

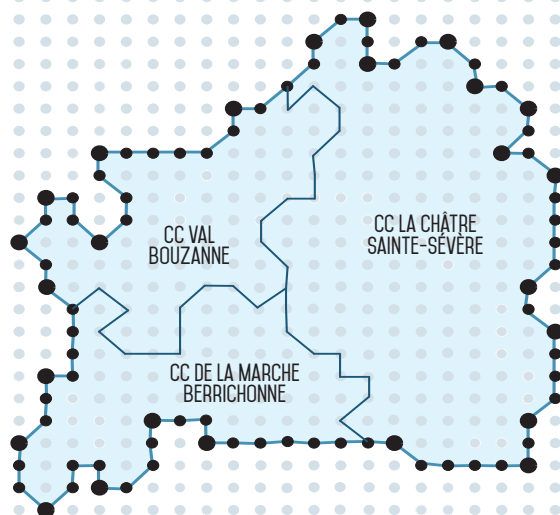
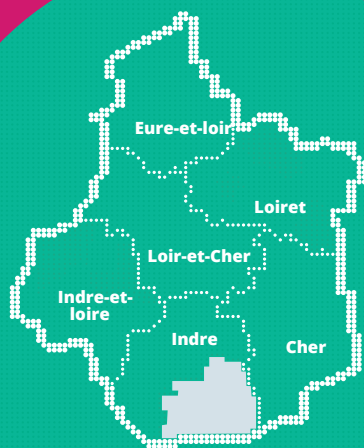
INDICATEURS SANITAIRES, MÉDICO-SOCIAUX ET SOCIAUX

ANNUAL DE SANTÉ

en vue de l'élaboration du Contrat Local de Santé

INDICATEURS
SANITAIRES,
MÉDICO-SOCIAUX
ET SOCIAUX

PAYS LA CHÂTRE EN BERRY





Remerciements	4
Méthodologie de l'étude	5
Contexte général	6
Situation spatiale et démographique	6
Population précaire : minima sociaux et soins	15
Formation et ressources de la population	19
Qualité de vie	22
État de santé	25
Données de mortalité	25
Données de morbidité	30
Santé de la mère et de l'enfant	32
Santé mentale	42
Maladies chroniques	49
Offre et recours aux soins	68
Médecins généralistes et spécialistes libéraux	68
Autres professionnels de santé libéraux	71
Accessibilité potentielle localisée	72
Offre hospitalière	76
Offre et recours aux soins	77
Vieillesse de la population	83
Conduites à risques	96
Addictions	96
Vie affective et sexuelle, prévention des IST	100
Violences faites aux femmes	103
Violence routière	104
Nutrition	109
Santé environnement	111
Faits marquants	119
Glossaire	126

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 le pays de La Châtre en Berry 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 de La Châtre en Berry, 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 de La Châtre en Berry 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 de La Châtre en Berry » et tout particulièrement, Blandine Aumaréchal, chargée de mission santé, 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, la Carsat du Centre-Val de Loire, l'Agence régionale de santé...) ainsi que tous les acteurs et promoteurs d'actions qui ont répondu favorablement à l'enquête de recensement des acteurs et actions de prévention du territoire.

RÉUNION AVEC LES ÉLUS

LUNDI 10 OCTOBRE 2016

-Mme BAHY Christine, conseillère municipale de Nohant-Vicq
-M. BALLEREAU Jean-Paul, maire de Malicorney
-M. BELLET Alain, adjoint municipal de Pouligny-St-Martin
-Mme BLANCHARD Chantal, conseillère municipale de Vicq-Exempt
-Mme BOUBET Paulette, adjointe municipale de Vigoulant
-M. CALAME Daniel, maire de St-Plantaire
-Mme CHADRON Mauricette, adjointe municipale de Feusines
-Mme CHAGNON Josette, conseillère municipale de Lacs
-M. CHARASSON Patrick, maire de Feusines
-Mme CHATTON Mauricette, adjointe municipale de Le Magny
-Mme COMMON Colette, adjointe à la mairie de Sazeray
-Mme D'HOOGHE Nicole, conseillère municipale de Verneuil
-Mme DALLOT Aline, adjointe municipale de Vicq-Exempt
-M. DAUDON Emmanuel, conseiller municipal de Vicq-Exempt
-M. DAUGERON François, maire de Ste-Sévère-sur-Indre
-Mme DEBONDANS Sylvie, conseillère municipale de Vignon
-M. DEFOUGERE Gérard, maire de Le Magny
-M. DEGAY Jean-Michel, maire d'Aigurande
-Mme DUPEUX Marie-Jeanne, conseillère municipale de Sazeray
-M. FOISEL Michel, adjoint municipal de Fougerolles
-M. FORISSIER Nicolas, maire de La Châtre
-M. GAUTRON Guy, maire de Neuvy-St-Sépulchre
-M. GROLLEAU Philippe, adjoint municipal de La Berthenoux
-M. GUERIN Daniel, maire de St-Chartier
-M. JULIEN Pierre, adjoint municipal de Le Magny
-Mme LABESSE Elisabeth, maire de Chassignolles
-M. LAFONT Jean-Marc, adjoint municipal de Mers-sur-Indre
-M. LAGOUTTE Gérard, conseiller municipal de Lourdoueix-St-Michel
-M. LAMBILLIOTTE Patrick, maire de St-Août
-Mme LAMY Danielle, maire de Pouligny-Notre-Dame
-M. LANGLOIS Jean-Marie, maire de Briantes
-M. LELARD Philippe, conseiller municipal de Montpouret
-M. MATHEY Jean-Luc, conseiller municipal de Neuvy
-M. MICHOT Olivier, conseiller municipal de Lys-St-Georges
-M. MINOT Claude, maire de Cluis
-M. MITATY Bernard, maire de Crozon-sur-Vauvre
-Mme MONGIS CARRION Simone, maire de Montchevrier
-M. MONTINTIN Christian, adjoint municipal de Gournay
-Mme NICOLAS Barbara, maire de Mouhers
-M. NICOLET Jean-Pierre, adjoint municipal de St-Août
-Mme OLD Isabelle, conseillère municipale de la Motte-Feuilly
-M. PAQUIGNON Christian, maire de Tranzault
-M. PARGUEL Pierre, maire de Vignon
-M. PASQUET Henri, conseiller municipal de Crozon-sur-Vauvre
-M. PEDARD Jean-Pierre, maire de Champillet
-M. PERRIN Maurice, adjoint municipal de Saint-Denis-de-Jouhet
-M. PETERS William, maire de Montlevicq
-M. RABRET Benoît, adjoint municipal de Vignon
-M. ROBERT Christian, maire de la commune de Mers-sur-Indre
-M. ROUSSEAU Michel, maire de Lignerolles
-Mme SILVERT Françoise, conseillère municipale de St-Christophe-en-Boucherie
-Mme SIMON Monique, conseillère municipale de Montlevicq
-Mme TEINTURIER Jacqueline, adjointe municipale de Montgivy
-M. TORNETTO Gilbert, adjoint municipal de Champillet
-M. WEINLING Éric, maire de Pouligny-St-Martin

RÉUNION SANTÉ " AUTONOMIE, VIEILLESSE, MALADIES CHRONIQUES"

LUNDI 14 NOVEMBRE 2016

-Mme AUMARECHAL Blandine, animatrice du contrat local de santé
-Mme BARDIOT-MONNET Sylvie, infirmière accueil de jour au Ssiad de La Châtre et infirmière à l'hôpital de La Châtre
-Mme BERTHIER Marie-France, présidente du Codes 36

-Mme BRE Catherine, pharmacienne à Cluis
-Mme CHABENAT Dominique, secrétaire au pays de La Châtre-en-Berry
-Mme CHADRON Mauricette, adjointe municipale de Feusines
-M. CHARASSON Patrick, maire de Feusines
-M. DEGAY Jean-Michel, 1^{er} vice-président du Pays, maire d'Aigurande
-M. ENIQUE Alain, adjoint municipal de Feusines
-Mme GRANDJEAN Corinne, conseillère municipale de Feusines, infirmière à l'hôpital de La Châtre et sapeur-pompier volontaire
-M. LAPLACE Bernard, adjoint municipal de Feusines
-Mme LAVALETTE Audrey, assistante technique cantonale sur le secteur de La Châtre à Familles rurales
-Mme ROGER Christine, assistante technique cantonale sur le secteur de Neuvy St-Sépulchre à Familles rurales
-M. ROY Jean-François, conseiller municipal de Feusines
-M. SAIGRE Benoît, directeur de la MJCS de La Châtre
-Mme SOSSIAC Coline, responsable à la Marpa de St-Août

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

LUNDI 14 NOVEMBRE 2016

-M. ARDILLON Daniel, orthophoniste libéral à Neuvy-Saint-Sépulchre
-Mme AUGENDRE Martine, conseillère municipale et responsable du CCAS de Nohant-Vicq
-Mme AUMARECHAL Blandine, animatrice du contrat local de santé
-Mme BAHY Christine, conseillère municipale de Nohant-Vicq
-Mme BARDIOT-MONNET Sylvie, infirmière accueil de jour au Ssiad de La Châtre et infirmière à l'hôpital de La Châtre
-M. DEGAY Jean-Michel, 1^{er} vice-président du Pays, maire d'Aigurande
-Mme DESAIX Annabelle, diététicienne et chargée de projet au Codes 36
-Mme GIRON Dominique, infirmière puéricultrice au RAM et halte-garderie
-Mme JEANNARD Nathalie, sage-femme coordinatrice au RésoPérinat 36
-Mme LABESSE Elisabeth, maire de Chassignolles
-M. LE ROUX Yann, directeur du pays de La Châtre-en-Berry
-M. LYONNET Bertrand, pharmacien à Montgivy

RÉUNION "SANTÉ MENTALE ET BIEN-ÊTRE"

MARDI 15 NOVEMBRE 2016

-Mme AUMARECHAL Blandine, animatrice du contrat local de santé
-Mme BARDIOT-MONNET Sylvie, infirmière accueil de jour au Ssiad de La Châtre et infirmière à l'hôpital de La Châtre
-Mme CHABENAT Dominique, secrétaire au pays de La Châtre-en-Berry
-M. DEGAY Jean-Michel, 1^{er} vice-président du Pays, maire d'Aigurande
-Mme DESAIX Annabelle, diététicienne et chargée de projet au Codes 36
-Mme GOUNEAU Anne-Marie, pharmacienne à Cluis
-M. MOREAU Richard, coordinateur à la maison des adolescents de Châteauroux

RÉUNION "CONDUITES À RISQUES"

MARDI 15 NOVEMBRE 2016

-Mme AUMARECHAL Blandine, animatrice du contrat local de santé
-Mme BARDIOT-MONNET Sylvie, infirmière accueil de jour au Ssiad de La Châtre et infirmière à l'hôpital de La Châtre
-Mme CHAUMETTE Catherine, adjointe municipale Neuvy St-Sépulchre
-M. DEGAY Jean-Michel, 1^{er} vice-président du Pays, maire d'Aigurande
-Mme FRERARD Karine, sage-femme au RésoPérinat 36
-M. GAUTRON Guy, 3^e vice-président du Pays, maire de Neuvy St-Sépulchre
-Mme LABAYE Sandrine, infirmière coordinatrice au Ssiad de St-Plantaire et conseillère municipale de Neuvy St-Sépulchre
-Mme LABESSE Christine, présidente du groupement de la Vallée Noire de Familles rurales
-M. LE ROUX Yann, directeur du pays de La Châtre-en-Berry
-Mme ROGER Christine, assistante technique cantonale de Familles rurales à Neuvy St-Sépulchre
-Mme VENNEN Maud, psychologue à la maison des adolescents de Châteauroux



Le diagnostic local de santé du pays de La Châtre en Berry 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, Carsat Centre-Val de Loire...).

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

-Un **RECENSEMENT DES ACTEURS ET ACTIONS DE PRÉVENTION** a été réalisé sur le territoire pour la période 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. Les réunions « autonomie, vieillesse, maladies chroniques » et « santé de la mère et de l'enfant » ont eu lieu le 14 novembre 2016, celles sur « la santé mentale et le bien-être » ainsi que sur « les conduites à risques » le 15 novembre 2016. Ces entretiens collectifs, d'une durée d'au moins 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 Châtre « santé de la mère et de l'enfant », à Neuvy Saint-Sépulchre « conduites à risques », à Feusines « autonomie, vieillesse et maladies chroniques » et à Aigurande « 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 lors du Festi'santé à Aigurande le 1^{er} octobre 2016. Ainsi, les entretiens ont été menés sur un large panel de la population: habitants de diverses communes, jeunes, seniors, actifs, familles... D'une durée de 5 à 15 minutes par habitant, ces entretiens ont permis aux habitants d'aborder leurs problématiques de santé, d'accès aux soins, leur connaissance des acteurs et des dispositifs de prévention, leurs besoins et attentes...

Calendrier du diagnostic

De mai à septembre 2016 : réalisation de la phase quantitative de recueil, traitement et analyse des données statistiques;

D'octobre 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.



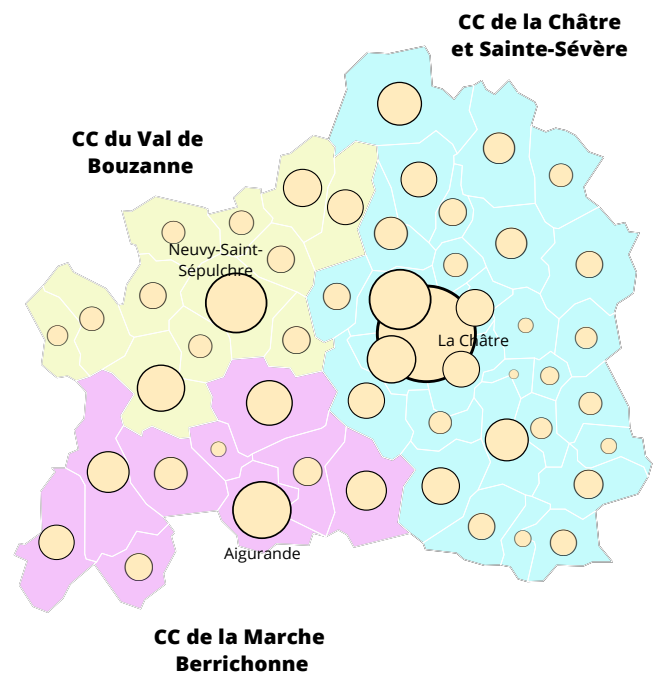
Le pays de La Châtre en Berry, son territoire et peuplement

Le pays de La Châtre en Berry est situé au sud-est du département de l'Indre, dans la région Centre-Val de Loire, à la frontière avec la région Aquitaine Limousin Poitou-Charentes.

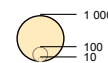
Le pays de La Châtre en Berry a été créé en 1996. Le Pays comporte désormais 51 communes réparties en trois communautés de communes (CC) : la communauté de communes de la Marche Berrichonne, la communauté de communes Val Bouzanne, la communauté de communes La Châtre-Sainte-Sévère. Au total ce territoire regroupe 29 078 habitants, pour une superficie d'environ 1 204 km², soit une densité de population d'environ 24,1 habitants au km². Cette densité est bien plus faible que celle retrouvée au niveau de l'Indre (33,7 habitants/km²), de la région Centre-Val de Loire (65,5 hab/km²) et au niveau national (116,5 hab/km²).

Les communautés de communes sont très hétérogènes par leur nombre de communes. La principale communauté de communes, de par le nombre de communes (30 sur les 51 communes du Pays) qui la composent et son nombre d'habitants (17 140) est la communauté de communes de La Châtre-Sainte-Sévère. Les deux autres communautés de communes sont globalement de même taille : la communauté de communes de la Marche Berrichonne (9 communes et 5 839 habitants) et la communauté de communes du Val Bouzanne (12 communes et 6 099 habitants).

POPULATION MUNICIPALE DES COMMUNES DU PAYS DE LA CHÂTRE EN BERRY EN 2012



Population municipale en 2012 (en effectifs)



SOURCE : INSEE (RP 2012)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

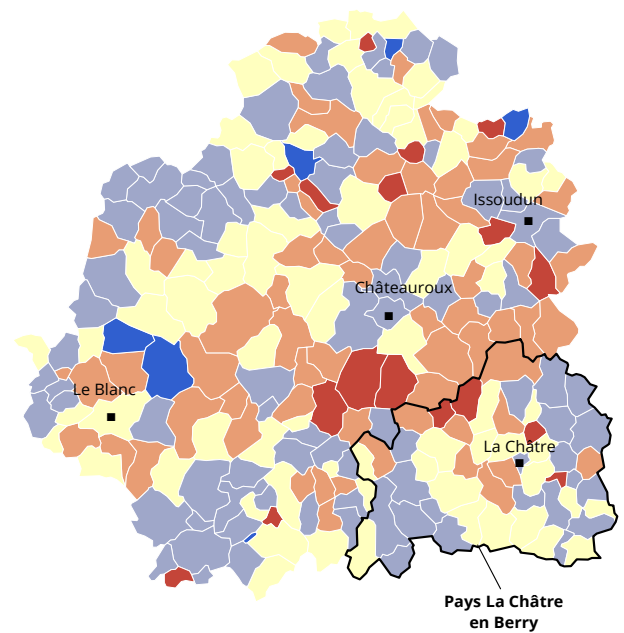
Variation de population inter-censitaire dans les communes de l'Indre

La population du Pays a diminué en moyenne de 0,1 % par an entre 2007 et 2012. Cette variation négative est moins importante que celle retrouvée au niveau départemental avec une diminution de la population de l'Indre de près de 0,4 % par an en moyenne sur cette même période. Cependant cette tendance est à l'opposé en comparaison de celles retrouvées au niveau régional (+ 0,3 % par an) et au niveau national (+ 0,5 % par an). Ainsi entre 2007 et 2012, au niveau du pays de La Châtre en Berry, la population a diminué de 0,7 % avec une perte de 212 habitants.

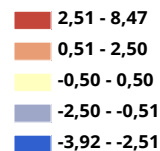
À l'échelle des territoires, il existe cependant des variations : dans les communes de plus de 200 habitants, les plus fortes variations démographiques positives sont observées sur les communes de Lys-Saint-Georges (+ 5,1 %), de Mers-sur-Indre (+ 2,9 %) et de Buxières d'Aillac (+ 2,4 %). À l'inverse, les plus fortes variations négatives concernent les communes de Saint-Christophe-en-Boucherie (- 3,8 %), de Urciers (- 2,5 %) et de Lourdoueix Saint-Michel (- 2,1 %).

À l'échelle départementale, les communes de plus de 200 habitants les moins démographiquement dynamiques sont les communes de Mauvières (- 4,6 %), de Saint-Christophe-en-Boucherie (- 3,8 %) et de Arpueillles (- 3,6 %). À l'inverse, les communes de Lys-Saint-Georges (+ 5,1 %), de Chezelles (+ 3,3 %) et de Velles (+ 3,1 %) enregistrent les plus forts gains d'habitants.

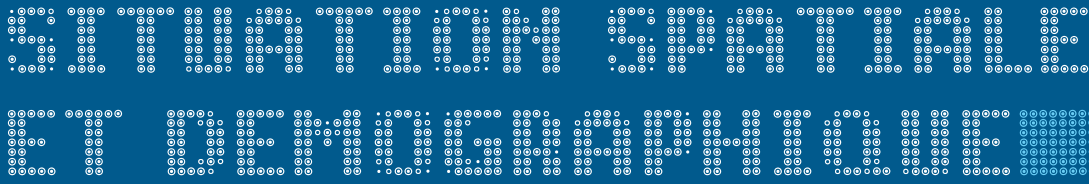
VARIATION INTER-CENSAIRE DANS LES COMMUNES DU PAYS DE LA CHÂTRE EN BERRY (2007-2012)



Taux de variation annuel moyen de population entre 2007 et 2012 (en %)



SOURCE : INSEE [RP 2007, 2012]
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



Structure de la population

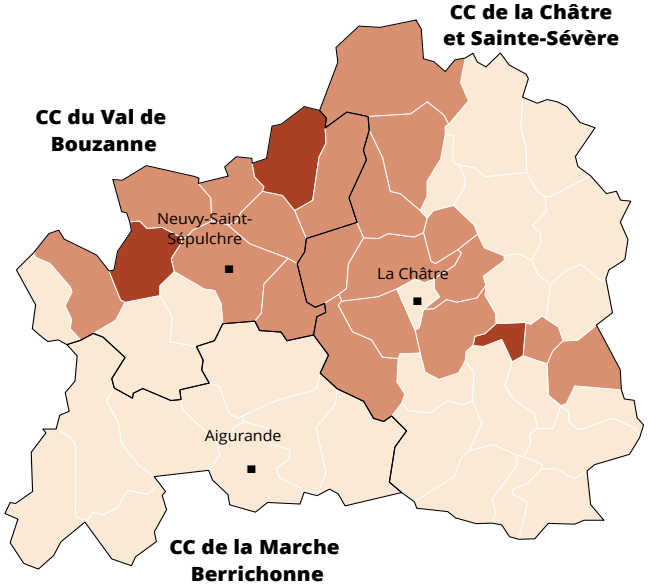
Les jeunes de moins de 20 ans représentent 18,5 % de la population du Pays, soit une proportion plus faible que celle observée dans le département (20,8 %), dans la région (24,0 %) et au niveau national (24,4 %). En outre, le territoire compte, en proportion, plus de personnes âgées. En effet, les 75 ans et plus représentent sur le Pays 15,9% contre 13,5% dans l'Indre, 10,8% en Centre-Val de Loire et 9,2% en France hexagonale.

POPULATION PAR ÂGE EN 2012

	Population	Population de moins de 20 ans		Population de 65 ans et plus		Population de 75 ans et plus		Indice de vieillissement en 2012 (65 ans et plus / moins de 20 ans)
		effectifs	% de la population	effectifs	% de la population	effectifs	% de la population	
CC La Châtre-Sainte-Sévère	17 140	3 224	18,8	4 693	27,4	2 703	15,8	145,6
CC de la Marche Berrichone	5 839	878	15,0	1 979	33,9	1 142	19,6	225,6
CC Val Bouzanne	6 099	1 266	20,8	1 407	23,1	783	12,8	111,1
Pays de La Châtre en Berry	29 078	5 368	18,5	8 080	27,8	4 628	15,9	150,5
Indre	228 692	47 609	20,8	55 609	24,3	30 803	13,5	116,8
Centre-Val de Loire	2 563 586	614 409	24,0	499 968	19,5	268 356	10,5	81,4
France hexagonale	63 375 971	15 452 580	24,4	11 115 640	17,5	5 806 165	9,2	71,9

SOURCE : RP 2012
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

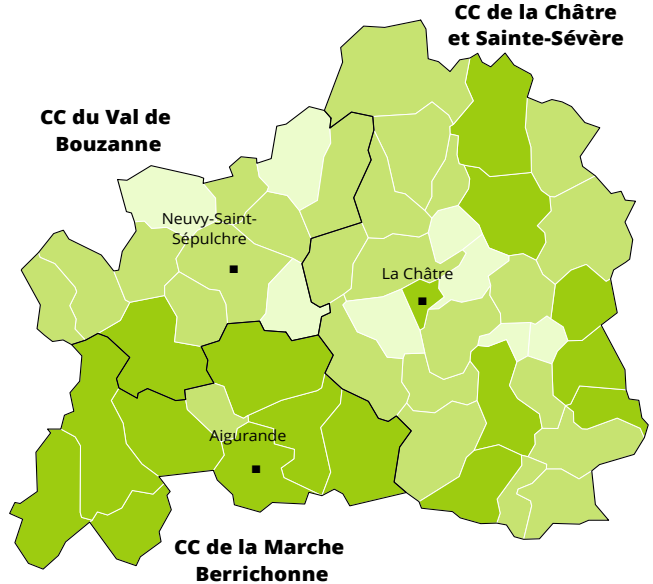
STRUCTURE DE LA POPULATION DU PAYS DE LA CHÂTRE EN BERRY EN 2012



Part des moins de 20 ans dans la population totale (en %) en 2012

- Plus de 25
- de 20 à 25
- Moins de 20

SOURCE : INSEE (RP 2012)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



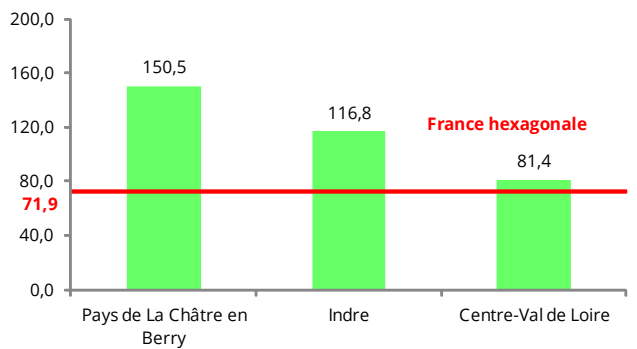
Part des 75 ans et plus dans la population totale (en %) en 2012

- Plus de 15
- de 10 à 15
- Moins de 10

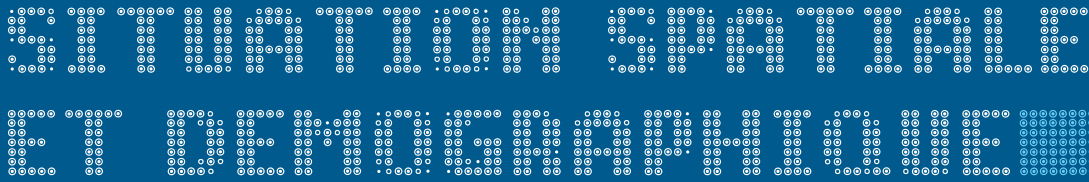
SOURCE : INSEE (RP 2012)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

INDICE DE VIEILLISSEMENT EN 2012

L'indice de vieillissement, rapport du nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 individus de moins de 20 ans, est plus élevé dans le pays de La Châtre en Berry (150,5) que dans le département (116,8), la région (81,4) et en France hexagonale (71,9).



SOURCE : INSEE (RP 2012)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



Évolution de la structure de la population entre 2007 et 2012

La structure de la population du Pays a évolué entre 2007 et 2012. On constate, comme au niveau des territoires de référence, le vieillissement prévisible de la population.

Entre 2007 et 2012, le nombre de jeunes de moins de 20 ans est resté quasiment stable (comme en région) sur le territoire, alors qu'il baisse sur le département de l'Indre et qu'il augmente au niveau national.

Comme sur les autres territoires de référence, le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus a augmenté.

Le solde naturel du pays de La Châtre en Berry est toujours resté négatif entre 2004 et 2014, avec un solde naturel négatif sur toute la période de 2 200 individus, soit un solde moyen de - 200 individus par an.

	Population de moins de 20 ans					Population de 75 ans et plus					Population Totale			
	2007		2012		Évolution annuelle	2007		2012		Évolution annuelle	2007	2012	Évolution annuelle	Évolution 2007-2012
	effectifs	en %	effectifs	en %		effectifs	en %	effectifs	en %					
CC La Châtre-Sainte-Sévère	3 315	19,2	3 224	18,8	- 0,6 %	2 529	14,6	2 703	15,8	1,3%	17 285	17 140	-0,2%	-0,8%
CC de la Marche Berrichone	873	14,4	878	15,0	0,1 %	1 101	18,2	1 142	19,6	0,7%	6 066	5 839	-0,8%	-3,9%
CC Val Bouzanne	1 172	19,7	1 266	20,8	1,6 %	769	12,9	783	12,8	0,4%	5 939	6 099	0,5%	2,6%
Pays de La Châtre en Berry	5 360	18,3	5 368	18,5	0,0 %	4 399	15,0	4 628	15,9	1,0%	29 290	29 078	-0,1%	-0,7%
Indre	49 116	21,1	47 609	20,8	- 0,6 %	28 925	12,4	30 803	13,5	1,3%	232 791	228 692	-0,4%	-1,8%
Centre-Val de Loire	611 523	24,2	614 409	24,0	0,1 %	243 805	9,6	268 356	10,5	1,9%	2 526 902	2 563 586	0,3%	1,4%
France hexagonale	15 272 975	24,7	15 452 580	24,4	0,2 %	5 260 196	8,5	5 806 165	9,2	2,0%	61 795 007	63 375 971	0,5%	2,5%

SOURCE : INSEE [RP 2007 ET 2012. EXPLOITATIONS PRINCIPALES]
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

PYRAMIDE DES ÂGES DU PAYS DE LA CHÂTRE EN BERRY (2007-2012)

La pyramide des âges du pays de La Châtre en Berry, au recensement 2012, présente une structure marquée par certains héritages historiques : classe creuse issue de la seconde guerre mondiale (déficit important de naissance), puis « baby boom » et baisse de la fécondité après 1975. Le vieillissement de la génération du baby boom va induire à moyen terme une augmentation du nombre de personnes âgées.

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



SOURCES : INSEE RP 2007-2012
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

ANNEXE

ANNEXE

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

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

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

et plus (âge de la dépendance) devraient doubler durant cette période, passant de 5,6% de la population en 2007 à 11% en 2040.

La population vieillit et cela va inéluctablement continuer sur tous les territoires étudiés dans les années à venir. La question de la prise en charge de la dépendance se pose déjà et constitue d'autant plus un défi pour les années à venir.

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

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

Le parc de logements

PARC DE LOGEMENTS (2007-2012)

	Total de logements		Évolution (en %)	Résidences principales		Évolution (en %)	Résidences secondaires et logements occasionnels		Évolution (en %)	Logements vacants		Évolution (en %)
	2007	2 012		2007	2 012		2007	2 012		2007	2 012	
CC La Châtre-Sainte-Sévère	10 723	11 192	4,4	7 908	8 079	2,2	1 570	1 555	-0,9	1 245	1 558	25,2
CC de la Marche Berrichone	4 539	4 569	0,7	2 932	2 891	-1,4	931	949	1,9	675	729	7,9
CC Val Bouzanne	3 731	3 866	3,6	2 674	2 764	3,4	553	545	-1,6	504	558	10,8
Pays de La Châtre en Berry	18 993	19 627	3,3	13 514	13 734	1,6	3 054	3 049	-0,2	2 424	2 845	17,4
Indre	132 499	136 111	2,7	105 053	106 042	0,9	14 221	14 039	-1,3	13 224	16 030	21,2
Centre-Val de Loire	1 272 063	1 329 841	4,5	1 089 153	1 128 833	3,6	88 602	84 601	-4,5	94 309	116 407	23,4
France hexagonale	31 448 707	33 212 137	5,6	26 352 815	27 567 298	4,6	3 082 000	3 163 275	2,6	2 013 892	2 481 564	23,2

SOURCE : INSEE (RP 2007 ET 2012)
EXPLOITATION ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

ANALYSE

ANALYSE

Au recensement de la population de 2012, le pays de La Châtre en Berry compte 19 627 logements. Les résidences principales en représentent 70,0%, les résidences secondaires et logements occasionnels 15,5% et les logements vacants 14,5%.

Entre 2007 et 2012, le nombre de résidences principales a augmenté de 1,6% sur le Pays passant de 13 514 à 13 734. Cette dynamique est comparable à celle observée sur l'Indre (+ 0,9%), mais bien inférieure à celle du niveau régional (+ 3,6%) et du niveau national (+ 4,6%)

On constate aussi sur la même période que le nombre de logements vacants a augmenté de 17,4%. Cette hausse du nombre de logements vacants est cependant moins importante que celle observée au niveau du département, de la région et du niveau national (respectivement 21,2% ; 23,4% et 23,2%).

Il est à noter une stagnation du nombre de résidences secondaires et des logements occasionnels dans le Pays (- 0,2%), tandis que leur nombre diminue dans le département et en région (respectivement - 1,3% et - 4,5%) et augmente au niveau national (+ 2,6%).

PARC DE LOGEMENTS LOCATAIRES 2007-2012

	Nombre de résidences locataires		Évolution (en %)	Nombre de logements HLM		Évolution (en %)	Part des ménages locataires en 2012 (%)	Part des ménages locataires en HLM en 2012 (%)
	2007	2012		2007	2012			
CC La Châtre-Sainte-Sévère	2 093	2 066	- 1,3	959	966	0,8	25,5	11,8
CC de la Marche Berrichone	517	488	- 5,6	145	150	3,5	16,9	5,0
CC Val Bouzanne	524	500	- 4,4	191	170	- 10,8	18,2	6,9
Pays de La Châtre en Berry	3 134	3 054	- 2,5	1 294	1 286	-0,6	22,2	9,4
Indre	32 800	32 226	- 1,7	16 299	15 541	- 4,6	30,4	15,4
Centre-Val de Loire	380 715	387 939	1,9	168 089	167 097	- 0,6	34,4	14,9
France hexagonale	10 485 719	10 970 211	4,6	3 894 644	4 014 586	3,1	39,8	14,1

SOURCE : INSEE (RP 2007 ET 2012)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Selon le recensement de population de l'Insee de 2012, 22,2% des ménages du pays de La Châtre en Berry sont locataires (30,4% dans le département, 34,4% pour la région et 39,8% en France hexagonale) dont 9,4 % locataires en logements HLM (15,4% dans le département, 14,9% en région et 14,1% en France hexagonale).

Entre 2007 et 2012, le nombre de logements locatifs sur le Pays a chuté de 2,5%, tandis que le nombre de logements HLM est resté stable (- 0,6%).

LES ALLOCATIONS LOGEMENTS AU 31.12.2013

	Nombre d'allocataires	Allocataires d'allocations logement		Taux de couverture des ménages par les allocations logement (en %)
		Effectifs	en %	
CC La Châtre-Sainte-Sévère	2 799	1 544	55,2	19,1
CC de la Marche Berrichone	724	331	45,7	11,4
CC Val Bouzanne	909	411	45,2	14,9
Pays de La Châtre en Berry	4 432	2 286	51,6	16,6
Indre	37 995	21 259	56,0	20,1
Centre-Val de Loire	442 509	231 653	52,3	20,5
France hexagonale	11 607 586	6 288 184	54,2	22,8

SOURCES : CNAF ET CCMSA AU 31.12.2013, INSEE (RP 2012)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Fin 2013, plus de 50% des allocataires du pays de La Châtre en Berry bénéficient d'une allocation logement (APL, ALS, ALF), soit une proportion comparable à celle observée au niveau régional (52,3%), mais inférieure aux niveaux départemental (56,0%) et national (54,2%).

Au total 16,6% des ménages du Pays sont couverts par une allocation logement (20,1% dans le département, 20,5% en Centre-Val de Loire et 22,8% en France).

Composition des ménages

STRUCTURE DES MÉNAGES EN 2012

	Nombre de ménages	Population des ménages	Nombre de ménages d'une personne		Nombre de couples avec ou sans enfant		nombre de ménages monoparentaux		Nombre d'autres ménages sans familles		Nombre moyen de personnes par ménages
			effectifs	en %	effectifs	en %	effectifs	en %	effectifs	en %	
CC La Châtre-Sainte-Sévère	8 097	17 140	3 009	37,2	4 529	55,9	437	5,4	123	1,5	2,1
CC de la Marche Berrichone	2 893	5 839	1 072	37,1	1 522	52,6	209	7,2	89	3,1	2,0
CC Val Bouzanne	2 750	6 099	911	33,1	1 565	56,9	217	7,9	57	2,1	2,2
Pays de La Châtre en Berry	13 739	29 078	4 991	36,3	7 616	55,4	863	6,3	269	2,0	2,1
Indre	105 982	228 692	38 699	36,5	57 538	54,3	7 812	7,4	1 933	1,8	2,2
Centre-Val de Loire	1 128 952	2 563 586	385 438	34,1	634 959	56,2	86 565	7,7	21 990	1,9	2,3
France hexagonale	27 567 914	63 375 971	9 512 171	34,5	14 888 523	54,0	2 434 402	8,8	732 817	2,7	2,3

SOURCE : INSEE (RP 2012)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

ANNALES

Le pays de La Châtre en Berry compte, au recensement de population de 2012, 13 739 ménages, correspondant à 29 078 habitants.

Les couples avec ou sans enfants représentent la majorité des ménages (55,4%), ce qui est comparable avec ce qui est retrouvé sur les autres territoires de référence (54,3% sur le département, 56,2% sur la région et 54,0% au niveau national).

Au niveau des ménages d'une personne, on retrouve une proportion comparable du Pays par rapport au département (respectivement 36,3% et 36,5%), mais plus importante que celle retrouvée au niveau régional (34,1%) et au niveau national (34,5%). Cependant, moins de ménages monoparentaux sont retrouvés au niveau du Pays (6,3% des ménages, contre 7,4% dans l'Indre, 7,7% en Centre-Val de Loire et 8,8% en France hexagonale).

Structure familiale des allocataires

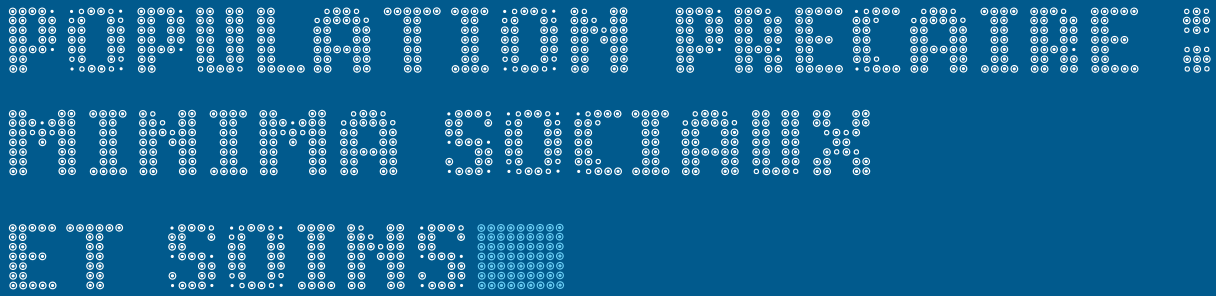
STRUCTURE FAMILIALE DES ALLOCATAIRES AU 31.12.2013

	Nombre d'allocataires	Personnes seules (allocataires isolés)		Couples sans enfant		Couples avec enfant(s)		Familles monoparentales	
		Effectifs	en %	Effectifs	en %	Effectifs	en %	Effectifs	en %
CC La Châtre-Sainte-Sévère	2 799	1 185	42,3	161	5,8	1 115	39,8	338	12,1
CC de la Marche Berrichone	724	271	37,4	66	9,1	302	41,7	85	11,7
CC Val Bouzanne	909	272	29,9	68	7,5	463	50,9	106	11,7
Pays de La Châtre en Berry	4 432	1 728	39,0	295	6,7	1 880	42,4	529	11,9
Indre	37 995	14 627	38,5	2 257	5,9	15 433	40,6	5 678	14,9
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 2012)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Fin 2013, le pays de La Châtre en Berry compte 4 432 allocataires Cnaf et CCMSA. L'analyse de la structure familiale des allocataires met en évidence que 42,4% d'entre eux sont des couples avec enfant(s), 39,0% d'entre eux des allocataires isolés, 11,9% des familles monoparentales et 6,7% des couples sans enfant.

Comme pour l'analyse de la composition des ménages, celle des allocataires met également en évidence sur le Pays, moins d'allocataires monoparentaux (11,9% contre 14,9% dans l'Indre, 15,1% en région et 15,4% au niveau national).



Minima sociaux

Au 31 décembre 2013, 4,6% des ménages du pays de La Châtre en Berry bénéficient de l'allocation adulte handicapé (AAH), soit une proportion comparable à celle du département (4,5%), mais supérieure à celles du Centre-Val de Loire (3,4%) et du niveau national (3,6%).

Le revenu de solidarité active, entré en vigueur le 1^{er} juin 2009, concerne, fin 2013, 4,6% des ménages du Pays, soit une proportion inférieure au niveau départemental (6,0%), régional (6,5%) et national (7,6%).

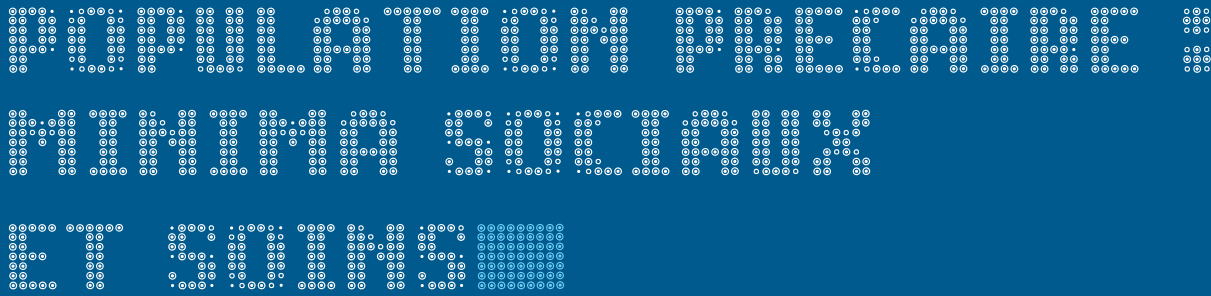
Le RSA socle, filet de sécurité minimal pour les personnes sans ressources est délivré à 312 allocataires du Pays, soit 2,3% des ménages. Cette proportion est de 3,5% pour l'Indre, de 4,0% pour la région Centre-Val de Loire et de 5% en France hexagonale.

S'agissant des allocataires ayant de faibles revenus, 913 allocataires du Pays ont des ressources constituées à 50% ou plus de prestations Cnaf ou MSA, et pour 496 d'entre eux, leurs ressources sont intégralement constituées de ces prestations.

ALLOCATAIRES DE MINIMA SOCIAUX AU 31.12.2013

	Allocataires AAH		Allocataires RSA		Allocataires RSA socle		Nombre d'allocataires dont les ressources sont constitués à 50% ou plus de prestations Cnaf ou CCMSA	Nombre d'allocataires dont les ressources sont constitués à 100% de prestations Cnaf ou CCMSA
	Effectifs	% des ménages	Effectifs	% des ménages	Effectifs	% des ménages		
CC La Châtre-Sainte-Sévère	359	4,4	419	5,2	205	2,5	577	322
CC de la Marche Berrichone	115	4,0	111	3,8	53	1,8	158	78
CC Val Bouzanne	157	5,7	102	3,7	54	2,0	178	96
Pays de La Châtre en Berry	631	4,6	632	4,6	312	2,3	913	496
Indre	4 772	4,5	6 320	6,0	3 659	3,5	8 620	4 837
Centre-Val de Loire	37 858	3,4	73 158	6,5	45 219	4,0	92 644	53 661
France hexagonale	987 481	3,6	2 100 357	7,6	1 365 934	5,0	2 632 036	1 578 705

SOURCES : CNAF ET CCMSA AU 31.12.2013. INSEE (RP 2012)
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 de celle de la Sécurité sociale (CMU-Complémentaire)

Au 1^{er} janvier 2014, 892 bénéficiaires (assurés et ayants droit) de la CMU-C sont recensés au niveau du pays de La Châtre en Berry, ce qui représente 4,8% des assurés de l'Assurance maladie. Dans l'Indre, cette proportion est égale à 7,5%.

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 de La Châtre en Berry	14 356	18 682	496	892	4,8%	40,4%
Indre	124 185	163 471	6 405	12 214	7,5%	43,6%
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.

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

Taux de pauvreté

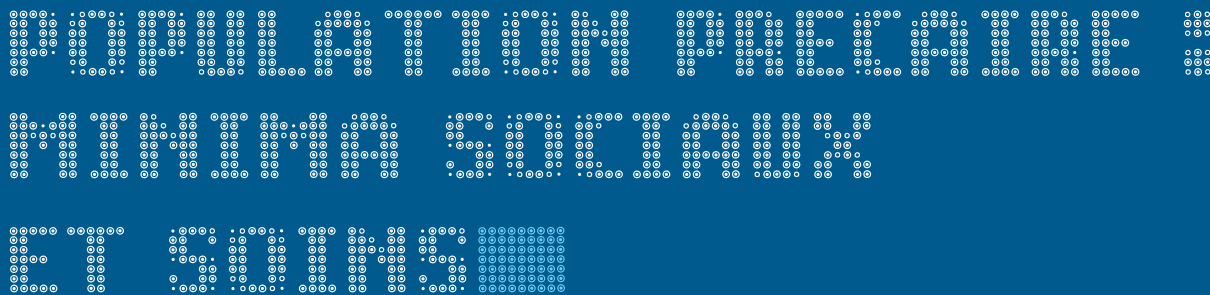
Le taux de pauvreté correspond à la proportion d'individus (ou de ménages) dont le niveau de vie est inférieur pour une année donnée à un seuil, dénommé seuil de pauvreté (exprimé en euros). L'Insee, comme Eurostat et les autres pays européens, mesure la pauvreté monétaire de manière relative alors que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

En 2012, la taux de pauvreté du pays de La Châtre en Berry est de 15,7 %. Ce dernier est supérieur à celui retrouvé au niveau départemental, régional et national (respectivement 14,3 %, 12,3 % et 14,3 %). Les taux sont les plus élevés chez les personnes de moins de 30 ans (20,9 %), mais aussi chez les plus de 75 ans (17,1 %), ce qui diffère des autres niveaux de comparaison. Les taux sont les plus faibles chez les personnes de 60 à 74 ans (10,7 %). Jusqu'à 40 ans, les taux de pauvreté sont comparables entre le Pays et les autres territoires de références. Au-delà, ils sont supérieurs dans le Pays.

