme le problème majeur sur le territoire.

Professionnel : « L'alcool, c'est quand même le produit le plus problématique, très largement, en nombre et en conséquence. Parce que c'est vrai que beaucoup de choses ont été évoquées, tout à l'heure, sécurité routière, violence conjugale, abus sexuel. Tout ça est très lié à l'alcool. »

Ces addictions à l'alcool sont difficiles à prendre en charge, tout d'abord car les personnes concernées ne se font que trop peu soigner spontanément et suffisamment précocement. Ce retard dans la prise en charge est d'abord la consé-

quence d'une prise de conscience tardive. Il existe d'une part un déni lié à l'addiction à l'alcool, de par ses effets propres ; d'autre part une tolérance sociale face à des consommations qui sont déjà problématiques et simultanément une honte, un rejet associé à l'alcoolisme reconnu comme tel. C'est donc souvent lorsque des difficultés sociales, professionnelles et économiques se sont accumulées que les personnes accèdent aux associations de personnes alcooliques ou démarrent des soins ou lorsqu'elles sont poussées par leur entourage. Il existe souvent aussi un délai entre la reconnaissance de la problématique et la démarche de demander une prise en charge pour cela.

Professionnel : « Faire admettre à un malade alcoolique qu'il est malade, c'est très très compliqué. »

Professionnel : « Il semblerait, qu'en fait, l'alcool contrairement à d'autres addictions, l'alcool, provoquerait des troubles cognitifs qui font qu'on ne perçoit pas. »

Professionnel : « C'est souvent l'entourage, car l'entourage est souvent plus malade que le malade lui-même, donc souvent quand je suis appelé, c'est que c'est l'entourage qui m'appelle. (...) Ça demande plusieurs mois avant que la personne n'accepte de consulter un médecin. (...) Le tabac, on va aller voir un médecin traitant, c'est commun, alors que l'alcool, qui va aller dire à son médecin qu'il picole ? »

Les associations de personnes alcooliques peuvent contribuer à faire admettre aux personnes dépendantes leurs difficultés mais elles constatent que l'aide qu'elles apportent n'est pas forcément bien reconnue par les malades ou que ceux-ci préfèrent ne pas exposer leurs problèmes en public. En tout état de cause, le nombre de personnes assistants aux réunions et groupes de parole se réduit au fil des années.

Professionnel : « Quand on intervient auprès des malades, oui ils viennent nous parler et disent qu'ils vont participer aux réunions, mais dans les réunions, on voit plus personne. Moi je fais une réunion, j'organise un groupe de parole une fois par mois. J'en ai une à Château-Renault le premier samedi du mois aussi. Il y a 10-15 ans, on avait 15-20 personnes à chaque réunion, maintenant, quand on a 10 ou 6 personnes c'est bien. (...) Alors pourquoi ? C'est la question que je me pose. J'ai un petit peu une réponse à ça. Maintenant, on met en avant les médicaments qui permettent de s'en sortir et tout et les personnes qui sont alcooliques préfèrent prendre des médicaments. »

Au-delà du déni et des réticences des personnes, le retard dans la prise en charge est également le fait de manques en termes de prévention et de soins, car les réponses sur le territoire sont insuffisantes et ne couvrent pas tous les besoins. D'une part, les structures de prise en charge, de sevrage notamment, sont essentiellement situées sur Tours et ne sont pas accompagnées de modalités de suivi de proximité suffisantes, ce qui pénalise les personnes sans moyen de déplacement. Cette contrainte peut représenter un frein

au recours, mais aussi au maintien du suivi dans la durée.

Professionnel : « Autant, on a la présence soignante forte sur Tours et sur les grosses agglomérations, autant on a de vraies difficultés, et on revient vers le premier thème abordé, du déplacement, d'où l'importance « d'aller vers » qui se met en place, parce que c'est un vrai souci pour les gens qui ne peuvent pas aller vers les soins. »

Professionnel : « Moi je prends des gens à l'HAD avec de grosses souffrances. On a parfois des patients qui sont dépendants à l'alcool et qui ont de grosses difficultés, de par leur maladie, à se déplacer, à avoir les bons interlocuteurs, et c'est difficile de faire déplacer les gens. »

Professionnel : « Il y avait une petite équipe d'infirmières qui se déplaçait et qui permettait, une fois que vous avez le contact avec les patients qui étaient venus en sevrage, de pouvoir ensuite les suivre et d'éventuellement, soit par téléphone, soit de se déplacer si c'était vraiment difficile. Et c'est une réponse qui a disparu. »

Il existe également différentes formes et degrés de dépendance alcoolique, de problématiques en lien avec l'alcool qui nécessitent des prises en charge différenciées. Or, toutes les modalités d'accompagnement ne sont pas disponibles, ou du moins pas au niveau local. Par exemple, les personnes dont les difficultés n'impactent que peu leur vie sociale ne trouvent souvent pas de réponses adaptées, elles ne se sentent pas destinataires des prises en charge existantes qui s'adressent à des personnes dont la situation leur apparaît beaucoup plus lourde et complexe.

Professionnel : « On a été interpellé par certains jeunes qui voient qu'ils ont un problème avec l'alcool, parce que ça va être un alcool de week-end, festif. Ça leur pose pas encore de problème au niveau insertion sociale, puisqu'ils arrivent à travailler, mais ils commencent à avoir des retraits de permis, ce genre de choses, à se rendre compte que c'est pas très normal ce genre de choses. Et la difficulté pour nous, c'est de leur trouver un interlocuteur, puisque si on commence à leur parler de Louis Sevestre, de Tours, etc, là, ils ont tout de suite l'impression de rentrer dans une démarche lourde, et peut être que ce qu'ils recherchent, c'est un premier contact avec des personnes. Et je pense que cette marche, elle manque aussi. »

Professionnel : « Il manque un intermédiaire entre des choses qui sont institutionnelles d'une part, et des personnes qui commencent à avoir, à se rendre compte qu'ils ont un problème avec l'alcool et qui peuvent facilement dialoguer. »

Les addictions à l'alcool cachent parfois aussi des troubles psychiques qui ne sont pas nécessairement pris en charge. Et inversement, les troubles psychiques peuvent focaliser l'attention des proches, négligeant alors les troubles alcooliques.

Professionnel : « On entend beaucoup de témoignages de per-



sonnes elles-mêmes qui disent que l'alcool ça a été un médicament à un moment donné, parce que ça a permis de calmer des voix trop agressives... »

Professionnel : « Même à l'UNAFAM, l'addiction à l'alcool reste encore un sujet tabou, honteux. On va parler de la bipolarité de son fils, de sa fille, on va parler de la schizophrénie, de la dépression mais on va parler difficilement de l'alcool. »

On assiste aussi parfois à un double déni des personnes, et sans aucune prise en charge, les proches de ces malades vivent des situations très difficiles qu'ils ont du mal à gérer au quotidien, notamment lorsqu'ils partagent le domicile. Même quand le diagnostic est posé, l'entourage se sent très démuni.

Si des possibilités de soutien existent pour ces différentes pathologies, non seulement elles ne sont pas toujours très accessibles géographiquement, mais il n'y a pas non plus de lien systématique établi entre les solutions d'accompagnement pour les troubles alcooliques et les troubles psychiques. Il existe certains partenariats entre structures mais parfois, les professionnels ne connaissent pas les actions menées sur le pays Loire Nature, surtout lorsqu'il ne s'agit pas d'un territoire sur lequel ils interviennent.

Professionnel : « Nous, on est plus sur le versant psychique et psychiatrique des addictions. Après, il existe des centres spécialisés dans les addictions. Après, il est vrai que les deux sont intimement liés. (...) On travaille aussi en partenariat avec des centres d'addicto. »

Professionnel : « Nous on fait de l'accueil à Tours mais on est pas du tout sur le territoire comme celui-ci. Et pourtant on a des appels téléphoniques, autant si la personne ou les personnes sont sur Tours ou l'Agglo, on va avoir des solutions et des structures. Mais on sait pas trop quoi faire, quand c'est le nord ouest ou le sud ouest du département. Si je suis là, c'est pour partager ça aussi, mais de m'entendre dire aussi, que voilà il y a des accueils sur le territoire, des groupes de parole, des personnes qui ont chez eux des proches, des conjoints ou des frères ou des sœurs avec bipolarité, suicidaires... »

Les autres formes d'addictions touchent moins de personnes que l'alcool. À l'exception du cannabis, et dans une moindre mesure des médicaments, les professionnels n'ont pas affaire à énormément de situations de dépendance à d'autres substances.

Professionnel : « Les moins de 30 ans, on voit plutôt une addiction au cannabis. »

Professionnel : « Après, on n'a pas de spécificité sur les autres produits. Je ne pense pas que localement, on ait des choses particulières. Les amphétamines, le crack, toutes ces choses-là, c'est pas des choses qu'on prend de plein fouet ici. »

Cependant, les personnes souffrant de ces addictions ren-

contrent des difficultés similaires de prise en charge du fait de l'éloignement des structures dédiées. Il en va ainsi pour les jeunes, qui connaissent des difficultés de déplacement pour bénéficier d'un accompagnement. Les professionnels rencontrés, conscients de cette problématique, tentent de mettre en place des solutions de proximité pour ce public.

Professionnel : « Il y a des consultations jeunes consommateurs qui existent, pas seulement dans les Csapa, principalement plutôt sur Tours, dans les lieux du Csapa, mais aussi à la maison des adolescents et à l'espace santé jeunes. Et nous, dans cette mission d'aller-vers, qui est toute récente, il y a possibilité d'aller dans des espaces... Alors on a rencontré l'assistante sociale de la Douve, il y a quelques mois, pour aller par exemple, interpellé par un professionnel, sur votre territoire, rencontrer sur site éventuellement, si ça convient mieux au jeune, sa situation dans un contexte qui lui conviendra. On peut aussi intervenir à domicile mais on peut aussi faciliter ce travail-là. »

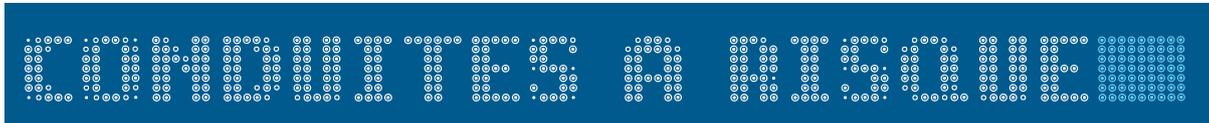
Les professionnels mentionnent aussi l'émergence ou la meilleure prise en considération des addictions sans substance (comme les cyberaddictions ou encore les addictions au jeu, les achats compulsifs).

Professionnel : « C'est un domaine qu'on va probablement voir s'aggraver considérablement. Moi, j'étais récemment dans un pays qui est très durement touché par ça, par cette addiction aux écrans, où beaucoup de jeunes se font écrasés, parce que les gens, dans leurs voitures, ont des écrans qu'ils regardent en ville, et les enfants traversent en chassant des Pokémons. (...) Il paraît qu'au Japon, ils sont très concernés par ce problème, du coup, ils ont créé des couloirs, un peu comme nos couloirs cyclistes, ils ont fait des couloirs pour que les gens qui sont sur écran puissent les suivre et soient protégés de la circulation, comme un cycliste. Cela dit, c'est des choses qu'on va devoir aborder avec les nouvelles générations. »

La prise en charge de ces problématiques est possible par tous les professionnels du champ de l'addictologie. Certains professionnels ont des compétences et connaissances plus spécifiques qui les rendent susceptibles de mieux aider leurs patients. Cependant, ces compétences ne sont pas toujours identifiables a priori par les personnes extérieures à leurs structures, et ces dernières ne savent pas si elles peuvent orienter leur public vers les professionnels de l'addictologie.

Professionnel : « La question, c'était est-ce qu'on peut envoyer tout type d'addiction vers les addictologues, ou si quelqu'un a sa spécialité ? »

Professionnel : « Pour répondre à ça, si vous voulez, il y a un champ commun à toutes les addictions et on peut très facilement, quand on travaille dans ce champ-là aborder les addictions, avec une expertise dans l'alcool, on peut très bien suivre quelqu'un d'autre. Après, il y a plutôt est-ce que la patientèle se reconnaît dans la personne. Quand on a la chance d'avoir des gens qui comme (nom) connaît bien le domaine, du coup, la personne qu'est en face de lui, va voir qu'il sait de quoi il parle.



Moi je ne comprends absolument rien sur ces addictions sur les jeux type jeux de rôle. (...) Sur internet, j'ai personnellement pas accroché là-dessus. »

Étant donné les difficultés de prise en charge des addictions, tant pour l'alcool que pour les autres produits ou les addictions sans substance, certains professionnels ont insisté sur la nécessité de développer la prévention primaire, notamment auprès des publics jeunes. Certains jeunes sortis très tôt de leur scolarité présentent un risque de développer des conduites addictives, ce qui nécessite d'effectuer une prévention plus précoce.

Professionnel : « Quand on arrête sa scolarité en CM2, parce que au-delà, c'est plus problématique le collège, ça veut dire qu'on va passer une tranche de vie entre 13 ans et 16-17 ans où là on va commencer peut être à se projeter dans le mariage, dans le... Là y a 4-5 ans d'ennui total. On ne fait rien. On est trop petit pour travailler avec papa ou faire je ne sais quoi, on est trop grand pour jouer avec les petits, et donc là c'est... Bah c'est la rencontre de tous les modes de vie déviants parce que les stupéfiants, la drogue, l'alcool rentrent et rentrent par la porte des plus petits qui voient les grands s'alcooliser, qui voient... »

Cette prévention devrait également évoluer dans sa forme, en s'appuyant plus largement sur les compétences psy-

chosociales des jeunes et en associant plus largement les parents, qui méconnaissent les problèmes de leurs enfants et/ou se sentent démunis face à ceux-ci. Menée ainsi, cette prévention primaire pourrait mieux limiter l'usage de produits psychoactifs et réduire également un certains nombre de conduites à risque.

Professionnel : « Le curatif, on voit que c'est compliqué d'amener un alcoolique à ne plus boire, que c'est compliqué d'emmenner un élève qui fume du cannabis régulièrement 4-5 joints par jour, parce qu'on en voit tous les ans des jeunes qui ne peuvent pas aller en cours sans fumer. Moi, j'aimerais qu'on puisse aborder dans le CLS des éléments de prévention primaire et aussi qu'on associe dans cette prévention primaire les parents, parce qu'ils sont souvent très démunis par rapport aux comportements des enfants. »

Professionnel : « Il faut développer l'estime de soi des enfants, leur faire confiance et développer les compétences psycho affectives et psycho sociales, car grâce à ça, ils peuvent dire non à la première cigarette, ils peuvent dire non à un rapport sexuel non consenti et ils peuvent dire non à l'alcool et autres. »

Professionnel : « L'estime de soi, ça va avoir un impact sur les incivilités au volant, sur les violences familiales, sur la capacité à dire non à des consommations et des conduites à risque. »



Ressources disponibles sur le territoire

L'Espace Santé Jeunes alerte les parents sur certaines conduites à risque pour leurs enfants et adolescents. Aussi, dans le cadre de la « quinzaine de la parentalité », des conférences sont organisées sur le territoire, ayant pour thème « la place et l'image de l'adolescent aujourd'hui », « les relations sociales et le harcèlement », « addiction et adolescence »...

Les parents ont été conviés en mars 2015, à Saint-Paterne-Racan, à assister à des représentations de la **compagnie « Barroco Théâtre »**, une association loi 1901 ayant pour but de promouvoir le théâtre en Indre-et-Loire. Le Barroco a développé un volet de théâtre d'intervention, notamment autour de projets de prévention santé et citoyenneté.

La direction des services départementaux de l'Éducation nationale met en œuvre la politique éducative de santé relative à l'accès de chacun aux savoirs ainsi qu'en matière d'égalité des chances et de lutte contre les discriminations. Elle met en place des **comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC)** dans les collèges et un personnel infirmier est affecté dans chaque établissement scolaire public, chaque école maternelle et élémentaire publique du pays Loire Nature. Ceci afin de contribuer à la réussite scolaire en favorisant l'équilibre et le bien-être physique, mental et social des élèves afin de participer à la réalisation de leur projet personnel et professionnel.

Les actions menées dans les collèges et les lycées ont pour thème :

- l'estime de soi
- l'éducation à la sexualité

- l'égalité filles-garçons (lutte contre les discriminations)
- la prévention des conduites addictives (alcool, tabac, cannabis, nouvelles technologies)
- la prévention du harcèlement (prévention de la violence et des dangers liés aux nouvelles technologies)
- l'éducation nutritionnelle et la promotion de l'activité physique, lutte contre le gaspillage alimentaire
- l'éducation à la citoyenneté, à la responsabilité et à la sécurité
- le mal-être et la prévention des idées suicidaires
- la prévention bucco-dentaire, le sommeil et l'hygiène des mains

Des séances de prévention sont animées par une infirmière scolaire dans certaines écoles maternelles et primaires. Ces séances ont pour thème :

- la sensibilisation au handicap visuel (CP)
- la lutte contre les situations de harcèlement (CM2)
- l'hygiène bucco-dentaire (CP)

Enfin, **l'association Familles Rurales** organise des ateliers cuisine intergénérationnels auxquels sont conviés les préadolescents et adolescents fréquentant le dispositif jeunesse. Le but de ces ateliers est de trouver le plaisir de cuisiner soi-même des produits bio et locaux, de trouver le plaisir à partager ses repas en famille ou entre amis et de découvrir des saveurs et des textures auxquels les jeunes ne sont pas habitués. Ils sont également sensibilisés aux enjeux du développement durable en lien avec leurs problématiques quotidiennes : budget, santé, loisirs...

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 de la région seraient en situation d'obésité (selon l'indice de masse corporelle), soit une proportion en baisse par rapport à l'année 2007 (17,7 %) mais toujours supérieure à celle observée en France hexagonale (15,0 %). Entre 1997 et 2012, la proportion de personnes obèses domiciliées en région Centre-Val de Loire a augmenté de 72,4 % (contre près de 76,0 % en France hexagonale).