TAUX DE PAUVRETÉ EN 2012 (EN %)

	Ensemble	Moins de 30 ans	De 30 à 39 ans	De 40 à 49 ans	De 50 à 59 ans	De 60 à 74 ans	75 ans et plus
Pays La Châtre en Berry	15,7	20,9	15,4	17,2	16,3	10,7	17,1
Indre	14,3	24,1	16,2	16,5	14,2	9,1	11,8
Centre-Val de Loire	12,3	20,8	14,3	14,2	11,3	7,9	8,2
France hexagonale	14,3	21,9	15,8	16,3	13,4	10,1	10,2

SOURCE : INSEE-DGFiP-CNAF-CMSA, DICHIER LOCALISE SOCIAL ET FISCAL
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



Emploi

En 2012, sur le pays de La Châtre en Berry, les employés sont la catégorie socioprofessionnelle la plus représentée (29,3 %), tout comme dans les territoires de référence (31,0 % dans l'Indre, 28,7 % au niveau régional, 28 % au niveau national).

D'une manière générale, le Pays comporte une proportion moindre de cadres et de professions intellectuelles supérieures

(6,8 % contre 8,5 % dans le département, 13 % en région et 17,1 % au niveau national) et de professions intermédiaires (18,4 % pour le Pays contre 21,2 % pour l'Indre, 25,2 % pour la région Centre-Val de Loire et 25,5 % en France hexagonale).

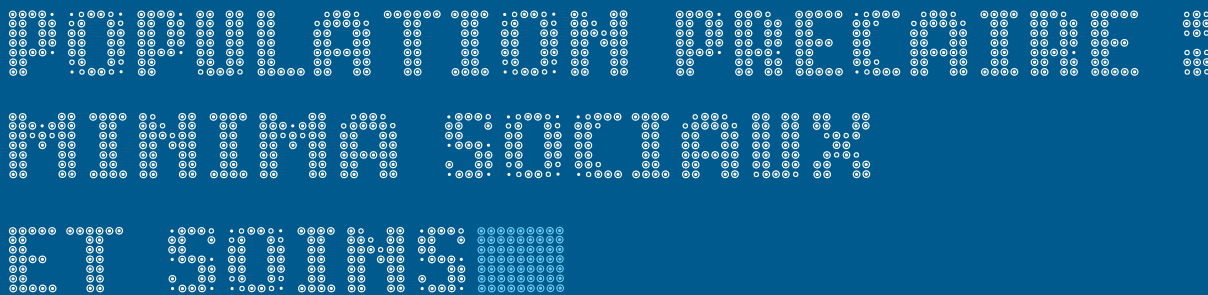
À l'inverse, le Pays compte davantage d'agriculteurs (9,2 % contre 4,6 % dans le département, 2,2 % dans la région et 1,7 % en France hexagonale) et d'artisans, commerçants et chefs d'entreprise (8,6 % contre 6,9 % pour l'Indre, 6 % pour la région Centre-Val de Loire et 6,3 % en France hexagonale).

POPULATION ACTIVE AYANT UN EMPLOI PAR CSP EN 2012

	Population active ayant un emploi en 2007	Population active ayant un emploi en 2012	Agriculteurs				Artisans, commerçants et chefs d'entreprise				Cadres et professions intellectuelles supérieures			
			Effectifs		% de la population active ayant un emploi		Effectifs		% de la population active ayant un emploi		Effectifs		% de la population active ayant un emploi	
			2007	2012	2007	2012	2007	2012	2007	2012	2007	2012	2007	2012
Pays de La Châtre en Berry	11 012	11 180	1 091	1 033	9,9	9,2	842	960	7,6	8,6	772	756	7,0	6,8
Indre	91 656	88 922	4 639	4 100	5,1	4,6	5 695	6 159	6,2	6,9	7 566	7 595	8,3	8,5
Centre-Val de Loire	1 057 116	1 047 497	26 079	22 946	2,5	2,2	59 220	62 710	5,6	6,0	129 061	136 576	12,2	13,0
France hexagonale	25 784 990	26 136 771	525 364	454 205	2,0	1,7	1 520 904	1 646 810	5,9	6,3	4 080 108	4 477 124	15,8	17,1

	Professions intermédiaires				Employés				Ouvriers			
	Effectifs		% de la population active ayant un emploi		Effectifs		% de la population active ayant un emploi		Effectifs		% de la population active ayant un emploi	
	2007	2012	2007	2012	2007	2012	2007	2012	2007	2012	2007	2012
Pays de La Châtre en Berry	1 862	2 053	16,9	18,4	3 186	3 279	28,9	29,3	3 260	3 097	29,6	27,7
Indre	17 794	18 827	19,4	21,2	28 955	27 579	31,6	31,0	27 008	24 661	29,5	27,7
Centre-Val de Loire	253 579	264 459	24,0	25,2	305 342	301 022	28,9	28,7	283 833	259 783	26,8	24,8
France hexagonale	6 383 112	6 676 556	24,8	25,5	7 323 984	7 317 125	28,4	28,0	5 951 518	5 564 951	23,1	21,3

SOURCE : INSEE (RP 2007-2012)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



Chômage

Les chômeurs au sens du recensement de la population sont des personnes (de 15 ans ou plus) qui, d'une part, 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 pas déclarées spontanément ni en emploi, ni en chômage, mais qui ont néanmoins déclaré rechercher un emploi.

Au recensement de population de 2012, le taux de chômage des 15-64 ans du Pays était inférieur à ceux observés au niveau départemental, régional et national (10,4 % contre respectivement 12,0 %, 12,0 % et 12,7 %).

TAUX DE CHÔMAGE DES 15-64 ANS EN 2012

	Taux de chômage des 15-64 ans (en %)
CC La Châtre-Sainte-Sévère	10,4
CC de la Marche Berrichone	9,8
CC Val Bouzanne	10,9
Pays de La Châtre en Berry	10,4
Indre	12,0
Centre-Val de Loire	12,0
France hexagonale	12,7

SOURCE : INSEE (RP 2012)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

STRUCTURE DES DEMANDEURS D'EMPLOI EN FIN DE MOIS AU 31.12.2015

	Nombre de DEFM (ABC)	Nombre de DEFM (ABC) de longue durée	Nombre de DEFM jeunes (moins de 25 ans) (ABC)		Nombre de DEFM femmes (ABC)		Nombre de DEFM seniors (50 ans et plus) (ABC)	
			Effectifs	en % DEFM ABC	Effectifs	en % DEFM ABC	Effectifs	en % DEFM ABC
CC La Châtre-Sainte-Sévère	1 150	547	201	17,5%	588	51,1%	325	28,3%
CC de la Marche Berrichone	305	144	50	16,4%	149	48,9%	96	31,5%
CC Val Bouzanne	398	191	58	14,6%	191	48,0%	131	32,9%
Pays de La Châtre en Berry	1 853	882	309	16,7%	928	50,1%	552	29,8%
Indre	17 759	8 483	3 041	17,1%	8 881	50,0%	4 675	26,3%
Centre-Val de Loire	217 554	101 397	35 905	16,5%	110 684	50,9%	50 652	23,3%
France hexagonale	5 779 600	2 466 400	787 500	13,6%	2 747 600	47,5%	1 276 700	22,1%

SOURCES : STMT, PÔLE EMPLOI CENTRE-VAL DE LOIRE AU 31.12.2015
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Au 31 décembre 2015, 1 853 demandeurs d'emploi de catégorie ABC ont été recensés sur le pays de la Châtre en Berry (dont 1 208 de catégorie A). Parmi eux, 882 sont des demandeurs d'emploi de longue durée, c'est-à-dire de 1 an ou plus, soit 47,6 % de l'ensemble des demandeurs d'emploi de catégorie ABC (47,8 % dans l'Indre, 46,6 % en Centre-Val de Loire, 42,7 % en France hexagonale).

Le Pays compte en proportion autant de jeunes demandeurs d'emploi que dans le département et en région, mais plus qu'au niveau national (16,7 % dans le Pays contre 17,1 % dans l'Indre et 16,5 % en Centre-Val de Loire, 13,6 % en France hexagonale). Le Pays compte cependant plus de seniors demandeurs d'emploi en comparaison aux territoires de référence (29,8 % sur le pays de La Châtre en Berry, 26,3 % dans le département, 23,3 % en région et 22,1 % en France hexagonale).

Les niveaux de formation

Selon le recensement de population de 2012, le taux de scolarisation des 16-24 ans du Pays de la Châtre en Berry atteint 51,7 %, soit un taux proche de celui du Département (51,5) mais inférieur à ceux observés dans la Région et la France hexagonale (respectivement 57,4 % et 61,4 %).

Le taux de scolarisation des 15-17 ans reste relativement élevé sur les territoires. La différence se creuse dans la classe d'âge des 18-24 ans. En effet, le taux de scolarisation des jeunes du Pays (32,6%) est inférieur à celui de l'Indre (36,4%) et nettement inférieur aux taux retrouvés au niveau régional (46,3%) et national (52,1%)

TAUX DE SCOLARISATION DES 16-24 ANS EN 2012

	Taux de scolarisation des 15-17 ans (en %)	Taux de scolarisation des 18-24 ans (en %)
CC La Châtre-Sainte-Sévère	96,1	31,5
CC de la Marche Berrichone	96,5	38,8
CC Val Bouzanne	94,6	31,2
Pays de La Châtre en Berry	95,9	32,6
Indre	95,3	36,4
Centre-Val de Loire	95,9	46,3
France hexagonale	96,2	52,1

SOURCE : INSEE (RP 2012)
 EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

En 2012, 27,4% de la population des 15-64 ans non scolarisés du Pays n'ont pas de qualification ou un faible niveau de formation (aucun diplôme ou uniquement le certificat d'études primaires, le BEPC ou le brevet des collèges), soit un taux inférieur à celui retrouvé au niveau départemental (28,3%) et supérieur à ceux observés au niveau régional (25,5%) et national (24,3%).

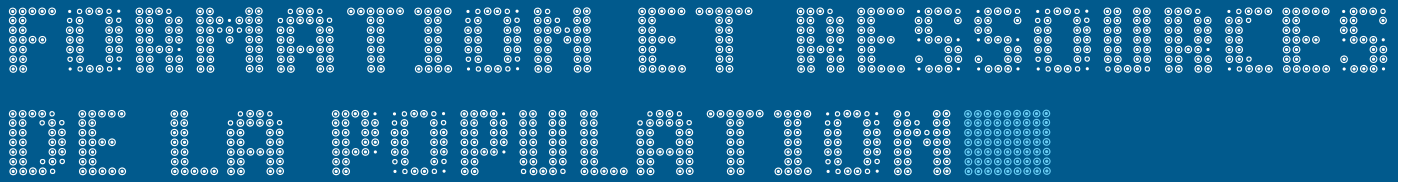
Parallèlement, 18,0% de la population non scolarisée de l'agglomération est titulaire d'un bac+2, soit une proportion inférieure aux territoires de référence (19,8% dans l'Indre, 26,0% en Centre-Val de Loire et 31,0% en France hexagonale).

De manière générale, et sur l'ensemble des territoires, entre 2007 et 2012, les taux de personnes sans qualifications ou ayant de faibles niveaux de qualification ont diminué, tandis que le taux de titulaires d'un bac+2 a augmenté.

NIVEAUX DE FORMATION

	Population de 15 ans et plus non scolarisée en 2012	Sans qualification ou de faibles niveaux de formation (aucun diplôme. CEP. BEPC. Brevet des collèges)				Titulaires d'un Bac+2 et plus			
		Effectifs		% de la population de 15 ans et plus non scolarisée		Effectifs		% de la population de 15 ans et plus	
		2007	2012	2007	2012	2007	2012	2007	2012
CC La Châtre-Sainte-Sévère	9 150	3 026	2 451	32,8	26,8	1 467	1 695	15,9	18,5
CC de la Marche Berrichone	2 962	1 129	853	35,4	28,8	463	483	14,5	16,3
CC Val Bouzanne	3 417	1 104	944	32,9	27,6	499	619	14,9	18,1
Pays de La Châtre en Berry	15 529	5 259	4 249	33,3	27,4	2 429	2 796	15,4	18,0
Indre	124 021	42 339	35 091	33,1	28,3	22 069	24 519	17,2	19,8
Centre-Val de Loire	1 404 686	416 569	358 573	29,7	25,5	319 159	365 613	22,8	26,0
France hexagonale	35 040 598	9 802 324	8 524 259	28,5	24,3	9 405 998	10 868 867	27,3	31,0

SOURCE : INSEE (RP 2007, 2012)
 EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



Les revenus fiscaux par unités de consommation

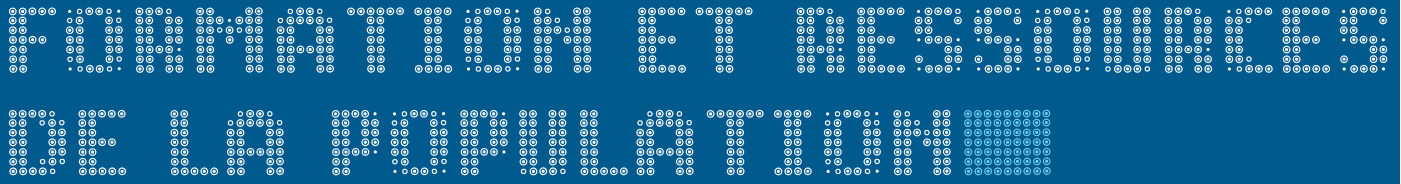
Selon la DGFIP, en 2012, on compte 17 570 foyers fiscaux au sein du pays de la Châtre en Berry, dont 10 353 foyers non imposables et 7 217 foyers imposables. Ainsi, 41,1 % des foyers fiscaux sont imposés, soit une proportion inférieure à celle du département (46,8 %), de la région (53,5 %) et de la France hexagonale (52,7 %).

Le revenu net imposable moyen est estimé en 2012 à 19 712 euros, par foyer fiscal du territoire d'étude, montant inférieur à celui du département (21 173 euros), de la région (24 447 euros) et du territoire national (25 804 euros).

REVENUS FISCAUX PAR UC EN 2012

	Nombre de foyers fiscaux	Nombre de foyers fiscaux imposables	Nombre de foyers fiscaux non imposables	% de foyers fiscaux imposés	Revenus nets imposables moyens par foyer fiscal
CC La Châtre-Sainte-Sévère	10 343	4 474	5 869	43,3	20 685
CC de la Marche Berrichone	3 617	1 231	2 386	34,0	17 142
CC Val Bouzanne	3 610	1 512	2 098	41,9	19 495
Pays de La Châtre en Berry	17 570	7 217	10 353	41,1	19 712
Indre	134 517	62 900	71 617	46,8	21 173
Centre-Val de Loire	1 432 915	766 039	666 876	53,5	24 447
France hexagonale	35 483 978	18 714 824	16 769 154	52,7	25 804

SOURCES : DGI
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



Ressources disponibles sur le territoire

La mission locale Indre sud a accompagné, en mai et novembre 2015, les jeunes inscrits au dispositif Garantie Jeunes, âgés de 16 à 25 ans à La Châtre, dans le but de les informer sur la prévention en santé. L'objectif a été d'échanger avec eux sur les bienfaits de l'activité physique, de redécouvrir les rôles et bienfaits d'un sommeil de qualité. Une séance de 2h a été organisée pour travailler sur les représentations de chacun en matière de santé/hygiène de vie, évaluer les pratiques de chacun concernant l'alimentation, l'activité physique et le sommeil, échanger sur leurs connaissances et rechercher ensemble des solutions possibles au regard de leurs questionnements.

Les élèves scolarisés en classe de 5^{ème}, soit des jeunes âgés de 13 ans, sont suivis dans les collèges Frédéric Chopin d'Aigurande et Vincent Rotinat de Neuvy-Saint-Sépulchre, dans le cadre du projet d'établissement des collèges demandeurs. Ceci afin de leur permettre d'acquérir des notions sur les rôles et bienfaits du sommeil, de développer des comportements favorables à un repos suffisant et réparateur. Bien que certains comportements soient difficiles à modifier, le retour des professeurs et des collégiens sur l'animation d'une séance sur le sujet, a été positif. Cette action a été réalisée en janvier 2015, janvier 2016 et mai 2016.

La fédération départementale Familles rurales a organisé dans le cadre de son programme, en mars, mai et octobre 2015 ainsi qu'octobre 2016, une animation d'une séance d'outils pédagogiques destinée aux jeunes inscrits au centre de loisirs, âgés de 5 à 12 ans et résidant dans les communes de Lourdoueix-Saint-Michel, Vicq-Exempt et Le Magny. Elle accompagne également les enfants scolarisés en 6^{ème} et 5^{ème} au collège de La Châtre en partenariat avec la Caf de l'Indre, au cours de l'année scolaire 2016-2017.

Cela permet d'aider les enfants à prendre confiance en eux, à leur faire acquérir des méthodes, redonner sens à la scolarité, renforcer la confiance des enfants dans leurs capacités à réussir, élargir les centres d'intérêts et valoriser les acquis, accompagner les parents dans le suivi de la scolarité de leurs enfants, renforcer le soutien des parents dans leur relation avec l'école, améliorer leur connaissance et leur compréhension du milieu scolaire.

L'Usep accompagne les élèves scolarisés en classe de CM1-CM2, soit des enfants âgés de 9-10 ans, de Saint-Août et de La Châtre en organisant des séances éducatives autour des messages clés de prévention de santé bucco-dentaire et de la visite au cabinet dentaire : utilisation d'un support

vidéo qui permet d'aborder les thèmes tels que l'hygiène bucco-dentaire, les techniques de brossage, les méfaits du grignotage, de la consommation de sucres en excès... Ces séances se sont déroulées en juin 2014 et 2015 et un kit a été remis aux enseignants et élèves, dont les retours ont été positifs sur les informations obtenues.

En matière de prévention bucco-dentaire, la CPAM de l'Indre et l'Union française pour la santé bucco-dentaire de l'Indre (UFSBD 36) ont organisé en avril et mai 2014, une action de prévention dans le cadre de la campagne nationale de prévention bucco-dentaire de l'UFSBD et de la CPAM pour les élèves scolarisés en classe de CP, soit enfants âgés de 6 ans, dans les communes suivantes : Cluis, Saint-Denis-de-Jouhet, Lourouer-Saint-Laurent, Le Magny, Montgivray, Mers-sur-Indre, Tranzault, Urciers, Saint-Août, Neuvy-Saint-Sépulchre.

La fédération départementale des Familles rurales de l'Indre porte une attention particulière à la formation : à celle des bénévoles car les enjeux sont multiples (épanouissement personnel, accès aux responsabilités...) et à celle des salariés, leur offrant la possibilité de progresser, développer de nouvelles compétences, accéder à plus de performance, anticiper les évolutions des métiers....

En 2015, 1 454 heures ont été consacrées à la formation, et ce sont 330 bénévoles qui ont été formés. Parmi eux, 140 ont été formés aux savoirs de base de la gestion associative : sur la conduite et l'animation d'une réunion, le fonctionnement d'une association familiale, la conduite de leur projet associatif au service des familles, la promotion de l'adhésion (outils, techniques). Par ailleurs, 171 bénévoles ont reçu une formation à la gestion des activités : gestion des relations avec la presse, animation des ateliers de jeux de mémoire, préparation et évaluation de l'accueil collectif de mineurs, gestion d'un service de proximité (maintien à domicile), nouvelles responsabilités de services de proximité. 19 bénévoles ont quant à eux, obtenu une formation à la fonction employeur : droit du travail (connaissances de base, convention collective nationale des personnels Familles rurales...), management (rôle de bénévole/manager, gestion des rapports humains...).

Au-delà de la formation, la fédération propose un soutien financier aux aides à domicile qui rencontrent des difficultés ponctuelles et inattendues. Cette contribution, sous forme de prêts et sur dossier, a pour ambition de lutter contre l'exclusion et favoriser la mobilité.



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

Globalement, les personnes rencontrées, professionnels, élus et habitants, sont très satisfaits de la qualité de vie que leur offre le pays. Ils déclarent profiter d'un environnement agréable, en particulier avec la proximité des lacs, et être à l'écart des nuisances comme la pollution ou l'insécurité propres aux villes.

Professionnel : « Toute ma vie professionnelle j'étais sur Châteauroux et je suis revenue habiter à Saint-Plantaire et puis y a beaucoup comme ça quoi, donc ça fait preuve quand même qu'on y est bien. »

Professionnel : « L'été il y a plus de monde avec les résidences secondaires, notamment dans les villages près du lac d'Eguzon. »

Professionnel : « Les gens sont conscients qu'il y a une qualité de vie, qu'il y a pas forcément ailleurs, une certaine sécurité, qui devient de plus en plus importante... Tout, et après c'est vrai on est assez éloigné de pollutions... »

Professionnel : « Et pour montrer que les gens sont attachés à la région, y a une association qui s'est créée y a seulement un an, de sauvegarde du patrimoine aigurandais, ils sont à plus de 200 adhérents, ça montre bien que les gens sont attachés. »

Le coût de la vie leur apparaît assez faible, notamment en ce qui concerne le foncier. Cela permet aux familles d'accéder à la propriété sans trop de difficultés.

Professionnel : « La vie entre guillemets est quand même moins chère qu'en ville... On achète des terrains, des maisons, c'est incomparable ! »

Même si quelques habitants soulignent un manque d'animations proposées dans leurs villages, les professionnels et élus mettent en avant les services présents sur le territoire, qui limitent l'exode rural. Beaucoup d'associations existent sur les différentes communes permettant un choix important d'activités pour les adultes comme pour les enfants. Toutefois, quelques inquiétudes existent quant à la pérennité de l'offre proposée en matière de commerces, notamment services ambulants et également en matière de vie associative du fait du difficile renouvellement des bénévoles.

Habitant : « Bah c'est bien de faire ça [Festi'santé]. Bon ça anime un peu Aigurande parce que des fois, y a pas grand-chose. Les week-ends, à part les marchés qu'on fait nous, Aigurande, qu'on va marcher dans toutes les petites communes aux alentours quoi. »

Élu : « Ne serait-ce que sur la ville d'Aigurande y a quand même pas loin de 40 associations. »

Professionnel : « Les jeunes couples qui peuvent rester ici parce qu'ils ont du travail ici, je pense, sont conscients qu'ils ont quand même pas mal d'activités pour leurs enfants, y a un peu de tout. »

Professionnel : « Oui pour l'instant on a encore les commerces, des commerces qui font des tournées, ils arrivent... Pour l'instant ! »

Élu : « Je voudrais juste compléter le constat, il y a aussi un impact au niveau de la vie associative puisqu'il y a de moins en moins de bénévoles qui suivent physiquement et au niveau de l'énergie et donc il y a de plus en plus d'associations dans tous les domaines et dans tous les villages qui ne trouvent pas de repreneurs et qui n'arrivent pas à transmettre et à fédérer des populations nouvelles pour organiser des événements que ce soit sportifs ou culturels. »

Pour les élus, le pays offre un panel important de services, d'activités sportives et culturelles, de divertissements, mais ils sont insuffisamment connus de sa population et de celle avoisinante. Le territoire souffre d'un manque de communication pour valoriser son image et son dynamisme.

Élu : « Peut être qu'on a encore un effort à faire pour valoriser l'image du Pays pour travailler dessus je pense déjà... Je pense qu'il y a encore à faire là-dessus, certains jeunes pensent qu'il n'y pas de loisirs... Mais quand on regarde bien il y a de l'activité culturelle etc. »

Élu : « Ce qui est vrai, on a certainement des problèmes de communication. On ne sait pas communiquer chez nous depuis toujours vis-à-vis de l'extérieur, et même en interne. C'est sûr qu'il y a sûrement beaucoup de jeunes qui n'ont pas connaissance de tout ce qui existe : la piscine, la vie culturelle, toutes les activités, les concerts qui ont lieu, etc. Il y a beaucoup de choses. Donc certainement il faut progresser là-dessus. »

Pour les élus, l'arrivée de nouvelles populations dans les communes dépend de la capacité à maintenir les services de proximité tels que les écoles, les commerces, les cabinets médicaux... et d'y développer l'emploi. Certaines communes parviennent à maintenir les commerces et services, voire en attirer de nouveaux et parallèlement à accueillir de jeunes habitants.

Élu : « La population augmente non pas en personnes âgées, mais dans la tranche de 35 à 45 ans... Et ça c'est important ! C'est même très important ! Je veux dire par là, l'ensemble se



dynamise petit à petit. »

Élu : « Aujourd'hui, en deux ans, c'est 10 commerçants nouveaux dans la ville, ce qui veut dire qu'aujourd'hui on valorise quelque chose qui se développe progressivement, parce qu'après ça devient du bouche à oreille... Et le fait d'avoir aussi des services ! Je pense que la société de services c'est important, vous avez une crèche, vous avez bien sûr un centre de loisirs, bien sûr des écoles primaires et maternelles, et j'en passe le colège donc tout ça fait que... On est équipé comme une grande ville, à la taille et à l'échelon de la cité. »

Toutefois, le paradoxe soulevé par les élus est le constat d'une perte de vitesse du développement démographique sur le Pays du fait d'un marché du travail peu dynamique et de la complexité pour les entreprises présentes de recruter des salariés. Une des difficultés à résoudre dans les territoires ruraux est de faire revenir les jeunes diplômés dans leurs communes d'origine pour y travailler. Aspirés par les métropoles pour la réalisation de leurs études supérieures, ils y construisent le plus souvent leur carrière professionnelle.

Professionnel : « On a la chance d'avoir encore notre école ce qui nous permet aussi de stabiliser quelques couples... Tant que l'école sera là, je pense que ça tient un petit peu ça, on a le colège de Sainte-Sévère qui est tout prêt, le lycée de La Châtre... et ça permet je pense aux parents, aux couples, simplement d'avoir ce pôle encore un petit peu à proximité dans notre ruralité, La Châtre n'est pas loin. »

Élu : « L'agriculture perd beaucoup de forces vives et n'est pas remplacée par des petites industrie ou des choses comme ça »

Élu : « Donc moins d'actifs, enfin de jeunes adultes qui ont des enfants sur le territoire c'est ça ? En raison de l'économie... »

Élu : « C'est que partout où je vois des gens qui cherchent du monde en ce moment, et ne trouvent pas. J'étais avec le président de [nom d'une entreprise] juste à côté, ils sont passés de 29 salariés quand ils ont repris l'entreprise à 50 maintenant, ils ont beaucoup de mal à recruter.

Élu : « Je voudrais quand même faire remarquer que nos enfants, quand ils font des études supérieures, ils ne les font pas chez nous mais vont dans les grandes villes et après ils ont tendance à être aspirés par la métropolisation de ce pays, qui à mon avis est une erreur profonde depuis des années et il est plus difficile pour eux de revenir. »

Du fait du prix du foncier attractif, le Pays accueille de nouvelles familles. Ce sont souvent des personnes provenant du nord de la France, de la région parisienne ou encore de l'étranger (Belgique, Hollande, Angleterre), qui recherchent un logement à faible coût dans un cadre de vie agréable, mais s'installent le plus souvent sans garantie d'un emploi durable. Selon leurs ressources initiales, leur implantation

sur le pays est plus ou moins aisée.

Professionnel : « (...) qu'ils étaient venus en séjour ou... pensaient pouvoir trouver du travail, ou qui ont acheté à un moment donné des maisons, parce qu'on avait un foncier qui était très bas.»

Professionnel : « Oui, au niveau du foncier, si on regarde au niveau du territoire national, je pense qu'on fait partie des... Tout ce coin-là, la Creuse, c'est ce qu'il y a de moins cher... Donc au niveau des britanniques, c'est un peu ça ce qui les attirait... »

Professionnel : « On a quand même une communauté hollandaise qui est très présente, même sur l'Indre hein, et belge aussi. »

Les élus et professionnels soulignent qu'une frange de ces nouveaux arrivants sont des familles avec des parcours plus ou moins chaotiques, sans ressources, pensant pouvoir facilement se loger sans trop de frais. Sans emploi, il leur est difficile de rénover ou d'entretenir leur maison et ils se retrouvent dans de grandes difficultés. Ces situations ne sont pas toujours visibles du fait de l'isolement des habitations. Il n'est pas toujours évident de les repérer pour leur venir en aide.

Professionnel : « On a aussi le passage de... On dit toujours « cas sociaux » c'est voilà, on voit une famille débarquer avec des enfants, comme de toute façon ils n'ont pas de travail, qu'ils s'installent dans une commune où c'est pas très cher, où y a une qualité de vie intéressante, qu'ils aient pas de travail à Aigurande ou à Orsennes, ou qu'ils n'aient pas de travail en pleine ville où tout va coûter cher... Autant qu'ils s'installent dans les villages, donc on voit aussi des gens qui restent pas forcément longtemps, qui bougent... qui restent un an, deux ans, on a aussi ce type de populations. »

Habitant : « Je pense qu'il y a de plus en plus une grande misère qu'on ne voit pas. [...] Y a des gens qui vivent dans leur voiture. Y a des gens qui vivent sans électricité et [...] mais ici la pauvreté, on ne la voit pas parce que, bon bah une petite maison au milieu d'un pré bon bah, c'est une petite maison même si elle est un peu en ruines bon... Ce n'est pas comme en ville. »

Professionnels : « Avec des habitats précaires hein ! parce que souvent ce sont des gens qui ont acheté des maisons à rénover, qui n'auraient pas été forcément destinées pour des habitations voilà, qui n'ont pas de moyens de rénovation, et on a des habitats précaires avec... Quand on a eu des hivers très très rigoureux, en 2010 et 2011, j'ai vu des gens qui étaient vraiment en grosse difficulté. »

Au-delà de l'absence de ressources financières, ces personnes éloignées de leurs familles d'origine souffrent également d'isolement social. Ces nouveaux habitants ne peuvent pas prendre appui auprès de leurs familles et difficilement auprès de leurs voisins, notamment quand s'ajoute la bar-



rière de la langue.

Professionnel : « Cette précarité ensuite, et puis après on repart dans l'autre sens, on peut aboutir à des séparations, une mère qui repart parce qu'elle tient plus le coup, c'est vraiment une précarité qui s'installe et puis on se retrouve ici... Au milieu de nulle part dans le sens, eux sans famille, puisque c'est aussi ce qui se passe pour les gens descendant du nord,(...) mais les attaches familiales que sont les grands-parents, qui peuvent les soutenir. Là on les a plus, donc on est seul. »

Professionnel : « Quand on est seul, des fois près d'une grande ville, on se raccroche... Ben justement un petit peu aux associations, même si le tissu associatif est important ici, mais après si on se retrouve un peu seul. On est encore plus seul, d'autant plus si on n'est pas du cru... On ne connaît pas forcément le voisin. »

Mortalité générale

La région Centre-Val de Loire se caractérise globalement par des taux de mortalité général proche de ceux observés en France hexagonale. Cette situation masque cependant des disparités interdépartementales et intradépartementales.

Entre 2005 et 2013, 24 370 décès par an ont été enregistrés en moyenne en région Centre-Val de Loire, toutes causes et tous genres confondus, soit un taux comparatif de mortalité (TCM) de 796,1 décès pour 100 000 habitants, comparable au taux national (802,6).

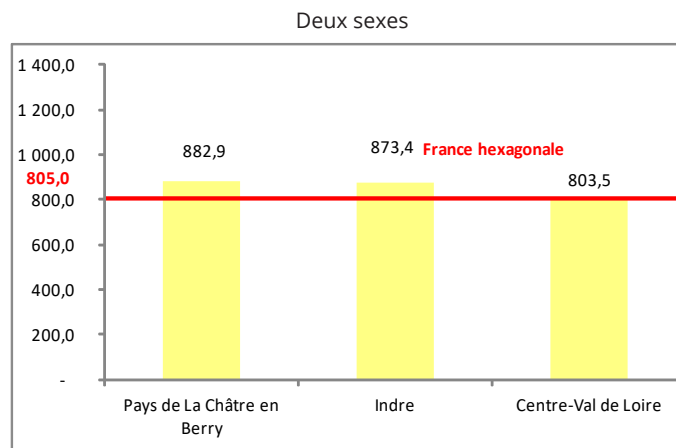
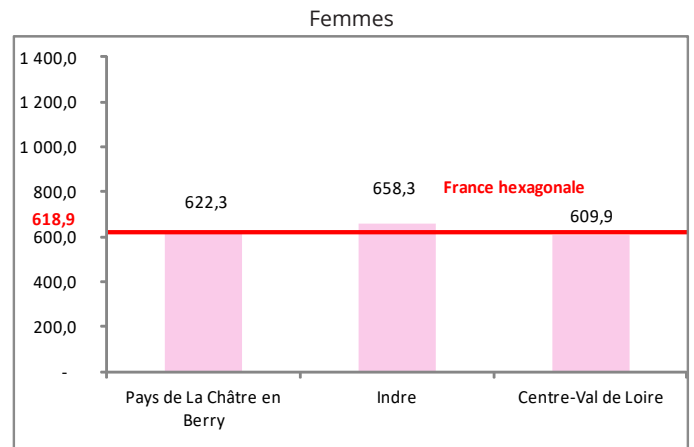
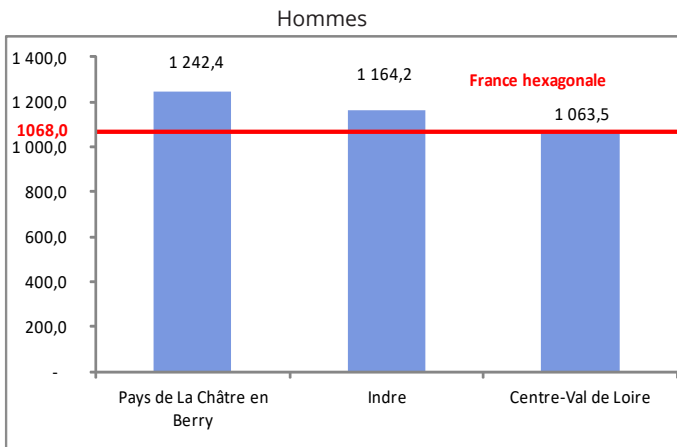
Dans le pays de La Châtre en Berry, 3 846 décès ont été recensés entre 2005 et 2013, ce qui représente 427 décès par an. Le taux comparatif y est de 882,9 décès pour 100 000 habitants, ce qui est comparable à ce qui est observé sur le département (873,4) mais qui est significativement

supérieur aux taux observés sur la région (803,5) et au niveau national (805,0).

Sur le territoire étudié, les hommes représentent 54,8 % des décès, toutes causes confondues. Avec 234 décès annuels en moyenne, le taux après standardisation est de 1 242,4 décès masculins pour 100 000 habitants, soit un taux significativement supérieur à ceux observés au niveau départemental (1 164,2), régional (1 063,5) et national (1 068,0).

Le constat est différent chez les femmes, avec 193 décès annuels en moyen et un taux comparatif de mortalité de 622,3, statistiquement inférieur à celui observé au niveau départemental (658,3) mais semblable aux taux observés au niveau régional (609,9) et national (618,9).

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ GÉNÉRALE (2005-2013)





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 présen-

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

Grandes causes de décès

Entre 2005 et 2013, près d'un tiers des décès masculins recensés dans le pays de La Châtre en Berry sont dus à un cancer (30,9 %), ce qui est comparable au niveau départemental (31,2 %). Ces résultats sont légèrement inférieurs à ceux de la région (33,2 %) et de la France hexagonale (32,6 %). Les cancers les plus fréquents, quel que soit le territoire, sont les cancers de la trachée, des bronches et du poumon, les cancers de la prostate et les cancers colorectaux. Les principales autres causes de décès chez les hommes sont dues aux maladies de l'appareil circulatoire ainsi qu'aux causes extérieures de traumatismes et empoisonnements (principalement les accidents de la circulation et les suicides).

Les décès par maladie de l'appareil circulatoire y représente 27,7 % des décès, soit un taux comparable à celui du département (26,7 %) mais supérieur à ceux observés au niveau régional (24,8 %) et au niveau national (24,5 %).

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

Chez les femmes, les causes de décès sont par ordre de fréquence : les maladies de l'appareil circulatoire (principalement les cardiopathies ischémique et maladies

vasculaires cérébrales), les cancers et les causes extérieures de traumatismes et empoisonnements. Un tiers des décès recensés (34,9 %) est du à des maladies de l'appareil circulatoire, soit un taux supérieur à ceux observés au niveau de l'Indre (32,0 %), de la région Centre-Val de Loire (29,4 %) et de la France hexagonale (29,2 %).

Les cancers sont la deuxième cause de décès avec 21,4 % des décès du Pays. Ce taux est similaire à celui observé au niveau départemental (22,0 %) mais relativement plus faible que ceux observés au niveau régional (23,6 %) et national (23,8 %). Les principaux cancers retrouvés sont les cancers du sein, le cancer colorectal et le cancer de la trachée, des bronches et des poumons.

Les causes extérieures de traumatismes et empoisonnements représentent 4,8 % des décès sur le Pays, ce qui est comparable aux taux retrouvés au niveau départemental (4,8 %), régional (5,4 %) et national (5,6 %).

Tous sexes confondus, la part des maladies cardiovasculaires dans le pays de La Châtre en Berry (31,0 %) est supérieure à celles observées au niveau départemental (29,3 %), régional (27,0 %) et national (26,8 %). La part des cancers (26,6 %) est, quant à elle, comparable à celle observée dans l'Indre (26,7 %) mais inférieure à celles observées en région (28,6 %) et au niveau de la France hexagonale (28,3 %).



GRANDES CAUSES DE DÉCÈS 2005-2013

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

Hommes	Nombre de décès moyen par an Pays de La Châtre en Berry	Part dans l'ensemble des décès (en %)			
		Pays de La Châtre en Berry	Indre	Centre-Val de Loire	France hexagonale
Cancers	65	30,9	31,2	33,2	32,6
- Trachée, bronches, poumon	12	5,2	6,5	7,6	8,1
- Prostate	10	4,3	3,9	3,9	3,3
- Côlon rectum	9	4,0	3,5	3,5	3,3
Maladies de l'appareil circulatoire	65	27,7	26,7	24,8	24,5
- Cardiopathies ischémiques	20	8,7	8,3	7,7	7,7
- Maladies cérébrovasculaires	13	5,5	5,7	5,1	4,9
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	17	7,3	7,5	8,2	8,1
- Suicides	7	7,3	3,1	3,1	2,8
- Accidents de la circulation	ND	0,9	1,0	1,3	1,1
Maladies de l'appareil respiratoire	15	6,2	6,3	5,8	6,5
Toutes causes	234	100	100	100	100

Femmes	Nombre de décès moyen par an Pays de La Châtre en Berry	Part dans l'ensemble des décès (en %)			
		Pays de La Châtre en Berry	Indre	Centre-Val de Loire	France hexagonale
Maladies de l'appareil circulatoire	67	34,9	32,0	29,4	29,2
- Cardiopathies ischémiques	16	8,2	6,8	6,2	6,0
- Maladies cérébrovasculaires	15	7,5	8,1	7,2	7,1
Cancers	41	21,4	22,0	23,6	23,8
- Sein	6	2,9	3,8	4,4	4,4
- Côlon rectum	6	3,0	2,9	3,1	3,0
- Trachée, bronches, poumon	ND	1,7	2,0	2,5	2,7
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	9	4,8	4,8	5,4	5,6
- Suicides	ND	0,7	0,9	1,0	1,0
- Accidents de la circulation	ND	0,4	0,3	0,5	0,4
Maladies de l'appareil respiratoire	8	4,3	5,8	5,7	6,2
Toutes causes	193	100	100	100	100

2 sexes	Nombre de décès moyen par an Pays de La Châtre en Berry	Part dans l'ensemble des décès (en %)			
		Pays de La Châtre en Berry	Indre	Centre-Val de Loire	France hexagonale
Cancers	107	26,6	26,7	28,6	28,3
- Trachée, bronches, poumon	15	3,6	4,3	5,2	5,5
- Prostate	10	2,3	2,0	2,0	1,7
- Côlon rectum	15	3,6	3,2	3,3	3,1
- Sein	6	1,4	1,9	2,2	2,2
Maladies de l'appareil circulatoire	132	31,0	29,3	27,0	26,8
- Cardiopathies ischémiques	36	8,5	7,6	7,0	6,8
- Maladies cérébrovasculaires	27	6,4	6,9	6,1	6,0
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	26	6,2	6,2	6,9	6,9
- Suicides	8	2,0	2,0	2,1	1,9
- Accidents de la circulation	ND	0,7	0,7	0,9	0,7
Maladies de l'appareil respiratoire	23	5,4	6,1	5,8	6,3
Toutes causes	427	100,0	100,0	100,0	100,0



Mortalité prématurée

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

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

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

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

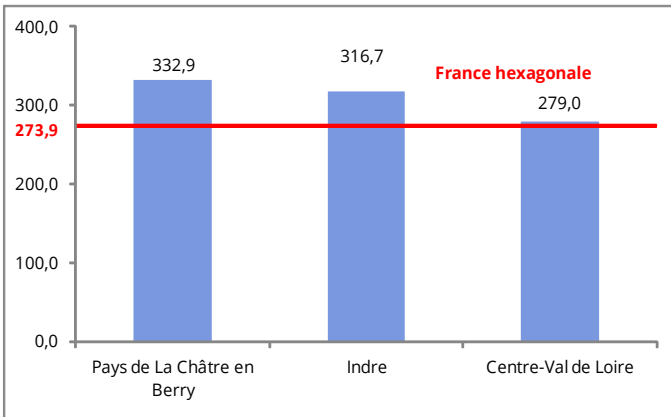
À structure d'âge comparable, 234,3 décès de personnes de moins de 65 ans pour 100 000 habitants ont été recensés en moyenne sur le pays de la Châtre en Berry entre 2005 et 2013, soit un taux comparable à celui observé au niveau départemental (226,9) mais statistiquement supérieur à ceux observés sur les autres territoires de référence (201,6 en région Centre-Val de Loire et 195,4 en France hexagonale).

L'analyse par sexe permet de mettre en évidence que ce sont les hommes qui sont touchés par cette mortalité prématurée avec un taux de 332,9 décès prématurés pour 100 000 habitants, statistiquement supérieurs à ceux observés au niveau régional (279,0) et national (273,9). Chez les femmes, on retrouve un taux de 132,1 décès prématurés pour 100 000 habitants comparables aux niveaux départemental, régional et national.