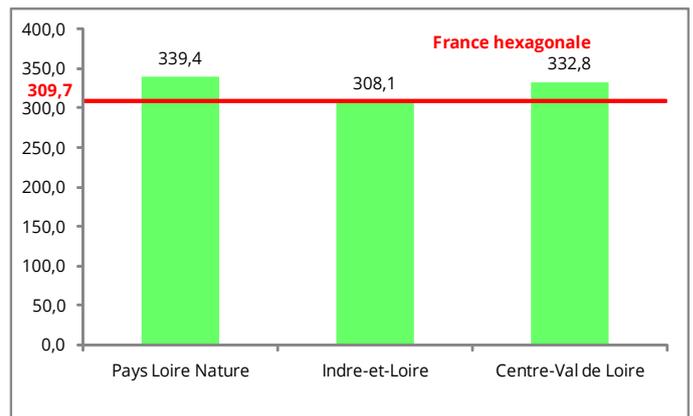
Affections de longue durée pour motifs liés à la nutrition

Le diabète de type 2 a été retenu pour pouvoir approcher les troubles liés à la nutrition.

Entre 2005 et 2013, en moyenne 8 873 nouvelles admissions en ALD pour diabète de type 2 ont été recensées chaque année en région Centre-Val de Loire (4 942 chez les hommes et 3 931 chez les femmes).

En éliminant les effets liés à la structure d'âge des populations, le taux comparatif d'admission en ALD pour diabète de type 2 est de 339,4 admissions pour 100 000 habitants sur le territoire. Ce taux est globalement similaire à celui observé sur la région (332,8) mais significativement supérieur à ceux observés sur l'Indre-et-Loire (308,1) et en France hexagonale (309,7).

TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR TROUBLES LIÉS À LA NUTRITION (DIABÈTE DE TYPE 2) (2009-2011)



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

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

En termes d'offre libérale, 10 pédicures-podologues sont installés sur le territoire d'étude (dont 8 au sein de la communauté de communes Touraine Nord Ouest), ce qui correspond à une densité de 22,7 pédicures-podologues pour 100 000 habitants, proche de celles observées aux niveaux départemental (18,7), régional (19,0) et national (20,7).

En ce qui concerne les diététiciens (libéraux et salariés), on en retrouve 2 sur le territoire, ce qui correspond à une densité de 4,5 pour le territoire, bien loin des densités observées au niveau de l'Indre-et-Loire (22,5), de la France (16,7) ou même de la région (16,1).

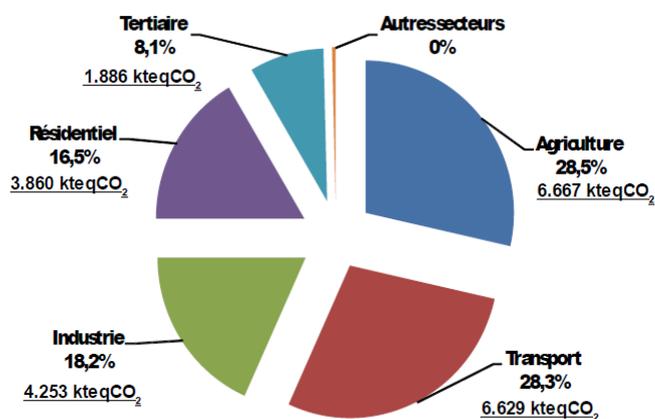
L'inventaire des émissions de gaz à effet de serre

Le secteur agricole et le secteur du transport sont les deux principaux secteurs émetteurs de GES, avec respectivement 28,5 % et 28,3 % des émissions régionales d'équivalent CO₂.

Si on prend en compte les secteurs résidentiel et tertiaire, le bâtiment contribue à 24,6 % des émissions régionales.

Le secteur industriel représente 18,2 %. Dans le secteur industriel, la contribution des émissions du sous-secteur de l'extraction, de la transformation et de la distribution de l'énergie représente 1,5 % des émissions régionales de gaz à effet de serre.

EMISSION DES GAZ À EFFETS DE SERRE EN 2008 PAR SECTEUR (EN ÉQUIVALENT CO₂)



SOURCE : SRCAE, LICAIR (JUN 2011)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Le réseau de surveillance de la qualité de l'air

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

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

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

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

En région Centre-Val de Loire, les oxydes d'azote sont principalement émis par le trafic routier (58 % des émissions régionales, 23 % par l'agriculture, la sylviculture et aquaculture, 8 % par l'industrie, les déchets, la construction et 7 % par le résidentiel).

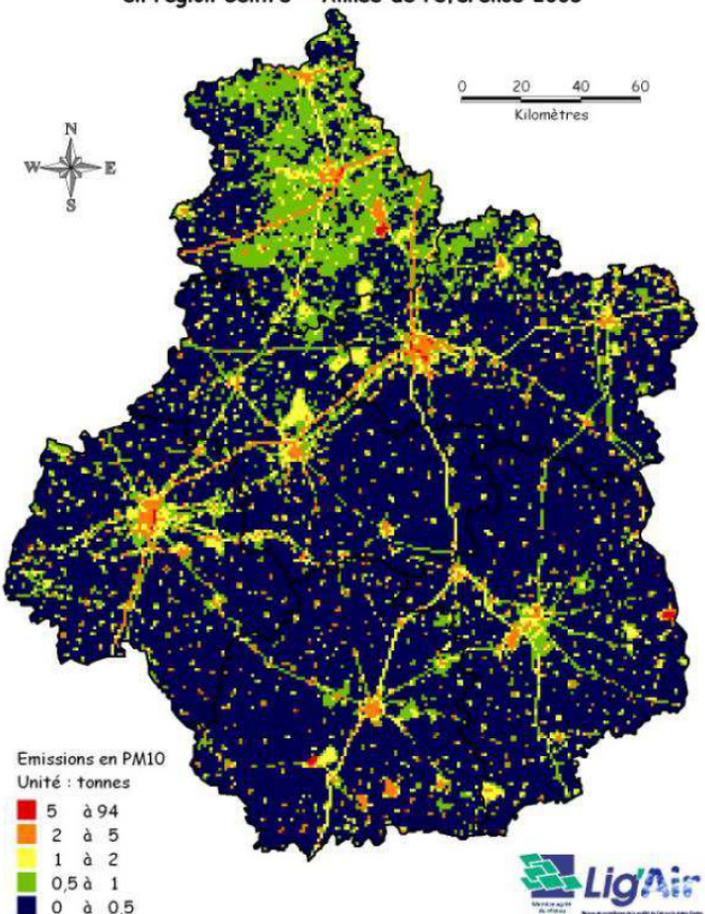
Les particules en suspension peuvent altérer la fonction respiratoire des personnes sensibles (personnes âgées, enfants, asthmatiques). Le secteur agriculture/sylviculture/aquaculture est celui qui émet le plus de particules en suspension, mais également celles inférieures à 10 µm (PM 10). A contrario, les émissions de particules en suspension plus fines (PM 2,5 et PM 1,0) proviennent principalement du secteur résidentiel.

Les particules en suspension PM 10 présentent un profil saisonnier en région Centre-Val de Loire. En effet, elles se caractérisent par des niveaux relativement élevés en période hivernale et des concentrations assez faibles en période estivale. Le secteur agriculture/sylviculture/aquaculture est majoritaire avec 40 % des émissions régionales, suivi du secteur résidentiel (29 %), du transport routier (15 %) et de l'industrie (14 %).

La carte suivante représente le cadastre des émissions à l'échelle du km² des particules en suspension inférieures à 10 µm. Ces émissions sont localisées essentiellement au niveau des grandes agglomérations ainsi que sur les terres agricoles, les carrières, autour de certaines grandes industries et des axes routiers. En région Centre-Val de Loire, les concentrations annuelles en PM 10 sont globalement homogènes et respectent la valeur limite annuelle de 40 µg/m³. Au plan national, les valeurs limites, entrées en vigueur en 2005, ne sont pas respectées dans 16 zones administratives de surveillance.

CARTE DES PARTICULES EN SUSPENSION PM 10

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



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



Depuis la directive du 21 mai 2008 sur la qualité de l'air définissant une valeur limite de $25 \mu\text{g}/\text{m}^3$ à respecter en 2015, les concentrations de PM 2,5 sont encadrées réglementairement. Le Grenelle de l'environnement a fixé les objectifs de réduction des concentrations de PM 2,5 d'ici 2015 à 30 % sur l'ensemble du territoire, y compris en proximité de trafic.

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

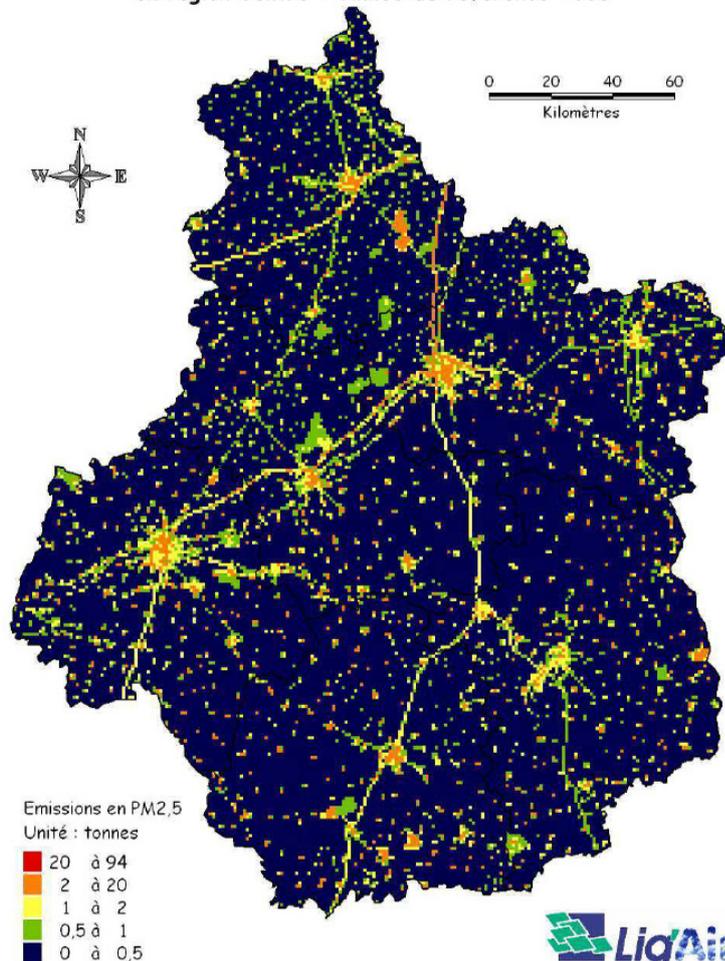
Depuis la mise en place de l'évaluation en 2007, sont relevées des concentrations annuelles homogènes inférieures à $25 \mu\text{g}/\text{m}^3$. Cette concentration correspond à la valeur cible pour 2010 et à la valeur limite applicable en 2015.

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

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

CARTE DES PARTICULES EN SUSPENSION PM 2,5

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



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

Les zones sensibles

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

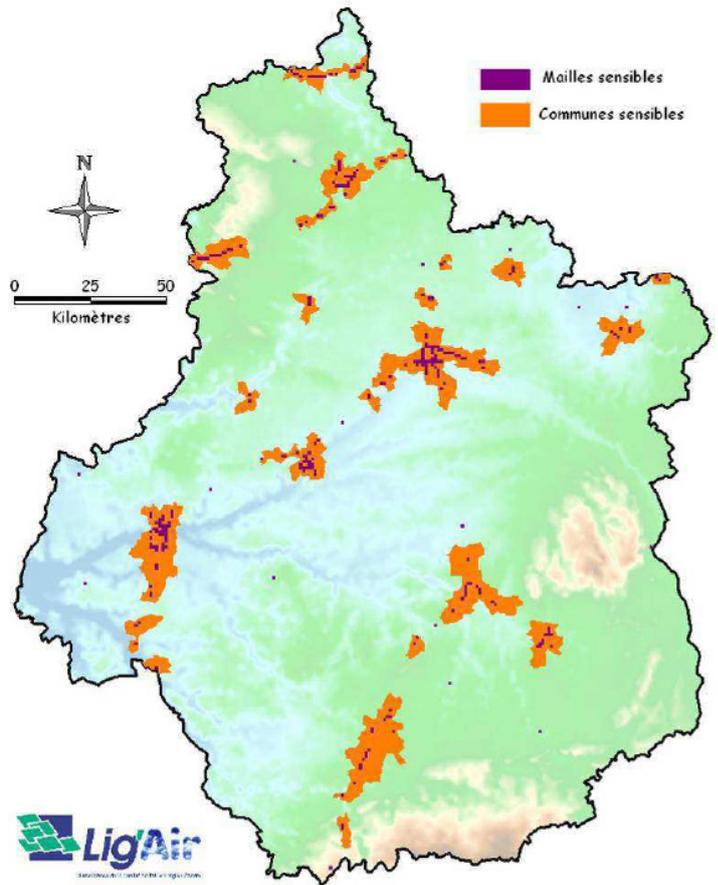
- à la densité de population ;
- aux milieux naturels ;
- aux caractéristiques topographiques ;
- le cas échéant aux enjeux de préservation du patrimoine, de développement du tourisme et de protection des milieux agricoles.

Les zones sensibles en région Centre-Val de Loire ont été construites sur la base de critères de surémissions d'oxydes d'azote par rapport à des émissions moyennes. Cette construction est fondée sur l'inventaire des émissions d'oxyde d'azote calculées par Lig'Air pour l'année de référence 2005. La sensibilité d'une commune est définie au regard de l'un des trois critères suivants (contient ou regroupe au moins deux mailles sensibles, contient ou recoupe deux mailles au maximum dont l'une au moins est sensible, contient ou recoupe une maille sensible et est adjacente à une commune sélectionnée selon la condition 1 ou 2).

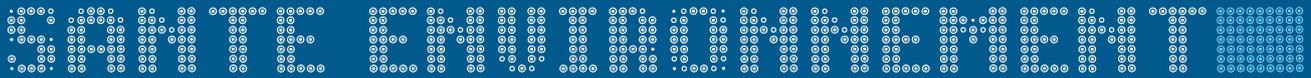
Au total, 141 communes de la région répondent ainsi à l'un de ces critères, soit 2 742 km² et une population de 1 125 848 habitants (source : Insee RP 2006).

Ces communes sensibles représentent 6,9 % du territoire et regroupent 44,9 % de la population en région Centre-Val de Loire. Aucune commune du pays Loire Nature n'est déclarée comme sensible.

CARTE DES COMMUNES «SENSIBLES»



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



Les eaux d'alimentation du pays Loire Nature

De nombreux micro-organismes (bactéries, virus, parasites) sont présents dans les eaux dont certains vecteurs de maladies pour l'homme. La qualité microbiologique des eaux demeure une préoccupation sanitaire essentielle. La non-conformité bactériologique peut-être appréciée à partir de l'importance de dépassement de deux seuils suivants : 30 % de non-conformité (pour les petites unités de distribution) et 5 % de non-conformité (pour les grandes unités de distribution).

En 2014, quatre communes du Pays (Hommes, Savigné-sur-Lathan, Saint-Paterne-Racan et Saint-Christophe-sur-le-Nais) ont un pourcentage de non-conformité bactériologique compris entre 5 et 30 %. Pour le reste du territoire, il est inférieur à 5 %.

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

En 2014, quatre communes du Pays ont une teneur moyenne en nitrates comprise entre 25 et 40 mg/l (Beaumont-la-Ronce, Bueil-en-Touraine, Saint-Aubin-le-Dépeint et Villebourg), et 3 communes ont une teneur comprise entre 40 et 50 mg/l (Saint-Christophe-sur-le-Nais, Saint-Paterne-Racan, et Sonzay). Pour le reste du territoire, la teneur moyenne en nitrates est inférieure à 25 mg/l.

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

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

En 2014, toutes les communes du pays Loire Nature ont une teneur en pesticide inférieure à 0,1 $\mu\text{g/l}$.

SOURCES : LES EAUX D'ALIMENTATION EN RÉGION CENTRE-VAL DE LOIRE
DONNÉES : 2014, ARS CENTRE-VAL DE LOIRE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

1) Les caractéristiques du territoire / démographie

Le pays Loire Nature se situe au nord-ouest de l'Indre-et-Loire, en bordure de deux aires d'influence : au sud à proximité de Tours et de la Loire et au nord-ouest frontalier des Pays de la Loire avec les villes d'Angers et du Mans. Le nord-est du territoire est proche des pays Vendômois et Loire Touraine sans véritables zones urbaines influentes. Le pays Loire Nature est composé de trois communautés de communes : la CC de Gâtine et Choisses, la CC de Racan et la CC Touraine Nord Ouest. Ces trois communautés de communes regroupent 43 communes comprenant un total de 43 069 habitants au RP 2011, sur une superficie de 760 km², soit une densité de population de 56,7 habitants au km². Cette densité, inférieure à celle de la région Centre-Val de Loire ou encore du niveau national, témoigne du caractère rural de ce territoire. Seules 19 communes ont une population supérieure à 1 000 habitants.

Le Pays connaît une croissance démographique : +1,3 % par an entre 2006 et 2011. Ce dynamisme démographique est même supérieur à celui observé en Indre-et-Loire (0,5 %), en région (0,3 %) et au niveau national (0,5 %). Toutefois, cet accroissement démographique est variable selon les communautés de communes. Si le sud du territoire connaît une augmentation de sa population, la CC de Racan en revanche, observe une stabilité du nombre d'habitants au cours de cette période. L'évolution du parc de logements entre 2006 et 2011 conforte cette observation. En effet, si les CC Touraine Nord Ouest (+10,9 %) et Gâtine et Choisses (+10,0 %) enregistrent une augmentation du nombre de résidences principales, la CC de Racan (+ 1,8 %), en revanche, observe peu d'évolutions du nombre de ces résidences. L'analyse de la structure de la population met en évidence une proportion de jeunes de moins de 20 ans (27,1 %) supérieure à celle de l'Indre-et-Loire (24,1 %), de la région (24,0 %) et du niveau national (24,4 %). En revanche, les proportions de personnes âgées de 65 ans et plus ou 75 ans et plus sont proportionnellement plus faibles comparativement aux territoires de référence.