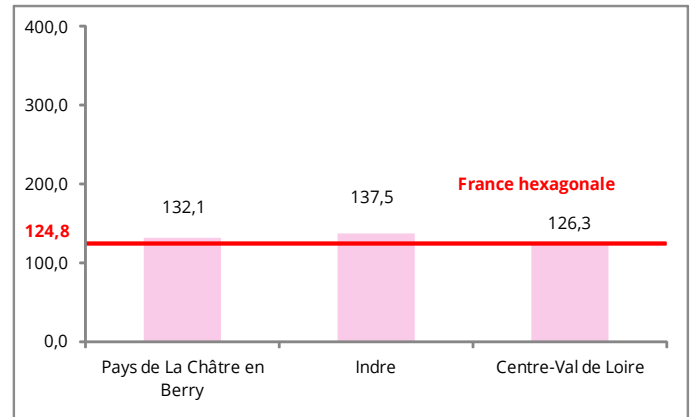


TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PRÉMATURÉE [2005-2013]

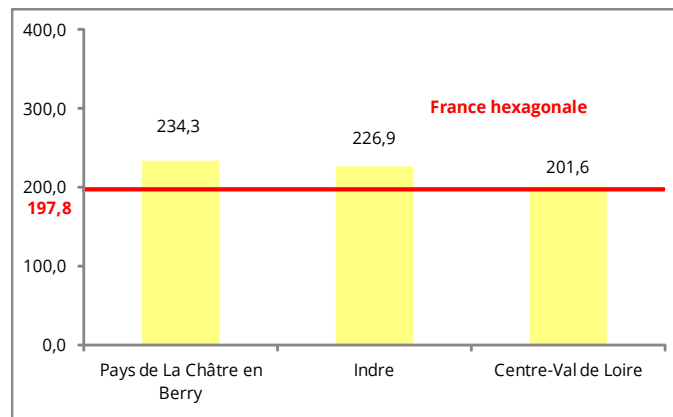
Hommes



Femmes



Deux sexes



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

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

Ainsi pour la période 2005-2013, parmi les 65 décès annuels prématurés survenus sur le pays de La Châtre en Berry, on peut considérer que 21 décès prématurés auraient pu être évités par la prévention primaire, soit 32,9 % des décès prématurés (34,2 % dans l'Indre, 34,2 % dans la région Centre-Val de Loire et 32,6 % en France hexagonale).

Admissions en affection de longue durée (ALD)

Entre 2006 et 2014, en moyenne 59 105 admissions en affection longue durée sont recensées chaque année en région Centre-Val de Loire (environ 31 336 chez les hommes et 27 769 chez les femmes). Dans l'Indre, cela représente 6 336 nouvelles admissions par an. Pour le Pays, on observe 910 nouvelles admissions par an (494 chez les hommes et 416 chez les femmes).

A l'échelle du territoire, chez les hommes, les principaux motifs d'admissions en ALD sont, par ordre de fréquence, les maladies cardiovasculaires (31,4 %) puis les tumeurs malignes (24,2 %). On observe également ces principaux motifs chez les femmes selon un classement similaire

mais avec de plus faibles proportions, les maladies cardiovasculaires représentant 25,7 % de leurs admissions (contre 24,4 % au niveau du département et 23,1 % au niveau de la région) et les tumeurs malignes 20,1 %.

Le diabète est la troisième cause d'admission en ALD tant chez les hommes que chez les femmes, respectivement 17,0 % et 15,6 %, ce qui est comparable aux pourcentages retrouvés aux niveaux départemental et régional.

Au total en 2014, 9 096 habitants du pays de La Châtre en Berry bénéficient d'une ALD.

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

		Pays de la Châtre en Berry		Indre	Région Centre-Val de Loire	France hexagonale
		Nombre annuel d'ALD	Part dans l'ensemble des ALD (en %)	Part dans l'ensemble des ALD (en %)	Part dans l'ensemble des ALD (en %)	Part dans l'ensemble des ALD (en %)
Hommes	Maladies cardiovasculaires	155	31,4	30,6	30,3	29,3
	Tumeurs malignes	120	24,2	24,0	23,0	22,4
	Diabète et autres maladies métaboliques	84	17,0	17,1	18,0	17,4
	Affections psychiatriques	27	5,5	6,6	6,0	7,4
	Insuffisance respiratoire chronique	19	3,8	3,4	3,0	3,4
	Alzheimer et autres démences	13	2,6	3,0	2,9	2,7
	Autres	76	15,5	15,3	16,7	17,3
	Ensemble des ALD	493	100,0	100,0	100,0	100,0
Femmes	Maladies cardiovasculaires	107	25,7	24,4	23,1	22,5
	Tumeurs malignes	84	20,1	21,7	22,6	22,5
	Diabète et autres maladies métaboliques	65	15,6	15,7	16,2	15,0
	Alzheimer et autres démences	30	7,1	7,0	7,0	7,0
	Affections psychiatriques	35	8,5	9,0	7,9	9,4
	Insuffisance respiratoire chronique	14	3,3	3,0	2,7	3,0
	Autres	82	19,7	19,2	20,5	20,6
	Ensemble des ALD	416	100,0	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 et séjours hospitaliers sont domiciliées. Elles prennent en compte les patients et les séjours hospitaliers des patients du pays de La Châtre en Berry hospitalisés quel que soit l'établissement de santé où ils ont été admis. Ces données ne sont pas le reflet de l'activité des établissements de soins présents sur le territoire.

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

recensement de population de l'Insee de 2011. Un redressement a ainsi été effectué lorsqu'un code postal correspondait à plusieurs communes, dont certaines ne faisaient pas partie du Pays. Le nombre de patients et de séjours hospitaliers a été estimé en réaffectant proportionnellement le poids par sexe et par âge quinquennal de la population du code postal du territoire par rapport au poids total du code postal. À partir de ces effectifs reconstitués, le calcul des taux standardisés sur l'âge des patients hospitalisés a été réalisé.

Patients hospitalisés

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

Dans la région, les patients hospitalisés en médecine représentent 51,5 % de l'ensemble des patients hospitalisés (54,1 % pour l'Indre et 54,3 % pour le territoire). S'agissant des patients en chirurgie, ils représentent 40,7 % des patients hospitalisés de la région (39,9 % pour le département et 40,6 % pour le territoire) et ceux en obstétrique représentent

7,8 % des patients de la région (6,0 % pour l'Indre et 5,1 % pour le pays de La Châtre en Berry).

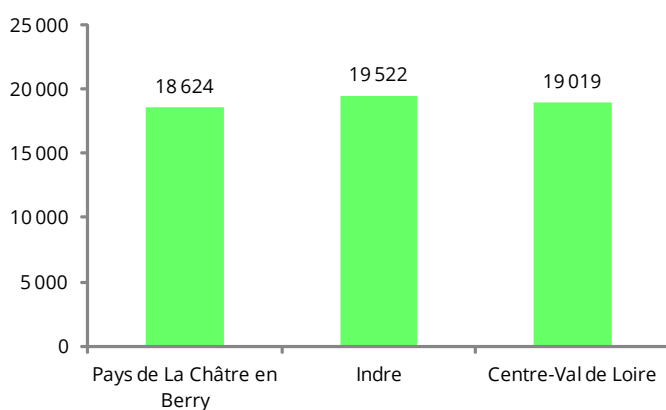
Ainsi entre 2011 et 2013, en éliminant les effets liés à la structure d'âge de la population, 18 624 patients hospitalisés en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) pour 100 000 habitants ont été comptabilisés sur le territoire d'étude. Ce taux est significativement inférieur à ceux observés dans le département (19 522) et dans la région (19 019).

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

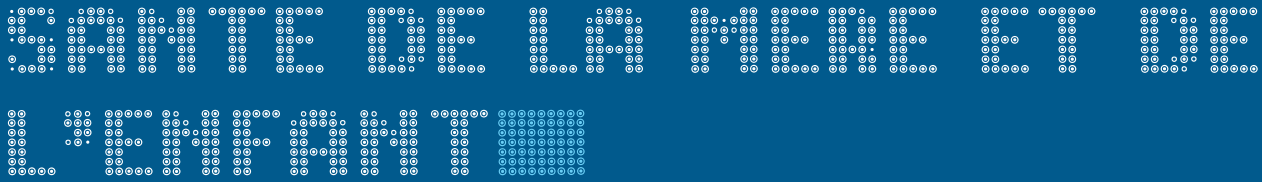
		Pays de La Châtre en Berry		Indre	Centre-Val de Loire
		Nombre de patients hospitalisés annuels	Part dans l'ensemble des patients	Part dans l'ensemble des patients	Part dans l'ensemble des patients
Ensemble	Médecine	3 230	54,3 %	54,1 %	51,5 %
	Chirurgie	2 415	40,6 %	39,9 %	40,7 %
	Obstétrique	303	5,1 %	6,0 %	7,8 %
	MCO	5 948	100,0 %	100,0 %	100,0 %

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



Naissances

Entre 2011 et 2013, 223 naissances domiciliées sont survenues en moyenne chaque année sur le pays de La Châtre en Berry, ce qui correspond à un taux de fécondité moyen de 4,6 enfants pour 100 femmes de 15 à 49 ans (4,9 dans l'Indre et 5,5 en Centre-Val de Loire et France hexagonale).

TAUX DE FÉCONDITÉ MOYEN (2011-2013)

	Nombre moyen de naissances domiciliées	Taux de fécondité moyen (nombre de naissances pour 100 femmes de 15-49 ans)	Nombre moyen de femmes de 15-49 ans
Pays de La Châtre en Berry	223	4,6	4 872
Indre	2 093	4,9	43 149
Centre-Val de Loire	29 675	5,5	540 199
France Hexagonale	786 612	5,5	14 218 651

SOURCES : INSEE (RP 2011, 2012, 2013), ÉTAT CIVIL
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Lieu de naissance

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

Au cours de la période 2011-2014, 84,1 % des naissances ont eu lieu au centre hospitalier de Châteauroux, ce qui représente en moyenne 233 naissances par an. 2,0 % des naissances ont eu lieu au centre hospitalier du Blanc sur la même période.

Enfin, 13,1 % des accouchements de femmes du pays de La Châtre en Berry se sont déroulés en dehors du département sur la période considérée.

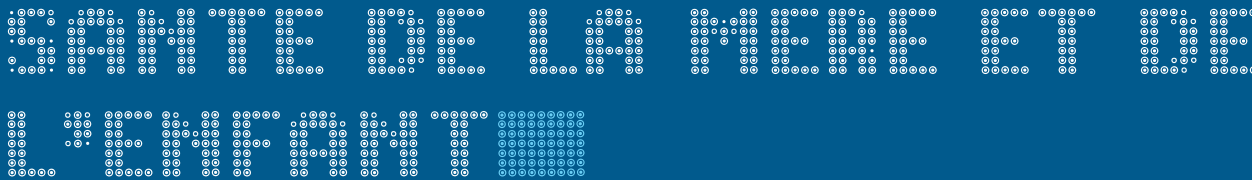
Âge moyen de la mère au moment de l'accouchement

L'âge moyen des mères primipares domiciliées dans le pays de La Châtre en Berry est de 27,6 ans au cours de la période 2011-2014 (26,8 ans dans l'Indre et 27,2 ans en Centre-Val de Loire).

L'âge moyen à l'accouchement des mères multipares est de 31,0 ans (30,7 ans dans l'Indre et 30,9 ans en Centre-Val de Loire).

Prise en charge libérale des mères

Au 1^{er} janvier 2016, le répertoire RPPS comptabilise 1 sage-femme sur le pays de La Châtre en Berry, dont l'activité est mixte.



Suivi de la grossesse

Au cours de la période 2011-2014, 83,6 % des femmes enceintes du territoire ont réalisé le nombre d'échographies recommandé au niveau national, au nombre de 3. Ce taux est légèrement supérieur à celui de l'Indre (80,6 %) et de la région (76,0 %). Le nombre moyen d'échographies réalisées par femme enceinte du pays de La Châtre en Berry est de 3,3 comme au niveau du département et de la région.

Concernant la préparation à l'accouchement, elle concerne 39,0 % des grossesses et est plus fréquente chez les primipares que chez les multipares (en 2014 dans la région,

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

Au cours de la période 2011-2014, le taux de préparation à l'accouchement sur le territoire est de 50,2 % (46,2 % dans le département 40,2 % dans la région).

1^{ers} jours d'allaitement

Durant la période 2011-2014, 49,3 % des mères du territoire avaient débuté un allaitement au moment du remplissage du certificat du 8^{ème} jour. C'est inférieur aux taux observés dans le département (52,8 %) et dans la région (61,1 %).

Mortalité infantile

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

Pour la période 2003-2011, le taux de mortalité infantile du pays de La Châtre en Berry est de 4,7 décès annuels moyens pour 1 000 enfants nés vivants. Sur la même période, le taux de mortalité infantile du département est de 3,2 décès pour 1 000 naissances vivantes, celui de la région de 3,2 et celui de la France hexagonale de 3,6. Il faut considérer deux composantes de la mortalité infantile qui sont bien distinctes par leur signification : la mortalité néonatale (moins de 28 jours) est liée aux pathologies et incidents de la grossesse et périnataux (anomalies congénitales, souffrance foetale, prématurité, infections materno-foetales), alors que la 1^{ère} cause de décès post-néonatal (28 jours à 1 an) est la mort subite du nourrisson.

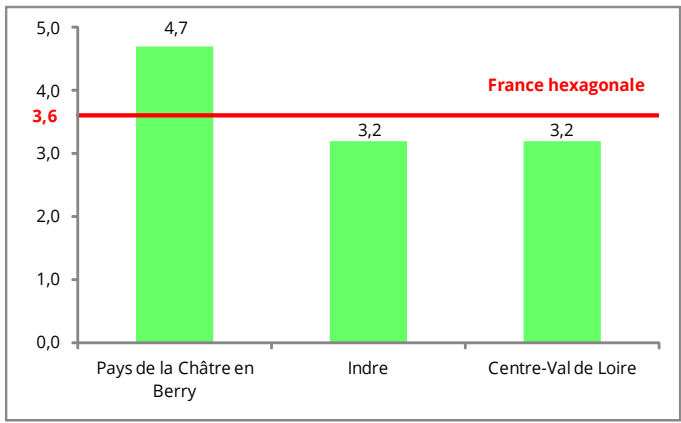
Macrosomie foetale

Durant la période 2011-2014, 66 enfants du territoire (effectifs cumulés) pèsent plus de 4 000 grammes à la naissance soit un taux de macrosomie foetale de 5,9 %. Il est proche de ceux des territoires de références (6,3 % dans le département et 6,6 % en région).

Pour le pays de La Châtre en Berry, le taux de mortalité néonatale n'est pas différent des niveaux départemental, régional et national, et semble moindre que ceux observés dans le département, en région et en France métropolitaine (1,9 pour 1 000 naissances vivantes sur le territoire, 1,7 ‰ dans le département, 1,9 ‰ en Centre-Val de Loire et 2,4 ‰ en France hexagonale). Le taux de mortalité post-néonatale est par contre plus élevé sur le territoire, avec 2,8 décès entre 28 jours et 1 an, sur 1 000 naissances vivantes (contre 1,5 dans l'Indre, 1,3 en région et 1,2 en France hexagonale).

Ces taux sont tout de même à interpréter avec prudence compte tenu des effectifs qui restent faibles (10 décès cumulés d'enfants de moins de 1 an sur l'ensemble de la période 2003-2011, à peine 1 décès annuel).

TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE 2003-2011



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

Prématurité et enfants de petit poids

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

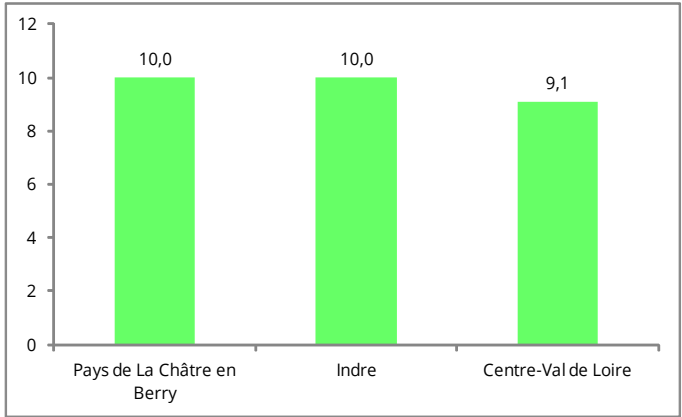
Au cours de la période 2011-2014, ces deux éléments concernaient 10,0 % des naissances du pays de La Châtre en Berry, selon l'exploitation des certificats de santé du 8^{ème} jour détenus par le service de la PMI du Conseil départemental. Ce taux est proche de celui de l'Indre (10,0 %) et de la région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

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

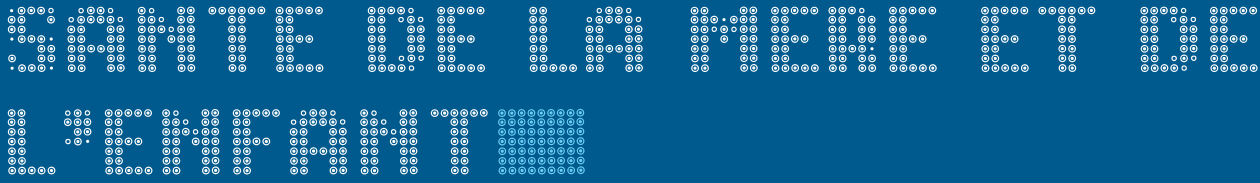
Les progrès en matière de prise en charge des prématurés ont permis de développer la pratique d'extraction précoce du fœtus présentant un risque de mort in-utero d'où

l'augmentation, depuis plus de vingt ans, du nombre de naissances prématurées et de faible poids. Les grossesses multiples également se sont développées avec la procréation médicale assistée (PMA) ; grossesses multiples qui entraînent plus souvent prématurité et/ou petit poids.

NAISSANCES PRÉMATURÉES* ET NOUVEAU-NÉS PESANT MOINS DE 2 500 G ENTRE 2011-2014



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



Suivi médical post-natal des enfants

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

Ressources disponibles sur le territoire

Le Réseau Périnatalité de l'Indre assure le soutien et l'accompagnement à l'allaitement maternel, le soutien psychologique, l'aide à l'arrêt du tabac, le soutien et bien-être à la parentalité (conseils de sortie pour le retour à domicile, portage en écharpe, massage du bébé...).

Sa mission générale est de :

- Développer une prise en charge optimale de la population du Département par le repérage précoce et la gestion du risque médical, social et psychologique en périnatalité.
- Instaurer une coordination et une collaboration efficace entre les différents professionnels et partenaires médicaux, médico-sociaux concernés dès que le risque est repéré (principe d'amélioration de la prise en charge, de l'accompagnement et de l'orientation du patient).
- Promouvoir et soutenir l'accompagnement à l'allaitement maternel, favoriser le maintien du lien psycho-affectif de la cellule parentale et familiale avec leur(s) enfant(s).

Des actions de coopérations spécifiques sont mises en œuvre entre le centre hospitalier de Châteauroux-Le Blanc et le centre hospitalier de La Châtre, notamment en matière de périnatalité où deux sages-femmes sont mises à disposition deux journées par mois.

Le réseau Périnat 36 est également actif sur :

- La délocalisation des consultations de tabac/sevrage

Au cours de l'année scolaire 2015-2016, des bilans de santé ont été dispensés par la PMI à 218 élèves d'écoles maternelles du pays de La Châtre en Berry (âgés entre 3 et 4 ans). Ces bilans ont permis à la PMI de détecter des troubles visuels (orientation ophtalmologistes) pour 35,8 % des enfants, des troubles de l'audition (orientation ORL) pour 18,3 % des enfants, des troubles du langage (orientation orthophonistes) pour 9,2 % des enfants vus.

tabagique sur le site de La Châtre.

- Le soutien psychologique sur le site de La Châtre / demi-journée par mois

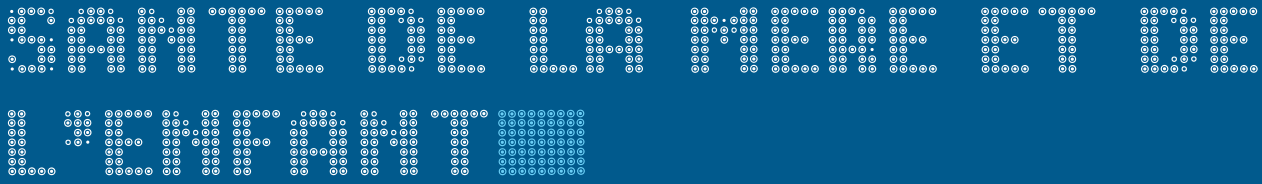
De même, le centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) intervient sur le secteur de La Châtre :

- Information dans les établissements scolaires.
- Permanence une fois par mois pendant trois heures dans les locaux du CAS.

Il est à noter que dans le cadre du CLS Châteauroux métropole, de nouvelles fiches actions portées par le centre hospitalier de Châteauroux-Le Blanc ont été créées. À titre d'illustration, une action « consultation préconceptionnelle » réalisée par le réseau Périnat 36 vise à :

- anticiper les risques prénataux pour permettre leur prévention,
- mieux informer et dépister les risques médicaux, obstétricaux et psychosociaux,
- faire passer des conseils de prévention (vaccination, nutrition, addiction, traitement médical...).

Le centre d'information sur le droit des femmes et des familles à Châteauroux, met à disposition des femmes et du public en général par tous moyens appropriés, les informations dont ils souhaitent disposer dans tous les domaines pour exercer leurs droits. Il organise des permanences sur la Châtre, une fois par mois de 9h30 à 11h30.



Synthèse de la rencontre avec les professionnels

Suivi gynécologique

Les professionnels rencontrés estiment que le suivi gynécologique des femmes souffre du manque de praticiens spécialisés sur le territoire. Des conventions avec certains hôpitaux permettent d'organiser des consultations de gynécologie sur l'hôpital de La Châtre, mais celles-ci sont en nombre trop limitées. La plupart des suivis gynécologiques sont effectués par les médecins généralistes.

Professionnel : « On sait bien que nous, on a des gynécologues qui viennent en permanence sur La Châtre pour assurer des consultations, mais ça ne fait pas le poids ! Le premier pilier, ça reste quand même le médecin généraliste... pour accompagner. »

Cependant, le pays de la Châtre en Berry, comme d'autres territoires ruraux, voit sa population de médecins généralistes prendre de l'âge et partir en retraite, sans remplacement. Certaines femmes n'ont plus de médecin traitant et ne se font plus suivre au niveau gynécologique, ou très occasionnellement.

Professionnel : « Y avait des professionnels un peu par ci par là mais sans forcément avoir un renouvellement. Et puis on a quand même une population de professionnels qui vient dire... qui prend sa retraite régulièrement, et qui n'est pas renouvelée, qui n'est pas remplacée, donc y a quand même un manque de professionnels de santé par rapport à ce suivi, par rapport à cet accompagnement. »

Les récentes installations de sages-femmes libérales, à La Châtre et Ardentes, permettent de réaliser quelques suivis gynécologiques avec la contribution d'autres sages-femmes situées hors du territoire, notamment à Châteauroux pour la partie nord du Pays et à Guéret pour le sud du Pays. Toutefois, cette compétence des sages-femmes est encore assez peu identifiée par la population et le recours à ces professionnels se fait essentiellement sur d'autres motifs.

Professionnel : « La sage-femme éventuellement, mais bon la sage-femme, une sage-femme libérale ça s'installe pas comme ça, y en a une sur La Châtre, tant mieux. »

Professionnel : « C'est une sage-femme vraiment à La Châtre et puis après c'est celle d'Ardentes... qui vient compléter, et même celles de Châteauroux, parce qu'elles essaient quand même de se remplacer les unes les autres... Y en a même qui sont de Guéret qui viennent travailler sur le département, toute la par-

tie sud, c'est ceux de Guéret qui viennent récupérer une partie du travail. »

La baisse générale de la démographie du département a pour conséquence une diminution du nombre de naissances. Cette diminution est en partie à l'origine de la fermeture de la maternité de la clinique Saint-François et des incertitudes sur l'avenir de la maternité du Blanc. Toutefois, certains professionnels semblent constater un plus grand nombre de grossesses chez des mineures très jeunes. Les grossesses liées à des situations sociales particulières, comme celles de la communauté des gens du voyage n'expliqueraient pas entièrement le phénomène. Certaines grossesses pourraient être comprises comme participant d'une émancipation de certaines jeunes filles vis-à-vis de leur famille.

Professionnel : « Avant, c'était plus spécifiquement sur des communautés gens du voyage, forains, etc. Et maintenant, on se rend compte que la grossesse chez la femme-fille on va dire, jeune mineure... est récurrente. »

Professionnel : « C'était spécifique à une certaine période... de commencer à être maman à l'âge de 14-15 ans... Du fait qu'ils étaient unis très précocement, et que c'était par cousinade voilà on va dire, sauf que maintenant on se rend compte que, au niveau de la natalité, ce n'est plus spécifique à ce genre de population. »

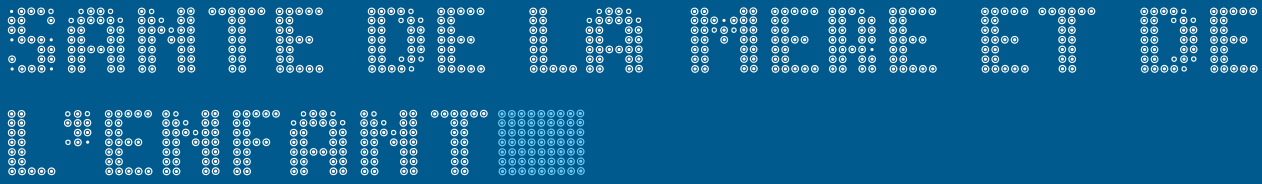
Professionnel : « Du coup c'est un moyen de pression, quand y a des conflits au sein de la famille, de dire voilà j'acquière mon autonomie... »

Professionnel : « C'est des grossesses voulues, désirées je sais pas si c'est le terme qu'il faut prendre, mais des grossesses voulues oui c'est clair. Je vous rejoins par rapport au besoin d'émancipation, d'émancipation financière aussi... »

Les actions d'informations et d'éducation à la sexualité, dans les collèges et lycées du territoire, ou dans d'autres cadres, ne touchent pas nécessairement toutes les jeunes filles et devraient encore être développées.

Professionnel : « Ils font des informations dans les collèges et les lycées et ça, c'est en fonction de la demande aussi hein... »

Néanmoins, les professionnels estiment que les jeunes sont globalement informés sur la contraception, et que les difficultés d'accès la contraception ne suffisent pas à expliquer



les grossesses précoces observées. Le recours à la contraception d'urgence, disponible anonymement et gratuitement pour les jeunes mineures, que ce soit en pharmacie ou dans les infirmeries des établissements scolaires, n'apparaît d'ailleurs pas plus fréquent aux professionnels. Cependant, les professionnels rencontrés reconnaissent qu'ils n'ont pas forcément une vision de l'ensemble des recours.

Professionnel : « Oui, pour des pilules du lendemain des choses comme ça, après est-ce qu'il y en a plus ? Euh... mm, non pas forcément. On est confronté à ça mais... (...) Nous, on explique et puis on donne un petit kit avec un préservatif, donc par les pharmacies et puis par l'école je pense, alors est-ce que le nombre augmente ? Comme nous on voit plus tout le monde... »

Suivis de grossesse

Les accouchements des mères résidant sur le pays de La Châtre en Berry ont lieu sur le département de l'Indre, essentiellement sur Châteauroux ou Le Blanc, et parfois hors département, sur Montluçon ou Guéret. Quelle que soit la maternité choisie, la plupart des femmes n'habitent pas à proximité immédiate de celle-ci. Cet éloignement et le manque de disponibilité des professionnels de l'hôpital comme des libéraux ont tendance à décourager les femmes pour leur suivi de grossesse. En effet, une partie des professionnels refuse de les prendre en charge, ou donne des délais de rendez-vous trop importants.

Professionnel : « Elles passent 10 coups de téléphone pour trouver un professionnel pour pouvoir les accompagner, pour pouvoir les suivre, « bah non madame, excusez-nous on prend plus de patients parce qu'on est débordé » ou parce qu'elles ont rendez-vous dans 6 mois quand c'est des gynécos sur l'hôpital... parce que ceci, parce que cela. »

Certaines femmes renoncent aux examens qu'elles n'estiment pas indispensables et d'autres n'ont même eu aucun suivi durant leur grossesse ; notamment les femmes qui n'ont plus de médecin traitant.

Professionnel : « On a un souci, c'est qu'on est en train de se rendre compte qu'on a un nombre non négligeable de personnes qui ne se font plus suivre... (...) Alors généralement, elles ont à peu près les échos, et encore... 3 échographies obligatoires, maintenant on se rend compte que même ça... Y a des fois où on les a pas... Et c'est pas par manque d'information ou par déni de grossesse. »

L'essentiel des suivis de grossesse est réalisé par les médecins généralistes. Les professionnels rencontrés estiment cependant la situation insatisfaisante. D'une part, les grossesses pathologiques ne peuvent pas être suivies exclusivement ni par les sages-femmes libérales, ni exclusivement par les médecins généralistes. Certaines consultations médicales ont nécessairement lieu en centres spécialisés, même

si une partie du suivi peut être effectuée par les médecins généralistes, en lien avec le centre référent. D'autre part, la coordination entre l'hôpital et les médecins généralistes est encore à développer. Les médecins adhérents au réseau périnatalité disposent d'un dossier médicalisé commun avec l'hôpital, avec des rappels, des procédures et examens pour le suivi de grossesse, mais d'autres médecins seraient également à inclure pour améliorer leurs suivis

Professionnel : « Y a un gros travail à poursuivre (...) C'est vrai que, on apprend tellement de choses quand on est généraliste, on doit savoir tellement de choses que ben, y a des fois quand on a que... une ou deux patientes enceintes au cours de son année, ben on a pas toujours forcément, des fois c'est même moins, on n'a pas forcément toujours de savoir quels bons examens il faut faire (...) Donc les médecins qui sont adhérents nous en demandent régulièrement et puis voilà, donc ça c'est des choses qui sont aussi encore à redévelopper et à faire connaître, pour toucher le maximum de monde. »

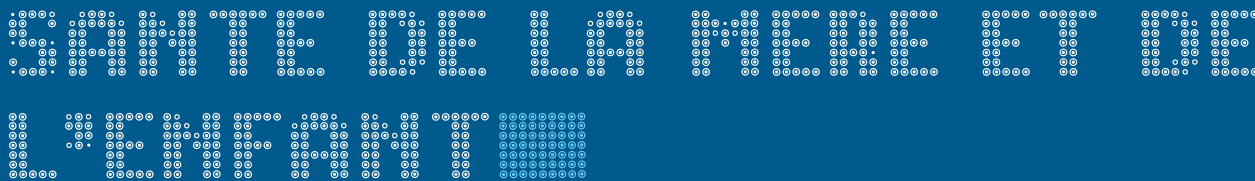
Après l'accouchement, les professionnels constatent que la mise en place du programme Prado prévu pour permettre un retour rapide des mères à leur domicile, n'est pas mis en œuvre dès le deuxième jour, du fait de réticences des médecins à laisser sortir précocement les enfants.

Professionnel : « En fin de compte, le retour précoce à domicile ne se fait pas précocement... puisque le pédiatre refusait, sur l'hôpital, de laisser les enfants partir... Il voulait s'assurer que l'état de santé de l'enfant était compatible avec la sortie. Donc si y avait un suivi derrière. Donc du coup, les femmes sortent à 3-4 jours, mais bénéficient quand même encore du système Prado derrière. Sauf qu'en fait, au lieu d'avoir 3-4 visites, elles en ont plus qu'une, voire deux... »

La mise en place de l'allaitement n'est pas toujours encouragée et bien accompagnée. Un accompagnement peut être proposé aux femmes par le réseau périnatalité de l'Indre, jusqu'à un an, mais il nécessite le déplacement des mères sur Châteauroux ou sur une des permanences organisées dans le département (La Châtre, Le Blanc, Issoudun...), ce qui limite le recours à ce service.

Le Résopérinat 36 mène également d'autres actions en faveur des futures mamans et jeunes parents (rencontres, groupes de discussion sur l'arrivée de bébé ou d'aide aux futures mères, présence d'une psychologue), en essayant de proposer ces actions à proximité des femmes des différents territoires ruraux de l'Indre.

Professionnel : « On va dire qu'on va essayer d'amener l'accompagnement et le soin à la proximité des gens. C'est-à-dire que, le fait par exemple qu'on soit isolé dans le sud du département, on n'a pas forcément de moyens de locomotion, ou l'opportunité de pouvoir se déplacer. Le fait de venir amener déjà, sur la circonscription de La Châtre, cette possibilité de consulta-



tion, ben la personne qui sera concernée, qui aura besoin, aura peut-être moins de trajet, plus de facilité à se déplacer sur La Châtre que de se déplacer de chez elle sur Châteauroux. »

Santé de l'enfant

Modes de garde

Les professionnels observent sur le territoire une situation contrastée pour les modes d'accueil collectifs des jeunes enfants. Les multi-accueil se sont développés depuis plusieurs années, mais parfois plus rapidement dans des communes dont la population est plus restreinte que celles qui n'en ont pas développé ou seulement plus tardivement. Les parents souhaitant accéder à ce mode de garde ont donc dû s'adapter en effectuant des trajets plus importants ou en choisissant d'autres solutions.

Professionnel : « Je trouve que c'est pas normal qu'on ait attendu jusqu'à cette année pour qu'il y ait un multi-accueil à La Châtre, parce que à Neuvy y a une structure depuis plusieurs années, à Aigurande aussi, La Châtre qui est quand même 4 000 habitants. »

Professionnel : « À part trois-quatre enfants qui vont venir sur le multi-accueil, les autres ont déjà, s'ils ont vraiment envie de l'accueil collectif, ils ont déjà choisi l'accueil collectif d'une autre manière, puisqu'ils ont tous fleuris autour de La Châtre, sauf à La Châtre. »

L'offre de garde par les assistantes maternelles est jugée tout à fait suffisante en nombre, mais pas toujours assez souple pour répondre aux besoins des parents ayant des horaires atypiques et des jours de garde non fixes. En effet, les assistantes maternelles ont des agréments qui limitent le nombre d'enfants accueillis simultanément. Celles qui acceptent des contrats sur des heures décalées et des temps partiels effectuent donc souvent des horaires plus importants, et/ou ont une baisse de leurs revenus par heures travaillées.

Professionnel : « C'est le serpent qui se mord la queue, on veut du travail mais on veut pas prendre n'importe quels horaires. On veut pas non plus les périscolaires parce que du coup, en usine ça donne du périscolaire... Et c'est pas intéressant financièrement parce que ça bloque des places... »

Les accueils collectifs ne permettant pas non plus des horaires de garde adaptés, ces parents sont contraints de faire jouer les solidarités familiales et amicales, ou de choisir un congé parental. Si les systèmes d'entraide constituent en effet une solution, cela ne permet pas toujours une stimulation optimale des enfants.

Professionnel : « Pour des mamans qui ont des horaires aty-

piques en milieu hospitalier ou dans des entreprises, on voit qu'elles vont choisir rapidement le congé parental parce que, du coup, la vie est plus facile. (...) C'est des horaires qui ne sont pas compatibles avec des modes de garde collectifs, parce qu'on ouvre pas à 5 heures du matin et on ferme pas à 23h, parce qu'après ça va avoir un coût tellement important au niveau des professionnels que les communes sont pas en capacité de pouvoir le gérer. Et par contre, ce sont des contrats qui n'intéressent pas les assistantes maternelles parce qu'effectivement ce sont des horaires décalés. »

Professionnel : « Y a des entraides familiales et amicales, donc les grands parents qui peuvent intervenir, la tante qui ne travaille pas... Enfin voilà, après c'est pas forcément pour le bien de l'enfant. Si on veut regarder en qualitatif, c'est pas forcément pour le bien de l'enfant, parce qu'il va manquer d'éveil, de richesse ou d'accompagnement etc. »

Prise en charge

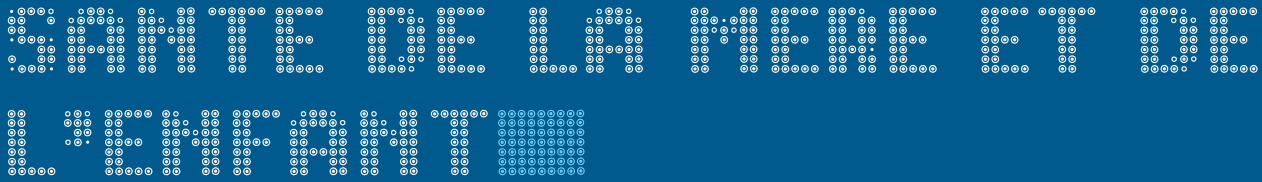
Malgré la baisse de la démographie, il n'y a pas de diminution constatée des demandes de prise en charge des enfants, par exemple en orthophonie ou au Camps. En effet, les parents s'inquiètent plus souvent que par le passé et consultent ce type de professionnels avec un peu moins de réticences. Les professionnels au contact des enfants et des familles orientent également plus facilement vers ces prises en charge, que ce soit l'école qui repère bien les enfants en difficulté ou les médecins généralistes dont les représentations ont évolué vis-à-vis de ces prises en charge.

Professionnel : « Y a plus d'inquiétude, de la part des familles... C'est-à-dire que, y a une inquiétude économique (...) Et cette inquiétude économique entraîne, je crois, des besoins de soins, des pathologies quelconques, qui sont peut-être pas réelles, mais qui sont inquiétantes. Enfin moi je vois bien par exemple, les parents s'inquiètent et consultent. »

Professionnel : « Ils sont poussés par l'école etc. et après ils se déchargent complètement, c'est pour ça qu'on a du monde, j'ai plein d'enfants comme ça. »

Professionnel : « Y a une autre approche aussi je crois des médecins eux-mêmes. Je pense que, enfin moi ça fait 37 ans que je suis installé alors, au départ ils voulaient pas en entendre parler de soins comme ça, c'était comme aller chez un psy, c'était compliqué. Alors que maintenant, y a pas seulement que les jeunes médecins, même des médecins qui sont à l'aube de la retraite envisagent maintenant beaucoup plus facilement des médecines douces. »

Si les besoins d'accompagnement des enfants ne diminuent pas, c'est également parce que les familles sont de plus en plus déstructurées, avec des couples séparées et/ou des familles recomposées, un éloignement des autres membres



de la famille, et souvent des mères seules en souffrance psychique et en difficulté avec l'éducation de leurs enfants. Les conséquences de ces situations sont un manque d'éveil et un retard de certains enfants, des difficultés à l'école, des risques d'accidents domestiques accrus...

Professionnel : « Des femmes qui se retrouvent parfois seules avec 4 ou 5 enfants, de pères différents, et avec tout ce que ça engendre derrière, par rapport à des mamans qui sont plus ou moins dépressives qui font pas face, par rapport à des problèmes d'hygiène, des problèmes de sécurité. »

Professionnel : « Des enfants qui vont tomber facilement, qui vont avoir des accidents domestiques plus facilement, et puis des mamans qui prennent plus forcément le temps au niveau de l'éveil des enfants, donc ce qui nous donne derrière des retards d'éveil. »

Professionnel : « C'est pas possible, quand un enfant passe tout le week-end chez le papa à Lyon, j'en ai un comme ça sur Neuvy, et puis qui revient, enfin bref... Et puis il passe la semaine, le week-end avant il est chez sa mère, et puis après, et alors il est tout seul avec le nouveau beau-père enfin bref, et puis il repart le week-end d'après à Lyon, c'est... On comprend que à la fin, ça rame beaucoup à l'école ! »

Les difficultés sont aussi liées à la situation socioéconomique de plus en plus mauvaise de la population avec la dégradation de la situation de l'emploi, et à l'arrivée de populations précaires issues d'autres régions et pays (Belgique, Angleterre). Actuellement, ces migrations sont essentiellement le fait de familles du nord de la France et de la région Île-de-France, qui fuient un immobilier inaccessible dans leur région mais n'ont pas forcément de perspectives d'emploi significatives sur le pays de la Châtre en Berry ou ses environs.

Professionnel : « Le tarif de l'accueil parle par lui-même. Le tarif des parents baisse de plus en plus, donc ça veut bien dire que nous avons des familles de plus en plus pauvres. (...) Ça fait 10 ans que je suis sur La Châtre, et donc notre tarif horaire moyen ne cesse de baisser. Donc là, c'est quelque chose qui est mesurable. »

Professionnel : « Je trouve qu'actuellement, on en a beaucoup qui viennent du nord, quelques-uns de la région parisienne mais plus de la grande ceinture parisienne, le 77, le 9-3, etc. qui bah... y a plus suffisamment de logements dans ces régions là, qui viennent par ici, et ceux du nord, c'est plus dans l'espoir de trouver du travail sauf que quand ils arrivent ici... y en a pas. »

Ces populations précaires issues d'autres régions ne restent souvent que quelques années. Ce turnover ne permet donc pas d'enrayer la baisse démographique et les fermetures d'écoles. Les enfants issus de ces populations n'ont pas de

situations stables et rencontrent des difficultés à l'école. Les professionnels observent d'ailleurs de nombreuses déscolarisation dès l'âge de 16 ans.

Professionnel : « Ce sont des gens qui restent pas longtemps au même endroit, ils restent un an, deux ans, ils repartent, c'est... Donc les enfants peuvent pas se former... Par rapport à un environnement... Se socialiser. »

Alors que les besoins de prise en charge des enfants sont aussi importants, leur prise en charge est pénalisée par la démographie médicale du territoire qui diminue au fil des années. Actuellement, aucun pédiatre n'y exerce en libéral, ni en PMI (un médecin généraliste y effectue néanmoins des vacations). Trop peu d'orthophonistes libéraux sont présents et certains diminuent actuellement leur activité. Ils sont également en trop faible effectifs dans les structures (Camps, hôpital) ce qui s'explique tant par le nombre restreint de places ouvertes au concours chaque année, que par les rémunérations faibles proposées dans le cadre salarié et par le caractère excentré du territoire.

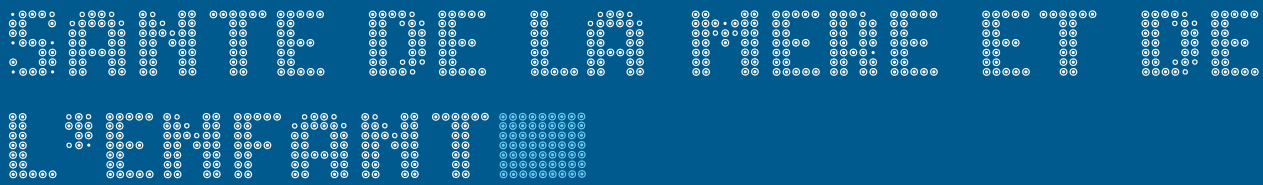
Professionnel : « À Tours, c'est pareil y a 38 places ou 42 places, y a 1 500 personnes. À Poitiers, c'est pareil y ... C'est hyper difficile... (...) Y a 819 orthophonistes qui sortent cette année... au niveau national. Et l'année prochaine, y en aura pas parce que nos études sont passées de 4 à 5 ans... »

Professionnel : « Y a plus d'orthophoniste à l'hôpital de Châteauroux, parce qu'un orthophoniste fait bac+5 mais est payé bac+2. »

Les familles sont régulièrement contraintes d'effectuer des déplacements importants dès lors que des avis spécialisés sont nécessaires. Cette situation n'est pas spécifique à La Châtre en Berry et se retrouve dans la plupart des territoires ruraux de l'Indre, du Cher mais aussi de la Creuse.

Professionnel : « Moi j'ai eu un patient, un petit garçon : 84 km 700 pour venir à la rééducation et autant pour revenir chez lui, c'est fou ! Parce qu'il trouve personne, donc on aurait comme ça je pense un outil qui permettrait de dire voilà, on cherche tel truc, paf, ça serait plus facile je trouve. »

Au-delà de la contrainte du déplacement, les professionnels et structures spécialisés des grandes villes de la région sont aussi saturés, ce qui occasionne des délais de rendez-vous très importants qui s'ajoutent à ceux nécessaires pour convaincre les parents de la nécessité de consulter et d'effectuer un diagnostic. Ces démarches sont difficiles à faire aboutir et des parents se découragent quand ils ne sont pas soutenus par d'autres professionnels. Par conséquent, on observe un retard dans les diagnostics et la mise en place des soins pour les enfants (avec des délais d'un an par exemple pour le Camps ou en orthophonie libérale), alors



que les accompagnements précoces donnent souvent de meilleurs résultats.

Professionnel : « On oriente tous ces enfants-là gentiment, vers le Camsp ou les orthophonistes... qui n'ont pas de place pour les prendre. »

Professionnel : « Ça dépend des orthophonistes. Moi à l'heure actuelle [mois de novembre 2016], je donne des rendez-vous au mois de mai (...) mais j'ai des collègues qui donnent rendez-vous que dans un an, voire plus... »

Professionnel : « À Tours, y a un centre référent des troubles d'apprentissage et du langage etc. (...) J'ai un papa là qui a téléphoné pour prendre un rendez-vous [mois de novembre 2016]. On lui a dit : "veuillez nous rappeler en février 2018, pour qu'on puisse vous donner un rendez-vous." »

La situation des enfants pris en charge n'évoluent pas toujours très rapidement et favorablement, du fait de difficultés à travailler avec certains parents et des prises en charge trop irrégulières. C'est par exemple le cas de certaines familles de la communauté des gens du voyage.