Les niveaux de formation des habitants du Pays, comme en France de façon générale, sont en constante augmentation. La part de personnes de faibles niveaux de formation (CAP, BEP,...) dans le Pays (34,4 %) est proche de celle observée dans l'Indre-et-Loire (33,0 %), le Centre-Val de Loire (36,4 %) ou encore le niveau national (33,9 %). En revanche, la part des personnes ayant un niveau Bac+2 (19,9 %) est inférieure aux taux départemental (24,6 %) et national (25,8 %), ce qui peut être expliqué par une fuite des jeunes pour la poursuite de leurs études supérieures en dehors du Pays, sans retour systématique sur le territoire à la fin de leurs études. Le taux de scolarisation des 18-24 ans sur le territoire (40,3 %), bien en-deçà des taux départemental (57,4 %) et national (51,9 %), reflète bien ce phénomène.

Malgré une part plus faible de personnes ayant un haut niveau de formation, le taux de chômage (au sens RP de l'Insee) sur le territoire est bien inférieur de 3 à 4 points

de ceux observés dans les territoires de référence, quelle que soit la communauté de communes. La proximité des villes de Tours, Angers ou encore Le Mans permet à une part non négligeable de la population de rester dans l'emploi. Cependant, la part des foyers imposés sur le Pays est moindre comparativement aux territoires de référence et les revenus par unité de consommation y sont plus faibles en moyenne. Par ailleurs, l'analyse des indicateurs relatifs aux minima sociaux met en évidence des taux d'allocataires ou de bénéficiaires inférieurs aux territoires de référence.

À l'échelle des communautés de communes, celle de Gâtine et Choisses se démarque très nettement de part sa situation bien plus favorable (minima sociaux, niveaux de revenus, chômage) ainsi que le sud de la CC Touraine Nord Ouest.

2) État de santé

Avec 348 décès en moyenne par an pour la période 2003-2011, le territoire présente un taux comparatif de mortalité générale de 823,9 décès pour 100 000 habitants (1 104,3 pour les hommes et 608,9 pour les femmes). L'analyse de la mortalité met en évidence une situation favorable du Pays en comparaison des niveaux régional et national. En revanche, le pays Loire Nature présente une surmortalité par rapport au département de l'Indre-et-Loire, département en sous-mortalité comparativement à l'Hexagone et la région. Il existe cependant des différences entre les différentes communautés de communes. Seule la CC Gâtine et Choisses ne présente pas de surmortalité par rapport à celle observée en Indre-et-Loire.

S'agissant de la mortalité avant l'âge de 65 ans (mortalité prématurée), le taux de mortalité pour les deux sexes (195,0 décès pour 100 000 habitants de moins de 65 ans) ne diffère pas statistiquement de ceux du département (188,5), de la région (209,5) et de la France (205,0). Parmi les 66 décès prématurés observés chaque année en moyenne, on estime que 26 d'entre eux (38,7 %) auraient pu être évités par des actions de prévention primaire (alcool, tabac, accidents de la circulation, suicide, sida...). Cette proportion est légèrement supérieure à celle observée en Indre-et-Loire (35,7 %).

Entre 2005 et 2013, on dénombre en moyenne 875 nouvelles admissions pour affection longue durée (ALD) par an sur le pays Loire Nature. Que ce soit pour les hommes comme pour les femmes, les trois principaux motifs d'admissions sont ceux relatifs aux maladies cardio-vasculaires, aux tumeurs malignes et au diabète.

Sur la période 2011-2013, en éliminant les effets liés à la structure d'âge de la population, 20 038 patients ont été hospitalisés en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) pour 100 000 habitants sur le Pays. Ce taux est significativement supérieur à ceux de la région (19 058) et du département (19 244).

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

L'offre présente sur le territoire pour accompagner les femmes est faible voire très faible. En effet, aucun gynécologue-obstétricien n'est présent sur le Pays. Les professionnels constatent que trop peu de femmes réalisent leurs suivis gynécologiques. Certains médecins généralistes peuvent réaliser ces suivis, tout comme les sages-femmes installées sur le territoire. Elles sont néanmoins peu nombreuses et l'étendue de leurs compétences est encore mal connue des femmes, voire même de certains professionnels. De fait, les sages-femmes sont essentiellement sollicitées pour la réalisation de suivis de grossesse ou post immédiat accouchement alors qu'elles sont en mesure d'effectuer les suivis gynécologiques.

L'absence de professionnels a un également un impact sur l'accompagnement des grossesses. Si les femmes se rendent généralement à leur maternité quelques semaines en amont de l'accouchement pour réaliser les derniers rendez-vous de leur suivi de grossesse, nombre d'entre elles n'effectuent pas de séances de préparation à l'accouchement. Pour certaines habitantes, les distances entre leur domicile et le lieu de réalisation de ces séances, souvent à l'hôpital, sont en effet trop importantes. L'installation d'une nouvelle sage-femme sur le Pays concourra sans doute à pallier ce manque d'offre. Les mêmes observations sont décrites pour les suivis relatifs aux suites de couche pour lesquels les professionnels déplorent une réalisation insuffisante de la rééducation périnéale ou encore le manque d'accompagnement des mères au début de leur allaitement.

Les professionnels rencontrés lors des réunions thématiques soulignent l'impossibilité pour les femmes prises en charge au pôle Léonard de Vinci de bénéficier de l'accompagnement Prado dès leur retour à leur domicile, le pôle n'ayant pas adhéré à ce programme. Ils déplorent également le manque de coordination/communication entre les sages-femmes de PMI et les sages-femmes libérales sur certaines situations fragiles, et l'absence de structure permettant l'accueil du couple mère-bébé lors de dépressions post-natales (accueil possible à Poitiers uniquement).

Concernant la santé des enfants, le manque de professionnels sur le Pays, et notamment de pédiatres, impacte les délais de réalisation des diagnostics de pathologies, tout comme la mise en place effective des accompagnements quand le diagnostic est posé. Par ailleurs, comme dans de nombreux territoires hors agglomérations, les prises en charge spécialisées nécessitent des temps de transport importants qui ne sont pas toujours compatibles avec la mobilité des familles ou les impératifs professionnels de celles-ci. Au-delà des difficultés d'accès, les professionnels spécialisés ou structures spécifiques sont surchargés et ne peuvent pas toujours accompagner l'enfant dans un délai optimal, le pénalisant de fait dans ses apprentissages.

Un autre point majeur soulevé par les professionnels est la difficulté des parents dans leur relation éducative avec leurs

enfants. Les transmissions intergénérationnelles manquent du fait de l'éloignement géographique des familles, notamment sur les besoins nutritionnels de l'enfant. Si des aides peuvent être organisées pour soutenir les parents dans leur fonction éducative, pour autant, les professionnels soulignent combien il est difficile d'atteindre certaines familles, notamment les pères, du fait de la persistance de freins psychologiques et sociologiques. Il apparaît nécessaire de faire évoluer la manière dont est réalisée la prévention (partage d'expériences hors cadre institutionnel par exemple) pour atteindre davantage de parents et pour transmettre les messages de façon plus efficace.

2.2) La santé mentale

Au cours de la période 2003-2011, 8 décès par suicide ont été recensés en moyenne chaque année. Le taux standardisé de mortalité par suicide ne diffère pas statistiquement de ceux observés dans les territoires de référence. 70 patients du pays Loire Nature ont été hospitalisés en moyenne par an pour tentative de suicide probable ou certaine, ce qui correspond à un taux de 167,3 patients hospitalisés pour 100 000 habitants, taux proches de ceux du département ou de la région.

4^{ème} cause d'admissions en ALD sur le Pays, comme au niveau régional, ce sont 49 nouvelles admissions en ALD pour affections psychiatriques, en moyenne, par an, qui sont dénombrées sur la période 2005-2013. En éliminant l'effet de la structure par âge, le taux comparatif de nouvelles admissions en ALD sur le Pays (121,0 pour 100 000 habitants) est significativement inférieur à ceux du département (146,3), de la région (158,0) et de la France hexagonale (182,8).

Les professionnels ne relèvent pas de spécificités relatives à la population du territoire à l'exception de la présence de travailleurs agricoles impactés par des conditions économiques difficiles et donc en souffrance (dépression, risques suicidaires plus importants). Et, du fait de son caractère rural sur certaines parties du territoire, la solitude est également une composante importante impactant la santé morale des habitants (isolement géographique et social, raréfaction des commerces et services, éclatement des familles, affaiblissements des liens de voisinage liés aux mouvements fréquents de populations). L'isolement retarde également la détection des problèmes psychiques chez les individus n'ayant pas de relations sociales régulières. Ce repli sur soi touche également les personnes âgées et les personnes malades ne pouvant plus se déplacer.

Un premier frein au recours aux soins provient du manque de professionnels et de structures dédiées sur le territoire. En effet, les ressources locales sont très largement insuffisantes, notamment pour la prise en charge des enfants. La prise en charge de plus en plus fréquente des problèmes sociaux par des soins médicaux se traduit par une augmentation des demandes. En conséquence, les délais d'attente pour une inscription au CMPP, tout comme

ceux pour la mise en place des soins au CAMPS, sont bien trop longs. À ces délais d'attente, s'ajoute souvent le temps nécessaire aux familles pour accepter la nécessité d'accompagner leur enfant (tabou, déni des difficultés, perception négative de la psychiatrie, rejet des institutions,...). De fait, le temps entre l'apparition des premiers troubles psychiques ou du développement et la prise en charge effective est bien trop long, ce qui participe à l'ancrage des problématiques de l'enfant voire l'aggravation de celles-ci. Il apparaît nécessaire de sensibiliser plus largement la population aux maladies psychiques pour une meilleure acceptation sociale des malades et mettre fin aux tabous relatifs à ces problématiques qui retardent les demandes de prise en charge.

Pour les adolescents et adultes, trop peu de dispositifs ou structures dédiées sont implantés sur le territoire. L'accès aux soins psychiatriques nécessite le plus souvent de se diriger sur Tours ou son agglomération. Mais les professionnels implantés sur l'agglomération tourangelle étant sollicités par des patients provenant d'une grande partie du département, ils se révèlent assez peu disponibles. Ainsi, l'accès à ces professionnels nécessite des recherches et une certaine détermination pour obtenir un premier rendez-vous. Par la suite, les déplacements sur l'agglomération peuvent être contraignants pour la population du Pays, entraînant des irrégularités de suivi sur le moyen et long terme, par découragement de l'utilisateur.

Les professionnels soulignent également l'absence de dispositifs adaptés à des personnes ne relevant pas de la psychiatrie et notamment le manque d'accompagnements social ou médico-social permettant le retour à domicile de certains malades. Par conséquent, Les hôpitaux comme le CHU accueillent ou maintiennent des patients dans leurs services alors que ces derniers ne relèvent pas ou plus de ce type de soins. Les services de l'hôpital sont, de ce fait, saturés et contraints d'écourter les séjours de certains patients sans avoir la garantie d'une solution optimale en aval, ce qui conduit à la multiplication d'hospitalisations pour certains patients. L'ouverture récente d'un service d'hospitalisation à temps partiel de jour répond bien à ces problématiques même s'il ne permet pas de combler tous les besoins.

Enfin, si les professionnels soulignent l'évolution positive en matière d'accueil des enfants handicapés dans les écoles ou crèches, pour autant, la nécessité de former ces professionnels demeure pour leur permettre de mieux comprendre le handicap et sa prise en charge. Dans ce cadre mais aussi plus largement dans le domaine de la prise en charge des troubles psychiatriques, il est nécessaire de développer et consolider la collaboration, la coordination entre les professionnels des secteurs social, médico-social et sanitaire pour faciliter et améliorer les accompagnements.

2.3) Les maladies chroniques

En comparaison avec les autres territoires de référence, la mortalité en lien avec les principales maladies chro-

niques (cancers, maladies de l'appareil circulatoire, diabète et maladies de l'appareil respiratoire) ne se distingue pas au sein du pays Loire Nature (pas de sous-mortalité, ni de surmortalité).

S'agissant des nouvelles admissions en affection longue durée (ALD), la situation diffère selon les pathologies. L'étude des nouvelles ALD pour tumeurs malignes (quel que soit le cancer étudié) met en évidence des taux standardisés comparables aux territoires de référence. En revanche, les taux comparatifs de nouvelles admissions pour diabète et pour insuffisance respiratoire sont supérieurs à ceux de l'Indre-et-Loire mais similaires à ceux de la région et de l'Hexagone. Quant aux nouvelles admissions pour maladies cardiovasculaires, le Pays présente un taux comparatif supérieur à celui du département, de la région et la France métropolitaine.

Pour les professionnels, certaines maladies chroniques deviennent de plus en plus prégnantes sur le territoire du fait du vieillissement de la population et des changements de mode de vie. Il s'agit notamment du diabète en raison du manque d'activité physique et d'une alimentation qui n'est pas toujours équilibrée, notamment parmi les populations les plus défavorisées (ressources financières insuffisantes pour une alimentation riche en fruits et légumes, manque de temps pour cuisiner et absence de transmission générationnelle de connaissances pour cuisiner...). Parmi les populations ciblées, les professionnels soulignent la nécessité d'accompagner de façon spécifique la communauté des gens du voyage du fait de leur éloignement aux structures de soins et de prévention, de leurs freins culturels, de leurs difficultés de compréhension de la langue écrite...

Quant à la prise en charge des patients malades de cancer, il est observé une bonne coordination entre professionnels dans le cadre du réseau de cancérologie : communication entre professionnels intervenant autour d'un patient, utilisation des structures ressources comme l'équipe mobile de soins palliatifs... Toutefois, quelques axes d'amélioration sont relevés : des difficultés pour prendre en charge des patients jeunes en perte d'autonomie, la concentration dans les centres urbains (Tours) des réseaux spécialisés pour les malades chroniques (trop loin du domicile des patients en perte d'autonomie) et le manque de soutien financier pour les actions de prévention, trop souvent portées par des bénévoles.

2.4) Le vieillissement

En raison de l'allongement de la durée de la vie (progrès dans les soins, amélioration de l'hygiène de vie) et de l'arrivée aux âges élevés des baby-boomers, la population française connaît un vieillissement de sa population. L'indice de vieillissement mesure le ratio entre la population des personnes de 65 ans et plus au regard des personnes de moins de 20 ans et permet de suivre l'évolution démographique de la population. Évolution inhabituelle en région, le pays

Loire Nature enregistre une évolution négative de l'indice de vieillissement. En raison de l'arrivée de jeunes familles sur le territoire, le pays ne connaît pas de vieillissement de sa population, contrairement aux autres territoires de référence. Ainsi, l'indice de vieillissement est beaucoup plus faible dans le Loire Nature (58,0 personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans) qu'en Indre-et-Loire (77,0), en Centre-val de Loire (79,7) et en France hexagonale (70,6). Toutefois, si la part des personnes âgées est inférieure à celle des territoires de référence, cette relative jeunesse de la population du Pays ne doit pas masquer l'augmentation effective du nombre de personnes âgées sur le territoire. En effet, entre 2006 et 2011, le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus a été multiplié par trois. Il apparaît donc nécessaire de continuer à développer la prise en charge des aînés.

Près de 92 % de la population des 75 ans et plus vivent dans un logement ordinaire (taux très légèrement supérieur aux territoires de référence). Si 36 % des personnes âgées de 75 ans et plus vivent seules, cette proportion peut atteindre 38,6 % dans la CC Touraine Nord Ouest. Ce mode de vie n'est pas sans conséquence pour une part grandissante de la population âgée, notamment lorsqu'elle vit en milieu rural, éloignée le plus souvent de sa famille et où les commerces et services tendent à disparaître. Ces situations d'isolement deviennent problématiques dès lors que la personne est en perte d'autonomie (difficultés d'accès aux soins, report voire renoncement aux soins) entraînant parfois une dégradation rapide de l'état de santé des personnes.

Les professionnels soulignent par ailleurs le maintien à domicile de patients ayant des prises en charge de plus en plus lourdes du fait de leur grande dépendance (volonté de rester à domicile au maximum, manque de places dans les établissements publics, ressources financières insuffisantes pour accéder aux établissements privés...). Les Ssiad, très sollicités, peuvent difficilement répondre à toutes les demandes. Des délais d'attente pour une prise en charge sont mentionnés. Au-delà du nombre grandissant de personnes à prendre en charge, les professionnels soulignent qu'il devient complexe de pouvoir assurer l'ensemble des soins des patients les plus dépendants en raison des financements contraints qui ne couvrent pas l'ensemble des passages nécessaires à domicile pour ces usagers.

Lorsque les plans d'aide sont insuffisants, certains professionnels dépassent leurs champs de compétences pour pallier l'absence de certaines prestations. Ou bien les proches de patients âgés compensent en contribuant directement aux aides autant que possible, allant parfois jusqu'à l'épuisement. Les professionnels mentionnent le manque de soutien apporté aux aidants, ce qui augmente les risques de rupture brutale de leur accompagnement.

Enfin, l'offre de structures et services pouvant apporter une aide aux personnes âgées est peu lisible et mal connue des professionnels rencontrés. Cette méconnaissance entraîne des difficultés de coordination : des professionnels nouvel-

lement implantés travaillent de façon isolée et se découragent, tandis que certains dispositifs peuvent recouper les mêmes missions ce qui entraîne parfois différentes sollicitations pour une même situation. Le manque de coordination est notamment souligné par les professionnels lors de retours d'hospitalisation où l'arrivée au domicile se fait trop dans l'urgence, insuffisamment préparée, dans de mauvaises conditions parfois. Le manque de coordination entre les soignants de l'hôpital et les services sociaux de l'hôpital ainsi que les structures d'aides et de soins à domicile a pour conséquences : un plan d'aide qui n'est pas toujours adapté, une HAD qui n'est pas toujours sollicitée quand la situation le requerrait, une nécessaire ré-hospitalisation ou encore un maintien à domicile dans des conditions de vie difficilement acceptables...