Professionnel : « Quand je vois des troubles qui s'installent j'attends pas qu'ils soient complètement installés, on va tout de suite discuter d'orientation, de choses qu'on peut mettre en place. Tous les parents n'accrochent pas, y a des parents avec qui on va travailler, qui vont venir. (...) Mais le gros travail, il est à faire en lien avec les parents et l'accrochage, il faut qu'on le fasse avec les parents, et quand ils accrochent on peut avancer, mais s'ils accrochent pas... »

Professionnel : « C'est des soucis d'assiduité, de soins... Un jour je viens, un jour je viens pas. Ah bah c'est les vendanges dans le Champagne donc tout le monde va dans le Champagne vendanger... Ils font pas l'école pendant ce temps-là, enfin bref. »

Dans ce contexte, la première priorité est de développer les actions favorisant l'implantation de nouveaux professionnels, tant médicaux que paramédicaux. Les personnes rencontrées constatent que les maisons de santé, maisons médicales, maisons pluridisciplinaires actuellement promues ne suffisent pas à répondre à cette problématique. Le territoire ne peut bénéficier de certaines incitations financières attribuées aux professionnels pour travailler dans des zones sous-dotées, alors que les besoins réels sont jugés aussi importants que sur d'autres territoires.

Professionnel : « Nous par exemple à La Châtre, sur le plan des orthophonistes, on a jamais été sous-dotés, alors je vous dis pas ! Alors faut croire que y a d'autres orthophonistes que moi qui se sont installés pendant 25 ans, que j'ai jamais connus, j'étais tout seul pendant 25 ans, on était deux après, on est toujours que deux... Et y a, dans l'Indre, je vais donner

un exemple, Argenton est en région sous-dotée, alors ils bénéficient de primes... d'installation, mais c'est important pour les jeunes qui s'installent. Mais même quand vous êtes installé, l'orthophoniste touchait 1500€ par an parce qu'elle restait dans cette zone hein, vous voyez ? (...) Malgré tout... on fait pas partie nous à La Châtre, (...) alors que nous, on englobe une partie de Boussac, enfin de la Creuse etc. mais y a personne dans ce coin-là ! »

Au-delà du développement des solutions de prises en charge médicales et paramédicales évoquées, il apparaît nécessaire de développer les actions de prévention, et de soutien à la parentalité. L'hygiène, l'alimentation et le sommeil des enfants sont des sujets qui intéressent le public et les professionnels et méritent une plus large sensibilisation.

Professionnel : « Par rapport à tout, par exemple l'obésité, par rapport à la malbouffe aussi, y a beaucoup à faire là-dedans, et puis auprès des écoles y a beaucoup à faire, parce que si on arrive à toucher les enfants, je pense qu'on arrivera à toucher les parents. »

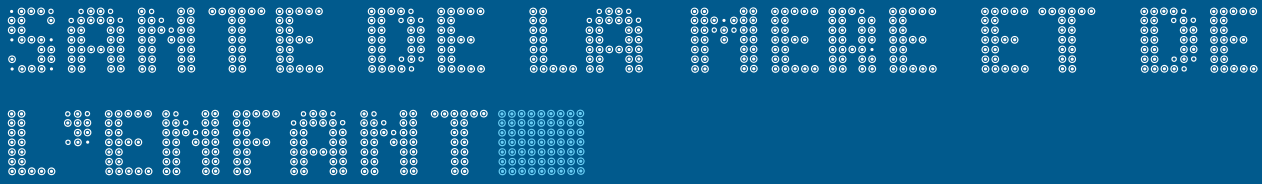
Professionnel : « Depuis deux-trois ans qui nous sont demandées, c'est le sommeil, et la soirée qui a été organisée par le réseau, fallait voir le monde qui y avait, sur le sommeil de l'enfant là spécifiquement, et l'hygiène. »

Cependant, les actions de prévention sont parfois difficiles à mener et ne touchent qu'un public restreint qui n'est pas toujours le public cible des actions. Les contraintes professionnelles des parents limitent parfois les possibilités d'assister aux actions mais il est surtout difficile d'informer et de convaincre les familles qui sont les plus isolées. Certaines actions manquent également comme les lieux de rencontre et d'échange entre mamans et cafés des parents qui existent sur d'autres territoires.

Professionnel : « Dans le cadre du Reaap, c'est le réseau d'écoute et accompagnement à la parentalité, donc on avait une antenne sur le secteur Aigurande et La Châtre, où on a essayé, on avait fait une journée sur les jeux, pour amener les parents à venir jouer avec leurs enfants, aussi un peu dans un cadre de prévention, de recréer du lien. Puis finalement, alors c'était pas un flop parce que y a quelques personnes qui sont venues, mais ça a demandé énormément d'énergie au réseau pour le mettre en place, par rapport au nombre de personnes qui sont venues. »

Professionnel : « Je pense que ça serait bien pour des échanges... que les mamans puissent se rencontrer, échanger etc. Qu'il y ait quelque chose de l'ordre d'un point rencontre, où elles puissent venir, trouver des informations, échanger entre elles... »

Il est également difficile de mobiliser les professionnels, dont les actions de prévention sont le plus souvent réalisées à titre bénévole. À l'Éducation nationale, les profession-



nels sont peu nombreux à s'impliquer en dehors de leurs horaires de travail habituel et du cadre de leurs strictes obligations. Quant aux professionnels de santé libéraux, ils sont difficiles à mobiliser sur des horaires en journée.

Professionnel : « Alors on passe une heure, deux heures, on prend sur le temps de son travail enfin peu importe, on est pas malheureux à la fin de l'année, mais je veux dire c'est pas normal que ce soit pas reconnu. »

Professionnel : « Moi je me souviens d'avoir fait des trucs sur dyslexie au collège, et... le principal avait dit, « mais si c'est pas lors d'une réunion obligatoire, qui rentre dans le cadre de nanana y aura personne ». Effectivement, alors ils ont fait ça à une réunion, un mercredi après-midi, où y avait, je sais pas enfin c'était obligatoire il fallait que tout le monde soit là, alors là y avait tout le monde... Et sinon y aurait eu personne, voilà c'est tout ! »

Quant au soutien à la parentalité, différents acteurs sont susceptibles d'apporter un relai, dès lors que sont identifiées des familles en difficulté. Des collaborations existent et se passent parfois très bien, par exemple entre un multi accueil et la PMI. Dans d'autres cas, les relais ne sont pas toujours sollicités auprès des acteurs du soutien à la parentalité. Certains professionnels, débordés par leur activité, n'ont que peu de temps à investir dans les échanges avec les partenaires et connaissent assez mal leurs activités. Les collaborations entre structures ne permettent pas d'inclure tous les professionnels. Ainsi, même si le Camsp prend en compte les demandes des partenaires et essaie d'adapter les délais en fonction de l'importance des problématiques perçues, leurs médecins sont trop peu disponibles pour échanger directement avec les professionnels des autres structures.



Mortalité par suicide

Le suicide constitue un réel problème de santé publique, tant par les pertes en vies humaines qu'il provoque que par les problèmes psychologiques et sociaux dont il témoigne. Au cours de la période 2005-2013, près de 511 personnes sont décédées en moyenne chaque année d'un suicide en région Centre-Val de Loire, soit 2,1 % des décès.

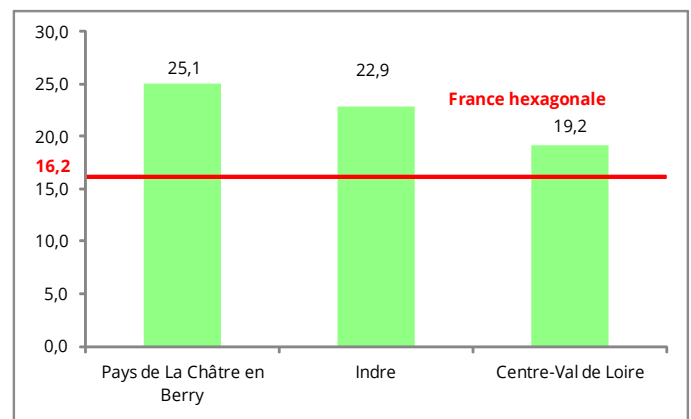
Les études sur le sujet s'accordent à dire que ce nombre est sous-estimé de 20 % et reste un sujet tabou. Le suicide est une priorité définie dans le cadre du programme régional de santé de l'ARS du Centre-Val de Loire.

À l'échelle du Pays, 8 décès par suicide en moyenne par an sont recensés au cours de la période 2005-2013 (7 chez les hommes et 1 chez les femmes). La mortalité par suicide concerne d'avantage les hommes que les femmes.

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

À structure d'âge et de sexe comparable, le territoire présente une mortalité par suicide de 25,1 décès pour 100 000 habitants, soit un taux comparable à ceux observés aux niveaux départemental et régional (respectivement 22,9 et 19,2) mais statistiquement supérieur à celui observé au niveau national (16,2).

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR SUICIDE EN 2005-2013



Admissions en affection de longue durée pour affections psychiatriques

Les affections psychiatriques représentent 6,9 % de l'ensemble des nouvelles admissions en ALD au cours de la période 2006-2014 en région Centre-Val de Loire. Cela correspond à 4 074 nouvelles admissions en ALD par an. Elles constituent un de principaux motifs d'admission en ALD, derrière les pathologies cardiovasculaires, les tumeurs malignes, le diabète.

À l'échelle du Pays, en moyenne 62 nouvelles admissions en ALD sont recensées par an (27 pour les hommes et 35 pour les femmes). Les plus de 75 ans représentent 21,9 % des nouvelles ALD pour troubles psychiatriques.

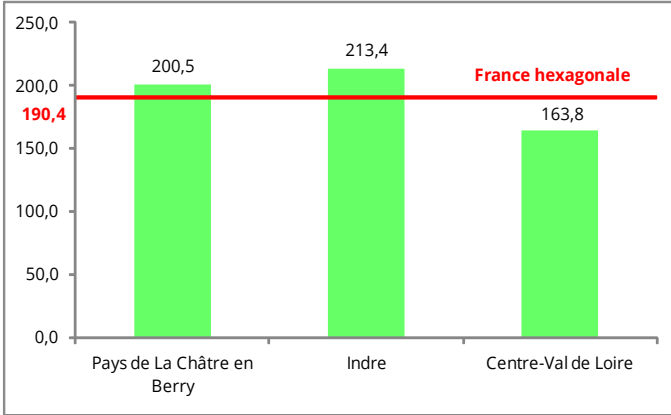
Au total, en 2014, 768 habitants du pays de La Châtre en Berry bénéficient d'une prise en charge ALD pour affections psychiatriques.

Après standardisation de la population par tranche d'âge, le taux d'admissions en ALD pour affections psychiatriques est de 200,5 pour 100 000 personnes du territoire. Le taux est comparable à celui du département (213,4) et à celui obtenu au niveau national (190,4) mais est statistiquement supérieur à celui observé au niveau régional (163,8).

Sur ce territoire, 60,1 % des nouvelles admissions en ALD psychiatrique sont liées à des troubles de l'humeur et 10,2 % à des troubles de la personnalité et du comportement.



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



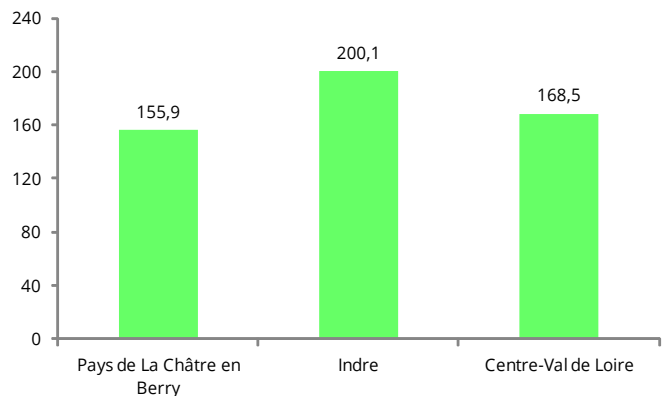
SOURCES : CNAMTS, CCMSA, RSI, INSEE
 EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
 POPULATION DE RÉFÉRENCE : FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)
 TAUX POUR 100 000 HABITANTS

Séjours hospitaliers pour tentative de suicide probable ou certaine

Au cours de la période 2011-2013, 4 222 patients ont été hospitalisés pour une tentative de suicide probable ou certaine en moyenne chaque année en région Centre-Val de Loire. À l'échelle du département, on dénombre 433 patients hospitalisés par an pour le même motif, et 40 à l'échelle du pays de La Châtre en Berry (14 patients hospitalisés par an chez les hommes et 26 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 155,9 personnes hospitalisées pour 100 000 habitants sur le territoire d'étude, taux comparable à celui observé dans la région (168,5) mais inférieur au taux du département (200,1).

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



SOURCES : PMSI, ARS CENTRE-VAL DE LOIRE
 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

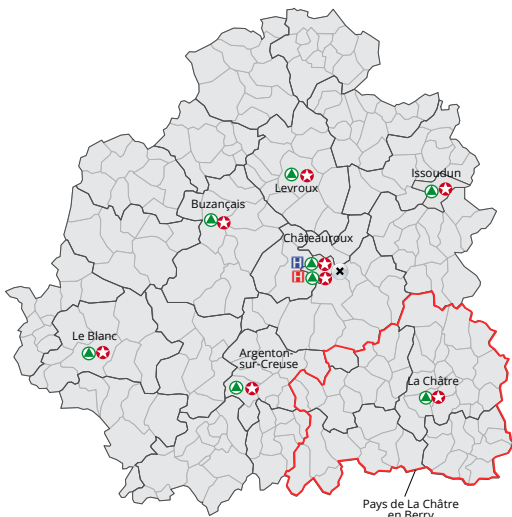
Depuis les années 60, la politique de santé mentale a considérablement évolué. L'évolution de la psychiatrie hospitalière a été marquée par une diminution de la capacité d'accueil et un développement des traitements ambulatoires et de l'hospitalisation partielle. Aujourd'hui, l'offre de soins spécialisés en santé mentale est basée sur un dispositif diversifié tant au niveau des établissements publics et privés que des professionnels. La région Centre-Val de Loire, comme de nombreuses autres régions, présente un déficit important concernant l'offre de soins libérale psychiatrique.

En 2016, la densité des psychiatres libéraux de la région est de 5,4 professionnels pour 100 000 habitants par comparaison à celle de la France hexagonale qui est de 7,5 psychiatres libéraux pour 100 000 personnes.

Dans le département de l'Indre, la densité de psychiatres libéraux est inférieure à celle observée en région Centre-Val de Loire, et représente 3,9 professionnels pour 100 000 habitants (soit 9 psychiatres libéraux). L'Indre compte en dehors de l'offre libérale, 4 psychiatres mixtes et 11 psychiatres salariés, soit au total 24 psychiatres sur l'ensemble du département (cela représente une proportion plus faible par rapport aux territoires de référence : 11,4/100 000 habitants contre 15,9/100 000 en région Centre Val de Loire et 23,4/100 000 en France hexagonale). Le pays de la Châtre en Berry, quant à lui, compte au total, un psychiatre mixte présent sur le territoire.

Au 1^{er} janvier 2016, le territoire d'étude recense au total 8 psychologues dont 6 salariés et 2 mixtes, ce qui représente une densité de 27,6 professionnels pour 100 000 habitants. Ce taux est largement inférieur à celui du département (77,6), de la région (79,4) et du territoire national (89,05).

OFFRE HOSPITALIÈRE PSYCHIATRIQUE POUR ENFANTS



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

OFFRE HOSPITALIÈRE PSYCHIATRIQUE POUR ADULTES



- Hospitalisation complète
- Hospitalisation de jour
- Hospitalisation de nuit
- Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
- Groupe d'entraide mutuelle
- Appartement thérapeutique
- 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

Ressources disponibles sur le territoire

Dans le cadre de la santé mentale – prévention du lien parent-enfant, des consultations psychologiques sont organisées dans le cadre des actions du Réseau Périnatal sur la proximité des soins, en accord avec le SROS (Schéma régional d'organisation des soins) et l'ARS. En partenariat avec la Direction de la prévention et du développement social (DPDS), ces consultations s'adressent aux patientes fragilisées, en situation de vulnérabilité médico-psycho-sociale en période périnatale, aux parents ou futurs parents, aux enfants (nouveau-nés, nourrissons). Réalisée depuis janvier 2015, une demi-journée de permanence par mois a été organisée au CCAS (Centre communal d'action sociale) de La Châtre dans le but de réduire la maltraitance et les troubles psychopathologiques chez l'enfant, en établissant une prévention de qualité autour de l'établissement des premiers liens parents-enfants. Il en ressort un nombre croissant de personnes prises en charge et une augmentation de la permanence à deux demi-journées.

Le service de psychiatrie infanto-juvénile du CH de Châteauroux est chargé de la prévention et des soins en matière de santé mentale des enfants de 0 à 17 ans, résidant dans le département de l'Indre. Il s'adresse aux enfants et adolescents présentant des troubles légers ou graves entraînant par exemple l'instabilité, des problèmes scolaires, etc... allant jusqu'à des troubles plus importants de la personnalité.

Le service reçoit l'enfant et les parents ou ceux qui en ont la charge et propose, si nécessaire, l'intervention la plus souhaitable : entretien psychologique, consultation psychiatrique, conseil éducatif, rééducation spécialisée, actes psychothérapeutiques, visites à domicile, groupes à médiation thérapeutique, hospitalisation partielle ou de journée (1 à 5 jours par semaine), hospitalisations à temps plein pour les urgences psychiatriques, placement familial thérapeutique.

Les soins peuvent avoir lieu au centre hospitalier mais également sur 7 centres médico-psychologiques répartis sur l'ensemble du département.

Une équipe pluridisciplinaire met en place les soins. Ses modalités de prise en charge sont les suivantes :

- Hospitalisations complètes (urgences psychiatriques) ;
- Hospitalisations de jour, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ;
- Consultations externes

Le pôle de psychiatrie adulte a vocation à assurer la prévention, le dépistage et les soins des patients adultes. Le centre médico-psychologique Pivot (CMP "Pivot") départemental de Châteauroux a pour mission le dépistage, la prévention et les soins des adultes présentant des troubles psychologiques et psychiatriques, sur le département de l'Indre. Il accueille et oriente toutes demandes de consultations. Il coordonne les prises en charge en lien avec l'hospitalisation, les urgences du centre hospitalier de Châteauroux, les urgences du centre hospitalier du Blanc et les partenaires extérieurs. Le CMP départemental "Pivot" est ouvert du lundi au vendredi, de 9 heures à 18 heures 30 et le samedi de 9 heures à 12 heures 30.

Le réseau "Respire" et l'équipe mobile spécialisée en soins psychiatriques (E.M.S.S.P.) ont pour objectif la prise en compte, sur l'ensemble du département de l'Indre, la souffrance et la détresse psychique d'origine sociale des populations précaires et démunies.

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

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



Synthèse de la rencontre avec les professionnels

Pour les professionnels, les problématiques rencontrées en matière de santé mentale sont assez similaires à d'autres territoires. Les professionnels relèvent néanmoins la présence de plusieurs populations plus fragiles du territoire qui nécessitent d'être mieux accompagnées.

Il s'agit premièrement des personnes âgées, qui sont nombreuses à vivre de façon assez isolée dans des villages du pays de La Châtre en Berry, et basculent dans des situations de dépression qui ne sont que trop peu diagnostiquées.

Professionnel : « Beaucoup de villages dans nos régions... de petits ou moyens villages, et donc les gens s'en vont, quand ils meurent, la maison n'est pas forcément rachetée... Les jeunes ne restent pas parce qu'il n'y a pas de travail, donc les villages se désertent, y a une ou deux maisons qui restent avec une ou deux personnes âgées un peu seules là-dedans. »

Professionnel : « Des syndrômes de glissement, on voit les gens de plus en plus qui n'ont plus envie, qui ne s'alimentent plus, peu ou pas, qui restent toute la journée figées, sans trouble mnésique hein, et voilà, et donc nous... Si la personne est suivie, on va faire une alerte au médecin traitant en disant : "là, voilà, on voit bien que cette dame, depuis quelques temps ça ne va pas". Après si la personne n'est pas suivie... »

Deuxièmement, les populations issues d'autres régions ou d'autres pays présentent également souvent des situations sociales complexes, avec des difficultés économiques, des familles déstructurées et un isolement social renforcé par la barrière de la langue.

Troisièmement, la population agricole, constituée d'exploitants en élevage ou polyculture élevage, est également dans une situation économique difficile. Cette population a été identifiée comme ayant un risque suicidaire plus important. Des actions de prévention sont d'ores et déjà menées pour améliorer le repérage des situations de mal-être dans le monde agricole.

Enfin, les jeunes en situation de mal-être ont, sur ce territoire, des difficultés d'accès plus grandes aux professionnels susceptibles de les soutenir. Les professionnels s'inquiètent particulièrement des pratiques de harcèlement des jeunes sur les réseaux sociaux qui ne sont que peu identifiées par les adultes.

Professionnel : « Ils n'ont pas de références parentales, même si les parents sont ensemble, quelques professions que ce soit, parce que, on est bien d'accord là-dessus, nous c'est très large, il faut pas voir le cliché de la situation, des « cas soc' » dit un peu classiquement, on a vraiment toutes les situations, donc c'est

plus... Ça va plus être la problématique familiale, les difficultés de relations, qui émergent lors des premiers entretiens (...) On a des jeunes un peu dans une espèce d'errance sociale mais ça se retrouve un peu... C'est pas propre au département de l'Indre. »

Professionnel : « Voilà quand on voit les problèmes de harcèlement, quand même au sein des lycées, qui sont souvent quand même en lien (...) L'intimité des gens qui est dévoilée et tous les problèmes qui sont générés dans les lycées, en général, quand même avec des conséquences terribles sur des adolescents, puisque ça peut quand même aller jusqu'au suicide, donc oui je m'alerte. »

Professionnel : « Notre maison des adolescents, elle est basée sur l'enceinte de Châteauroux mais on a un cercle d'actions sur l'ensemble du département, et ça me semble important parce que moi je peux me déplacer par exemple que ce soit à Issoudun, à Buzançais, au Blanc, à La Châtre, je sais pas où, c'est pas régulièrement sur une ville ou un village en particulier, mais on est souvent sollicité effectivement lorsqu'il y a des ados ou des familles qui peuvent pas se déplacer. Et du coup, ils nous demandent de venir au plus près du domicile, alors on n'intervient pas au sein du domicile même mais on peut intervenir dans une circonscription, à la mairie... Et c'est vrai que c'est quelque chose qu'on perçoit quand on s'éloigne de Châteauroux en fait, la difficulté des personnes pour se mobiliser, pour aller à Châteauroux c'est assez compliqué... »

Pour les professionnels rencontrés, l'offre en matière d'accompagnement psychiatrique et psychologique est insuffisante et affecte la qualité des prises en charge des habitants du pays de La Châtre en Berry. Le service de psychiatrie de l'hôpital de La Châtre, qui dispose de lits et de places d'hospitalisation de jour, ne répond qu'à une partie des besoins. Dans un contexte de diminution du nombre de psychiatres et d'infirmiers de psychiatrie, la prise en charge des soins psychiques ne peut se faire dans de bonnes conditions en dehors des institutions sans la présence d'un nombre suffisant de professionnels. Les suivis des patients à domicile sont particulièrement lacunaires.

Professionnel : « C'est toute une politique, sur la psychiatrie, on a décidé d'ouvrir les portes de la psychiatrie, mais ouvrir les portes de la psychiatrie, ça sous-entend aussi suivre ces patients à domicile. »

Professionnel : « Y a des suivis toujours, mais on voit bien que y en a beaucoup moins... C'est une politique qui est bien moins développée, parce que y a pas de postes de créés, parce qu'on a été aussi en pénurie, au niveau de la population infirmière... »

Les centres médico-psychologiques (CMP), sur le pays de La

Châte en Berry comme ailleurs, ont affaire à un trop grand nombre de demandes et ne peuvent proposer des prises en charge qu'avec des délais importants, pour les enfants comme pour les adultes.

Professionnel : « Sur les CMPP, c'est autour de 8 mois à peu près, 6-8 mois à peu près c'est la prise en charge. Alors parfois, oui effectivement, y a un bilan qui peut être fait assez rapidement, mais en même temps, ce qu'attendent les parents ou ce que nous on attend quand on fait une orientation, c'est qu'il y ait une prise en charge. »

L'activité libérale ne permet pas véritablement de combler les manques pour le suivi ambulatoire. Le territoire ne compte ainsi aucun psychiatre. Des psychologues sont certes présents et susceptibles de proposer un accompagnement dans des délais plus courts. Mais cette prise en charge n'est pas accessible à tous en raison du non-remboursement par la Sécurité sociale, bien que certains psychologues modulent leurs tarifs selon les moyens des personnes. Par ailleurs, le recours à un psychologue présente des limites et ne peut répondre aux besoins de tous les patients, notamment de ceux ayant des pathologies plus importantes, ce type d'accompagnement apparaît plutôt complémentaire à celui prodigué par le psychiatre. D'autres professionnels ont également une offre de services qui contribue au bien-être de la population (médecines douces, réflexologie, sophrologie...) mais ne répond pas plus aux pathologies psychiatriques en tant que telles et nécessitent aussi des moyens financiers que n'ont pas tous les usagers.

Professionnel : « On constate aussi qu'il y a de plus en plus d'ostéopathes, de réflexologues... On voit ici quand même les choses qui se développent, quand on est sur les routes... Bien-être, réflexologie... C'est quelque chose qui se développe quand même sur le secteur. »

Quant aux médecins généralistes, ils ne sont pas formés pour effectuer un véritable suivi psychiatrique, la plupart ne contribue qu'aux renouvellements d'ordonnance des patients.

Professionnel : « Ceux qui sont suivis par des psys, les traitements ils changent pratiquement à chaque fois qu'ils les voient, ils les voient une fois par mois, et le traitement il change tout le temps tout le temps, un généraliste n'est pas capable, c'est pas son métier hein ! »

Les professionnels observent que certaines personnes ne prennent plus leurs traitements et ne bénéficient plus d'aucun suivi, alors qu'elles souffrent de pathologies psychiatriques importantes et sont susceptibles de décompenser. Certaines personnes vivent seules et sont laissées à elles-mêmes, d'autres sont accompagnées au quotidien par l'entourage qui gère, comme il le peut, la situation de leur proche. Mais ces situations ne sont que peu tenables dans la durée.

Professionnel : « Avant, on avait des secteurs, on avait tant de

patients qu'on suivait sur des secteurs, donc qui étaient rentrés à domicile mais pour lesquels on faisait des suivis quand même très très rapprochés puisque c'était des patients quand même potentiellement à même de décompenser rapidement, avec des... Qui avaient des traitements type injection, donc qui étaient maintenus dans un état stable parce qu'on leur rendait visite très régulièrement, c'est vrai qu'au fil des années... Voilà moi je suis là-dedans depuis 25 ans, je vois bien que de plus en plus, ce type de patients est de plus en plus laissé, faute de moyens, à domicile, sans réel suivi. »

Professionnel : « Les conséquences, oui, c'est des situations qui deviennent carrément intenable que ce soit pour le patient lui-même ou pour l'entourage (...) Un, c'est sa mère, sa pauvre vieille mère qui s'en occupe mais qui doit prendre quelques coups de temps en temps, qui essaie de cacher les médicaments comme elle peut mais qui est très peu aidée, ou c'est une voisine qui s'en occupe, qui lui apporte à manger. »

Certaines personnes ne sont d'ailleurs pas du tout connues des professionnels, qui n'ont affaire à eux que lorsqu'une crise aiguë nécessite leur intervention. Certaines sont originaires d'autres territoires, y ont parfois été pris en charge, mais n'ont pas cherché de suivi une fois installées sur le pays de La Châte en Berry, ou étaient en attente d'un accompagnement.

Professionnel : « C'est-à-dire que c'est des gens qui disent pas forcément qu'ils ont été suivis, qui ont des pathologies très lourdes, qui, à un moment donné, sont stabilisés et qui vont décompenser, sauf que nous on les découvre ! On les découvre au moment de la décompensation... Et là, c'est très difficile de retracer l'historique... Voilà les dossiers suivent pas... (...) Vraiment c'est par rapport à ce type de populations... de gens qui migrent souvent, du nord, et qui sont de passage, finalement oui parce que ils se déplacent souvent, et ça en santé mentale c'est un souci quand même, quand on n'arrive pas à reconstituer l'histoire, on a quand même de grosses grosses difficultés. »

Même lorsque des situations très lourdes à domicile sont identifiées où la personne risque de se mettre en danger et de porter atteinte à son entourage, les professionnels ne recourent que rarement à une hospitalisation sans le consentement de la personne. Les professionnels rencontrés font le constat d'une évolution des pratiques sur ce sujet. D'une part, les mentalités ont évolué : dorénavant, l'hospitalisation sans consentement et l'institutionnalisation sont des recours qui ne sont jugés pertinents que dans des situations très difficiles. D'autre part, les médecins libéraux auxquels incombe la responsabilité de la décision sont assez isolés, ce qui fragilise leur avis, et ils ont affaire à une démarche administrative lourde et dissuasive.

Professionnel : « On sent bien que les médecins repoussent l'échéance vraiment au maximum. »

Professionnel : « Avant, y avait aussi ce suivi des équipes spécialisées qui disaient à un moment donné, « danger, danger »



donc y avait des personnes qui étaient identifiées, et ça passait souvent par le centre psycho qui s'en chargeait. Le psychiatre intervenait etc. Aujourd'hui, souvent, ce sont les médecins libéraux qui se retrouvent avec le problème... et qui, voilà bon ils le font hein... mais on sait très bien que c'est très lourd administrativement. Donc moi j'ai l'impression quand même qu'on voit moins d'HO, ce qu'on appelait les hospitalisations d'office. Sur l'Indre voilà, sur le Cher, je sais que... Ça nous est arrivé d'en faire, mais c'était vraiment des cas extrêmes, où on sentait bien que le médecin voilà, on avait tout essayé avant... Vraiment ! »

En matière de prévention en santé mentale, des professionnels du département de l'Indre ont développé des actions et des accompagnements qui permettent de toucher la population résidant sur le Pays. Par exemple, le Comité départemental d'éducation pour la santé de l'Indre (Codes 36) assure la formation et la coordination des acteurs (domaine sanitaire, médico-social, social, éducatif...) sur le repérage de la crise suicidaire, sur l'ensemble des territoires du département.

Professionnel : « On est maintenant sur 450 personnes formées, y a quand même un beau maillage sur le département, c'est pas le cas forcément dans tous les départements de la région. »

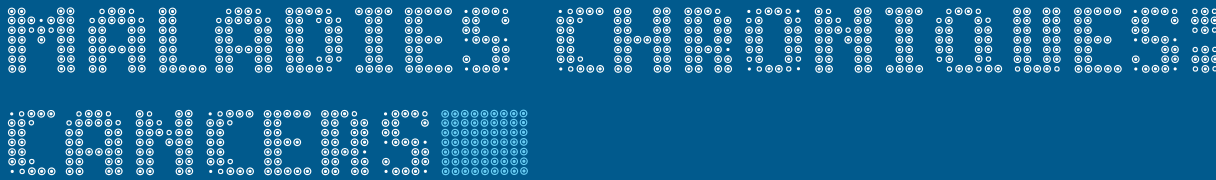
D'une autre façon, la maison des adolescents propose un accueil et un soutien anonyme et gratuit à Châteauroux, mais peut aussi organiser des entretiens sur différents lieux du territoire, à la demande de partenaires locaux (Éducation nationale, médecins généralistes...) ou directement des jeunes ou de leur famille. Il peut s'agir d'entretiens avec un éducateur spécialisé, un psychologue, un diététicien... selon les besoins des usagers. Cet « aller-vers » est proposé pour les personnes qui ne peuvent pas se déplacer facilement sur Châteauroux, mais aussi pour faciliter le démarrage de l'accompagnement qui peut ensuite se poursuivre dans les locaux de la maison des adolescents. Ces formes de soutien peuvent également être proposées pour maintenir un lien avec les personnes en grande souffrance, notamment en crise suicidaire, mais qui ne bénéficient pas tout de suite de prise en charge.

Professionnel : « On a opté pour le « aller-vers » à la demande. C'est pas au domicile, mais c'est vers des lieux un peu qu'on a répertoriés et avec lesquels on travaille en partenariat. C'est principalement tout ce qui est collège et lycée, et ensuite on va, si on doit venir à Aigurande, y a le collège d'accord, mais si le jeune veut pas être vu au collège, on peut s'arranger avec la mairie, poser la question s'ils peuvent nous mettre un bureau à disposition(...) C'est la question du aller-vers, on peut pas se passer de ça, enfin... Si je reprends par rapport à une MDA, c'est comme si on disait : non allez à Châteauroux, et puis on aurait nos 600 files actives on l'aurait sur Châteauroux, et nos activités et nos actions on les aurait aussi, mais c'est un choix.»

Les professionnels rencontrés ont globalement mis en avant la nécessité de proposer des prises en charge de proximité (sous la forme de permanences lorsque les effectifs sont suffisants ou par des déplacements à la demande) mais aussi des actions de prévention au plus près des populations du Pays, et plus globalement du département, marqué par son caractère rural et les difficultés de déplacement. Néanmoins, les déplacements à la demande sont chronophages et les acteurs ne disposent généralement pas de financements particuliers pour la prévention, leurs interventions dans ce cadre sont donc nécessairement limitées pour ne pas affecter leur offre habituelle auprès des populations.

Professionnel : « Le aller-vers, elle a trois heures à peu près sur la semaine, donc effectivement, si elle va sur un rendez-vous au Blanc, c'est terminé elle a fini sa semaine, mais pour ne pas priver de cette possibilité-là, on l'a ouvert une fois par mois. »

Professionnel : « Il est clair qu'avec plus de personnels on pourrait répondre à beaucoup plus de situations et beaucoup plus d'interventions, parce que justement sur les interventions, on mobilise aussi parfois, soit sur de l'axe de la parentalité, soit du soutien auprès de certaines classes avec des thématiques, on nous sollicite, que ce soit au niveau des collèges, des parents d'élèves, etc(...) Ça peut être des choses comme ça auxquelles on peut pas forcément répondre, parce qu'il faut aussi qu'on garde à l'esprit que notre cœur de métier c'est aussi recevoir les adolescents et/ou leurs parents(...) Donc on régule quoi ! »



Mortalité par cancers

Sur la période 2005-2013, le cancer est la première cause de décès à l'échelle nationale et régionale (28,3 % en France et 28,6 % en région Centre-Val de Loire). Dans le département et dans le pays de La Châtre en Berry, il correspond à la deuxième cause de mortalité après les maladies cardiovasculaires avec respectivement 26,7 % et 26,6 %. Dans le Pays, cela représente en moyenne 107 décès par an. À structure d'âge et de sexe égale, le nombre de décès par cancer sur le territoire étudié est de 244,9 décès pour 100 000 habitants, soit un taux comparable à ceux observés dans l'Indre (245,4), en région Centre-Val de Loire (238,3) et en France hexagonale (231,3).

Chez les femmes, les taux sont également comparables entre le pays de La Châtre en Berry et les différents échelons géographiques. Chez les hommes, avec un nombre de 365,9 décès pour 100 000 habitants, on retrouve un taux comparable à l'échelon départemental (348,4) et régional (338,8), mais statistiquement supérieur à celui observé au niveau national (329,6).

Les cancers des voies respiratoires (trachée, bronches, poumons) sont la première cause de décès par cancer sur le territoire avec une moyenne de 15 décès par an représentant 14,5% de la mortalité par tumeur maligne et 3,6% du total des décès. Après standardisation par âge et par sexe, cela représente 36,0 décès pour 100 000 habitants, ce qui est statistiquement inférieur aux taux observés au niveau de l'Indre (42,4), de la région Centre-Val de Loire (44,3) et au niveau national (45,2).

Les tumeurs colorectales représentent la seconde catégorie de cancer la plus meurtrière sur le territoire avec là aussi, en moyenne 15 décès par an, sur la période 2005-2013. Ils

représentent 3,6 % de la mortalité globale et 14,3 % des cas de décès par cancers. À structure d'âge et de sexe égale, cela représente 32,2 décès pour 100 000 habitants, soit un taux similaire aux niveaux départemental (28,3) et régional (26,9) mais statistiquement supérieur au niveau national (25,5).

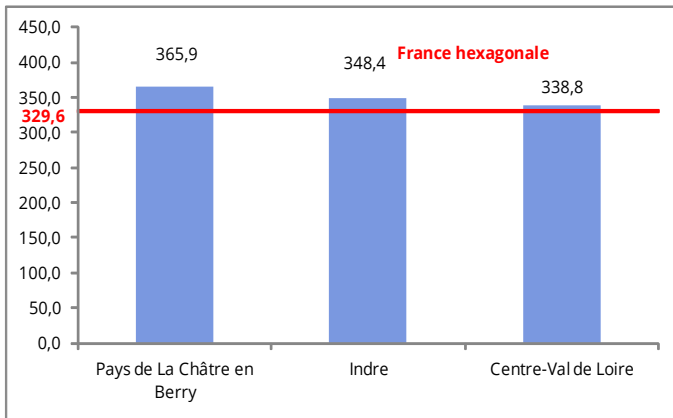
Le cancer du sein constitue la deuxième cause de mortalité par néoplasie chez les femmes du territoire après les cancers colorectaux. Leur part équivaut à 2,9 % des décès féminins et à 13,7 % des cancers mortels chez la femme. Entre 2005 et 2013, 6 femmes par an en moyenne en sont décédées, ce qui correspond après standardisation, à 23,8 décès pour 100 000 femmes. Ce taux est comparable à celui observé au niveau du département (30,6) mais statistiquement inférieur à ceux observés au niveau de la région (32,1) et au niveau national (31,0).

Les néoplasies prostatiques sont la deuxième cause de mortalité par cancer chez les hommes (après les cancers des voies respiratoires) au sein du pays de La Châtre en Berry. Elles sont responsables de 10 décès annuels en moyenne sur la période considérée. Rapporté à la population de référence, cela correspond à 50,9 décès pour 100 000 hommes, ce qui est comparable aux taux retrouvés au niveau du département (44,5) et de la région (42,7) mais statistiquement supérieur au niveau national (36,9).

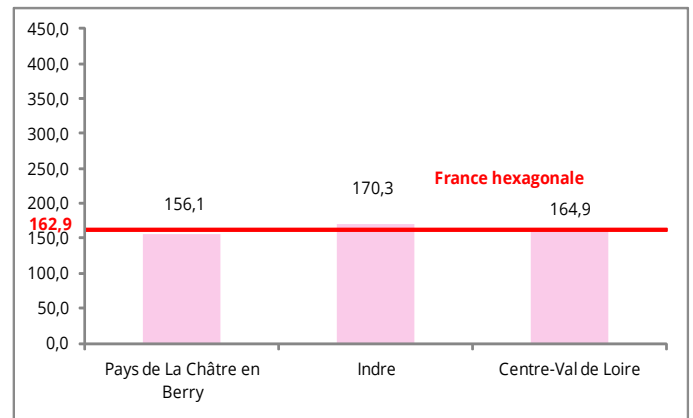
S'agissant de la mortalité prématurée par cancers, le taux sur le territoire est comparable à ceux observés au niveau du département, de la région et au niveau national (87,6 pour 100 000 habitants sur le territoire, contre 86,8 dans l'Indre, 82,2 en région et 78,8 en France hexagonale).

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR CANCERS [2004-2012]

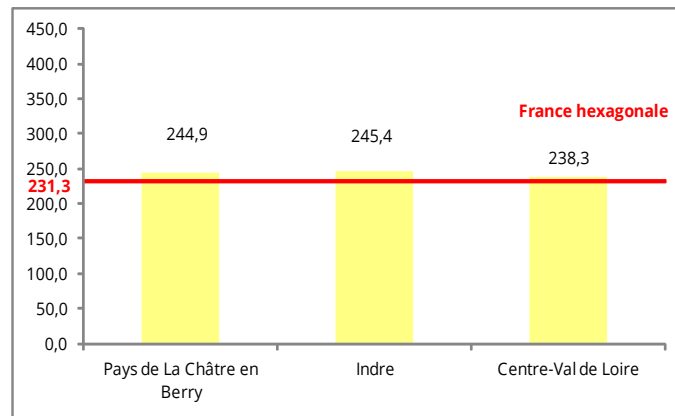
Hommes



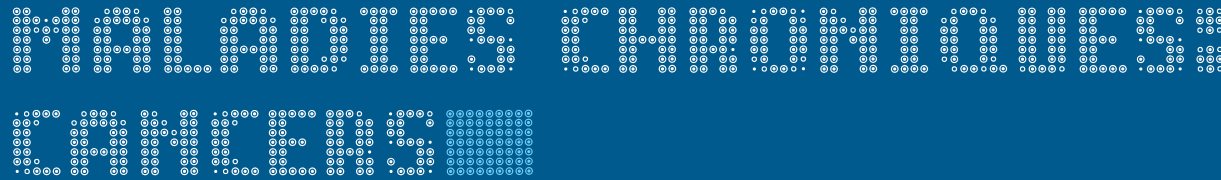
Femmes



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 2006 et 2014, 13 462 nouvelles admissions en ALD ar an pour tumeurs malignes ont en moyenne été recensées en région Centre-Val de Loire. Au total, en 2014, 96 500 résidents de la région sont pris en charge au titre d'une ALD cancer.

Au sein du territoire, elles se comptent à 203 nouvelles admissions par an (119 pour les hommes et 84 pour les femmes). Cela correspond à 22,3% du total des nouvelles ALD. Au total, en 2014, 1 601 personnes du Pays sont prises en charge en ALD.

Après standardisation par âge, le taux de nouvelles admissions en ALD pour cancer est de 503,2 pour 100 000 habitants dans le pays de La Châtre en Berry. Cela est comparable aux taux retrouvés au niveau du département (510,3), de la région (495,9) et de la France hexagonale (498,1).

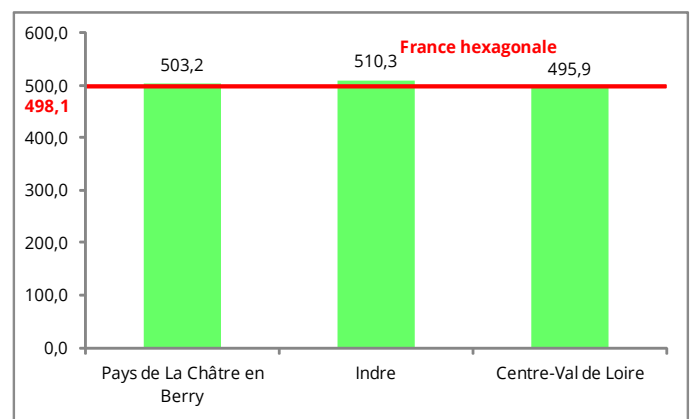
Le cancer de la prostate est le principal motif d'admission en ALD pour cancer que ce soit chez les hommes, ou encore en population générale, avec 21 nouvelles inscriptions en ALD par an, en moyenne et sur la période 2006-2014. Au total, en 2014, 350 hommes du Pays ont une prise en charge ALD pour cancer de la prostate. Le taux standardisé de nouvelles admission en ALD pour cancer de la prostate sur le territoire, de 192,1 nouvelles admissions pour 100 000 hommes, est comparable à celui observé sur l'Indre (189,0) mais significativement supérieur à ceux observés en région Centre-Val de Loire (168,7) et au niveau national (169,8).

Au niveau du cancer du sein, on retrouve en moyenne chez les femmes du territoire d'étude, et après standardisation par l'âge, 16 nouvelles admissions par an. C'est la principale cause de nouvelles admissions pour cancer chez les femmes du territoire. Il représente 35,7% des nouvelles admissions pour cancer et 7,1% de l'ensemble des nouvelles ALD chez les femmes. Au total, en 2014, 329 femmes du Pays bénéficient d'une prise en charge en ALD pour un cancer du sein. À structure d'âge égale, cela représente 145,7 nouvelles admissions pour néoplasie mammaire pour 100 000 femmes. Ce taux est comparable à celui observé sur le département (155,3) mais statistiquement inférieur à ceux observés au niveau de la région Centre-Val de Loire (175,9) et au niveau de la France hexagonale (174,5).