3) Les conduites à risque

Le taux de mortalité par accidents de la circulation ne se distingue pas de celui de l'Indre-et-Loire et de la région, en revanche, il est supérieur à celui observé dans l'Hexagone. Il peut être souligné par ailleurs, la part importante des décès (41,7 %) des jeunes de 18-24 ans sur l'ensemble des décès par accidents de la circulation. Cette proportion est nettement plus importante que celles enregistrées dans les territoires de référence (23,1 % à l'échelle du département, 25,0 % en région et 25,2 % sur la France hexagonale). Cette situation peut être en partie expliquée par les caractéristiques propres au pays Loire Nature où comme dans d'autres territoires ruraux, la vitesse est souvent plus importante que celle observée en ville ou encore la nécessité d'utiliser bien plus souvent un véhicule ou deux-roues pour se rendre à son travail ou son établissement scolaire, moins souvent à proximité de son logement. Si des aménagements de voiries doivent être effectués, les élus et professionnels rencontrés insistent sur la nécessité de faire évoluer les comportements sur les routes, notamment concernant la vitesse excessive et la consommation de produits psychoactifs. Toutefois, les professionnels s'accordent à dire que modifier ces comportements reste l'un des objectifs les plus complexes à réaliser. Il est donc impératif d'agir de façon répétée, avec des discours de prévention adaptés selon l'âge (des plus jeunes aux seniors).

En matière d'addictions aux produits, l'analyse de la mortalité par consommation excessive de tabac ne met pas en évidence de différences significatives pour les hommes, au regard des taux départemental, régional et national. En revanche, le territoire observe une sous-mortalité féminine comparativement à la région et à la France. Sur le Pays, les décès imputables au tabac (deux sexes confondus) représentent 12,9 % de l'ensemble des décès, soit 51 décès en moyenne par an, entre 2003 et 2011. Concernant l'alcool, 15 décès en moyenne, par an, seraient imputables à cette consommation excessive. Quel que soit le sexe, l'analyse de la mortalité par consommation excessive d'alcool ne met pas en évidence de différences significatives entre le Pays et les trois territoires de référence. S'agissant des séjours hos-

pitaliers, 167 patients sont hospitalisés pour troubles liés à la consommation d'alcool, soit un taux comparatif de 404,0 patients pour 100 000 habitants. Ce taux est significativement inférieur à celui du département (445,6) et similaire à celui de la région (411,1).

Les professionnels estiment que les problématiques en matière de conduites addictives ne sont pas véritablement différentes de celles présentes sur d'autres territoires, d'autres populations. Toutefois, la consommation d'alcool, de part le nombre de personnes consommatrices (outre la dépendance) et des impacts sur la vie quotidienne, est perçue comme l'un des problèmes majeurs. Les difficultés relatives à la prise en charge des personnes dépendantes à l'alcool sont multiples : déni de la maladie, prise de conscience tardive, soins mis en place trop souvent par obligation... Au-delà de ces difficultés, les professionnels relèvent que les réponses sur le Pays ne couvrent pas tous les besoins : les structures de sevrage ainsi que les dispositifs post-cure sont essentiellement situées à Tours, ce qui pénalise les patients sans moyen de locomotion et ne favorise pas le suivi dans la durée. Toujours sur cette problématique, il est mentionné que ces addictions peuvent cacher des troubles psychiques et inversement. L'attention est alors portée le plus souvent sur l'une ou l'autre des problématiques, et non les deux conjointement. Si des possibilités existent pour prendre en charge chacune des pathologies, les solutions d'accompagnement proposées ne sont que trop rarement établies en lien avec les différents professionnels, faute d'interconnaissance entre les dispositifs de prise en charge.

Pour ce qui est des autres formes d'addiction, les professionnels n'ont pas affaire à énormément de situations de dépendance, à l'exception du cannabis et dans une moindre mesure aux médicaments. Pour ces différents produits, la difficulté majeure sur le territoire reste l'éloignement des dispositifs, notamment pour les jeunes peu mobiles. Face à toutes ces consommations de produits, alcool compris, les professionnels insistent sur toute l'importance de développer la prévention primaire, en s'appuyant notamment des compétences psychosociales des jeunes et en associant plus largement leurs parents.

Les actions de prévention en matière de vie affective et sexualité sont essentiellement menées au sein des établissements scolaires par des partenaires extérieurs comme la PMI ou le planning familial et leurs réalisations dépendent le plus souvent de la mobilisation de l'infirmière scolaire. Cette prévention menée apparaît très insuffisante pour les professionnels, et devrait être renouvelée à différents âges, d'autant que certains enfants sont plus précoces que d'autres.

Concernant l'accès à la contraception, l'IVG ou encore le suivi gynécologique, le manque de professionnels sur le territoire ainsi que l'éloignement des structures dédiées comme les centres de planification ou centres de dépistage rendent difficiles les consultations, notamment pour les jeunes, les

transports en commun étant peu adaptés. Même si l'accès à la pilule du lendemain est facilité (pharmacies, lycées), certaines jeunes filles ne peuvent en disposer directement dans leurs établissements (comme en MFR). Parmi les freins, il est également fait mention de l'interconnaissance entre les professionnels et la famille du jeune ou encore une méconnaissance de l'ensemble des compétences des sages-femmes (contraception, suivi gynécologique et IVG).

S'agissant des violences faites aux femmes, les professionnels soulignent le manque de formation de certains professionnels de la police ou gendarmerie quant à l'accueil fait aux femmes. À ce besoin, s'ajoute la nécessité de mieux communiquer sur les dispositifs existants pour l'aide et l'accueil de ces femmes (missions et lieux de permanence).

4) L'offre de soins

La démographie des professionnels de santé est une vraie problématique sur le pays Loire Nature même si ce territoire est situé dans le département le mieux doté de la région et ayant des densités de professionnels plutôt favorables au regard des départements métropolitains. En effet, les densités de professionnels sont toutes en-deçà voire très en-deçà de celles observées au niveau national. De plus, une évolution négative de la démographie des professionnels est possible dans un avenir proche : un quart des médecins généralistes libéraux exerçant sur le pays sont âgés de plus de 60 ans. Certains habitants ont déjà souligné toute la difficulté d'avoir un médecin traitant quand ils étaient nouveaux arrivants sur le Pays ou lorsque leur médecin traitant cessait son activité professionnelle sans être remplacé.

Enfin, les professionnels sont le plus souvent concentrés sur la CC de Gâtine et Choisses et au sud de la CC Touraine Nord Ouest. Les conséquences de cette situation sont pour la population, les élus et les professionnels, un inégal accès aux soins. Regroupés sur les plus importantes communes du territoire, ces professionnels réalisent aussi plus rarement des visites à domicile, devenant ainsi difficilement accessibles aux habitants éloignés et peu mobiles du fait de leur autonomie réduite. Par ailleurs, au-delà de l'accessibilité, les habitants ont des difficultés à accepter les nouvelles organisations des professionnels de santé : des délais de rendez-vous plus longs, des visites à domicile plus rares, une présence des professionnels non constante sur la commune, une obligation d'appeler le 15 en cas d'absence du praticien, une nécessité de se diriger vers l'agglomération tourangelle ou autres communes telles que Chinon, Saumur ou Château-du-Loir pour accéder des à des spécialités absentes de ce territoire...

Enfin, la coordination entre les professionnels reste à améliorer. Si certains professionnels ont une bonne connaissance des ressources disponibles sur le territoire et travaillent déjà en collaboration, pour d'autres, l'activité reste encore bien trop isolée et ne favorise pas toujours la construction d'un parcours de santé optimal pour l'usager.



Quelques propositions :

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

- Soutenir et continuer à développer les initiatives permettant l'arrivée de nouveaux professionnels médicaux et paramédicaux sur le territoire, notamment en continuant à développer l'attractivité du Pays ;
- Développer et soutenir la coordination des acteurs pluridisciplinaires, notamment l'articulation entre les soins de ville et les soins hospitaliers de l'agglomération tourangelle mais pas uniquement : Chinon, Saumur, Château-Renault, Château-du-Loir.... Au-delà d'une meilleure coordination des soins pour chaque usager, cette articulation concourt à l'implantation de praticiens libéraux sur le Pays qui ne se sentent pas isolés dans leurs pratiques professionnelles ;
- Travailler sur l'isolement et l'accessibilité de la partie nord du territoire notamment : au regard de l'étendue et de la ruralité du territoire, de la faiblesse de solutions de transport local sur certaines communes, les questions de mobilité et de transport sanitaire sont des enjeux majeurs pour le Pays ;

- Améliorer la connaissance et l'information des ressources existantes sur le territoire et hors territoire :

- une nécessité pour les professionnels de connaître l'ensemble des dispositifs pour mieux coordonner les parcours de santé
- une nécessité pour les habitants afin de les rendre acteurs de leur santé et d'utiliser à bon escient les différents dispositifs (professionnels libéraux, permanence des soins, urgences, prévention, éducation thérapeutique...)

- Soutenir la prévention malgré les difficultés de mise en œuvre (manque de moyens financiers, manque de professionnels localement, difficultés d'atteindre la population...). Définir de nouvelles modalités de communication pour favoriser la participation aux actions de prévention.



Admission en affection de longue durée (ALD) : en cas d'affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le Code de la Sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites « longue durée » (ALD) est établie par décret. La liste actuelle porte sur 30 affections ou groupes d'affections.

Allocataire à bas revenu : allocataire ayant son revenu par unité de consommation (RUC) inférieur à 60 % du revenu médian par unité de consommation (UC) de la population (hors 65 ans et plus). Le RUC correspond au revenu mensuel divisé par le nombre d'UC (les membres du foyer sont pondérés par des coefficients : 1 pour l'allocataire, 0,5 pour une personne de 14 ans ou plus supplémentaire, 0,3 pour un enfant de moins de 14 ans et 0,2 pour les familles monoparentales).

Allocation aux adultes handicapés (AAH) : allocation attribuée à toute personne âgée de 20 ans ou plus qui présente une incapacité permanente d'au moins 80 % ou qui est reconnue dans l'impossibilité de travailler par la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) lorsque son incapacité permanente est comprise entre 50 et 80 %. Elle est accordée sous conditions de ressources. C'est une allocation subsidiaire. Les bénéficiaires peuvent exercer une activité, soit en milieu ordinaire, soit en milieu protégé.

Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) : prestation attribuée aux personnes âgées en perte d'autonomie en vue de solvabiliser les besoins préconisés dans un plan d'aide personnalisée élaboré par une équipe médico-sociale. L'Apa peut être versée directement aux bénéficiaires ou aux structures professionnelles (services d'aide à domicile, établissements...) mettant en oeuvre ce plan d'aide.

ALSH : Accueil de loisirs sans hébergement

Anpaa : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie

Association de service à domicile (ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural) : associations offrant différentes prestations permettant le maintien à domicile des personnes : aide à la vie quotidienne (ménage, repas, repassage, courses...), accompagnement dans les démarches (budget, relation avec les organismes...), relais pour maintenir un équilibre familial lors des difficultés passagères (naissance, maladie, décès...) et aide à l'insertion sociale et éducative (suivi scolaire, activités ludiques...). Ces types d'interventions peuvent être pris en charge par les caisses d'allocations familiales ou le Conseil départemental. La fédération ADMR est agréée « services aux personnes ».

Caarud : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues

Caf : Caisse d'allocations familiales

Camsp : Centre d'action médico-sociale précoce

CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CCAS : Centre communal d'action sociale

CCDC : Centre de coordination des dépistages des cancers

CDAG : Centre de dépistage anonyme et gratuit

CeGIDD : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (= CDAG + CIDDIST)

Centres locaux d'information et de coordination (Clie) : sous ce label, sont installés des guichets qui ont pour mission :

- l'accueil, l'écoute, l'orientation et l'information des personnes de plus de 60 ans, de leur famille et des professionnels ;
- l'évaluation des besoins, l'aide à la mise en place de réponses concrètes et adaptées aux situations, le suivi, la coordination

Les objectifs des CLIC sont :

- d'apporter une réponse globale aux besoins des personnes âgées dépendantes, fragiles ou en perte d'autonomie ;
- de permettre le soutien à domicile, l'accès à une filière de soins gériatriques, de favoriser le retour à domicile ou d'aider à l'entrée en institution ;
- de prévenir les situations de dépendance et de crise et d'assurer une mission de veille et d'alerte afin d'éviter les ruptures de prise en charge ;
- de renforcer l'efficacité des prestations et des moyens mis en oeuvre.



CESC : Centre d'éducation à la santé et à la citoyenneté

CH : Centre hospitalier

CHIC : Centre hospitalier inter communal

Ciddist : Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles

CIDFF : Centre d'information sur les droits des femmes et des familles

CMP : Centre médico-psychologique.

CMP : Centre médico-psychologique

CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique

Couverture maladie universelle (CMU) : dispositif qui garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie et qui comporte deux volets : la CMU de base et la CMU complémentaire. La couverture maladie universelle de base permet l'accès à l'assurance maladie pour toutes les personnes résidant en France de manière stable et régulière depuis plus de trois mois et qui n'ont pas droit à l'assurance maladie à un autre titre (activité professionnelle, etc.). La CMU complémentaire permet de fournir une couverture complémentaire gratuite à toute personne résidant en France de manière stable et régulière, sous conditions de ressources fixées par décret.

CPEF : Centre de planification ou d'éducation familiale

Csapa : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

Ehpad : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Esat : Etablissement et service d'aide par le travail

GES : Gaz à effet de serre

Grille AGGIR (autonomie gérontologique groupe iso-ressources) : grille qui classe les personnes âgées en 6 niveaux de perte d'autonomie à partir du constat des activités ou gestes de la vie quotidienne réellement effectués ou non par la personne. Le 1er niveau comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotive et sociale et le 6ème, les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

Hospitalisation à domicile (HAD) : l'hospitalisation à domicile s'adresse à des personnes dont la situation ne nécessite plus d'hospitalisation. Ce dispositif permet d'assurer la prise en charge globale et continue du patient chez lui, et d'effectuer les soins techniques hospitaliers ou d'accompagnement dont il a besoin : pansements complexes, perfusions veineuses, soins de sonde, traitement de la douleur, soins palliatifs. L'admission en hospitalisation à domicile se fait à la demande du médecin.

IME : Institut médico-éducatif

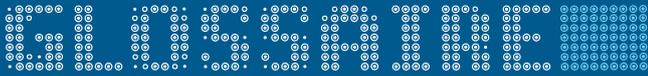
Indice de masse corporelle (IMC) : mesure de référence internationale égale au poids (en kg) sur le carré de la taille (en mètre).

IST : Infection sexuellement transmissible

IVG : Interruption volontaire de grossesse

Les Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) : les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) assurent des prestations de services ménagers et d'aide à la personne pour les activités ordinaires et les actes essentiels de la vie quotidienne (aide à la toilette, aide à la prise des repas, courses...)

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées



MDS : Maison départementale de la solidarité

MFPF : Mouvement français pour le planning familial

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

Mortalité prématurée : ensemble des décès survenant avant 65 ans.

Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) : dispositif faisant partie de la réforme du système de santé français ayant pour but la réduction des inégalités de ressources entre les établissements de santé (ordonnance du 24/04/1996) sur la réforme de l'hospitalisation. Afin de mesurer l'activité et les ressources des établissements, il est nécessaire de disposer d'informations quantifiées et standardisées, le PMSI.

Réseaux d'Ecoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents (Reaap) : les Reaap permettent la mise en réseau d'actions visant à conforter, à travers le dialogue et l'échange, les compétences des parents et la mise en valeur de leurs capacités dans le respect et le soutien. Ils sont, par ailleurs, un cadre de partenariat entre les différentes institutions et associations intervenant dans le champ de la parentalité.

Revenu de solidarité active (RSA) : allocation qui complète les ressources initiales du foyer pour qu'elles atteignent le niveau d'un revenu garanti (si elles sont inférieures à ce dernier). En juin 2009, la réforme du revenu de solidarité active (RSA) modifie le système en place : en métropole, le RSA se substitue au revenu minimum d'insertion (RMI), à l'allocation de parent isolé (API) ainsi qu'aux dispositifs d'aide à la reprise d'emploi qui leur sont associés. Le RSA est une prestation « hybride » assurant à la fois une fonction de minimum social (RSA socle) et de complément de revenu pour les travailleurs vivant dans des foyers aux revenus modestes (RSA activité). Dans les départements d'outre-mer, la mise en place du RSA est prévue ultérieurement et le RMI et l'API restent en vigueur.

SASF : Service d'aide et de soutien aux familles

SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale

Service de soins infirmiers à domicile (Ssiad) : service ayant pour objet de prévenir ou de différer une hospitalisation ou une institutionnalisation, ou à l'inverse de rendre possible un retour au domicile plus rapide et dans de meilleures conditions suite à une hospitalisation. Le SSIAD est destiné aux personnes de 60 ans et plus, malades ou dépendantes, ainsi qu'aux moins de 60 ans présentant un handicap ou une maladie chronique (décret du 24 juin 2004). Le Ssiad apporte des services en matière de santé.

Sessad : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

SSR : Soins de suite et de réadaptation

Taux comparatif de mortalité : le taux comparatif de mortalité, ou taux standardisé direct, est défini comme le taux que l'on observerait dans la région et dans les cantons si ses différents échelons géographiques avaient la même structure par âge que la population de référence. Les taux comparatifs de mortalité éliminent les effets de la structure par âge et autorisent les comparaisons entre les sexes et les échelons géographiques.

UAD : Unité d'autodialyse assistée

UFSBD : Union française pour la santé bucco-dentaire

Unafam : Union nationale de familles et amis de personnes de personnes malades et / ou handicapées psychiques

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine



Observatoire Régional de la
Santé du Centre-Val de Loire
1 rue Porte Madeleine
BP2439
45032 Orléans Cedex 1
www.orscentre.org



Agence Régionale de Santé du
Centre-Val de Loire
Cité Coligny
131 rue du faubourg Bannier
BP74409
45044 Orléans Cedex 1
www.ars.centre.sante.fr



Pays Loire Nature Touraine
1 rue de Serpentine
Place des Petits Pavés
37340 Ambillou
www.paysloirenature.fr