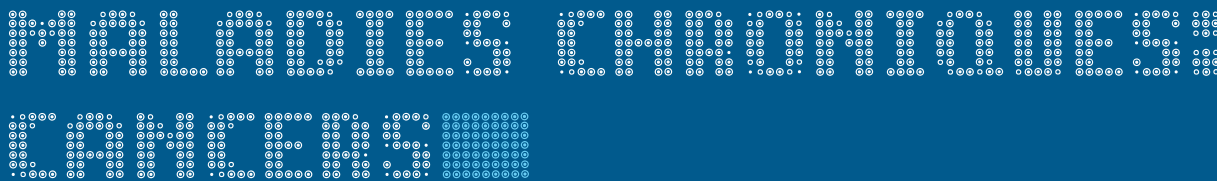
Le cancer colorectal est le troisième motif d'admission pour cancer dans le Pays après le cancer de la prostate et le cancer du sein. Il représente 12 nouvelles admissions en ALD en moyenne par année sur le territoire. Cela représente après standardisation, un taux de 51,8 pour 100 000 habitants, soit un taux comparable à ceux retrouvés au niveau de la région (52,3) et au niveau national (52,1) mais significativement inférieur par rapport à celui observé au niveau départemental (59,4). Au total, en 2014, 166 résidents du Pays bénéficient d'une prise en charge ALD pour cancer colorectal.

Les cancers de la trachée, des bronches et du poumon sont retrouvés en moyenne chez 8 nouveaux patients en ALD par an (au total, en moyenne, 48 personnes sont en ALD pour ce cancer sur le Pays). Après standardisation sur l'âge, cela représente 34,9 nouvelles admissions en ALD pour cancer de la trachée, des bronches et du poumon pour 100 000 habitants, taux significativement inférieur à ce qui est retrouvé au niveau hexagonal (41,6) mais comparable à ceux retrouvés aux niveaux départemental (37,4) et régional (39,4).

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



SOURCES : CNAITS, 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, 40 280 personnes ont été hospitalisées pour cancers (hors radiothérapie ambulatoire) chaque année dans la région, 4 018 dans l'Indre et 549 sur le pays de La Châtre en Berry. En éliminant les effets liés à la structure de l'âge, le taux comparatif de patients hospitalisés du Pays est de 1 363,8 personnes hospitalisées pour 100 000 habitants, taux comparable à celui du département (1 413,5) mais significativement inférieur à celui de la région (1 477,0).

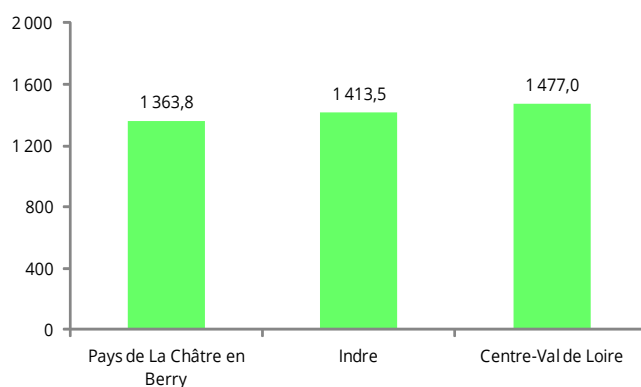
Sur le Pays, le cancer colorectal est responsable de 356 personnes hospitalisées chaque année entre 2011 et 2013 (2 706 pour le département et 19 749 pour la région). Le taux comparatif de patients hospitalisés pour cancer colorectal sur le territoire est de 930,6 pour 100 000 habitants. Ce taux est comparable à celui du département (990,7) mais significativement supérieur à celui observé dans la région (731,5).

Le cancer de la prostate représente 86 patients hospitalisés par an entre 2011 et 2013 (571 pour le département et 4 069 pour la région), ce qui constitue le deuxième motif d'admission de recours à l'hospitalisation pour cancer après le cancer colorectal. Le taux comparatif de personnes hospitalisées sur le pays de La Châtre en Berry est de 392,0 hospitalisations pour 100 000 hommes, taux comparable à celui du département (385,3) mais significativement supérieur à celui de la région (294,2).

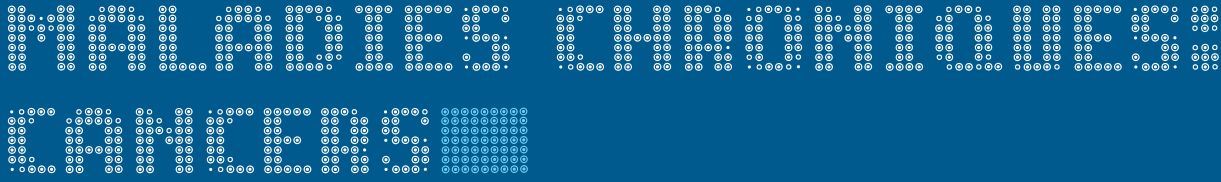
Concernant le cancer du sein, en 2011 et 2013, on dénombre 71 personnes hospitalisées chaque année sur le pays de La Châtre en Berry (494 pour le Département et 5 524 pour la Région). A structure d'âge comparable, le taux comparatif de personnes hospitalisées pour cancer du sein est de 378,3 pour 100 000 femmes sur le territoire d'étude, taux comparable à celui du Département (356,4) et celui de la Région (402,2).

Le cancer du poumon est responsable de 37 patients hospitalisés par an sur le Pays entre 2011 et 2013 (324 sur le département et 3 438 sur la région). Le taux comparatif de patients hospitalisés pour cancer du poumon est de 94,8 pour 100 000 personnes sur le territoire, taux significativement inférieur à ceux observés dans le département (115,4) et dans la région (126,1).

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



SOURCES : PMSI, ARS CENTRE-VAL DE LOIRE
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 effectuer une mammographie avec double lecture et examen clinique des seins, à la recherche d'éléments en faveur d'un processus tumoral.

Au cours de la période 2012-2013, 2 922 femmes du pays de La Châtre en Berry âgées de 50 à 74 ans ont participé au dépistage organisé du cancer du sein, soit un taux de participation de 56,2 %. Le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein sur le territoire est proche de celui de l'Indre (55,6 %) et inférieur à celui de la région Centre-Val de Loire (63,0 %). À l'échelle des communautés

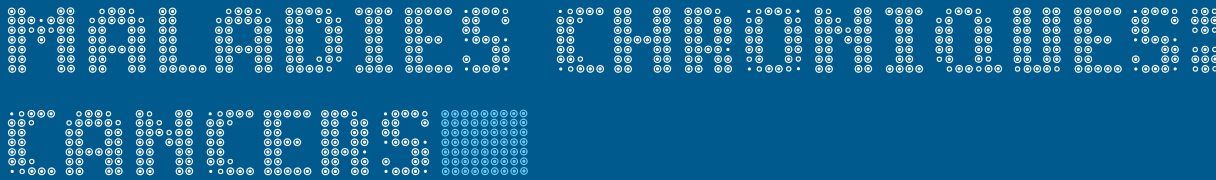
de communes, il varie de 54,5 % sur les CC de la Marche Berrichonne et Val Bouzanne, à 57,4 % sur celle de La Châtre-Sainte-Sévère.

Le dépistage organisé du cancer colorectal est destiné aux personnes âgées de 50 à 74 ans, invitées tous les deux ans à réaliser un test de présence de sang dans les selles (Test immunologique depuis le printemps 2015, test Hemoccult auparavant). Au cours de la période 2012-2013, 2 624 habitants du pays y ont participé équivalant à un taux de participation de 25,3 %. Le taux est inférieur à ceux observés dans le département (27,5 %) et en région Centre-Val de Loire (32,8 %). À l'échelle des CC, il varie de 24,6 % sur la CC La Châtre-Sainte-Sévère à 26,7 % sur celle du Val Bouzanne.

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 côlon-rectum
CC La Châtre-Sainte-Sévère	57,4	24,6
CC de la Marche Berrichonne	54,5	25,8
CC Val Bouzanne	54,5	26,7
Pays de La Châtre en Berry	56,2	25,3
Indre	55,6	27,5
Centre-Val de Loire	63,0	32,8

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



Ressources disponibles sur le territoire

L'EADSP 36 (équipe d'appui départementale en soins palliatifs de l'Indre) a pour mission de développer la démarche palliative au sein du département de l'Indre, en accompagnant les malades en phase avancée ou terminale de leur maladie, leurs proches et les soignants, à domicile ou en institution.

Rattachée au pôle d'activités transversales du centre hospitalier de Châteauroux, c'est une des équipes opérationnelles du réseau de soins palliatifs en région Centre-Val de Loire. Elle organise une formation sur les soins palliatifs en région Centre-Val de Loire pour les professionnels de santé libéraux ou en institution et les lycéens.

Depuis 2014, cette action est réalisée auprès des lycéens et depuis 2005 auprès des professionnels. Il s'agit d'une formation en lien avec les soins palliatifs et la fin de vie. Ces dernières années, il y a eu une formation sur « les soins de bouche et du corps des malades en fin de vie » auprès de professionnels dans le cadre du groupe de travail - référent en soins palliatifs - au CH de La Châtre, et des cours sur « la mort, le deuil et les soins palliatifs » auprès d'élèves de terminale ASSP du lycée de La Châtre. Ainsi, en 2011 et 2012, 23 professionnels du CH de La Châtre ont reçu la formation et en 2014 et 2015, 29 élèves de terminale ASSP ont suivi le cours.

De même, sur tout le territoire de l'Indre, des soins palliatifs et un accompagnement - des malades, de leur famille et de leurs proches, des soignants (à domicile ou en institution) - sont organisés depuis 2004, par l'EADSP 36, en collaboration avec tous les soignants libéraux, les institutions médico-sociales du département, les associations d'aides à domicile...

Cette action vise à améliorer la prise en charge des patients en soins palliatifs et développer la démarche palliative auprès des soignants en réalisant des évaluations auprès des malades, des rencontres avec leurs proches et les soignants. Des staffs pluridisciplinaires mensuels ont été mis en place ainsi qu'une prise en charge de patients en soins palliatifs dans le service de médecine disposant de LISP (lits identifiés de soins palliatifs) du CH de La Châtre depuis 2009.

De cette action, découlent les résultats suivants :

- en 2013 : 34 patients suivis au CH de La Châtre, 4 en Ehpad, 7 patients à domicile sur le canton (soit 45 au total),
- en 2014 : 39 patients suivis au CH de La Châtre, 3 en

- Ehpad, 11 à domicile sur le canton (soit 53 au total),
- en 2015 : 44 patients suivis au CH de La Châtre, 4 en Ehpad, 1 en Mas, 9 à domicile sur le canton (soit 58 au total).

L'EADSP 36 contribue ainsi à l'accompagnement de malades en soins palliatifs (sur le plan physique, psychologique, social et spirituel), le soutien aux proches, y compris après le décès, et apporte conseil, soutien et formation aux soignants et aux aides à domicile. Afin d'assurer le dépistage organisé des cancers du sein et du côlon, une action de communication, d'information, de promotion des dépistages des cancers du sein et du côlon, a été organisée par le Credep 36 (structure de gestion qui organise et gère les programmes nationaux de dépistage des cancers du sein et du côlon dans l'Indre concernant la population âgée de 50 à 75 ans). Destiné à la population de cette tranche d'âge et aux professionnels de la santé (médecins, pharmaciens, personnels paramédicaux...), cette action vise à informer et promouvoir l'intérêt du dépistage en expliquant que, détecter tôt, un cancer peut être guéri dans 9 cas sur 10, tout en évitant des traitements lourds. Elle est réalisée toute l'année si possible, avec deux temps forts : "Mars Bleu" (mois de communication nationale sur le dépistage du cancer du côlon) et "Octobre Rose" (mois de communication nationale sur le dépistage du cancer du sein). Selon l'agenda évènementiel, cette action est organisée soit au salon des seniors, soit lors d'une randonnée pédestre, lors de conférences, lors de compétitions sportives ou sur des marchés.

Afin de retenir l'attention de la population et de l'inviter à revenir lors de stands d'information par exemple, le Credep 36 a choisi de travailler en partenariat avec d'autres associations qui font de la promotion sur la santé dans le cadre de "l'atelier santé ville" de Châteauroux. Et plus particulièrement avec l'AFDI 36 (association des diabétiques de l'Indre), où il peut aborder pendant ce temps, la thématique du dépistage des cancers en proposant un test de glycémie. Pour 2017, des stands de prévention sur les marchés locaux sont prévus, comme ceux déjà réalisés en 2015 et 2016.

Pour ce qui est des résultats obtenus, selon le Credep 36, lorsque le cancer est le seul objet de l'information proposée, les visites des stands de prévention se réduisent, constat probablement dû au caractère tabou du sujet pour certaines personnes. Néanmoins, le taux de participation reste sensiblement le même d'années en années.

Le Credep du département de l'Indre intervient également

ANALYSE DE LA SITUATION

dans le champ du dépistage du cancer et prévention tabac en milieu scolaire, cette action réalisée toute l'année et à destination de tout public, est organisée lors des prises de parole du Credep et sur les territoires où de la documentation est apportée.

Dans le cadre de la prise en charge des soins de support, un suivi psychologique est mis en place par le réseau OncoBerry pour améliorer la prise en charge des patients atteints de cancer et celle de leur entourage. Une convention a ainsi été signée avec des psychologues libéraux (actuellement, le réseau dispose de 10 psychologues libéraux partenaires) et s'adresse aux patients atteints de cancer et leur entourage, domiciliés sur le département de l'Indre, quelque soit leur lieu de soins. Une prise en charge de consultations par année civile et par personne a été réalisée au cabinet médical des psychologues ou à domicile.

Après une évaluation des besoins du patient ou de l'entourage faite par ce réseau de santé, un suivi psychologique peut être accordé. Dans ce cas, le réseau fournit au patient la liste des psychologues conventionnés et le patient est libre de choisir son professionnel, généralement au plus près de son domicile. Le patient gère ses RDV avec le psychologue choisi, sans que le réseau interfère, et il n'a aucune avance de frais à faire auprès de celui-ci.

Le réseau établit alors un plan personnalisé de santé pour la mise en place de cette prise en charge, qui sera alors adressée à tous les professionnels de santé mentionnés par le patient dans sa fiche d'adhésion.

Le psychologue saisit également un compte-rendu à chaque fin de consultation sur le dossier communicant de cancérologie qui peut être consulté par également tous les professionnels de santé. Les résultats qui découlent de cette action, sont les suivants :

- Année 2014 :
 - 31 patients/entourages pris en charge sur les 2 départements
 - 81 consultations en cabinet libéral sur les 2 départements
 - 6 consultations à domicile sur les 2 départements
 - 5 psychologues sont intervenus sur l'Indre
- Année 2015 :
 - 48 patients/entourages pris en charge sur les 2 départements
 - 146 consultations en cabinet libéral sur les 2 départements
 - 25 consultations à domicile sur les 2 départements
 - 5 psychologues sont intervenus sur l'Indre
- Année 2016 :
 - 79 patients/entourages pris en charge sur les 2 départements
 - 211 consultations en cabinet libéral sur les

2 départements

- 100 consultations à domicile sur les 2 départements
- 8 psychologues sont intervenus sur le l'Indre

En matière de prise en charge des patients atteints de cancer et de leur entourage, des soins de socio-esthétique sont mis en œuvre par le réseau OncoBerry. Dans ce contexte, une convention a été signée avec l'union départementale des associations familiales de l'Indre (Udaf 36) qui met 2 socio-esthéticiennes à disposition selon un calendrier préétabli. Une prise en charge de 3 séances à domicile par année civile et par personne ou d'1 atelier par mois a été organisée au domicile ou en atelier au sein de l'Udaf 36.

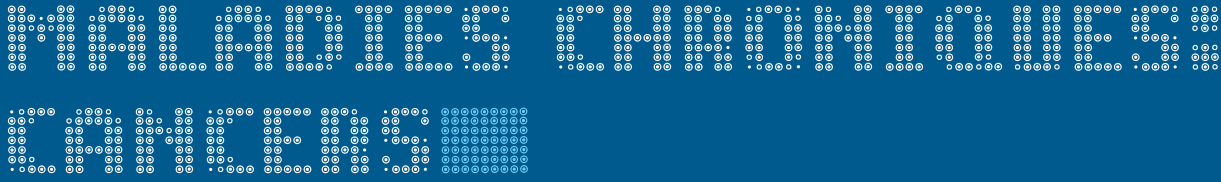
Après une évaluation des besoins du patient faite par le réseau, des soins de socio-esthétique peuvent être accordés soit au domicile du patient quand ce dernier ne peut physiquement pas se déplacer, soit sous forme d'atelier :

Au domicile du patient, le réseau adresse un ordre de mission à l'Udaf 36 et ensuite les socio-esthéticiennes contactent les patients pour convenir des RDV. Un bilan établi par la professionnelle est adressé au réseau après chaque séance. Une copie de ce bilan est ensuite adressée aux professionnels de santé mentionné par le patient dans sa fiche d'adhésion.

Les ateliers ont lieu 1 fois par mois. Un calendrier est adressé à tous les patients qui doivent obligatoirement s'inscrire auprès du réseau OncoBerry pour y participer. Des patients atteints de différents cancers et à différents stades de la maladie participent à ces ateliers, lieu de convivialité, d'échange et de bien-être.

Un atelier dure 3 heures et un bilan est également adressé au réseau. Il en découle les résultats suivants :

- Année 2014 :
 - 27 patients pris en charge sur les 2 départements
 - 10 ateliers ont eu lieu sur Châteauroux
 - 36 séances à domicile sur les 2 départements
 - 2 socio-esthéticiennes sont intervenues dans l'Indre
- Année 2015 :
 - 37 patients pris en charge sur les 2 départements
 - 10 ateliers ont eu lieu sur Châteauroux
 - 37 séances à domicile sur les 2 départements
 - 2 socio-esthéticiennes sont intervenues dans l'Indre
- Année 2016 :
 - 62 patients pris en charge sur les 2 départements
 - 10 ateliers ont eu lieu sur Châteauroux
 - 79 séances à domicile sur les 2 départements
 - 2 socio-esthéticiennes sont intervenues dans l'Indre



Des actions en sophrologie sont également réalisées par le réseau OncoBerry dans le cadre de la prise en charge des soins de support. La sophrologie est une science qui s'applique à l'étude de la conscience humaine. Elle favorise, par l'action du positif, l'intégration du corps et la gestion des émotions, pour retrouver un équilibre de l'être humain et une meilleure intégration de son environnement. Cette pratique est basée sur des exercices respiratoires et de relaxation qui conduisent à une détente physique et mentale. Cela permet le « lâcher-prise ».

Les bénéfices pour les patients sont :

- La contribution à la gestion du stress et la réduction des tensions ;
- L'aide à la gestion des tensions corporelles et des émotions ;
- L'aide au rétablissement de l'harmonie du corps ;
- L'apaisement des douleurs.

Des conventions de partenariat sont signées avec des sophrologues libéraux et une prise en charge de 3 séances par personne et par année civile devrait être effectuée à destination des patients atteints de cancer domiciliés sur le département de l'Indre quelque soit leur lieu de soins, en cours de traitement uniquement et les patients en soins palliatifs. Cette action étant en projet, ces séances se dérouleront au cabinet libéral des sophrologues ou à domicile.

Après une évaluation des besoins des patients par le réseau, des séances de sophrologie pourront être accordées. Dans ce cas, le réseau fournira aux patients la liste des sophrologues conventionnés et le patient sera libre de choisir son professionnel.

Le patient gère ses RDV avec le sophrologue sans que le réseau interfère et il n'a aucune avance de frais à faire auprès de ce dernier. Le réseau établira alors un plan personnalisé de santé pour la mise en place de cette prise en charge, qui sera adressé à tous les professionnels de santé mentionnés par le patient dans sa fiche d'adhésion. Le sophrologue saisira également un compte-rendu à chaque fin de séance sur le dossier communicant de cancérologie qui peut être consulté par les professionnels de santé.

Un projet est également planifié pour mettre en place des groupes de parole pour les aidants car au fil des contacts d'OncoBerry avec les patients atteints de cancer, le constat est fait que l'entourage et les aidants se mettent souvent en retrait par rapport à la personne malade.

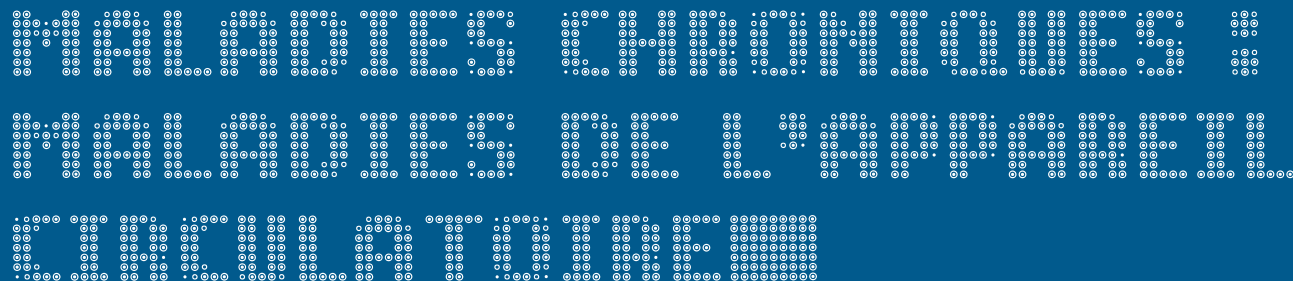
Il est important que ces personnes soient écoutées et aidées dans leur démarche de soutenir et accompagner leur conjoint, fratrie, parents ou autres tout au long de la maladie. Ces groupes de parole pour les aidants ont déjà été mis en place sur le département du Cher en fin d'année 2016. Un calendrier sera établi et adressé à tous les usagers du répertoire du réseau. Le groupe sera animé par un psychologue conventionné au réseau.

En relation avec un psychologue libéral conventionné du réseau, cette action est à destination des aidants de patients atteints de cancer domiciliés sur le département de l'Indre et réalisée à Châteauroux. Un groupe de parole des aidants devrait être organisé tous les deux mois.

De plus, le « shiatsu », action en projet devrait être proposée aux patients atteints de cancer et à leur entourage, dans le cadre de l'amélioration de leur prise en charge. Le shiatsu est issu de la médecine traditionnelle chinoise et consiste à associer des pressions digitales à des étirements musculaires du corps. Il s'agit d'un art qui procure un sentiment de bien-être et une relaxation profonde.

Des conventions de partenariat avec des praticiens shiatsu libéraux devraient ainsi être signées. À destination des patients atteints de cancer en cours de traitement uniquement et domiciliés dans le département de l'Indre (quel que soit leur lieu de soins), cette action aura lieu au cabinet libéral des praticiens shiatsu ou à domicile et 3 séances devraient être prises en charge par personne et par année civile.

Après une évaluation des besoins des patients par le réseau, des séances de shiatsu pourront être accordées. Dans ce cas, le réseau fournira aux patients la liste des praticiens shiatsu conventionnés et ceux-ci seront libres de choisir son professionnel. Le patient gère ses RDV avec le praticien shiatsu sans que le réseau n'interfère et il n'a aucune avance de frais à faire auprès de ce dernier. Le réseau établira alors un plan personnalisé de santé pour la mise en place de cette prise en charge, qui sera adressée à tous les professionnels de santé mentionnés par le patient dans sa fiche d'adhésion. Le praticien shiatsu saisira également un compte-rendu à chaque fin de séance sur le dossier communicant de cancérologie qui peut être consulté par les professionnels de santé.



Mortalité par maladies cardiovasculaires

Le pourcentage de décès liés à une pathologie cardiovasculaire sur le pays de la Châtre en Berry (31,0 %) est supérieur à celui de l'Indre (29,3 %), de la région (27,0 %) et du niveau national (26,8 %).

Cela représente en moyenne 132 décès annuels sur la période 2005-2013 sur le pays de La Châtre en Berry : 65 masculins contre 67 féminins. Après standardisation des variations liées à l'âge, le taux comparatif de mortalité équivaut à 254,5 décès pour 100 000 habitants. Ce chiffre est comparable au taux obtenu sur l'Indre (241,6) mais est statistiquement supérieur à ceux observés au niveau de la région (209,4) et de la France hexagonale (213,0).

Les cardiopathies ischémiques et les maladies neurovasculaires représentent une grande partie des décès liés aux pathologies du système circulatoire (48 % de l'ensemble des décès par pathologie de l'appareil circulatoire).

Tout d'abord, les cardiopathies ischémiques représentent 36 décès par an sur le territoire (20 pour les hommes et

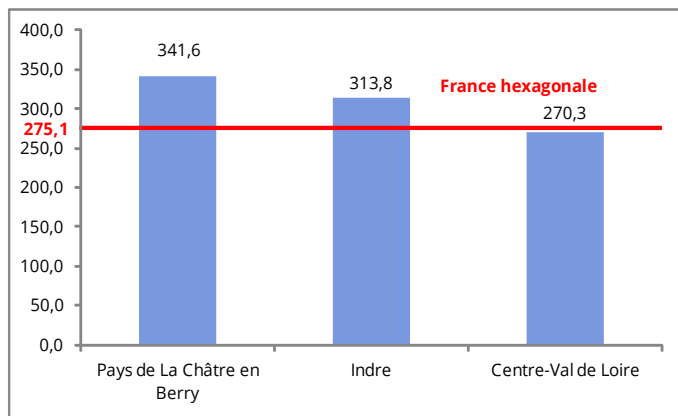
16 pour les femmes). Pour cette étiologie de décès, le taux observé est identique à celui observé au niveau départemental (69,7 décès pour 100 000 habitants sur le pays de La Châtre en Berry contre 64,1 décès pour 100 000 habitants au niveau de l'Indre) mais est significativement plus élevé qu'au niveau de la région (54,9) et qu'au niveau national (54,6).

Au niveau des maladies neurovasculaires, aucune différence significative n'a été montrée sur le territoire d'étude (53,5 décès pour 100 000 habitants), le département (56,7), la région (47,6) et la France hexagonale (47,8). Les maladies neurovasculaires représentent en moyenne 27 décès annuels sur le pays de La Châtre en Berry (14 femmes et 13 hommes).

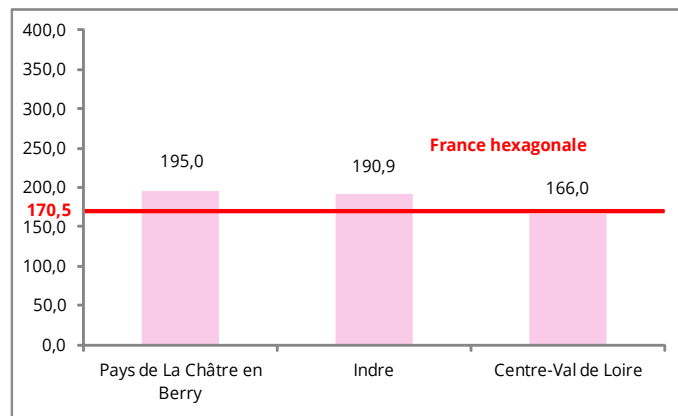
S'agissant de la mortalité prématurée par maladies de l'appareil circulatoire, le taux comparatif de mortalité sur le territoire est de 30,4 décès pour 100 000 habitants, ce qui est comparable aux taux retrouvés au niveau de l'Indre (31,4), de la région Centre-Val de Loire (25,1) et de la France hexagonale (25,2).

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

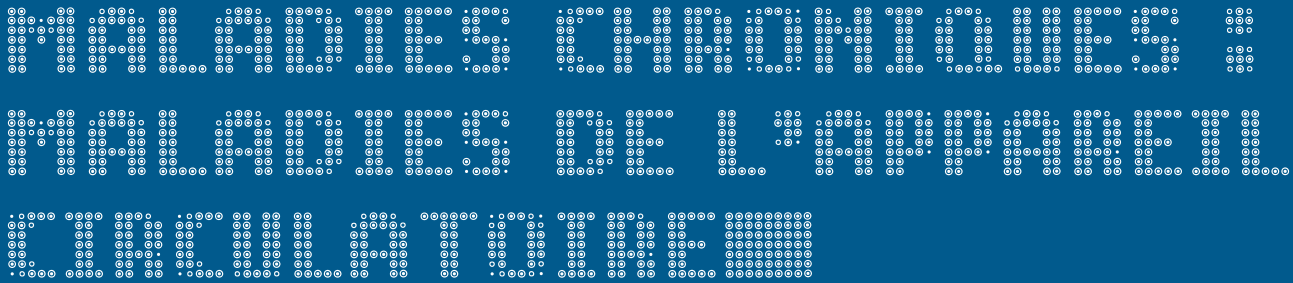
Hommes



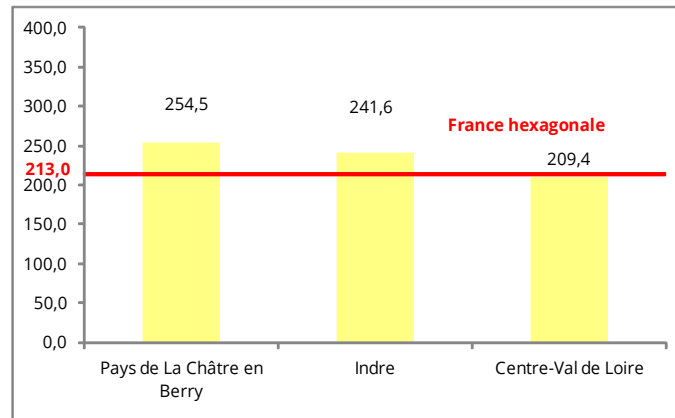
Femmes



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

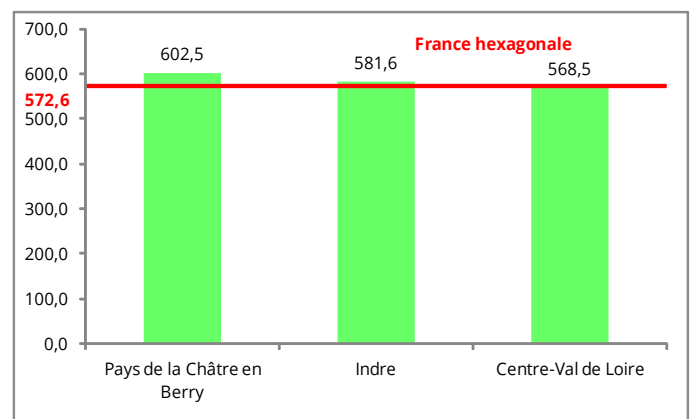
Admissions en affection de longue durée (ALD)

Au cours de la période 2006-2014, 15 928 nouvelles admissions annuelles en ALD ont été recensés en moyenne pour maladie cardiovasculaire sur la région Centre-Val de Loire. Au sein du pays de La Châtre en Berry, elles représentent 262 nouvelles admissions en ALD pour ces pathologies en moyenne par an (155 pour les hommes et 107 pour les femmes). Au total, en moyenne, 2 510 résidents du pays de La Châtre en Berry sont pris en charge pour des pathologies cardiovasculaires chaque année.

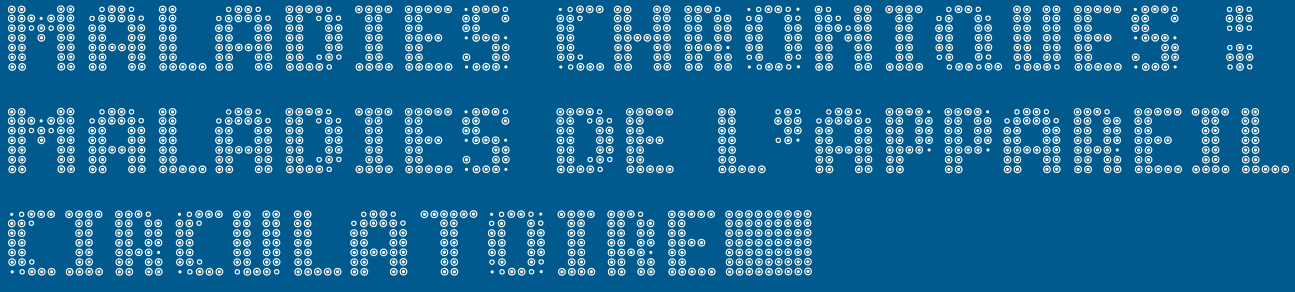
Sur le territoire, le taux standardisé des nouvelles admissions en ALD pour ces pathologies est de 602,5 admissions en ALD pour 100 000 habitants, soit un taux comparable à celui observé au niveau du département (581,6) mais significativement supérieur à ceux observés aux niveaux de la région (568,5) et de la France hexagonale (572,6). Cette différence significative n'est pas retrouvée si l'on considère séparément les hommes et les femmes.

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

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



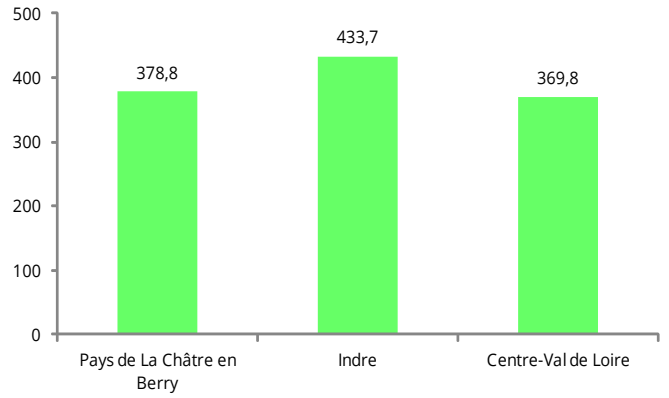
SOURCES : CNAIMTS, CCMSA, RSI, INSEE
 EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
 RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)
 TAUX POUR 100 000 HABITANTS



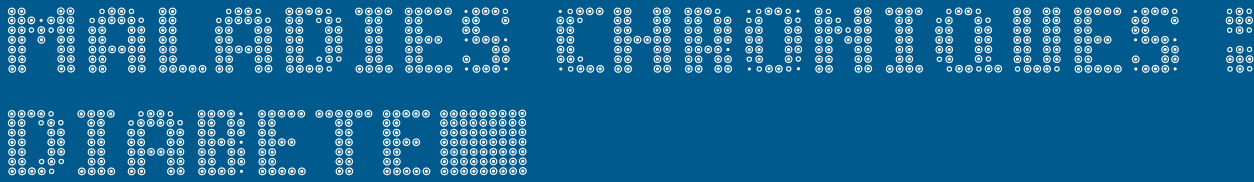
Patients hospitalisés

Entre 2011 et 2013, 10 081 personnes hospitalisées pour cardiopathies ischémiques ont été enregistrées chaque année dans la région. Dans l'Indre, ce motif représente 1 231 patients hospitalisés et en représente 157 sur le pays de La Châtre en Berry. En éliminant les effets liés à la structure par âge, le taux comparatif de personnes hospitalisées pour cardiopathies ischémiques est de 378,8 pour 100 000 habitants sur le territoire d'étude. Ce taux est significativement inférieur à celui du département (433,7), mais comparable à celui de la région (369,8).

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



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

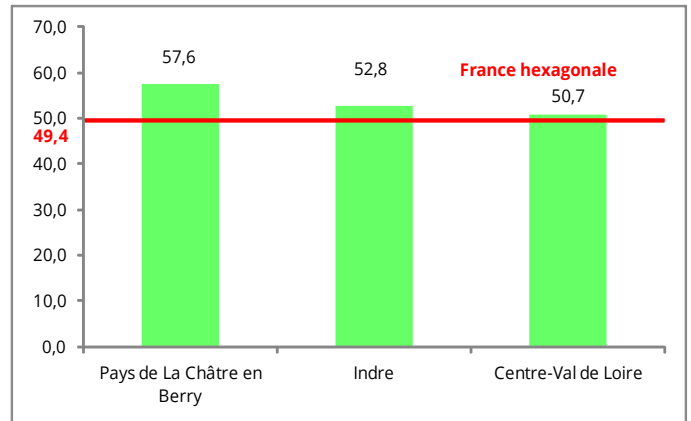


Mortalité par diabète

Au cours de la période 2005-2013, le diabète et ses complications ont été en moyenne responsables de 29 décès annuels sur le territoire (16 masculins et 13 féminins), 182 dans l'Indre et 1 553 en région Centre-Val de Loire.

Après standardisation, le taux comparatif de mortalité par diabète est de 57,6 pour 100 000 habitants, soit un taux comparable à ceux retrouvés sur le département (52,8) et sur la région (50,7) mais significativement supérieur à celui observé au niveau national (49,4).

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR DIABÈTE* [2005-2013]



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

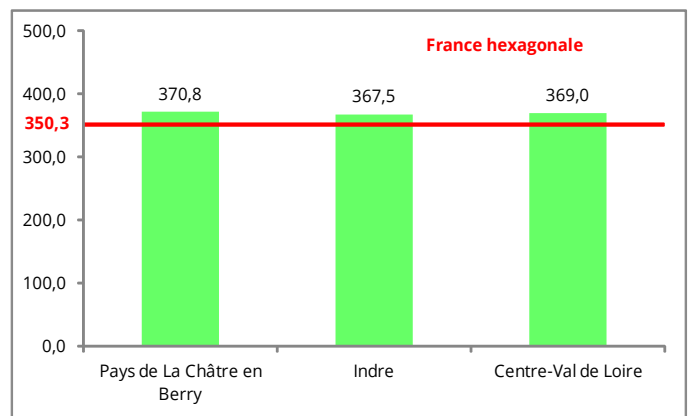
Admissions en affection de longue durée (ALD)

Au cours de la période 2006-2014, le diabète est responsable de 146 nouvelles admissions en ALD par an dans le pays de La Châtre en Berry (11 pour le diabète de type 1 et 135 pour le diabète de type 2).

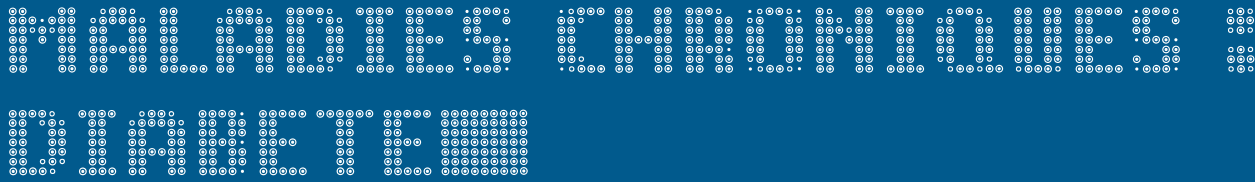
Au total, en 2014, 1 672 résidents du territoire sont pris en charge pour diabète (163 pour le diabète de type 1 et 1 442 pour le diabète de type 2).

Après standardisation, cela représente 370,8 nouvelles admissions en affection de longue durée pour 100 000 habitants, soit un taux comparable à ceux de l'Indre (367,5), de la région Centre-Val de Loire (369,0) et de la France hexagonale (360,8). Si on analyse les hommes et les femmes de façon indépendante, le constat est identique.

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

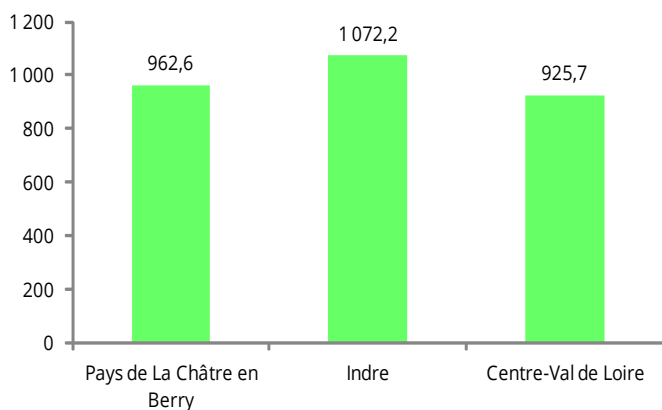


SOURCES : CNAMTS, CCMSA, RSI, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
RÉFÉRENCE FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)
TAUX POUR 100 000 HABITANTS



Patients hospitalisés

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



SOURCES : PMSI, ARS CENTRE-VAL DE LOIRE
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 dans la région. Dans l'Indre, cela représente 3 136 personnes hospitalisées par an et 400 sur le Pays.

À structure d'âge comparable, le taux comparatif est de 962,6 personnes hospitalisées pour 100 000 habitants du territoire d'étude, taux statistiquement inférieur à celui du département (1 072,2) mais comparable à celui de la région (925,7).

Cependant, le taux comparatif de patients hospitalisés pour diabète varie selon le sexe. En effet, ce taux est de 1 138,7 pour 100 000 hommes (taux inférieur à celui du département mais supérieur à celui de la région) et de 781,2 pour 100 000 femmes sur le territoire d'étude (statistiquement inférieur à celui de l'Indre et comparable à celui de la région).

Ressources disponibles sur le territoire

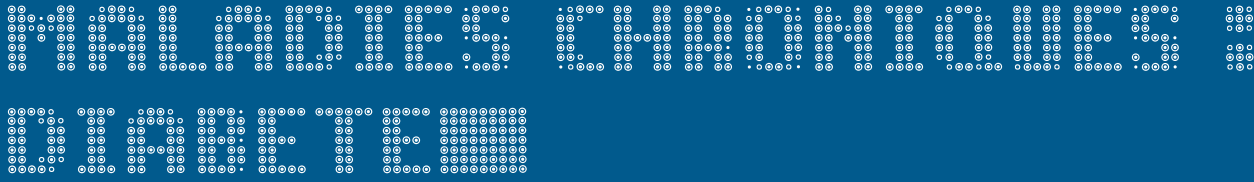
La mutuelle générale pour l'Éducation nationale (MGEN) accompagne le projet d'élèves Segpa du collège de La Châtre sur le « Bien vivre avec son diabète », à destination des collégiens, soit des jeunes âgés de 11 à 15 ans, et leurs parents. Cette action a été menée en mars 2016 à La Châtre et a pour objectifs l'acquisition des notions sur l'équilibre alimentaire, la mise en évidence du rôle essentiel d'une alimentation de qualité, saine et équilibrée et l'importance d'une activité sportive régulière tout au long de la vie, l'animation d'un stand à partir d'un jeu sur l'alimentation. Ces actions ludiques ont été très appréciées.

L'UC-Irsa, organisme d'assurance maladie - dont les missions sont : la réalisation d'examens périodiques de santé pour les assurés sociaux, l'éducation à la santé et éducation thérapeutique, la mise en œuvre d'actions de santé publique (ateliers mémoire, conférence d'information, nutrition,...), la vaccination (mission ARS) et la lutte contre la tuberculose (mission ARS) - accompagne les patients diabétiques de type 2 dans le cadre de la prévention, promotion en santé, afin d'aider à l'éducation thérapeutique du diabète de type 2. Des ateliers ont été organisés et ont mobilisé des

médecins, associations de diabétiques, réseaux...

L'AFDI 36 (association des diabétiques de l'Indre) accompagne les personnes pour mieux vivre avec leur diabète au quotidien, les conseiller pour une meilleure prise en charge de leur maladie, informe les personnes diabétiques et leurs familles sur les évolutions techniques et l'équilibre alimentaire, aide à prévenir le diabète en organisant des actions de sensibilisation du grand public à l'importance d'une bonne hygiène de vie et en proposant des contrôles de glycémie.

Dans le cadre de l'information et de la sensibilisation à la prévention du diabète avec tests de glycémie, une semaine de prévention a été planifiée en juin, ainsi que lors de la journée mondiale du diabète, le 14 novembre, et toute l'année suivant les demandes. En partenariat avec l'ARS, cette action vise à informer et sensibiliser la population (adultes et seniors mais aussi adolescents et enfants en milieu urbain et rural) à la prévention du diabète, dépister les personnes à risque et les conseiller en leur véhiculant des messages de prévention : avoir une alimentation équilibrée et pratiquer une activité régulière. Les stands ont été mis en



place dans les marchés de La Châtre en 2013, 2015 2016, à la foire de St-Denis-de-Jouhet en 2014, 2015 et 2016, et au marché d'Aigurande en 2013. Ces derniers ont obtenu une très bonne fréquentation des stands, beaucoup de tests de glycémies ont été réalisés et la demande d'informations a été relativement importante.

Dans le but d'aider les personnes diabétiques à pratiquer une activité physique régulière afin de mieux prendre en charge leur diabète et leur permettre d'améliorer leur santé physique et mentale, une rencontre avec d'autres personnes a été organisée. L'AFDI 36, en partenariat avec la CPAM et Diapason 36, met en place un programme de séances de gym douce et de taïso (méthode d'éducation physique construite à partir d'exercices traditionnels de préparation au Judo) avec éducateur sportif, à la salle d'Olmor à La Châtre, tous les mercredis de 14h30 à 15h30 sauf en période de vacances scolaires.

Le réseau OncoBerry accompagne pour sa part, les patients atteints de cancer et leur entourage par un suivi diététique, dans le cadre de la prise en charge des soins de support. Ainsi, des conventions ont été signées avec des diététiciens libéraux. Actuellement, le réseau dispose de 7 diététiciennes libérales partenaires dont 2 sur le pays de La Châtre en Berry. Une prise en charge de 4 consultations par année civile et par personne est réalisée au cabinet libéral des diététiciennes ou à domicile.

Après une évaluation des besoins du patient ou de l'entourage réalisée par le réseau et vec l'approbation du médecin traitant ou référent, un suivi diététique peut être accordé. Dans ce cas, le réseau fournit au patient la liste des diététiciens conventionnés et le patient est libre de choisir son

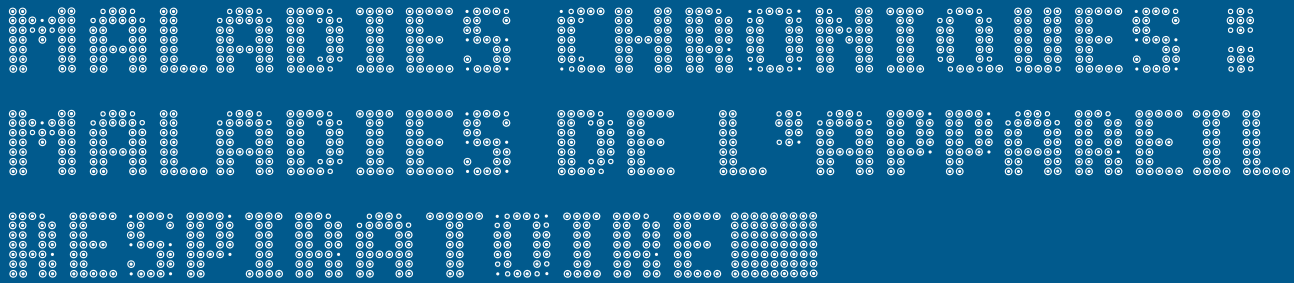
professionnel, généralement au plus près de son domicile.

Le patient gère ses RDV avec le diététicien choisi sans que le réseau interfère et il n'a aucune avance de frais à faire auprès de celui-ci.

Le réseau établit alors un plan personnalisé de santé pour la mise en place de cette prise en charge, qui sera alors adressé à tous les professionnels de santé mentionnés par le patient dans sa fiche d'adhésion. Le diététicien saisit également un compte-rendu à chaque fin de consultation sur le dossier communicant de cancérologie qui peut également être consulté par tous les professionnels de santé.

Il ressort des résultats :

- Année 2014 :
 - 24 patients pris en charge sur les 2 départements
 - 48 consultations en cabinet libéral sur les 2 départements
 - 0 consultation à domicile
 - 4 diététiciennes sont intervenues dans l'Indre
- Année 2015 :
 - 36 patients pris en charge sur les 2 départements
 - 76 consultations en cabinet libéral sur les 2 départements
 - 2 consultations à domicile sur les 2 départements
 - 5 diététiciennes sont intervenues dans l'Indre
- Année 2016 :
 - 46 patients pris en charge sur les 2 départements
 - 98 consultations en cabinet libéral sur les 2 départements
 - 4 consultations à domicile sur les 2 départements
 - 5 diététiciennes sont intervenues dans l'Indre

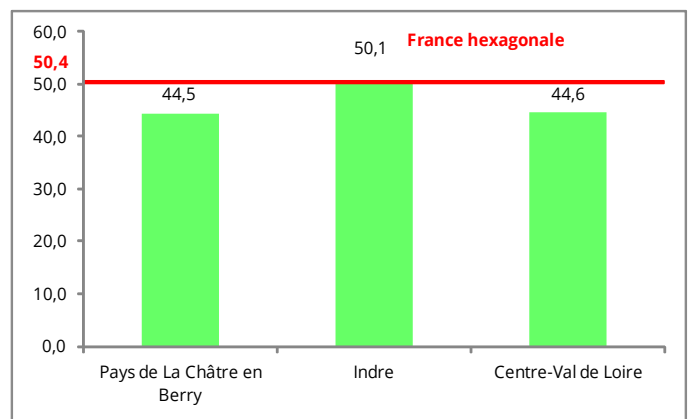


Mortalité par maladies de l'appareil respiratoire

Les maladies de l'appareil respiratoire (pneumonie, grippe, insuffisance respiratoire, asthme, bronchite chronique... cancers des voies respiratoires exclus) représentent une importante cause de décès à l'échelle du territoire. Elles sont en effet la quatrième cause de décès de la population (comme dans les territoires de référence). Ces pathologies équivalent localement à 23 décès annuels en moyenne sur la période 2005-2013, soit 5,4% de l'ensemble des décès.

Le taux standardisé de mortalité relevé sur le pays de La Châtre en Berry est comparable à ceux observés sur les autres territoires de référence : 44,5 décès pour 100 000 habitants pour le Pays, 50,1 pour l'Indre, 44,6 pour la région et 50,4 pour la France hexagonale.

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



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

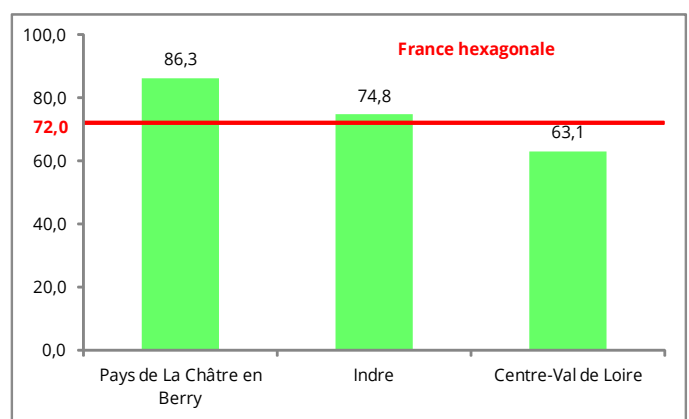
Admissions en affection de longue durée (ALD)

Entre 2006 et 2014, 33 nouvelles admissions ont été enregistrées, en moyenne, pour insuffisance respiratoire chronique dans le pays de La Châtre en Berry. Au total, cela représente en 2014, 281 résidents du Pays pris en charge chaque année en ALD pour insuffisance respiratoire chronique grave.

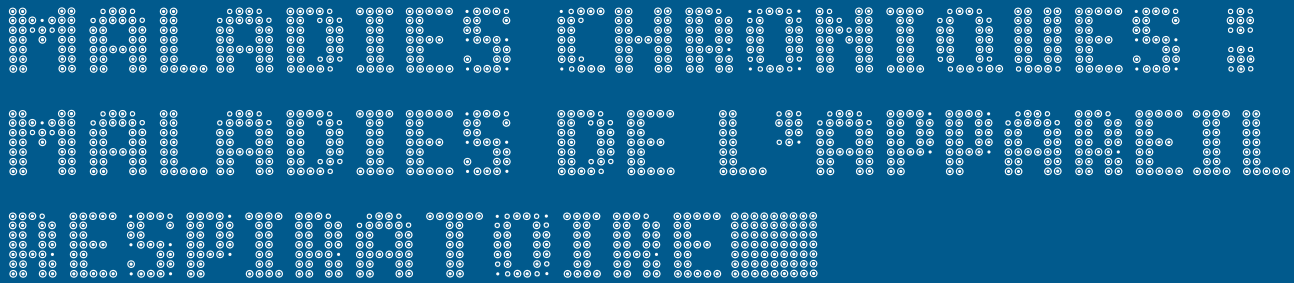
Après standardisation, le taux de nouvelles admissions en ALD pour ces pathologies sur le territoire est de 86,3 pour 100 000 habitants. Ce taux est significativement supérieur au département (74,8), à la région (63,1) et à la France hexagonale (72,0).

L'asthme représente 11 nouvelles admissions en ALD par an au cours de la période sur le territoire (125 personnes prises en charge en ALD par an en moyenne sur la période 2012-2014). Le taux standardisé de nouvelles admissions pour asthme dans le pays de La Châtre en Berry est de 35,3 pour 100 000 habitants, taux comparable au département (31,9) mais significativement supérieur à celui de la région (22,1) et à celui de la France hexagonale (23,7).

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



SOURCES : CNAITS, 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)

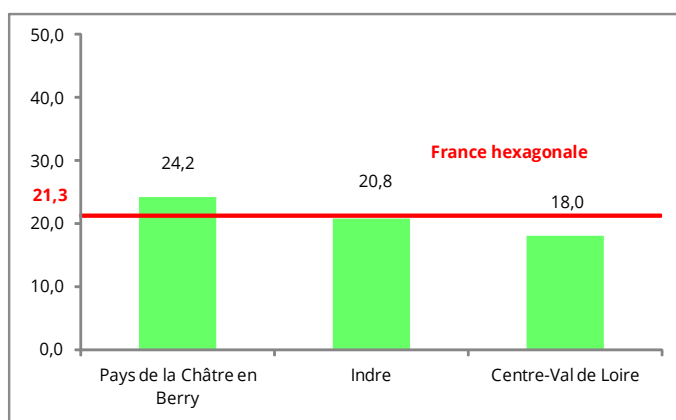
La BPCO est une pathologie respiratoire chronique majoritairement due à la consommation tabagique mais aussi à l'exposition professionnelle ou à la pollution atmosphérique. Elle entraîne progressivement une insuffisance respiratoire chronique allant jusqu'à la nécessité d'une oxygénothérapie à domicile.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

Au cours de la période 2005-2013, la BPCO a été responsable en moyenne par an de 5 décès sur le Pays. Après standardisation, cela équivaut à 22,3 décès annuels pour 100 000 habitants, soit un taux comparable avec les autres territoires de référence (département : 23,6 ; région : 23,2 et France hexagonale : 26,6)

Au cours de la période 2006-2014, 11 nouvelles admissions en ALD pour BPCO ont été comptabilisés sur le territoire (75 résidents du Pays sont pris en charges en ALD pour BPCO chaque année sur la période 2012-2014).

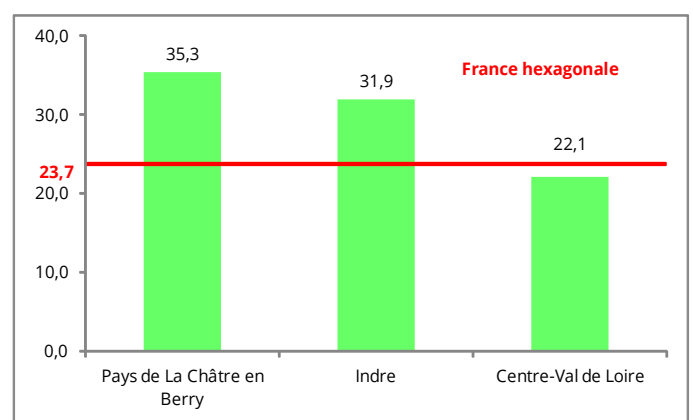
Après standardisation par âge, le taux de nouvelles admissions en ALD pour BPCO du territoire est de 24,2 pour 100 000 habitants, chiffre significativement supérieur à celui retrouvé au niveau de la région (18,0) mais comparable à ceux observés sur le département (20,8) et au niveau national (21,3). Cette différence avec la région est également retrouvée quand on analyse séparément les hommes et les femmes.

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



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

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



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

Au niveau des prises en charge des maladies chroniques, les professionnels rencontrés indiquent la difficulté générale d'accès aux prises en charge spécialisées. Les professionnels concernés sont peu disponibles ou accessibles seulement dans des villes éloignées. Il est ainsi relevé que le diagnostic de la maladie d'Alzheimer est difficile à réaliser sur le territoire, avec des neurologues en nombre restreint et des consultations mémoire situées à Châteauroux. Ce diagnostic sera probablement encore plus difficile à l'avenir avec l'arrêt prochain d'activité d'un médecin spécialisé sur ce diagnostic à Aigurande.

Professionnel : « Châteauroux consultation mémoire, La Châtre nous n'en avons plus et Châteauroux oui il y en a une, donc c'est peu, c'est très peu... Et sur les gens du secteur, les gens vont très très peu, puisque moi j'ai le service spécifique Alzheimer, et donc souvent les prescripteurs ce sont justement les consultations mémoire, et je reçois peu de gens du secteur. »

Suite à un AVC, les patients du territoire peinent à trouver les professionnels dont ils ont besoin pour leur rééducation. Les orthophonistes présents à proximité sont fortement sollicités et certains proposent des délais de prise en charge trop importants pour ce type de pathologie et les kinésithérapeutes se déplacent rarement au domicile. Le manque de kinésithérapeutes impacte aussi la prise en charge d'autres pathologies, comme la mucoviscidose, où la nécessité de désobstruer les bronches chaque jour fait de la kinésithérapie respiratoire un geste régulier et indispensable.

Professionnel : « Quand y a des adultes qui appellent, je les prends tout de suite. Un AVC, ça se traite immédiatement. J'ai une dame qui m'a appelé l'autre jour, qui vient de faire un AVC, elle dit je peine à trouver quelqu'un, elle va venir de Neuillay-les-bois, c'est... et en taxi etc. Tout ça, ça a un coût parce que personne d'autre peut la prendre plus tôt, une collègue à Argenton a dit : "pas avant un an et demi". Non y en a une qui prend sa retraite, l'autre elle ne prend pas d'adultes, enfin je veux dire faut pas exagérer quoi ! »

Professionnel : « On en n'a pas [des kinésithérapeutes], à domicile on en n'a quasiment plus, qui se déplacent... donc ça nous pose des gros soucis sur les patients qui ont, donc, fait des AVC, qui ont une hémiplégie... assez importante, et on a des gens qui rentrent de convalescence et qui n'arrivent pas à avoir une rééducation satisfaisante au regard de leurs séquelles. »

Professionnel : « Le problème de la kiné respiratoire qu'est... où y a deux kinés qui pratiquent, c'est au Poinçonnet et Cluy... Donc après, c'est des déplacements c'est tout ce qu'on veut,

et puis après c'est la famille qui prend le relai au niveau du quotidien. Et puis sinon après deux centres de prise en charge, c'est Tours ou Limoges. »

De manière générale, les réseaux spécialisés dans les maladies chroniques sont rares à intervenir sur le territoire, et plus généralement dans le département de l'Indre.

Professionnel : « Par rapport aux scléroses en plaque, par rapport à des réseaux mobiles neurologiques, c'est vrai que j'ai plusieurs patients où on était en situation de difficulté... C'est difficile de faire appel à des équipes spécifiques. Donc j'ai connu des secteurs où y avait des réseaux mobiles qui agissaient, vraiment spécialisés, et c'est vrai que sur l'Indre c'est un petit peu plus compliqué. »

Professionnel : « Je pense que ça serait un besoin, je pense que c'est un besoin qui reste à combler, en général hein, pas que sur le secteur, parce qu'on a quand même des prises en charge qui sont compliquées sur des patients jeunes... »

En matière de prévention, les professionnels rencontrés observent des niveaux d'information assez variables de la population selon les pathologies. L'information concernant la pathologie du diabète et ses conséquences n'est pas jugée mauvaise. La pathologie est plutôt bien identifiée et comprise, même si certains éléments ne sont pas connus du grand public. Il est nécessaire pour les professionnels de reprendre les informations reçues et de répéter celles-ci, mais l'éducation thérapeutique peut s'appuyer sur des bases déjà transmises.

Professionnel : « Sur les pathologies au niveau du diabète, c'est une pathologie au niveau de mes patients, des patients du Ssiad, l'information qui circule, enfin les patients sont informés généralement, alors nous c'est vrai qu'au niveau du service, on reprend aussi les informations, l'éducation, mais... Je trouve que c'est une pathologie qui est assez bien connue du grand public, je pense qu'il y a eu quand même un gros travail de terrain, au niveau de l'information. »

Professionnel : « Les problèmes de cicatrisation, les problèmes de neuropathie, moi je trouve que c'est assez intégré. »

En revanche, cette éducation thérapeutique ne concerne que les malades. Elle est tardive pour des personnes ayant de longue date de mauvaises habitudes alimentaires et de vie quotidienne, et certaines comptent exclusivement sur les médicaments antidiabétiques qui leur sont prescrits sans chercher à faire évoluer leur comportement.



Professionnel : « On détecte et puis on dit : "celui-là, il aurait besoin de ça". Mais souvent, moi je vois les obèses ou les diabétiques, là, on va dire à quelqu'un de 60 ans, "vous êtes obèse, vous êtes diabétique, il faudrait faire des cures tous les ans" des choses comme ça. Mais si en amont on lui avait dit à l'école, bien manger, bien faire du sport et tout ça, peut-être qu'il aurait changé ses habitudes. Mais quelqu'un qui arrive en fin de vie à 60 ans, on lui dit : "t'es obèse, t'es diabétique, t'es machin, va falloir manger mieux, va falloir bouger un peu", c'est compliqué quoi... »

Professionnel : « On rencontre des gens qui se sont vus découvrir un diabète, à qui on a donné tout de suite une prescription d'antidiabétiques oraux, et qui vous disent : "ah ben non, de toute façon maintenant avec mon petit comprimé ça va aller". Donc vous pouvez parler d'équilibre alimentaire ! »

Habitant : « On est plus attiré vers le sucré en vieillissant. Donc c'est pas grave en fait, faut les laisser manger ce qu'ils veulent. Il est arrivé à un âge où faut arrêter les régimes je pense. C'est leurs seuls plaisirs qui restent, faut les laisser. Bien sûr, faut pas abuser abuser, ceux qui ont des problèmes mais faut les laisser tranquilles avec ça. »

La prévention du diabète nécessiterait un énorme travail en amont sur le mode de vie de l'ensemble de la population, y compris jeune. Celle-ci ne se sent pas concernée par les messages de prévention. La sédentarité, l'alimentation et l'activité physique sont des éléments qui apparaissent difficiles à faire évoluer. Les professionnels regrettent que les actions de prévention ne soient quasiment pas financées, et que les médecins n'aient ni le temps ni les formations nécessaires pour les réaliser.

Professionnel : « Les parents, ils sont pris par leur travail. Ils gèrent moins les enfants. Les enfants sont plus livrés à eux-mêmes, donc après arrivent en difficulté au niveau social et tout, parce que voilà on les laisse plus, ils sont perdus. C'est pour ça qu'ils vont vous voir. Ouais c'est un cercle vicieux : ils mangent tout et n'importe comment, y a même plus... Quand j'entends des enfants qui... enfin, les nôtres qui nous disent : "tous nos copains, ils mangent devant la télé, et pourquoi pas moi ?" (...) Comment voulez-vous qu'après y ait pas les pathologies qui se greffent dessus ? Au bout d'un moment voilà, c'est toute une éducation, mais qui doit commencer depuis l'école moi je pense. Alors on prend en charge ça, mais on n'a pas pris en charge la prévention avant, alors c'est compliqué, on devrait déjà dans les écoles leur dire... »

Professionnel : « Quand on fait de la prévention, moi ça m'est arrivé d'aller faire des choses dans les écoles, c'est totalement bénévole. »

Concernant le cancer, les professionnels et habitants rencontrés soulèvent un grand manque d'information de la part des médecins sur la maladie, la situation précise du patient et les effets possibles des traitements.

Habitant : « Bon j'étais pas très experte en cancer, donc euh... J'ai eu une chimiothérapie, j'étais plutôt contente. Parce que je pensais que ma chimiothérapie elle allait tout tuer. Je ne savais pas que chaque cancer avait un traitement particulier. Et que même sous chimiothérapie et même sous traitement, vous pouvez faire un autre type cancer. Et ça, je pense qu'ils devraient le dire, j'aurais été plus vigilante. »

Professionnel : « Quand même, on a tout un tas de complications quand même liées à ces traitements, et je trouve que l'information, elle est quand même insuffisante. On constate quand même qu'il y a des gens qui... tssss. Et par rapport à des protocoles spécifiques et des pathologies spécifiques, toujours de l'ordre du cancer mais avec certaines spécificités, je trouve qu'on n'informe pas assez le patient. (...) Même si il y a eu une information, mais il semblerait qu'elle ne soit pas encore suffisante, et les gens retournent dans les services et disent voilà j'ai ceci, j'ai cela, et souvent les réponses c'est... flou. »

Les patients concernés retournent à domicile très affaiblis après des séances de chimiothérapie et éprouvent alors des difficultés à s'alimenter et à assurer leurs tâches quotidiennes. Mais le plus souvent, ils n'ont pas été bien prévenus de ces effets secondaires et n'ont pas pris les dispositions suffisantes pour être aidés à leur domicile ou pour augmenter les aides dont ils pouvaient disposer auparavant. Certains patients vivant seuls retournent ainsi à leur domicile sans que les services hospitaliers n'aient cherché à connaître leur situation de vie, et à accompagner le patient dans l'adaptation de celle-ci.

Professionnel : « Les praticiens hospitaliers, une fois que le patient il est sorti de l'hôpital, il est sorti de l'hôpital. Le problème pour eux il est réglé. »

Professionnel : « Aujourd'hui, on nous parle de chimiothérapie, et là je suis complètement affolée. À partir de demain, il faut que j'anticipe parce que là, je sais très bien que c'est une patiente qui vit seule, et là dès qu'on va démarrer la chimiothérapie, je ne vois pas comment elle va pouvoir retourner à son domicile et se débrouiller seule, c'est carrément impossible ! Et ça va démarrer au 21 novembre vous voyez ? On est le 15 demain. »

Professionnel : « C'est vrai qu'entre deux chimios, souvent, ils ont à peine le temps de récupérer que ça y est c'est reparti. Des gens qui se retrouvent seuls, c'est hyper compliqué hein. »

Les professionnels du domicile doivent s'adapter de façon très réactive car les plans d'aide dont bénéficient certaines personnes ne sont pas majorés en anticipation des traitements. Les services hospitaliers ne transmettraient pas clairement toutes les informations aux patients et à leur entourage. Les professionnels regrettent également que l'équipe d'appui départementale de soins palliatifs ne soit sollicitée que sur les situations de fin de vie, alors que d'autres patients devraient pouvoir bénéficier de leurs services.



Professionnel : « Et y a des médecins qui ne veulent pas dire tout au patient, parce que... Voilà, y en a qui ont du mal à dévoiler la vérité. »

Professionnel : « Combien j'entends de patients qui me disent : "ah bah oui aujourd'hui il avait pas le temps". J'avais mal mais bon, voilà. On m'a dit : "vous rentrez". Et je l'ai vécu personnellement, des gens de mon entourage, où on a envoyé des gens qui étaient à un stade de douleur mais on n'avait pas le temps, c'est comme ça c'est une réalité voilà... Après il faut reprendre derrière. »

Des associations (Ligue contre le cancer, OncoBerry) sont présentes pour soutenir les patients atteints de cancer mais leur mission ne consiste pas à apporter une éducation thérapeutique qui relève des professionnels de santé. Les médecins, pris par le reste de leur activité, ne s'engagent actuellement que trop peu dans les programmes d'éducation thérapeutique. Si, depuis plusieurs années, un comité local d'éducation thérapeutique réunit deux

fois par an les professionnels de santé ou structures ayant un programme d'éducation thérapeutique (problèmes cardiaques, prévention du tabagisme, diabète, AVC ..) ainsi que les acteurs du sport susceptibles d'apporter une activité physique aux malades chroniques, cette coordination inclut encore peu de professionnels du pays de La Châtre en Berry.

Professionnel : « On a quand même un peu de mal à mobiliser tout le monde, parce que tout le monde est overbooké. (...) En dehors de Pouligny-Notre-Dame, on a peu de personnes de ce secteur-là, donc il faudrait qu'on essaie d'intégrer les disponibilités des professionnels de santé sur ce territoire... »

Professionnel : « C'est pas eux qui peuvent anticiper ça, et c'est vrai que ça ce n'est pas encore passé dans la culture du soin hein. Je pense quand même qu'on est, au niveau des services hospitaliers, en tant que professionnels de santé, c'est nous qui sommes responsables, ça je crois vraiment qu'il faut qu'on l'intègre. »

LE PAYS DE LA CHÂTRE EN BERRY

OFFRE DE SOINS EN MÉDECINE LIBÉRALE

LE PAYS DE LA CHÂTRE EN BERRY

COMPARAISON AVEC LA FRANCE HEXAGONALE

Offre de soins en médecine libérale

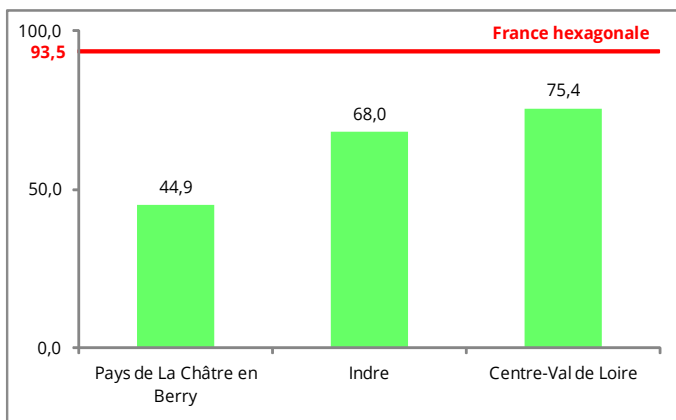
Selon le répertoire partagé des professions de santé au 1^{er} janvier 2016, la région Centre-Val de Loire est la région de France la plus sous-médicalisée après la Picardie (région avant 2016). Si l'on considère maintenant les nouvelles régions issues de la réforme de 2016, la région Centre-Val de Loire est la région la plus sous-médicalisée.

Le pays de La Châtre en Berry compte 27 médecins généralistes exerçant sur son territoire, soit une densité totale de 93,3 professionnels pour 100 000 habitants. Elle est inférieure à ce que l'on peut retrouver au niveau du département (121,9), de la région (127,1) et de la France hexagonale (156,1).

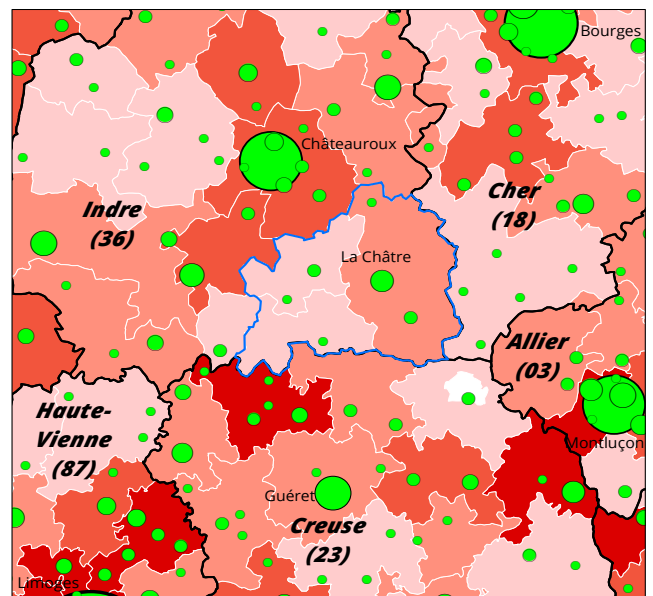
Le nombre total de médecins généralistes comprend les médecins généralistes exerçant leur profession en tant que salariés (11) ou ayant une activité mixte (3), certainement pour la plupart au sein de structures de soins qui ne participent donc pas directement, ou de manière réduite, au maillage de soins de premiers recours.

De fait, le territoire comporte 13 généralistes libéraux pour une densité de 44,9 pour 100 000 habitants. C'est inférieur à la moyenne départementale (68,0), régionale (75,4) et nationale (93,5). Près de la moitié d'entre eux est installée sur la commune de La Châtre (6 sur 13). La communauté de communes de la Marche Berrichonne ne comporte quant à elle qu'un seul généraliste libéral.

DENSITÉ DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX DANS LE PAYS DE LA CHÂTRE EN BERRY AU 1^{ER} JANVIER 2016



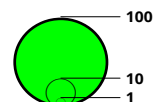
SOURCES : RPPS 2016, INSEE (RP 2013)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



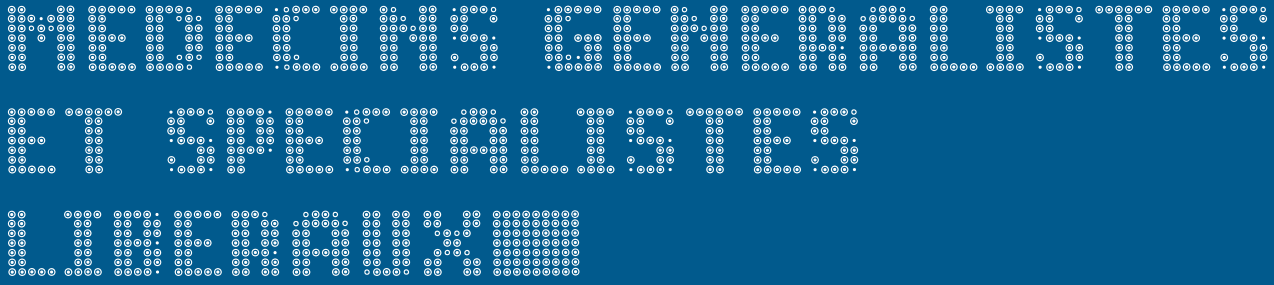
Densité de médecins généralistes libéraux (/ 100 000 habitants)

Nombre de médecins généralistes libéraux

- Plus de 100
- de 75 à 100
- de 50 à 75
- Moins de 50
- Pays La Châtre en Berry



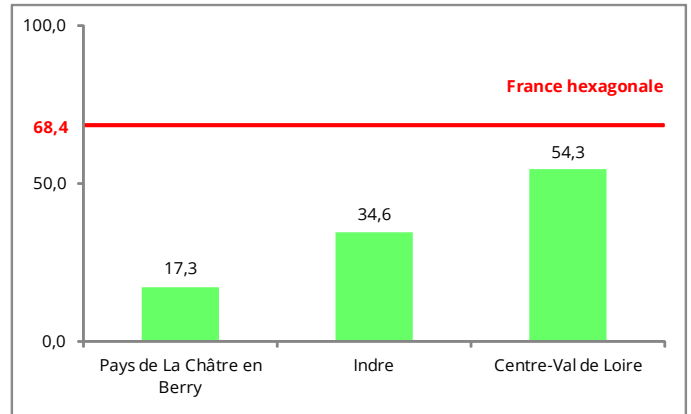
SOURCES : RPPS AU 1^{ER} JANVIER 2016, INSEE (RP 2013)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



Concernant les médecins spécialistes, 5 exercent une activité exclusivement libérale dans le pays de La Châtre en Berry. Cela représente une densité de 17,3 spécialistes libéraux pour 100 000 habitants, soit une proportion inférieure à celle retrouvée dans le département, la région ou en France hexagonale (respectivement 34,6 ; 54,3 et 68,4). L'offre libérale de spécialistes se compose d'un chirurgien orthopédiste, d'un endocrinologue, d'un ophtalmologue, d'un radiologue et d'un médecin rééducateur.

En comptabilisant de plus les médecins spécialistes exerçant totalement ou en partie de manière salariée (hôpitaux, structure de soins...), on retrouve au sein du territoire 8 médecins spécialistes, soit une densité tous modes d'exercice confondus de 27,6 pour 100 000 habitants. Cette densité est inférieure à celle retrouvée dans l'Indre (89,4), en Centre-Val de Loire (141,0) ou en métropole (186,2).

DENSITÉ DE MÉDECINS SPÉCIALISTES LIBÉRAUX DANS LE PAYS DE LA CHÂTRE EN BERRY AU 1^{ER} JANVIER 2016



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

Offre de professionnels de santé libéraux sur le territoire

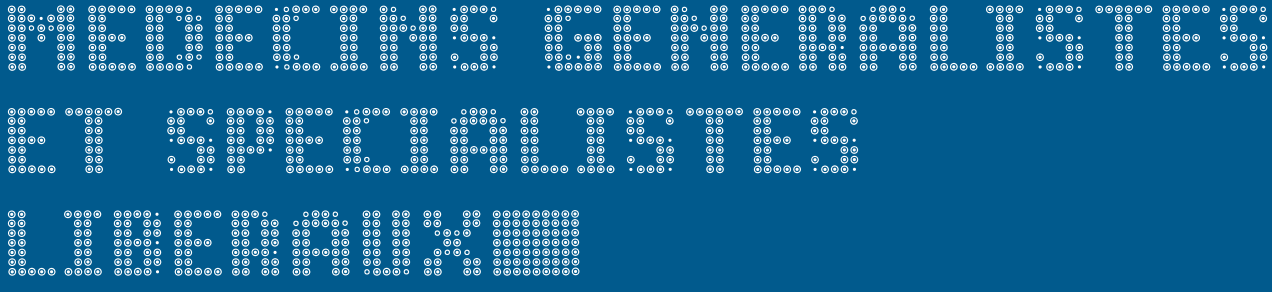
Au 1^{er} janvier 2016, 11 chirurgiens-dentistes libéraux étaient installés au sein du pays de La Châtre en Berry (dont 7 au sein de la CC La Châtre-Sainte-Sévère). Cela correspond à une densité de 38,0 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants, proportion semblable à la région (39,4) mais supérieure à celle retrouvée au niveau du département (31,1) et inférieure à celle de la France hexagonale (53,4).

Le territoire compte 42 infirmiers libéraux, soit une densité de 145,1 pour 100 000 habitants. Cette proportion est semblable à celle observée dans l'Indre (147,7), supérieure à celle observée au niveau de la région (102,8) et inférieure à celle observée en France hexagonale (174,3).

Rapporté à la population de plus de 65 ans, ces derniers étant potentiellement les plus grands consommateurs de soins à domicile, la densité d'infirmiers libéraux dans le territoire est de 512,9 pour 100 000 habitants de 65 ans et plus. Cette proportion est comparable avec celle observée dans la région (516,6) mais significativement inférieure à celle retrouvée dans l'Indre (597,4) et au niveau de la France hexagonale (973,0).

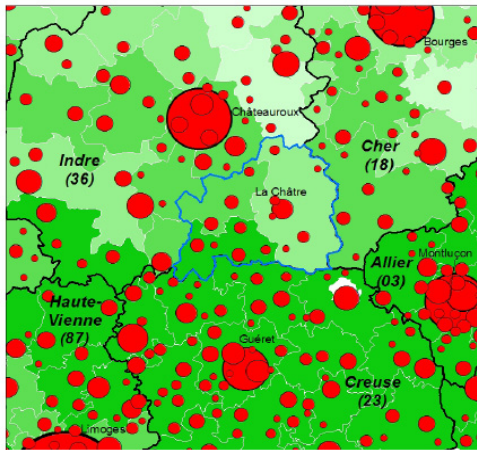
Les masseurs kinésithérapeutes sont 20 à exercer en libéral au sein du pays de La Châtre en Berry, soit une densité de 69,1 pour 100 000 habitants. Cette proportion est comparable avec celle observée en région (67,6), supérieure au niveau du département (54,8) mais inférieure à celle du niveau national (104,1). 3 professionnels supplémentaires sont présents sur le territoire, travaillant comme salariés. Cela équivaut pour le pays à 23 masseurs-kinésithérapeutes pour une densité de 79,5 pour 100 000 habitants, densité comparable au département et à la région (respectivement 72,8 et 86,8) mais inférieure à celle du niveau national (131,1).

S'agissant des orthophonistes, 2 exercent en libéral sur le territoire au 1^{er} janvier 2016, soit une densité de 6,9 pour 100 000 habitants. C'est inférieur aux proportions retrouvées dans l'Indre (11,4), le Centre-Val de Loire (22,6) et l'Hexagone (30,1). Aucun salarié n'est recensé sur le territoire d'étude. La densité pour les orthophonistes, tous modes d'exercice confondus, est donc de 6,9 pour 100 000 habitants sur le Pays, contre 16,7 pour le département, 30,1 pour la région et 37,2 pour la France hexagonale.



DENSITÉ DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX DANS LE PAYS DE LA CHÂTRE EN BERRY AU 1^{ER} JANVIER 2016

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

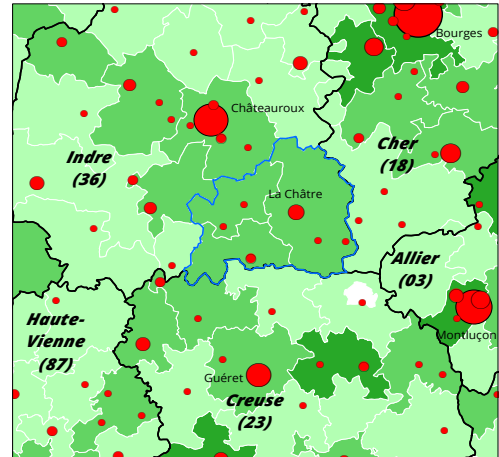
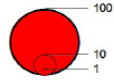


Densité d'infirmiers libéraux (/ 100 000 habitants)

- Plus de 200
- de 150 à 200
- de 100 à 150
- Moins de 100

■ Pays La Châtre en Berry

Nombre d'infirmiers libéraux

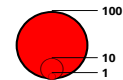


Densité de chirurgiens dentistes libéraux (/ 100 000 habitants)

- Plus de 75
- de 50 à 75
- de 25 à 50
- Moins de 25

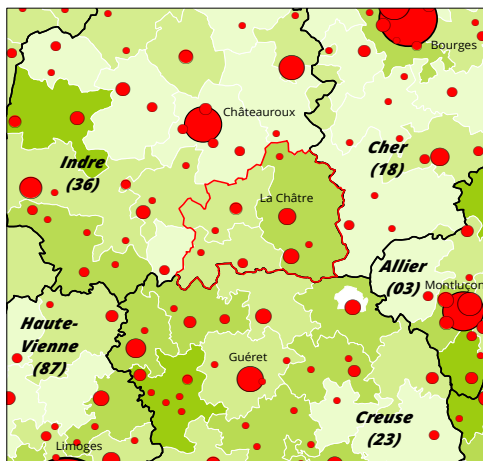
■ Pays La Châtre en Berry

Nombre de chirurgiens dentistes libéraux



Infirmiers

Chirurgiens-dentistes

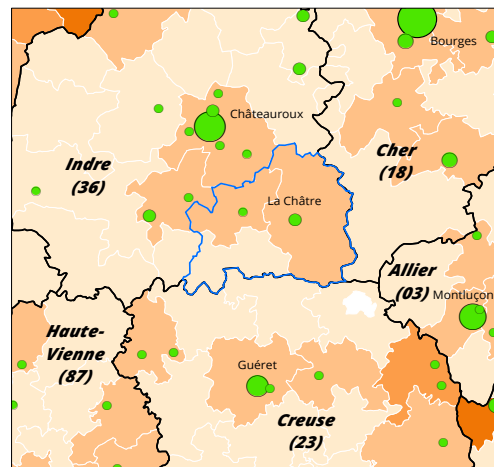
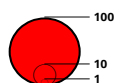


Densité de masseurs, kinésithérapeutes libéraux (/ 100 000 habitants)

- Plus de 100
- de 75 à 100
- de 50 à 75
- Moins de 50

■ Pays La Châtre en Berry

Nombre de masseurs-kinésithérapeutes libéraux



Densité d'orthophonistes libéraux (/ 100 000 habitants)

- Plus de 50
- de 25 à 50
- de 10 à 25
- Moins de 10

■ Pays La Châtre en Berry

Nombre d'orthophonistes libéraux



Masseurs-kinésithérapeutes

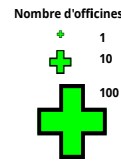
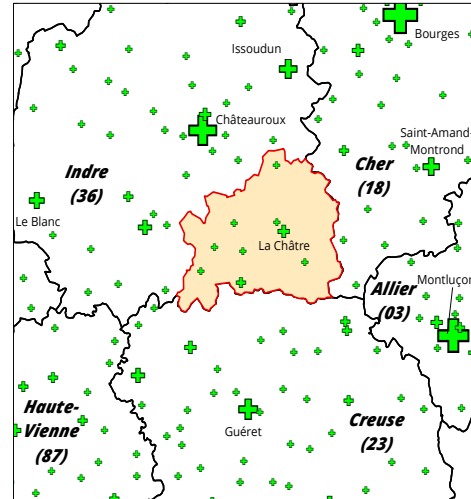
Orthophonistes



Offre en pharmacie

Selon le fichier Finess, fin septembre 2016, 12 officines sont implantées sur le territoire, représentant 1 pharmacie pour 2 423 habitants. 3 d'entre elles sont situées sur La Châtre et 2 sur Aigurande. Les autres sont réparties sur les communes de : Cluis, Montgivray, Neuvy-Saint-Sepulchre, Orsennes, Saint-Août, Saint-Denis-de-Jouhet et Sainte-Sévère-sur-Indre.

NOMBRE D'OFFICINES SUR LE TERRITOIRE (FIN SEPTEMBRE 2016)



Pays La Châtre en Berry

SOURCE : FINISS [EXTRACTION FIN SEPTEMBRE 2016]
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

Maisons de santé pluridisciplinaires

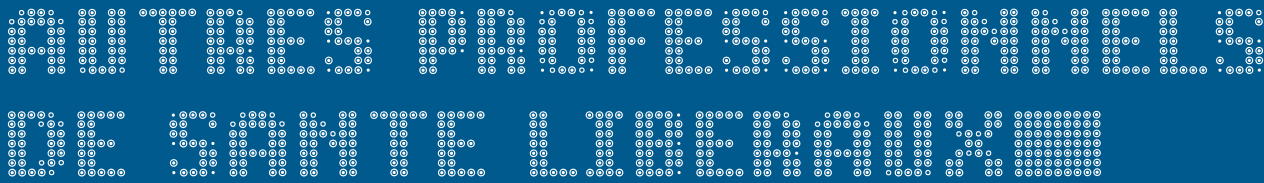
Elles assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales (article L. 6323-3 du code de la Santé publique). Le pays de la Châtre-en-Berry compte sur son territoire une MSP en fonctionnement. Elle accueille, au 15 janvier 2017, 20 professionnels de santé dont 5 médecins généralistes.

NOMBRE DE MSP SUR LE TERRITOIRE



Maison de santé (L.6223-3)

SOURCE : FINISS [EXTRACTION LE 15/01/2017]
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



Permanence des soins ambulatoires (PDSA) sur le territoire

La mission de permanence des soins en médecine générale est une mission de service public qui a pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés aux heures de fermeture habituelles des cabinets libéraux et des centres de santé. Depuis le 1^{er} avril 2012, l'organisation de la permanence des soins en médecine générale est définie dans un cahier des charges régional décliné par département.

Les médecins participent à la permanence des soins et à l'activité de régulation sur la base du volontariat. La permanence des soins en médecine générale est assurée dans l'Indre aux horaires suivants :

- Les jours du lundi au vendredi de 20 heures à 23 heures ;
- Les samedis de 12h à 23h ;
- Les dimanches et jours fériés de 8h à 23h.

Pour l'ensemble de ces secteurs, la permanence des soins s'étend aux lundis de 8h à 23h lorsqu'ils précèdent un jour férié ; aux vendredis et samedis de 8h à 23h lorsqu'ils suivent un jour férié. La continuité de la permanence après 23h est assurée par les services du Samu-Centre 15 du centre hospitalier de Châteauroux.

L'organisation de la permanence des soins dans l'Indre a pour objectif de maintenir et de garantir une prise en charge des soins de proximité sur tout le territoire départemental. Le département est ainsi divisé en cinq grands secteurs de PDSA (cahier des charges relatif à l'organisation des soins en médecine générale dans l'Indre, 1^{er} juillet 2016) :

- Le secteur Centre : regroupe Châteauroux, Saint-Maur, Ardentes, Le Poinçonnet et Déols ;

- Le secteur Nord-est : regroupe Issoudun, Levroux, Vatan, Reuilly ;
- Le secteur Sud-est : regroupe Argenton, Neuvy-Saint-Sépulchre, Aigurande, La Châtre et Eguzon ;
- Le secteur Nord-ouest : regroupe Châtillon, Buzançais, Villedieu-sur-Indre, Valençay, Clion, Chabris, Poulaines ;
- Le secteur Sud-ouest : regroupe Mézières, Le Blanc, Saint-Benoît-du-Sault, Tournon-Saint-Martin et Saint-Gautier.

Ce découpage permet d'avoir 20 médecins en moyenne par secteur et garantit un tour de garde moins fréquent pour les médecins. Le médecin effecteur a la possibilité d'assurer la garde dans son cabinet ou dans une maison médicale de garde. Cinq maisons médicales de garde sont opérationnelles sur le secteur dont deux sur le secteur de La Châtre (une à La Châtre place du général de Gaulle et l'autre à Aigurande au sein d'un cabinet médical situé 6 rue Jean Marien Messant). Ainsi, sur le secteur de garde de La Châtre, les deux maisons médicales de garde fonctionnent en alternance.

Les maisons médicales de garde sont ouvertes :

- Du lundi au vendredi de 20 heures à 23 heures ;
- Les samedis de 12h à 23h ;
- Les dimanches et jours fériés de 8h à 23h ;
- Et à titre expérimental, les samedis de 8h à 12h.

L'accès à la maison médicale est régulé par le centre 15 du centre hospitalier de Châteauroux.

Méthodologie

L'accessibilité potentielle localisée (APL) permet d'appréhender la disponibilité de l'offre au niveau communal. L'indicateur développé par la Drees et l'Irdes vise à améliorer les indicateurs usuels d'accessibilité aux soins (distance d'accès au plus proche, 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

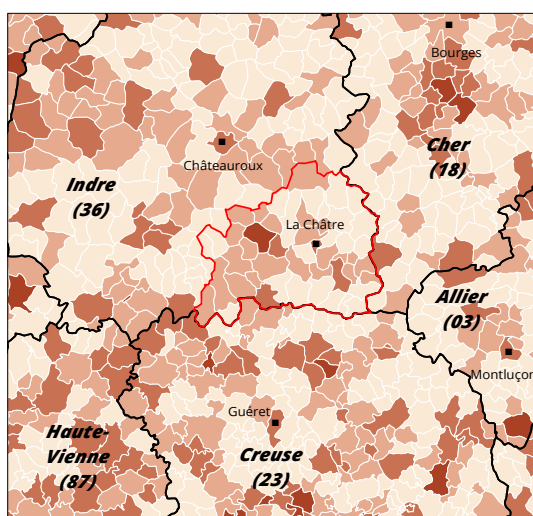
« équivalent temps plein » (ETP), calculé en fonction du nombre d'actes (consultations et visites), suivant certaines hypothèses.

- La demande de soins en professionnels de premier recours est différenciée par classes d'âge, d'après l'observation des consommations par tranche d'âge disponibles dans les bases de l'Assurance maladie.

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

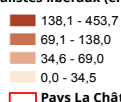
- le premier niveau concerne les communes où l'APL est la plus basse (inférieure ou égale à la moitié de la moyenne nationale) ;
- le deuxième niveau regroupe les communes à basse APL (comprise entre la moitié de la moyenne nationale et la moyenne nationale incluse) ;
- le troisième concerne les communes 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).

APL AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX



Accessibilité potentielle localisée (APL) en 2013

Médecins généralistes libéraux (en ETP pour 100 000 habitants)



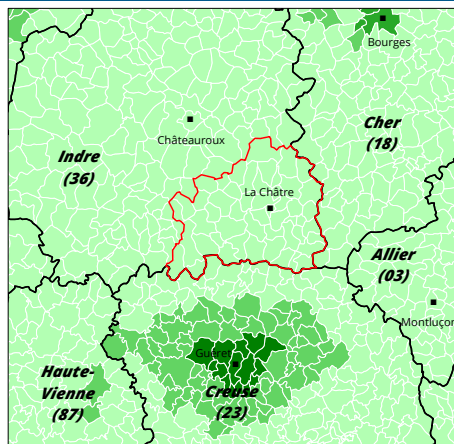
APL France
entière : 69 / 100 000

□ Pays La Châtre en Berry

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 de La Châtre en Berry, 45,1 % des communes se situent dans la borne où les APL sont les plus basses (inférieures ou égales à la moitié de la moyenne nationale), 45,1 % ont des APL basses (comprises entre la moitié de la moyenne nationale et la moyenne nationale incluse) et 4 communes ont des APL élevées (supérieures à la moyenne nationale mais inférieures ou égales au double de la moyenne nationale). Il s'agit des communes de Fougerolles (69,1 ETP / 100 000), de La Châtre (99,8 ETP / 100 000), de Sainte-Sévère-sur-Indre (101,4 ETP / 100 000) et d'Aigurande (136,3 ETP / 100 000). Enfin, la commune de Neuvy-Saint-Sépulchre fait partie de la classe ayant les APL les plus élevées (145,5).

APL AUX PÉDIATRES LIBÉRAUX



Accessibilité potentielle localisée (APL) en 2013

Pédiatres libéraux (en ETP pour 100 000 habitants)

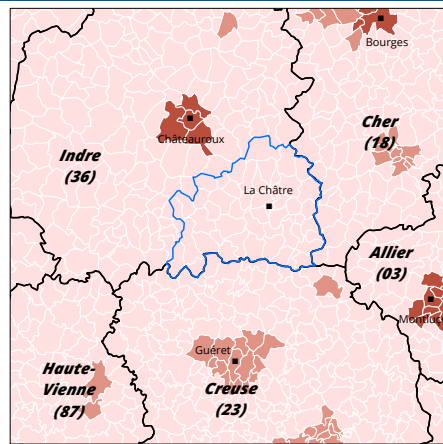


APL France
entière : 3 / 100 000

 Pays La Châtre en Berry

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

APL AUX GYNÉCOLOGUES LIBÉRAUX



Accessibilité potentielle localisée (APL) en 2013

Gynécologues libéraux (en ETP pour 100 000 habitants)



APL France
entière : 7 / 100 000

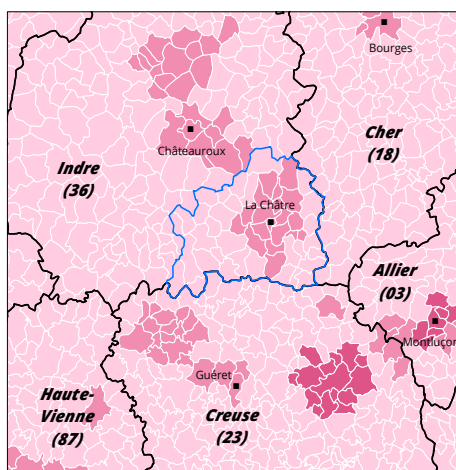
 Pays La Châtre en Berry

SOURCE : 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. Toutes les communes du Pays ont une APL très basse, c'est-à-dire inférieure à 1,5 ETP pour 100 000 habitants.

S'agissant des gynécologues libéraux, l'APL en France est de 7 ETP pour 100 000 habitants. À l'échelle du Pays, toutes les communes ont une APL très basse (inférieure à la moitié de la moyenne nationale).

APL AUX SAGES-FEMMES LIBÉRALES



Accessibilité potentielle localisée (APL) en 2013

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

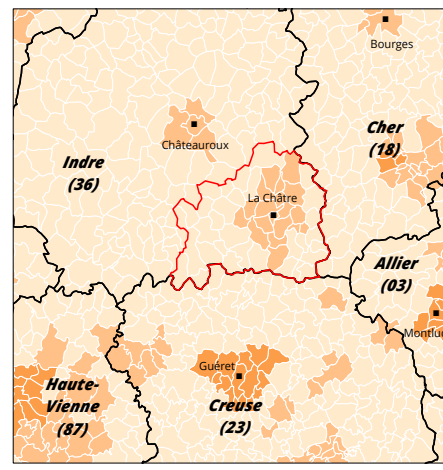


APL France
entière : 6 / 100 000

 Pays La Châtre en Berry

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

APL AUX OPHTALMOLOGUES LIBÉRAUX



Accessibilité potentielle localisée (APL) en 2013

Ophthalmologues libéraux (en ETP pour 100 000 habitants)



APL France
entière : 6 / 100 000

 Pays La Châtre en Berry

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

Pour les sages-femmes libérales, au niveau national, l'APL est de 6 ETP pour 100 000 habitants. Sur le territoire, la majorité des communes ont des APL très basses (62,7 %), 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).

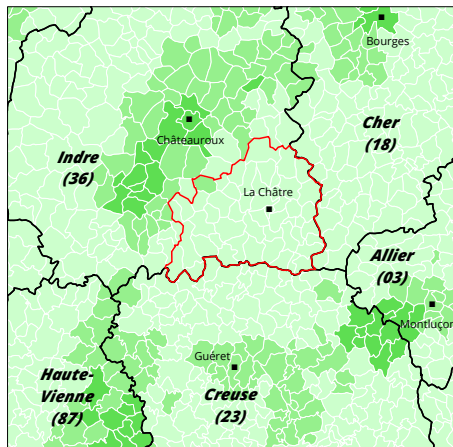
L'APL aux ophtalmologues libéraux en France en 2013 est de 6 ETP pour 100 000 habitants. La plupart des communes du territoire ont des APL très basses (62,7 %), c'est-à-dire inférieures ou égales à 3 ETP pour 100 000 habitants. Le reste des communes ont des APL basses (comprises entre 3,1 et 6 ETP pour 100 000 habitants).

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

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

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

APL AUX PSYCHIATRES LIBÉRAUX



Accessibilité potentielle localisée (APL) en 2013

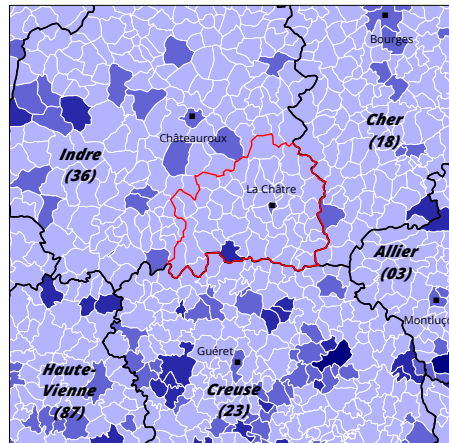
Psychiatres libéraux (en ETP pour 100 000 habitants)



APL France
entière : 8 / 100 000

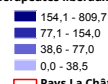
SOURCE : DREES (SNIIRAM, CNAMTS), INSEE RP
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

APL AUX MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES LIBÉRAUX



Accessibilité potentielle localisée (APL) en 2013

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



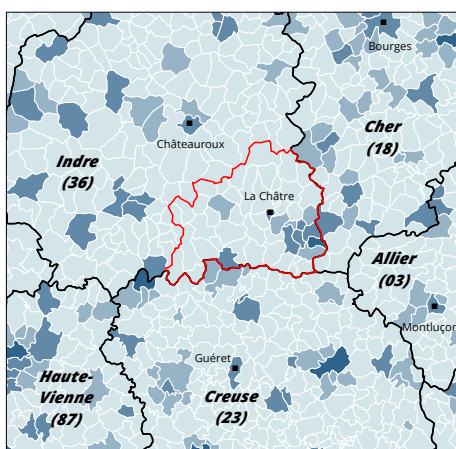
APL France
entière : 77 / 100 000

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

S'agissant des psychiatres libéraux, l'APL en France en 2013 est de 8 ETP pour 100 000 habitants. Presque l'intégralité des communes du territoire ont des APL très basses (inférieures ou égales à 4 ETP pour 100 000 habitants). Seule la commune de Buxières-d'Aillac a une APL basse (5,0 ETP pour 100 000 habitants).

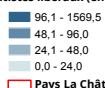
En 2013, la densité médicale de masseurs-kinésithérapeutes libéraux, calculée à partir d'une mesure de l'offre de soins en ETP, est de 77 ETP pour 100 000 habitants en France. À l'échelle des communes du Pays, d'une manière générale, l'APL est très basse. La commune de la Châtre a une APL basse (41,3 ETP pour 100 000 habitants) et celle d'Aigurande a quant à elle une APL élevée (111,4 ETP pour 100 000 habitants).

APL AUX CHIRURGIENS-DENTISTES LIBÉRAUX



Accessibilité potentielle localisée (APL) en 2013

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



APL France
entière : 48 / 100 000

SOURCE : DREES (SNIIRAM, CNAMTS), 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 de la Châtre en Berry ont une APL très basse. Cinq communes ont une APL basse (Briantes, Nérét, Neuville-Saint-Sépulchre, La Motte-Feuilly et Perrassay). Six communes du territoire ont une APL élevée (Feusines, Champillet, Urciers, La Châtre, Aigurande et Sainte-Sévère-sur-Indre). Enfin, la commune de Lignerolles a une APL très élevée (114,2 ETP pour 100 000 habitants).

Equipements hospitaliers sur le territoire

Selon la statistique annuelle des établissements de santé 2015, collectée par la Drees, le pays de La Châtre en Berry compte 62 lits en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO).

L'offre hospitalière se décline sur plusieurs établissements au sein du territoire :

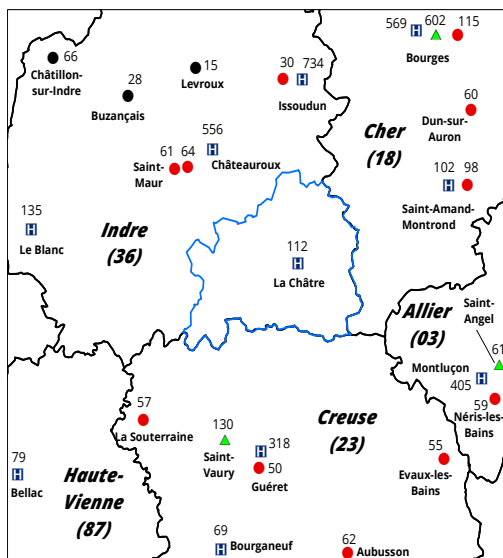
- le CH de La Châtre compte en 2015 37 lits d'hospitalisation complète en médecine, auxquels s'ajoutent 35 lits de soins de suite et réadaptation et 40 lits de psychiatrie (l'établissement ne dispose d'aucun équipement médico-technique) ;
- le Centre "convalescence et diététique Manoir du Berry" à Pouligny-Notre-Dame compte quant à lui 25 lits de médecine et 92 lits de soins de suite et réadaptation.

En plus des équipements présents sur le territoire, on retrouve sur le département de l'Indre :

- le Centre hospitalier de Châteauroux ;
- des centres hospitaliers de proximité à Issoudun et Le Blanc ;
- des cliniques privées à Châteauroux, Chasseneuil-en-Berry ;
- des services de soins de suite et de réadaptation à Valençay, Châtillon-sur-Indre, Buzançais...

La population du territoire peut aussi compter sur un centre hospitalier doté d'équipements de haut niveau à Tours, et se situe à proximité de deux autres centres hospitalo-universitaires à Poitiers et à Clermont-Ferrand.

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



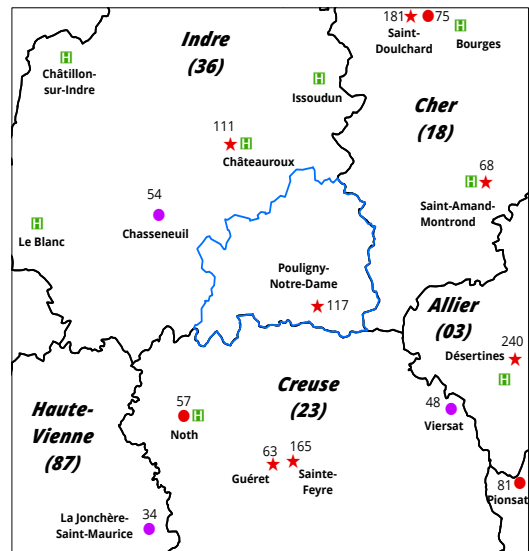
Etablissements publics de santé en 2015

- ☒ 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 734 : Lits installés en hospitalisation complète

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

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

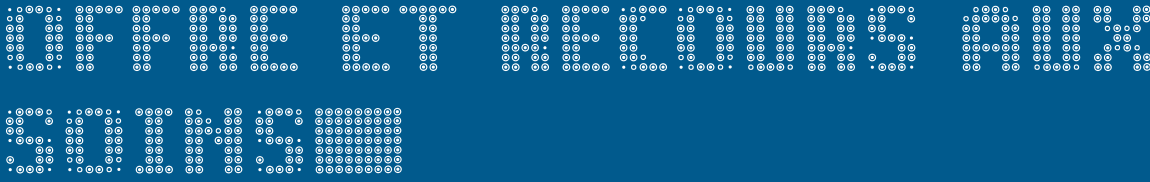


Etablissements privés de santé en 2015

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

De 15 à 734 : Lits installés en hospitalisation complète

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



Ressources disponibles sur le territoire

En matière d'accès aux soins des jeunes lycéens de La Châtre, une permanence aux soins de santé est organisée par le centre hospitalier de La Châtre, au service de la permanence d'accès aux soins de santé (Pass) et en collaboration avec le service social en faveur des élèves du lycée de La Châtre (éventuellement organismes de Sécurité sociale étudiante). À destination des lycéens et futurs étudiants, apprentis ou salariés (de la seconde à la terminale), elle devrait être réalisée au lycée de La Châtre en mai 2017.

Afin de valoriser les jeunes lycéens, futurs étudiants, apprentis ou salariés, jeunes majeurs ou en approche de la majorité, et leur permettre de s'étendre à plus d'autonomie, la Pass souhaite s'inscrire dans une prochaine action autour des démarches administratives et sociales à réaliser pour devenir ayant droit à part entière (détachement de la Sécurité sociale des parents, demande d'une carte Vitale à l'âge de 16 ans...). Cette action pourra également permettre d'aborder le sujet de l'accès effectif aux soins (changement de médecin traitant) et d'échanger sur des problématiques de soins et de santé rencontrées par les jeunes (conduites à risque, drogues, sexualité et contraception...). Pour l'heure, le centre hospitalier de La Châtre – service de la permanence d'accès aux soins de santé, est au stade de construction du projet. Il recueille des besoins et mobilise des partenaires.

Par ailleurs, le territoire de santé sur lequel se déploie l'activité du centre hospitalier de Châteauroux-Le Blanc comprend le bassin de vie de La Châtre. Le centre hospitalier de La Châtre est d'ailleurs membre du groupement hospitalier de territoire de l'Indre, dont l'établissement support est le centre hospitalier de Châteauroux-Le Blanc.

De plus, des actions de coopérations spécifiques sont mises en œuvre entre le centre hospitalier de Châteauroux-Le Blanc et le centre hospitalier de La Châtre :

- périnatalité : mise à disposition de deux sages-femmes

deux journées par mois ;

- gynécologie obstétrique : consultations avancées une fois par semaine ;
- Samu – UMCS : fonctionnement d'une unité mobile correspondante du Samu 36 sur le site du CH de La Châtre ;
- imagerie médicale : continuité des soins en imagerie médicale pour les patients hospitalisés au CH de La Châtre ;
- coopération dans le champ de la psychiatrie adulte.

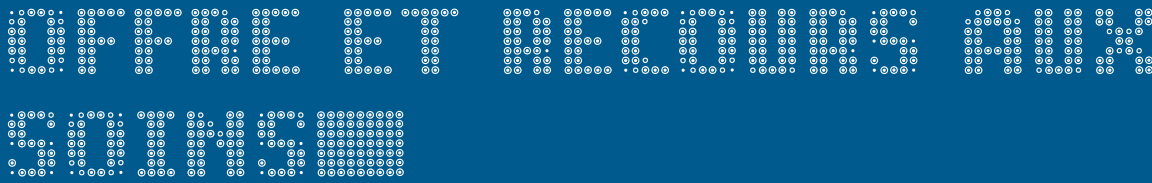
Il est également à noter que, sur le bassin de vie de La Châtre, sont installées deux antennes du pôle de psychiatrie du centre hospitalier de Châteauroux-Le Blanc :

- le centre médico-psychologique, antenne du service de pédopsychiatrie infanto-juvénile du CH de Châteauroux-Le Blanc ;
- le lieu d'hébergement « l'Étape », à Mers-sur-Indre, antenne du pôle de psychiatrie adulte du CH de Châteauroux-Le Blanc, qui accueille des personnes ayant des pathologies psychiatriques.

Il est à noter que dans le cadre du CLS Châteauroux métropole, de nouvelles fiches actions portées par le centre hospitalier de Châteauroux-Le Blanc ont été créées.

À savoir :

- une action « consultation préconceptionnelle » réalisée par le réseau Périnat 36 ;
- une action « porter secours – les gestes qui sauvent » à destination de la jeunesse et des enfants en milieu scolaire ou en centres aérés, réalisée par le CESU (centre d'enseignement des soins d'urgence) avec distribution de la BD " Bob le Défibrillateur Cœurentin " : projet co-constructif entre les services CH/CESU et les services municipaux et l'Éducation nationale. Le but est de leur transmettre des valeurs, des postures simples autour de la notion du « porter secours », des ateliers ludiques ont été réalisés avec " BD Cœurentin ".



Synthèse des rencontres avec les professionnels et les habitants

La démographie des professionnels de santé libéraux du pays de La Châtre en Berry constitue une problématique importante en matière d'accès aux soins. Elle est plus ou moins prégnante selon les parties du territoire. Ainsi des communes comme Neuvy, Aigurande et La Châtre disposent d'une offre conséquente au regard de leurs populations. Leurs praticiens doivent prendre en charge en grande partie les patients des environs, mais les habitants rencontrés estiment avoir des rendez-vous assez rapidement. La situation future de ces communes est néanmoins incertaine et inquiétante pour une partie de la population et des élus.

Élu : « Neuvy, c'est quand même 1 690 habitants, la ville hein, au niveau santé, on a le bonheur d'avoir 4 généralistes ici, on a le bonheur d'avoir 6 infirmières, d'avoir 2 kinés, podologues et puis je vais en oublier... pharmaciens bien sûr, dentistes aussi, ostéos (...) Au niveau santé, on peut pas se plaindre, vous savez que quand on parle du désert médical, c'est pas notre cas, c'est un bonheur ! »

Professionnel : « Moi j'habite Châteaumeillant, 17 km de La Châtre, donc on est en plein désert, et bien les gens de Châteaumeillant viennent à La Châtre. »

Habitant : « Ça va. Mon mari est malade, j'ai appelé avant-hier il a eu son rendez-vous hier. »

Habitant : « Au niveau médical, on n'est pas si mal achalandé que ça. On a une ostéopathe qui s'est installée. On a un podologue qui vient. »

Habitant : « Bah pour l'instant, c'est juste que dans pas très longtemps y aura moins de médecins parce que y en a beaucoup, enfin beaucoup, là sur Aigurande y en a au moins deux voire trois qui vont partir à la retraite dans peu de temps. Et on ne sait pas qui va les remplacer. »

D'autres communes du territoire ont déjà perdu leurs professionnels médicaux et paramédicaux, avec des départs en retraite ou des changements de lieux d'exercice amenant une plus grande concentration des professionnels dans quelques communes. Dans un contexte où les professionnels de santé effectuent de moins en moins de visites à domicile, cette évolution contraint de plus en plus les habitants du territoire à effectuer des déplacements importants pour leurs consultations. Or, certaines personnes âgées ou en situation de précarité n'ont pas de moyens de transport individuels, ni les moyens de payer un taxi. Des lignes départementales de bus fixes et à la demande couvrent le

territoire (Aile Bleue, lignes E, F, G, H, I) avec une certaine flexibilité sur les horaires et un coût réduit, mais avec peu de passages quotidiens, ce service de transports demande une bonne organisation et une mobilité jusqu'aux arrêts du bus. L'éloignement des habitants vis-à-vis des lieux de consultation représente donc une contrainte, qui contribue en partie au renoncement aux soins ou au report de certains soins, dès lors qu'ils ne sont pas considérés comme importants.

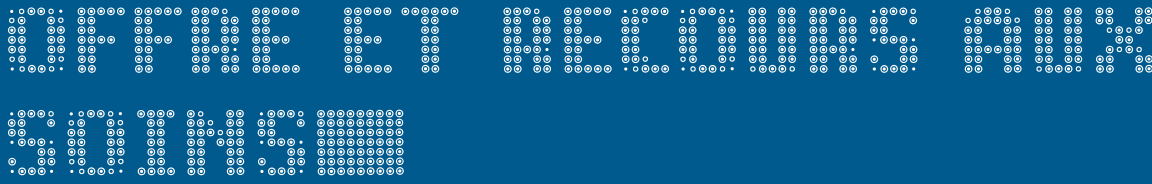
Professionnel : « Effectivement avec la population que l'on a, qui est très âgée, ou de gens qui sont à domicile qui souvent ne peuvent pas se déplacer, ce qui veut dire que si on a une pénurie de médecins, on a des problèmes de déplacement de médecins vers le domicile des patients, c'est vraiment le gros problème. »

Élu : « La distance fait que, on est obligé de faire beaucoup de chemin vers les médecins généralistes qui sont le premier maillon entre le patient et donc le docteur, pour pallier à la maladie, qui nous oriente ensuite vers les spécialistes etc. Si aujourd'hui on est trop loin de nos docteurs, et ben peut-être que la prévention se fait pas tout simplement... Parce qu'on repousse au lendemain, voilà c'est trop loin, peut-être que la semaine prochaine j'aurai plus de temps etc. »

Habitant : « Il est vrai que la population de médecins est vieillissante et je pense qu'un jour ça va nous poser des problèmes. Parce que tout le monde n'a pas une voiture. On est une population qui est très vieillissante ici. »

Non seulement les professionnels ne sont pas situés à proximité immédiate d'une partie de la population, mais ils sont également de moins en moins disponibles car en nombre restreint. La problématique la plus importante pour les professionnels, élus et habitants rencontrés concerne les médecins généralistes qui constituent le premier recours de la population. En effet, plusieurs médecins sont partis en retraite ces dernières années, sans avoir trouvé de remplaçant. Cette situation est d'autant plus inquiétante que les médecins exerçant encore sur le territoire sont eux aussi assez âgés et risquent d'arrêter leur activité dans les prochaines années.

Élu : « L'an prochain, on a pas mal de médecins qui partent en retraite, sur Aigurande notamment, Orsennes, Saint-Denis-de-Jouhet, là ça va être un gros souci... (...) Sur la communauté de communes y a 6 médecins, dont 4 qui partent en retraite d'ici 2018. »



Habitant : « Je pense que c'est le médecin traitant le plus en manque dans un premier temps quoi. C'est la première personne qu'on appelle, forcément. Après, il dirige vers des spécialistes si y a besoin. Mais c'est le médecin traitant qui pose problème je pense, qui va poser problème dans les années à venir. Parce que là, y a une doctoresse aussi qui va bientôt partir en retraite pis là y a un cabinet médical mais ils ont tous à peu près le même âge. »

Habitant : « C'est comme partout, c'est vieillissant, y a de moins en moins de médecins. C'est la ruralité quoi ! Des petites villes comme chez nous, y a de moins en moins de médecins. Comme partout hein ! Les médecins restent en ville et puis voilà. »

Les médecins restant sur le territoire ne peuvent que très partiellement compenser ces départs, ayant déjà une activité très importante. Quant aux nouveaux médecins qui s'installent, ils n'ont généralement pas une activité aussi soutenue que leurs prédécesseurs.

Professionnel : « Nous, les médecins, ça commence à être le désert total. Là, on en avait 3 à peu près autour de notre établissement, et là, juillet y en a un qui est parti, y en a un qui est parti soudainement là, donc on en a plus qu'un qui était déjà forcément débordé... »

Professionnel : « Moi, je vois même ce matin j'ai voulu appeler le médecin qui reste sur le village, là, et ben la messagerie est pleine, on ne peut même pas laisser de message ! »

Professionnel : « Et ça va devenir de pire en pire, parce que y a de moins en moins de praticiens, et les nouveaux ne travaillent plus comme les anciens, ça c'est clair. Les anciens travaillaient de 7h30 le matin à 21h, ça c'est fini. »

Élu : « Les médecins qui vont faire 70 ans et qui font 70h, on n'en trouvera plus, maintenant c'est 40h. »

La pénurie de médecins généralistes et les difficultés d'accès à ceux-ci ont plusieurs conséquences importantes. Tout d'abord, des personnes se retrouvent aujourd'hui sans médecin traitant, avec des difficultés pour renouveler leurs ordonnances et continuer à avoir un suivi. L'absence de médecin traitant pénalise aussi les patients concernés dans leurs parcours de soins, car le passage préalable par un médecin généraliste permet non seulement le remboursement de la Sécurité sociale, mais souvent aussi d'obtenir plus rapidement un rendez-vous avec un spécialiste.

Professionnel : « Je rencontre des patients qui n'ont plus de médecin référent, même pas que sur le canton de La Châtre, Chateameillant aussi... »

Professionnel : « Ça se chiffre en milliers de patients, deux médecins qui partent... d'un territoire, ça se chiffre en milliers de patients, donc même les renouvellements d'ordonnance, je

ne sais même pas trop comment ça va se passer à long terme(...) Faut renouveler les médicaments, parce que la pharmacie, ils vont nous avancer une fois, mais ils vont pas nous avancer sans ordonnance x temps... Nous c'est vraiment du pratique-pratique, ça va être les renouvellements de médicaments qui vont poser problème »

Habitant : « C'est lui, quand je dois passer l'IRM, c'est lui qui téléphone. Comme ça on l'a tout de suite le rendez-vous. Sinon, ça dure 6 mois. Vaut mieux passer par le médecin traitant. »

Quant aux habitants qui ont conservé leur médecin, ils ressentent parfois une dégradation de la prise en charge par celui-ci, avec, dans certains cas, un espacement du suivi réalisé ou un regard à leur état de santé qui leur semble moins attentif.

Habitante : « Parce que j'ai eu et je connais d'amis et de proches etc. qui ont eu le même problème [un cancer diagnostiqué tardivement]. Pas d'écoute du médecin. Et ils prennent ça à la légère. »

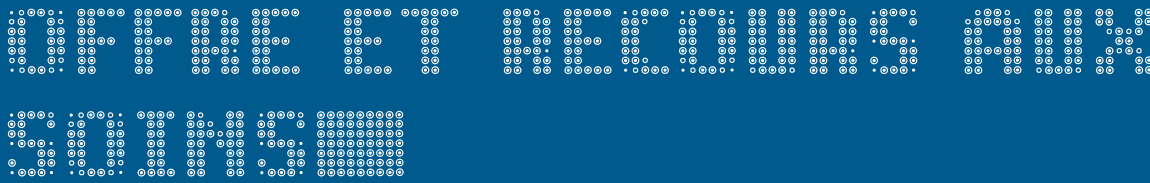
Professionnel : « Je sais bien que des fois vous faites renouveler les médicaments, il [le médecin généraliste] vous écoute même pas. »

Élu : « Ça fait 5 ans qu'il me donne la même chose... Si c'est pas plus. À chaque fois, c'est prise de tension, regarder si le cœur il bat c'est tout. »

Le manque de disponibilité des médecins allongeant les délais de rendez-vous, les patients sont tentés de trouver des solutions alternatives plus rapides. Certaines personnes, plutôt que d'attendre de pouvoir obtenir une consultation chez un généraliste, s'adressent alors à leur pharmacien, ou leur infirmier, en les sollicitant parfois au-delà de leurs compétences et leurs missions. Cela se traduit également par un recours plus important de la population aux services d'urgences, au-delà même des horaires de fermeture des cabinets de médecins. Le recours aux urgences offre une réponse immédiate à la demande des habitants, mais cela sature ce dispositif pour des demandes qui ne relèvent pas toujours d'une véritable urgence médicale, et ne permet pas un bon suivi des patients après la sortie de l'hôpital.

Professionnel : « Par la rareté des médecins, y a de plus en plus de gens qui viennent [à la pharmacie]... On a notre rôle, on n'est pas diagnostic, on n'est pas, mais on devient un peu consultant quand même oui, de plus en plus (...) Voilà, il faut pas non plus tomber dans ces dérives, où on va vacciner maintenant, on va diagnostiquer, on va renouveler, on va ceci, on va cela... non ! Il faut que chacun reste... Nous, on n'est pas formé à un diagnostic. »

Professionnel : « Ce qui va se passer, et ça nous est déjà arrivé, le médecin traitant nous a dit d'appeler le 15, voilà ! Donc on va



appeler le 15, qui soit va nous dire bon, on va nous envoyer un médecin de garde, ou on va aller amener aux urgences, histoire de charger encore un peu plus les urgences...»

Habitant : « C'est difficile, on a une maison médicale mais les week-ends, c'est pas ouvert. Faut faire appel mais des fois, y a pas grand monde. Faudrait un médecin de service les week-ends, ils pourraient faire un roulement. C'est ça qui manque. Autrement, il faut faire le 15, Châteauroux, on attend et puis c'est tout hein ! »

Professionnel : « Y a quand même des gens qui ont une grosse dépendance, donc effectivement, les appels au 15 vont être vraiment très importants et je pense qu'on va avoir des hospitalisations... Mais on n'a pas d'autres solutions. »

La permanence des soins de La Châtre soulage en partie les urgences, mais elle n'est pas toujours bien identifiée par la population ou même par certains professionnels. En contactant le 15, les personnes semblent envoyées systématiquement par défaut sur l'hôpital de Châteauroux, soit par leurs propres moyens, soit avec une ambulance ou les pompiers.

Professionnel : « Ça commence à se savoir de plus en plus [l'existence de la permanence des soins de La Châtre], mais c'est pas encore complètement, y en a qui vont encore... Nous, on a maintenant des médecins généralistes qui ont compris la chose, et pour leurs patients, ils nous appellent nous : "est-ce que vous pouvez prendre untel patient ?" Nous, si on a la place, on les prend, et puis si c'est une permanence de soins on les prend hein ! On a des soucis où y a des infirmières qui veulent pas changer une sonde urinaire à certains patients, donc ils viennent nous à la permanence de soins, on leur change leur sonde urinaire et ils retournent chez eux. »

Professionnel : « Les gens, ils attendent là-bas des heures, pour les personnes âgées, c'est... On les récupère dans des états c'est affreux, alors que pour trois fois rien, ils pourraient venir directement à La Châtre, ça aussi, c'est, depuis que ça s'est installé, je trouve ça un peu aberrant, parce que il faut absolument qu'ils aillent à Châteauroux (...) Ce monsieur, il voulait pas aller à Châteauroux, il voulait aller à La Châtre, c'était juste à côté. Nous, on a nos médecins, même si c'est pas des chirurgiens hors pair, ils font des points de suture très très bien, ils sont très compétents, et trois points de suture, ce monsieur il a attendu des heures là-bas. »

Quant aux spécialistes, La Châtre, avec son hôpital, dispose de l'essentiel des praticiens du territoire. Des spécialités courantes sont accessibles directement sur cette commune. Cet aspect satisfaisant de l'offre de soins est toutefois tempéré par les inquiétudes manifestées quant à la pérennité de l'hôpital, avec d'ores et déjà une diminution du nombre de lits.

Professionnel : « Sur le site de l'hôpital, on a quand même, au niveau de l'hôpital, une consultation de cardiologue, des gynécologues, des sages-femmes...

Professionnel : Dermatologie

Professionnel : Et après, un cabinet privé de spécialistes, avec oui dermatologie, ophtalmo... Voilà, un petit peu de moyens...

Professionnel : Oui on a un service de radiologie aussi... »

Professionnel : « L'hôpital de La Châtre, c'est un petit hôpital, on essaie de prendre soin des gens. C'est quand même notre but, donc on les garde plus longtemps... Comme on les garde plus longtemps, ça fait un déficit à l'hôpital, et ben on ferme des lits... Donc les gens après sont hospitalisés à l'autre bout du département (...) Mais est-ce que ça va durer longtemps maintenant ? C'est pas nous qui décidons, mais on n'est pas tranquille... Vu qu'ils ferment des lits pour des histoires de financements après nous, ça nous fait peur quelque part. »

De plus, le recours à des spécialistes non disponibles sur La Châtre est souvent nécessaire. Pour cela, les habitants du nord du territoire bénéficient de l'offre médicale de l'agglomération de Châteauroux, tandis que ceux situés au sud peuvent avoir recours à celle de Guéret ou La Souterraine. Les habitants consultent également quelques spécialistes à Argenton-sur-Creuse. Lorsque les spécialités sont encore plus rares, il est parfois nécessaire de se rendre à Limoges, Montluçon ou Tours. La plupart des habitants rencontrés considèrent ces importants déplacements pour les spécialistes comme inévitables en milieu rural et ils les acceptent dans la mesure où ces consultations ne sont pas trop fréquentes, et où ils disposent d'un véhicule.

Habitant : « Les spécialistes, comme souvent, on est obligé de monter tout au moins à Châteauroux ou Guéret. On est en milieu rural donc y a pas de radiologues, on n'a pas de tout ça quoi ! »

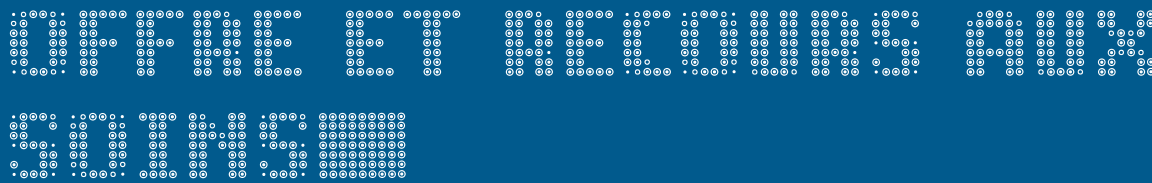
Intervieweur: Et pour les spécialistes, ça se passe comment ?

Habitant : À Châteauroux ou Guéret.

Intervieweur: Ouais ? Ca ne fait pas trop loin ?

Habitant : Non, une quarantaine de kilomètres. »

Habitant : « Quand c'est plus grave, bah il faut aller sur Limoges hein ! C'est ça hein... Y a pas mal de choses oui plus graves et il faut aller dans les grands centres. Parce que Châteauroux euh... Moi j'ai eu des problèmes pour mon genou, c'était Tours hein ! J'ai été à Tours hein ! Bon bah y a des choses qu'ils ne font pas sur Châteauroux et sur Guéret, sur La Châtre, ils ne font pas. »



Habitant : « Les spécialistes, il faut aller à 50 kilomètres de chez nous. Châteauroux ou alors Guéret ou alors Limoges. »

Habitant : « J'ai appelé le 3889 et on m'a dit " mais si vous voulez, vous pouvez aller voir près de chez vous un tabacologue. " J'ai fait oui mais près de chez moi euh... Y en n'a pas ! Et ça m'oblige forcément à aller faire des kilomètres pour des rendez-vous comme ça... »

Les habitants et élus rencontrés déplorent les longs délais nécessaires pour accéder aux spécialités en général, et en particulier à la gynécologie, l'ophtalmologie et l'orthophonie. Quant à la prise en charge dentaire, la situation est contrastée. Certains chirurgiens-dentistes proposent des délais de rendez-vous jugés trop importants, d'autres semblent pouvoir répondre beaucoup plus rapidement aux demandes. Mais là aussi, certains dentistes sont proches de la retraite et leur remplacement apparaît incertain.

Habitant : « Des délais assez longs comme tous les spécialistes. Pour la vue, on a 6 mois d'attente comme tous les spécialistes. Gynécologues, c'est 6 mois d'attente pareil... Je prends mon rendez-vous maintenant pour l'avoir au mois de mai. »

Habitant : « Sur Guéret, sur La Châtre, sur Châteauroux... J'ai pas d'orthophonistes, ils sont plein à craquer. Le délai à Guéret, c'est deux ans ! La liste d'attente pour 2017 est déjà pleine. »

Habitant : « Oui des dentistes mais c'est pareil, il faut 4 mois, 3-4 mois de RDV pour un RDV. »

Habitant : « Alors dentiste, on a un copain qu'est plombier-électricien, un pote, et un bon copain hein ! Et il a une carie. Il sent une carie venir. Donc il a été prendre rendez-vous chez le dentiste, euh parce que ils sont pas nombreux non plus : 2 mois !

Habitante : « Mais ça dépend hein. Moi je sais que je suis venue 2 fois en urgence ici à Aigurande. Et le dentiste, il donne un rendez-vous peut-être pour la semaine d'après et s'il a un trou, il rappelle. »

Élu : « Bah bientôt, ça va être des dentistes. Parce que nos deux dentistes sur Aigurande arrivent à la retraite. Donc forcément... (...) On va être vraiment coincé dans quelques temps. »

En effet, le renouvellement des professionnels médicaux et paramédicaux, souffre du manque général d'attractivité du territoire et de ses environs, en l'absence de grandes villes. Le territoire ne dispose que de peu d'emplois, services et commerces pour favoriser l'implantation des jeunes générations de professionnels, qui privilégient les grands centres urbains et les zones à proximité immédiate.

Professionnel : « Je pense qu'il y a un souci économique inhérent à la région, y a un bassin d'emploi qui est archi pauvre et qui, il faut pas se leurrer, va le rester ! »

Professionnel : « Il faut déjà qu'il y ait autour des cinémas, des crèches, des garderies, des écoles mais il faut qu'il trouve du travail pour le conjoint. Le gars il dit : " je viens que si ma femme a du travail, ou que si mon mari a du travail ". »

Professionnel : « Les professionnels veulent pas forcément venir s'installer sur le pays de La Châtre, en tout cas les professionnels de santé. »

Les installations restent très limitées, malgré différentes initiatives prises pour faciliter par exemple la venue de professionnels (cabinets de recrutement spécialisés, hébergement fourni lors de stages, créations de maisons médicales ou de maisons de santé...). Les démarches pour faire venir des médecins et autres professionnels sont coûteuses et n'aboutissent pas forcément. Développer la télémédecine est une piste qui paraît encore compliquée, du fait du manque général de spécialistes et de l'accès inégal à internet, avec des débits parfois très limités et des zones sans aucun accès.

Professionnel : « (nom d'un élu) avait dit, on va réserver une ou deux chambres au foyer des jeunes travailleurs quand on aura des stagiaires, des internes qui viennent. On pourra au moins les héberger gracieusement pendant trois mois, quatre mois etc. mais de toute façon on n'a pas de demande ! »

Élu : « On a, au niveau de la communauté de communes, déjà passé l'annonce dans le quotidien du médecin, 3 500 euros pour deux annonces, deux réponses : un est marocain de 69 ans, et une dame, une doctoresse spécialisée qui travaillait dans un hôpital parisien, là on vient de relancer par un cabinet de recrutement spécialisé ça coûte 5 000 euros pour trouver le médecin, et 10 000 quand on a trouvé le médecin... Et là jusqu'à présent ça fait 15 jours ou trois semaines que c'est passé on a aucune réponse. »

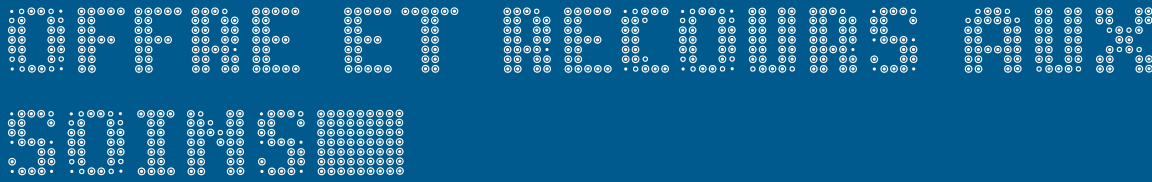
Habitante : « On a entendu un appel sur France Inter, un médecin de Guéret qui avait 84 ans, une énorme clientèle et il ne voulait pas laisser ces vieilles personnes mais il voulait prendre sa retraite. Et il trouvait personne. »

Habitant : Il offrait tout.

Habitante : Il offrait les murs de son cabinet, il offrait tout ! Les murs, la clientèle, tout !

Habitant : Personne qu'est venu ! »

L'offre de soins est non seulement insuffisante mais aussi trop peu lisible pour la population, voire pour les professionnels du territoire qui doivent effectuer parfois des recherches pour leur patientèle. Cette lisibilité est d'autant plus importante dans un contexte où la faible disponibilité des acteurs contraint la population à rechercher toujours plus loin pour accéder aux prises en charge en santé ou à



différents services. La difficulté relevée ici n'est pas tant de créer un outil de recensement, un annuaire, que de le maintenir à jour dans la durée, avec les départs et arrivées de professionnels, déménagements, changements de coordonnées, changements d'horaires, de secteurs d'interventions...

Professionnel : « Je pense que ça serait intéressant de mettre en place une sorte d'annuaire, pour nous, mais aussi pour nos patients, ou pour les éventuels gens qui demandent. On a des demandes des fois, des mamans qui disent : " où est-ce que je pourrais me renseigner pour ça ? " Alors on passe du temps à chercher, sur internet etc. (...) Une sorte d'annuaire électronique où on pourrait avoir avec l'adresse, le numéro de téléphone, la personne du secrétariat qu'il faut contacter, etc. c'est pas simple, ne serait-ce que pour avoir par exemple Clocheville, c'est pas le même téléphone que le CHU, et puis dans tel service, on vous balade. Bref, quand on a le numéro c'est plus facile, et on l'a pas toujours, même en tant que professionnel on l'a pas toujours. Moi je suis incapable de donner le numéro de téléphone de la halte-garderie... Alors on va chercher dans l'annuaire c'est vrai... Puis y a plusieurs entités, par exemple le Campsp PEP ou le CMPP, y a celui du Colombier et puis y a celui de... rue du 11 novembre là... »

Enfin, en matière de prévention, les habitants et professionnels rencontrés estiment que les médecins généralistes n'ont pas le temps de donner ce type d'informations lors des consultations. Les professionnels de santé, de manière générale, ne sont pas encouragés à effectuer des actions de prévention, n'ayant ni les formations nécessaires, ni le soutien financier pour les réaliser sans pénaliser leur acti-

tivité habituelle. Les habitants du pays de La Châtre en Berry bénéficient d'autant moins souvent d'actions de prévention qu'ils vivent en milieu rural. C'est notamment pourquoi les initiatives comme celle de l'organisation du Festi'santé à Aigurande en octobre 2016 sont importantes, donnant accès à des informations qui ne sont autrement pas toujours recherchées spontanément par la population.

Habitant : « On va y aller faire un tour ! Non mais sinon c'est toujours très intéressant d'informer les gens, de les sensibiliser, discuter autour de ces thèmes-là. Moi je sais pertinemment que je vais peut être aller faire un petit tour pour voir, pour m'inciter à arrêter le tabac. »

Habitant : « Oh bah comme ça c'est bien de temps en temps, c'est pas mal. Ça insiste un peu plus auprès des gens de se soigner. Enfin de soigner, au moins de prévenir, savoir gérer les symptômes de telle chose... »

Habitant : « J'avais lu la brochure, j'avais dit "oui ça doit être intéressant forcément" et je viens assez souvent sur Aigurande donc j'avais dit "bah tant qu'à faire, pourquoi pas en profiter ?" Oui c'est toujours bien à savoir... Y a pas longtemps, ça n'a rien à voir mais y avait une conférence sur l'AVC dans une commune entre Argenton et... Donc c'était ouvert à tous, donc c'est intéressant aussi d'apprendre des choses enfin on est informé sur des démarches qu'on peut avoir à faire ou que les gens peuvent faire... Après, ils parlent de la téléalarme donc nous, on en voit oui chez les personnes âgées donc c'est intéressant. Et puis y a des brochures qui permettent de faire des démarches pour les, qu'on peut ne pas y penser quoi. »

ANIMATIONS

Depuis 2006, en France, alors que la population totale n'a augmenté que de 5,0%, 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 2016, de 9,3%. 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 la population 2007-2060).

Indice démographique du vieillissement

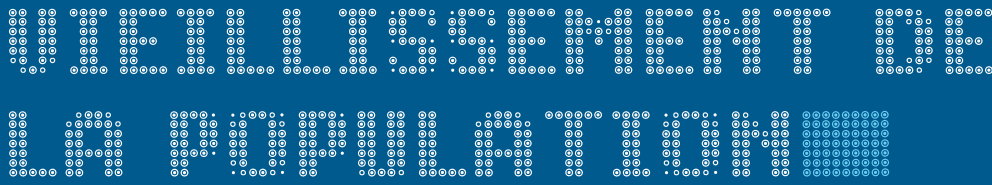
L'indice de vieillissement mesure le nombre de personnes de 65 ans pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans. Quand à l'indice de grand vieillissement, celui-ci mesure le nombre de personnes de 80 ans et plus pour 100 personnes âgées de 65 à 79 ans.

Dans le pays de La Châtre en Berry, le premier indice a augmenté de 1,6 % entre 2008 et 2013 (de 150,9 à 153,3) et le second de 19,9 % sur la même période, passant de 47,4 à 56,9. Ces deux indicateurs restent bien supérieurs à ceux observés sur les autres territoires de référence

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

	Indice de vieillissement			Indice de grand vieillissement		
	2008	2013	Évolution	2008	2013	Évolution
CC La Châtre-Sainte-Sévère	142,0	149,0	4,9 %	47,3	59,2	25,2 %
CC de la Marche Berrichone	226,6	229,6	1,3 %	49,4	52,7	6,7 %
CC Val Bouzanne	119,4	112,3	-6,0 %	45,3	55,3	22,0 %
Pays de La Châtre en Berry	150,9	153,3	1,6 %	47,4	56,9	19,9 %
Indre	112,0	118,4	5,7 %	46,9	54,1	15,4 %
Centre-Val de Loire	77,2	83,1	7,6 %	46,0	50,5	10,0 %
France hexagonale	67,9	73,6	8,3 %	43,3	47,6	10,0 %

SOURCE : INSEE (RP 2008 ET 2013)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



Conditions de vie des personnes âgées

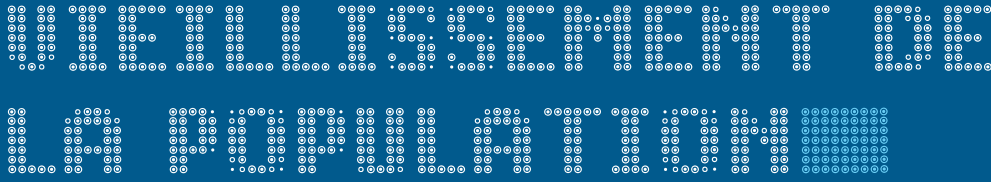
Selon le recensement de population de l'Insee de 2013, 4 212 personnes âgées de 75 ans et plus vivent en logement ordinaire au sein du pays de La Châtre en Berry, soit 91,2 %. Cette proportion est supérieure à celle du département, de la région et de la France hexagonale (respectivement 90,1 % ; 89,8 % et 90,3 %). 9,7 % des personnes âgées (soit

403 individus) vivent dans un service ou établissement de moyen ou long séjour, maison de retraite, foyer ou résidence sociale, pourcentage par opposition inférieur à ceux retrouvés dans les territoires de référence (département : 9,8 % ; région : 10,0 % et métropole : 9,4 %).

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 ou résidence sociale		Personnes âgées de 75 ans et plus vivant dans un autre mode d'habitation		Total
	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 La Châtre-Sainte-Sévère	2 355	86,8	355	13,1	1	0,0	2 712
CC de la Marche Berrichone	1 095	97,9	24	2,1	0	0,0	1 119
CC Val Bouzanne	762	96,9	24	3,1	0	0,0	786
Pays de La Châtre en Berry	4 212	91,2	403	8,7	1	0,0	4 617
Indre	27 989	90,1	3 040	9,8	38	0,1	31 066
Centre-Val de Loire	244 026	89,8	27 072	10,0	496	0,2	271 594
France hexagonale	5 318 819	90,3	554 985	9,4	15 670	0,3	5 889 474

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



Isolement des personnes âgées

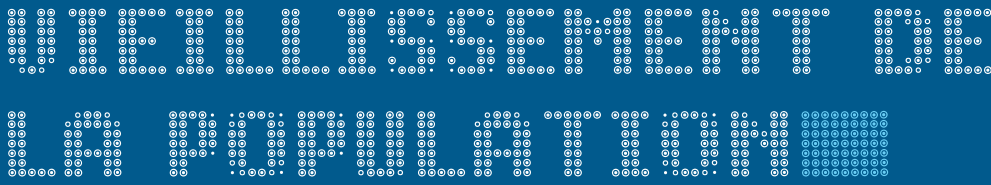
Selon le recensement de population de l'Insee de 2013, 1 822 personnes âgées de 75 ans et plus vivent seules au sein du pays de La Châtre en Berry, soit 43,2 % de la classe d'âge et une proportion comparable à celle du département,

de la région et de la France hexagonale (42,3 % ; 41,7 % ; 42,1 %). La majorité sont des femmes (72,2 %) mais à une moindre proportion que sur l'Indre (77,0 %), sur le Centre-Val de Loire (78,1 %) et sur la France hexagonale (79,6 %).

PERSONNES ÂGÉES VIVANT SEULES EN 2012

	Personnes âgées de 75 ans et plus vivant seules (effectifs)	Nombre de femmes âgées de 75 ans et plus vivant seul	Pourcentage de femmes âgées de 75 ans et plus vivant seul	Part des personnes âgées à domicile vivant seules	Part des personnes âgées de plus de 75 ans vivant seul à domicile
CC La Châtre-Sainte-Sévère	1 106	834	75,4 %	47,0 %	40,9 %
CC de la Marche Berrichone	420	293	69,7 %	38,4 %	36,8 %
CC Val Bouzanne	295	187	63,4 %	38,8 %	37,7 %
Pays de La Châtre en Berry	1 822	1 315	72,2 %	43,2 %	39,4 %
Indre	11 842	9 121	77,0 %	42,3 %	38,4 %
Centre-Val de Loire	101 734	79 466	78,1 %	41,7 %	37,9 %
France hexagonale	2 239 852	1 782 154	79,6 %	42,1 %	38,6 %

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



Potentiel de solidarité intergénérationnelle

De manière très schématique, les aidants des personnes âgées (leurs enfants particulièrement) peuvent être quantitativement représentés par la population des 55-64 ans.

Le potentiel de solidarité intergénérationnelle est un indicateur du soutien des aînés dépendants, notamment à domicile, étant le rapport entre le nombre d'individus de 55-64 ans et celui des 85 ans et plus. Ce ratio est de 3,3 au sein du territoire. Il est identique à celui retrouvé au niveau du département (3,4) mais inférieur à ceux retrouvés en Centre-Val de Loire (4,0) et en France hexagonale (4,4).

De 1968 à 2012, le potentiel de solidarité intergénérationnelle du territoire est proche de celui observé au niveau de l'Indre et inférieur à celui observé en Centre-Val de Loire. En 1968, le ratio aidants/aidés du pays de La Châtre en Berry était inférieur au ratio national (10,5 contre 13,6).

Entre 1968 et 2012, le ratio a cependant chuté de 7,2 points sur le territoire (contre 6,6 pour l'Indre, 6,4 pour la Région et 9,0 en France hexagonale). Cela s'explique par une multiplication par 3 du nombre d'individus de 85 ans et plus au cours de cette période, tandis que celui des personnes âgées de 55 à 64 ans a diminué.

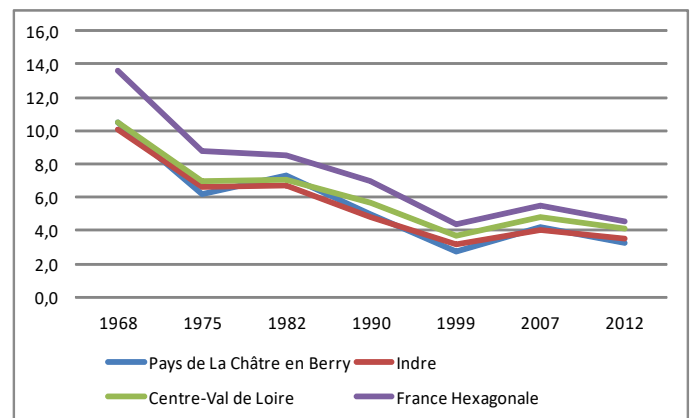
Par ailleurs, si ces taux fluctuaient entre le niveau national et la région Centre-Val de Loire et ses départements, on observe une harmonisation progressive de ces zones géographiques avec des chiffres qui ont tendance à converger.

On peut également observer l'effet du baby boom, présageant des difficultés démographiques à venir : entre 1999 et 2007, on remarque une stagnation du nombre d'individus de 85 ans et plus, parallèlement à une explosion des personnes entre 55 et 64 ans, expliquant le rebond du potentiel intergénérationnel à cette période.

POTENTIEL DE SOLIDARITÉ INTERGÉNÉRATIONNELLE - RATIO AIDANTS/AIDÉS EN 2013

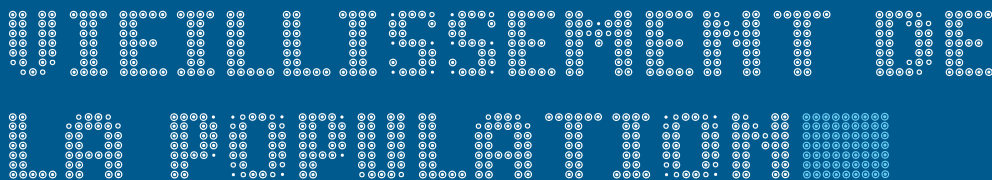
	Personnes de 55-64 ans	Personnes de 85 ans et plus	Ratio aidants/aidés (55-64 ans/85 ans et plus)
CC La Châtre-Sainte-Sévère	2 819	890	3,2
CC de la Marche Berrichone	1 010	326	3,1
CC Val Bouzanne	978	255	3,8
Pays de La Châtre en Berry	4 808	1 471	3,3
Indre	33 895	9 916	3,4
Centre-Val de Loire	346 089	87 495	4,0
France hexagonale	8 099 047	1 836 962	4,4

EVOLUTION DU POTENTIEL DE SOLIDARITÉ INTERGÉNÉRATIONNELLE EN 2012



SOURCE : INSEE (RP 1968, 1975, 1982, 1990, 1999, 2007, 2012)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

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



Allocation personnalisée d'autonomie (Apa)

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est destinée à couvrir une partie des dépenses de toute nature concourant à l'autonomie des personnes âgées ayant besoin d'aide pour accomplir des actes essentiels de la vie quotidienne 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 2015, l'Apa est délivrée à 945 personnes âgées du territoire. Parmi ces bénéficiaires, 550 bénéficient de l'Apa à domicile.

BÉNÉFICIAIRES DE L'APA AU 31.12.2015

	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 La Châtre-Sainte-Sévère	494	7,9	33	112	130	219
CC de la Marche Berrichone	288	11,3	26	62	52	148
CC Val Bouzanne	163	8,5	21	33	42	67
Pays de La Châtre en Berry	945	8,8	80	207	224	434
Indre	5 285	7,1	505	954	1 442	2 384

SOURCE : CONSEIL DÉPARTEMENTAL DU LOIRET, INSEE (RP 2013)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

BÉNÉFICIAIRES DE L'ASPA AU 31.12.2015

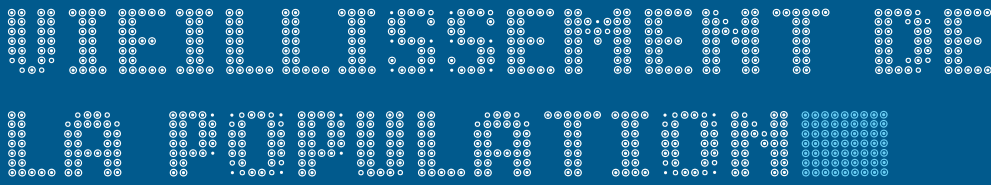
	Nombre d'allocataires du minimum vieillesse	En % du total de personnes âgées de 65 ans et plus
CC La Châtre-Sainte-Sévère	100	2,1
CC de la Marche Berrichone	53	2,7
CC Val Bouzanne	40	2,8
Pays de La Châtre en Berry	193	2,4
Indre	1 258	2,3
Centre-Val de Loire	10 959	2,2

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

Minimum vieillesse

L'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) est une allocation qui permet de garantir aux personnes disposant de faibles revenus d'un niveau minimum de ressources. Depuis 2006, elle remplace le minimum vieillesse. Fin 2015, le pays de La Châtre en Berry compte 193 personnes âgées bénéficiaires de l'Aspa.

Cela représente 2,4 % des 65 ans et plus, taux comparable à ceux retrouvés au niveau de l'Indre (2,3 %) et du Centre-Val de Loire (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 de La Châtre en Berry. 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 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.

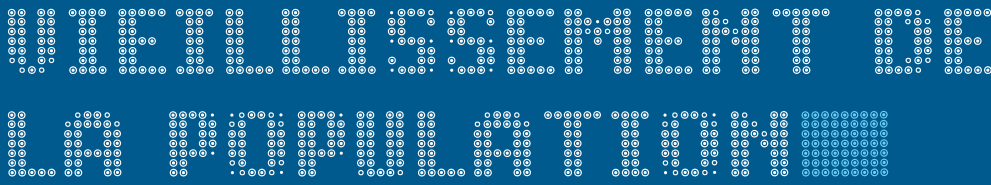
Selon le Finess, sur le territoire du pays de la Châtre en Berry, on dénombre le Ssiad La Castel à Sainte-Sévère (40 places), le Ssiad ASIAD à Saint-Plantaire (40 places) et le Ssiad du centre hospitalier de La Châtre (5 places en activité soins d'accompagnement et de réhabilitation et 60 places en soins infirmiers à domicile). Soit, au total, 3 Ssiad sur le territoire.

Pour ce qui est des Ehpad, on recense l'Ehpad de Cluis qui compte 26 places en termes d'équipements sociaux, l'Ehpad d'Aigurande avec 52 places disponibles et l'Ehpad du CH de La Châtre qui compte 289 places pour personnes âgées dont celles atteintes d'Alzheimer ou maladies apparentées.

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

L'ASMAD (association de services pour le maintien à domicile), installée à Châteauroux, intervient également auprès des habitants de La Châtre en tant que prestataire et mandataire pour le service d'aide à domicile, le service d'aide et d'écoute psychologique à domicile, et dispose d'une équipe spécialisée Alzheimer à domicile. Le Relais familles services, l'association ADMR Boischaud Sud, l'AMD Aide et maintien à domicile, le SSDPA du centre hospitalier de La Châtre, assurent également le maintien et l'aide à domicile des personnes âgées dépendantes. Arkea assistance propose quant à elle, une téléassistance aux personnes âgées ou isolées qui vivent à leur domicile et souhaitent bénéficier d'une assistance en cas de chute, de malaise ou d'intrusion...

Le centre local d'information et de coordination (Clic) à Châteauroux est le centre local d'information et de coordination pour personnes âgées. C'est un guichet unique réservé à la population des 60 ans et plus à visée d'information et d'orientation concernant tous les aspects de la vie quotidienne et la coordination des ressources gériatriques du territoire. L'organisation d'actions de prévention et d'éducation à la santé fait aussi partie de ses missions. Il diffuse des plaquettes d'information et organise des conférences thématiques. Le Clic gérontologique a un rôle d'appui et de coordination entre les professionnels (travailleurs sociaux, associations d'aide à domicile, médecins...), la famille et l'entourage de la personne âgée. Son fonctionnement en réseau facilite la mise en place d'un plan d'aide personnalisée et cohérent pour la personne âgée. Elle propose des services en matière d'aide à domicile, de soins, d'adaptation au logement, d'hébergement et de portage de repas.



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.

L'Ehpad du centre hospitalier de La Châtre dispose, au total, de 289 places pour les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, de 8 places en accueil de jour, de 252 places en hébergement complet internat pour les personnes âgées dépendantes, de 15 places pour Alzheimer et maladies apparentées et de 14 unités d'hébergement renforcées.

Les personnes affectées par la maladie d'Alzheimer

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

En France, en 2010, la prévalence de la démence serait évaluée, selon les études, entre 750 000 et 850 000 cas, représentant 1,2 % de la population totale. La maladie d'Alzheimer représente la principale cause de dépendance lourde des personnes âgées et des entrées en institution. En effet, 40 % des personnes âgées souffrant de maladie d'Alzheimer vivent en institution.

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

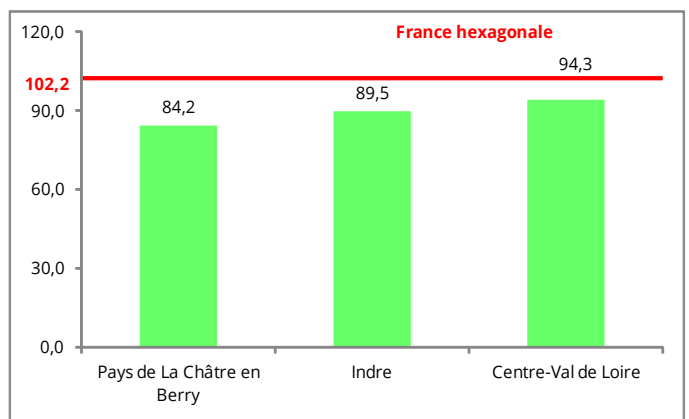
Entre 2006 et 2014, 42 personnes ont été admises en moyenne chaque année en ALD pour maladie d'Alzheimer et autres démences parmi la population du pays de La Châtre en Berry. Cela représente en moyenne par an 29 femmes et 13 hommes. Cela équivaut à 4,7 % de l'ensemble des

nouvelles admissions en ALD, contre 4,8 % pour l'Indre, 4,8 % en région Centre-Val de Loire et 4,8 % en France hexagonale.

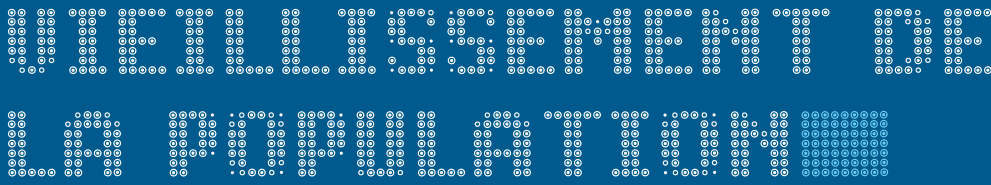
Au total, en 2014, 216 personnes du pays de La Châtre en Berry sont prises en charge en ALD pour la maladie d'Alzheimer et les autres démences.

À structure égale d'âge, le taux de nouvelles admissions en ALD pour ces pathologies est de 84,2/ 100 000 habitants sur le territoire, soit un taux significativement inférieur à ceux retrouvés dans l'Indre (89,5), en Centre-Val de Loire (94,3) et au niveau de l'Hexagone (102,2).

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



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



Ressources disponibles sur le territoire

Dans le cadre de la perte d'autonomie des personnes retraitées autonomes Gir 5-6, la Carsat Centre-Val de Loire a organisé des ateliers de prévention sur le « bien vieillir » en 2014 et 2015, en partenariat avec la MSA, le RSI, l'AGIRC-ARRCO, la Mutualité française Centre et des opérateurs d'ateliers tels que Siel Bleu et EPGV. 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. Il ressort de cette action, une amélioration des capacités et des connaissances. En particulier à Saint-Sévère, cette activité a lieu de septembre à juin et s'adresse aux personnes seules et isolées, ce qui leur permet de passer du temps avec d'autres personnes, créer un lien et les couper de leur solitude en participant à des activités en collectivité.

De même, le Ssiad de Saint-Plantaire a mis en place des activités d'animation à domicile pour les personnes âgées et en situation de handicap dans l'optique de rompre, pendant 1h/1h30, l'isolement de ces personnes. L'animation porte sur la réalisation de soins d'hygiène et de confort à domicile. Elle a lieu au domicile du bénéficiaire et, exceptionnellement, à la salle des fêtes ou à l'extérieur des locaux du Ssiad. Cette structure intervient également sur l'animation à domicile afin d'améliorer la culture palliative en matière d'action aux soins. Cette action est destinée aux bénéficiaires et futurs bénéficiaires désirant finir leur vie à domicile. Elle a pour objectifs d'adapter la prise en charge d'un usager qui nécessite une augmentation des passages, une prise en charge différente et une coordination avec les autres structures spécifiques. Le bilan de ces deux actions est positif et une mise en place de formation devrait continuer.

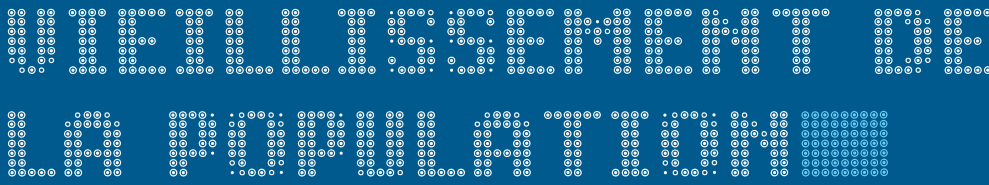
À travers ses actions collectives, la maison d'accueil et résidence pour l'autonomie (Marpa) « la Demeure Aygulfine », dont la mission générale est l'accueil de personnes âgées autonomes ou en légère perte d'autonomie, a mené au niveau local à Saint-Août, des actions de prévention des seniors en 2014 destinées aux résidents de la Marpa. Cette action a été portée par la mairie et la gendarmerie. En partenariat avec ASEPT Berry Touraine et la coordination gérontologique, la Marpa « la Demeure Aygulfine » a mis en place à Saint-Août et dans les communes environnantes, des ateliers du bien vieillir (nutrition, équilibre, sommeil, santé dentaire...) sur 7 séances et des ateliers équilibre et prévention des chutes sur 21 séances (2 sessions de 21 séances) en 2015. Les personnes concernées sont les résidents de la Marpa (12 personnes) ainsi que des personnes extérieures (20 personnes), en deux sessions.

Le centre hospitalier de La Châtre réalise, dans le cadre de la maladie d'Alzheimer, des journées portes ouvertes au centre d'accueil de jour « Au fil des mots » du centre hospitalier, en partenariat avec Lions Club de La Châtre, Familles rurales, ASMAD, Équipe mobile gériatrique, DPDS, les communes du Magny et Chassignolles, France Alzheimer et le docteur Labarre. Ces journées sont à destination des professionnels de santé, des élus et du grand public et ont eu lieu le samedi 19 septembre 2015. L'objectif de cette action est de faire connaître aux personnes concernées par la maladie d'Alzheimer, le centre d'accueil et les possibilités d'aides existant sur le territoire en matière de maintien à domicile. Elle permet de dédramatiser l'approche de cette maladie, de rompre l'isolement des familles et d'accéder aux différentes aides.

Dans le même contexte, le CH de La Châtre a organisé une réunion d'information sur la maladie d'Alzheimer dans le cadre du dispositif de la coordination gérontologique du canton de La Châtre et du groupe « Alzheimer en chœur ». Les mêmes partenaires étaient présents avec un public composé de professionnels de santé, d'élus et de la population en général. Cette action a été réalisée le 19 mars 2016 à la salle des fêtes de Chassignolles. Lors de l'action « Café Alzheimer », qui s'insère dans le même dispositif et avec les mêmes partenaires, le grand public a été invité au bar PMU et à la place du marché de La Châtre, le jeudi 19 septembre 2013.

Ces deux actions ont consisté à apporter des informations sur la maladie d'Alzheimer et sur les services et structures existants sur le territoire, afin de répondre aux besoins des malades, de leur famille et de leur entourage. Des rencontres et échanges avec les professionnels ont également eu lieu.

Dans le cadre de sa mission d'aide et d'accompagnement des personnes âgées et handicapées, des enfants et adultes en difficulté, et de la lutte contre les exclusions, le CCAS (centre communal d'action sociale) a organisé une action intitulée « Printemps des seniors », à destination des personnes âgées des communes du canton, à Neuvy-Saint-Sépulcre, afin de leur permettre de se rencontrer lors d'une sortie récréative. Cette action, dont les retours ont été positifs, s'inscrit dans le dispositif de la coordination gérontologique du canton.



Dans le cadre du « Mieux vieillir ensemble », actualité et priorité de l'année 2016, la fédération départementale des Familles rurales de l'Indre, avec la fédération régionale Centre, a proposé en 2015, un nouveau projet qui s'adresse aux personnes âgées (Gir 5 et 6) en situation de rupture ou de fragilité sociale et/ou économique. Un atelier créatif a été créé à cet effet à Aigurande. Les objectifs de cette action sont les suivants :

- rompre l'isolement social et relationnel,
- stimuler les facultés cognitives au travers d'activités ludiques,
- promouvoir des messages de santé,
- favoriser l'estime de soi par la rencontre, le partage, la solidarité entre les participants.

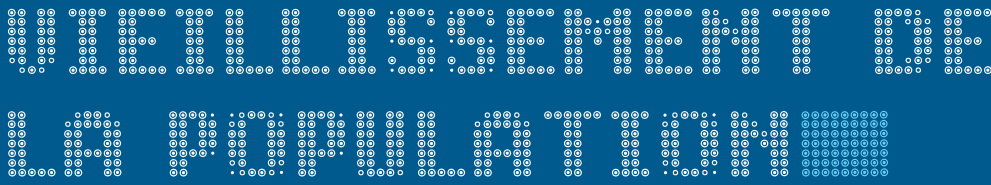
En 2015, 2 lieux d'animation pour les personnes âgées ont été mises à disposition à Aigurande et à Sainte-Sévère, 10 aides à domicile ont ainsi animé 10 ateliers (8 à Aigurande et 2 à Saint-Sévère), 153 heures ont été réalisées sur ces deux cantons. À ces cantons se sont ajoutés La Châtre et Valençay en 2016, et leurs actions s'organisent autour de :

- 10 rencontres sur l'année (une toute les 3 semaines),
- 10 à 15 personnes âgées,
- 3 à 4 aides à domicile,
- animatrices formées pendant 2 journées à la fédération de l'Indre,
- une proposition de transport pour les personnes âgées,
- des financements de la Carsat, de l'ARS, de la MSA, de AG2R La Mondiale et du RSI Centre.

L'action « le Club des retraités » a également été mise en œuvre en 2016, afin de rompre l'isolement des personnes âgées. 59 clubs « Joie de vivre » proposent des après-midis rencontres (jeux de cartes, Scrabble, causeries...), prétexte pour sortir de chez soi lorsque l'on vit seul. De nouveaux projets s'organisent autour d'ateliers de prévention (jeux de mémoire, ateliers équilibre...) ; l'occasion de mobiliser son corps et de s'informer sur des questions de santé et de consommation. Des rencontres sont proposées une fois par mois, tous les 15 jours selon les associations.

Le service du maintien à domicile fait également partie du champ d'action de la fédération départementale des Familles rurales de l'Indre. Elle entend chaque jour favoriser et promouvoir le maintien à domicile des personnes âgées et handicapées, en assurant un service de qualité basé sur l'écoute des personnes aidées et sur la formation du personnel employé, dans la proximité. Ses objectifs sont les suivants :

- Favoriser et promouvoir le soutien à domicile des personnes âgées et handicapées,
- Assurer un service de qualité basé sur l'écoute des personnes âgées et sur la formation des personnels employés,
- Accompagner les responsables bénévoles des associations locales dans l'exercice de leur fonction.



Synthèse de la rencontre avec les professionnels

Le vieillissement de la population constitue une problématique importante sur le pays de La Châtre en Berry, où une grande part de la population est âgée et vit de façon isolée dans un milieu très rural. Les jeunes générations ont souvent migré en milieu urbain ou se sont rapprochées des villes, parfois en dehors de la région. Les familles sont donc plus dispersées géographiquement qu'autrefois et de nombreuses personnes âgées vivent actuellement sans soutien de leur famille au quotidien, et des aides de voisinage assez aléatoires. Du fait de cet isolement social, les dégradations de l'état de santé physique et moral des personnes âgées sont souvent identifiées trop tardivement.

Professionnel : « Ce qui peut ressortir c'est la population vieillissante je pense, un milieu rural et vieillissant, donc beaucoup de personnes isolées... Isolées aussi bien géographiquement que socialement. »

Professionnel : « Beaucoup de villages dans nos régions... de petits ou moyens villages, et donc les gens s'en vont, quand ils meurent, la maison est pas forcément rachetée... Les jeunes ne restent pas parce qu'il n'y a pas de travail, donc les villages se désertent, y a une ou deux maisons qui restent avec une ou deux personnes âgées un peu seules là-dedans. »

Professionnel : « Moi je vois souvent des personnes qui ont peu de voisins, c'était des voisins âgés qui sont plus là ou qui sont plus en capacité de les aider, les quelques personnes plus jeunes travaillent, ne sont pas présentes ou disponibles, donc y a plus réellement une solidarité de voisinage. »

Professionnel : « C'est vrai qu'on constate de plus en plus que les familles sont éclatées donc ça pose un problème et qu'on se rend compte que les personnes qui sont en situation d'isolement sont des personnes fragiles, avec... vraiment des... Enfin qui demandent une grande attention, attention que ne peut exercer la famille... »

Le suivi médical, susceptible de prévenir l'apparition et l'évolution des problèmes, a aussi tendance à se dégrader avec la baisse de la démographie médicale du territoire. L'accès aux médecins généralistes est de plus en plus difficile, ces derniers se concentrent dans certaines communes, se déplacent moins à domicile et ne peuvent répondre rapidement à toutes les demandes de la population. Les personnes âgées n'ont pas toujours de moyens de transport individuels, ni les moyens de payer un taxi pour se rendre en consultation. Certaines personnes âgées n'ont plus de médecin traitant, et celles qui ont conservé le leur observent dans certains cas un espacement du suivi réalisé ou un

regard à leur état de santé qui leur semble moins attentif.

Professionnel : « Effectivement avec la population que l'on a, qui est très âgée, ou de gens qui sont à domicile qui souvent ne peuvent pas se déplacer, ce qui veut dire que si on a une pénurie de médecins, on a des problèmes de déplacement de médecins vers le domicile des patients, c'est vraiment le gros problème. »

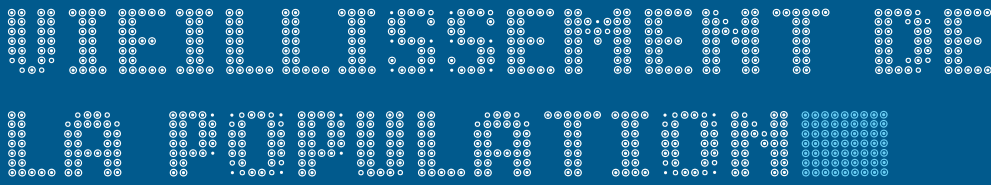
Professionnel : « Par rapport à des comportements, des syndromes de glissement, on voit les gens de plus en plus qui n'ont plus envie, qui ne s'alimentent plus, peu ou pas, qui restent toute la journée figés, sans trouble mnésique hein, et voilà, et donc nous... Si la personne est suivie, on va faire une alerte au médecin traitant en disant : "là voilà, on voit bien que cette dame, depuis quelques temps ça ne va pas." Après si la personne n'est pas suivie, c'est plus compliqué. »

Habitant : « Moi je veux pas incriminer le médecin, plus ils ont de travail plus ils éloignent comme par hasard les rendez-vous... ma grand-mère, à 95 ans, est, je pense, diabétique, médicamenteuse etc. aurait bien de quoi voir un médecin tous les mois, elle en voyait un tous les mois, et puisque son docteur a trop de travail, il ne la voit plus que tous les 3 mois... Dans son cas franchement ça mériterait de la voir plus souvent... »

Lorsque la perte d'autonomie intervient, les personnes âgées éprouvent généralement des réticences à demander ou même à accepter une aide pour la vie quotidienne, et à voir intervenir chez eux des professionnels, ce qui occasionne des délais avant la mise en place d'un soutien à domicile. C'est particulièrement le cas pour les hommes veufs, qui ont plus de difficultés à assumer leur vie quotidienne à domicile.

Professionnel : « C'est un travail d'approche vraiment, il faut être très patient, où moi ça m'est beaucoup arrivée en Ssiad. On a cette demande des médecins traitants qui sont désarmés, qui disent : "est-ce que vous pouvez commencer ?" Deux trois fois dans la semaine, pour que bon, on établit un lien de confiance, au départ on va pas faire de toilette, on va commencer à discuter, puis petit à petit les barrières tombent et on va arriver, on va pouvoir mettre en place des aides à domicile on va peut-être pouvoir mettre en place un portage de repas... »

Professionnel : « [les femmes] elles sont habituées à faire tout dans la maison, à se débrouiller un peu toutes seules on va dire, mais je trouve que les veufs s'en sortent beaucoup moins bien, je vois... trois cas de veufs, où en quelques semaines, quelques mois, même quelques semaines, sont tombés com-



plètement en dépression, sans vraiment vouloir être aidés non plus, ils font pas appel hein ! Ça y est ils deviennent négligés ils doivent moins bien s'alimenter, ils savent plus s'en sortir, ils savent plus faire les papiers parce que souvent c'était madame qui s'en occupait. »

Professionnel : « Déjà de reconnaître que l'on ne va pas bien, voilà c'est très difficile. Après certains hommes ont du mal, parce que pour eux c'est exprimer une certaine faiblesse, donc y a aussi cette barrière. »

Le recours aux aides a donc souvent lieu suite à un accident, une hospitalisation, lorsque les personnes ne sont pas en mesure de retourner chez elles. L'hôpital garde alors souvent ces personnes sur des durées plus longues que les soins le nécessitent, en attendant la mise en place d'aides ou de soins à domicile en urgence, ou l'acceptation d'un dossier en Ehpad à proximité. En effet, même si des établissements d'hébergements pour personnes âgées disposent souvent de places sur le département, assez peu sont disponibles directement sur le pays de La Châtre en Berry, où les personnes souhaitent rester.

Professionnel : « Et vous vous rendez compte, nous, les renvoyer chez eux parce qu'il y a pas de structures qui peuvent les accueillir. On les renvoie chez eux sachant qu'ils peuvent être en difficulté. Pour nous, c'est quasiment inhumain, on culpabilise. »

Professionnel : « C'est vrai que, au niveau de l'hôpital, c'est un véritable problème, parce qu'effectivement ça bloque des lits de médecine qui sont normalement dédiés à des séjours courts, et qui en fait deviennent des lits de moyen séjour, faut le dire... en attente de placement. »

Les personnes âgées souhaitent non seulement rester sur le territoire, mais aussi autant que possible chez elles, car les établissements d'hébergement pour personnes âgées souffrent d'une mauvaise image (ils sont perçus comme réservés à la toute fin de vie) et constituent un budget trop important pour de nombreuses familles du Pays. Les professionnels constatent donc que les situations de dépendance à domicile sont de plus en plus importantes.

Professionnel : « L'Ehpad représente le dernier bout de chemin, d'existence, et voilà, d'appréhender ça, de faire ce chemin, c'est très difficile, y a peu de gens qui le font...(...) Les gens restent quand même le plus longtemps possible à domicile. »

Professionnel : « C'est vrai qu'ici, on est en campagne, les retraites, c'est pas les retraites... et, les structures, quand vous voyez le prix des structures et tout donc c'est vrai qu'on a la chance d'avoir une bonne équipe autour, à l'extérieur, qui les accompagne bien, et puis qui les aident à remplir les dossiers pour les aides. »

Professionnel : « 500 euros de retraite par mois, qu'est-ce que vous voulez avoir un hébergement à 500 euros de retraite par mois !? Moi j'ai une famille actuellement ils vont reprendre leur maman chez eux parce qu'ils n'ont pas les moyens. »

Cette augmentation des niveaux de dépendance se répercute sur le fonctionnement des structures d'aide et de soins à domicile. Les usagers du Ssiad ont un moins bon état de santé moyen, ce qui occasionne des prises en charge plus importantes lors des tournées des salariés. Les personnes âgées nécessitent également des aides à domicile conséquentes, mais les plans d'aide accordés ne suffisent souvent pas à leur apporter le soutien dont elles ont besoin. Certaines personnes n'ont pas les ressources pour compléter la prise en charge financée dans le cadre de l'Apa. D'autres personnes, ou leur familles, en auraient les moyens, mais elles refusent d'apporter une contribution financière, soit parce qu'elles ne conçoivent pas de payer pour ces services, ou réservent leurs économies dans une autre optique, soit aussi parce que certaines personnes souhaitent se débrouiller seules autant que possible, préserver au maximum leur intimité et limiter le passage des professionnels au domicile.

Professionnel : « [il y a] une certaine réticence des familles à considérer que l'on doit participer, financièrement, à la prise en charge... On a quand même une culture de la gratuité à domicile, on est obligé de le dire, ça c'est très clair. (...) Les gens acceptent très très peu de participer. (...) On fait prescrire une toilette, alors que cette toilette pourrait être réalisée dans le cadre d'une toilette classique, peut être réalisée par une aide à domicile, et on la fait prescrire comme ça elle est prise en charge. C'est ça la réalité. »

Professionnel : « On a certaines situations où on aurait, par mois, 8 à 10h ou même 4 à 5 h supplémentaires, et là on arrivait, on aboutirait vraiment à des prises en charge, qui seraient vraiment, on serait dans de la qualité, et même au niveau par rapport à des critères de sécurité etc. »

Professionnel : « Y a tout le volet psychologique hein, sur l'acceptation de la pathologie, le renoncement à une vie, une certaine, un certain style de vie, affecté par la pathologie... Des patients jeunes avec des aidants qui souvent, supportent mal l'intrusion de différents professionnels tout au long de la journée. »

Le maintien à domicile des personnes âgées dans le contexte de réduction des aides publiques conduit à un fractionnement accru des interventions. Les services d'aide à domicile, Ssiad et infirmiers libéraux sont contraints à des temps de passage très courts (jusqu'à un quart d'heure parfois), avec un centrage de leur accompagnement sur des aides techniques correspondant aux seuls besoins fondamentaux des personnes.

Professionnel : « On n'a pas le temps d'être humain non plus,

LA COMMUNE DE CREVANT

LA COMMUNE DE CREVANT

donc quelqu'un qui a envie d'aller aux toilettes, bah oui "ça y est c'est fini ?..." Bon forcément on va prendre le temps, mais l'intervention d'après... On a moins de temps. »

Habitant : « C'est pour donner un truc, un ch'ais pas, un comprimé le matin, un quart d'heure chez une... C'est trop haché en fait ! »

L'offre en matière de soin et service d'aide à domicile semble contrastée selon les secteurs du territoire. Dans certaines zones, les professionnels présents semblent pouvoir assurer globalement les services nécessaires à la population dans le cadre du maintien à domicile.

Professionnel : « On a tout un maillage social pour le maintien à domicile, avec les associations d'aide à domicile, parce qu'on peut organiser tout ça, des infirmières libérales on trouve encore... Y a un bon maillage. »

Habitant : « Les personnes âgées, je pense qu'il y a ce qu'il faut parce qu'il y a a... Ils se déplacent pour euh... Pour les repas, les infirmières font les toilettes tout ça... Y a quand même beaucoup de personnes qui s'occupent de ces personnes âgées quoi ! »

Habitant : « Des infirmières y en a combien ? 3, 4, 5 ? Y en a pas mal parce qu'au final y a pas de problèmes. »

Dans d'autres localités, les professionnels ne sont pas suffisamment nombreux pour répondre aux demandes nombreuses de la population âgée, que ce soit en aide à domicile ou en soins. Les conditions de travail apparaissent trop peu attractives pour les aides à domicile, dont le turnover est important. Les structures d'aide à domicile peinent à recruter et à maintenir leurs salariés en exercice. Les infirmiers libéraux ont aussi une activité très importante et ne peuvent satisfaire à tous les besoins. Ils n'effectuent donc pas certaines prestations comme les toilettes. Enfin les personnes rencontrées déplorent que le secteur de La Châtre ne soit pas couvert par une HAD, ce qui pose des problèmes particulièrement pour la prise en charge des patients en fin de vie.

Professionnel : « Nous, sur la commune de Saint-Plantaire, sur 550 habitants, plus de la moitié ont plus de 60 ans... Et même 111 qu'ont plus de 75 ans, donc c'est ça le gros problème, c'est les aides à domicile et... Les soins à domicile, les soins qui nous posent un gros problème quoi (...) Familles rurales, on a beaucoup d'aides à domicile, je sais plus combien ça représente, mais y a au moins 7 personnes en aide à domicile sur la commune hein ! Et c'est pas assez ! Parce que y a pas de prise en charge suffisante, y a des personnes qui auraient besoin de plus d'heures... »

Habitant : « Ah oui une infirmière de Crevant, elle se retrouve toute seule là, elle avait pris une associée, mais toute seule elle fait 80 heures... Et elle veut plus, elle veut plus ! Et elle ne trouve

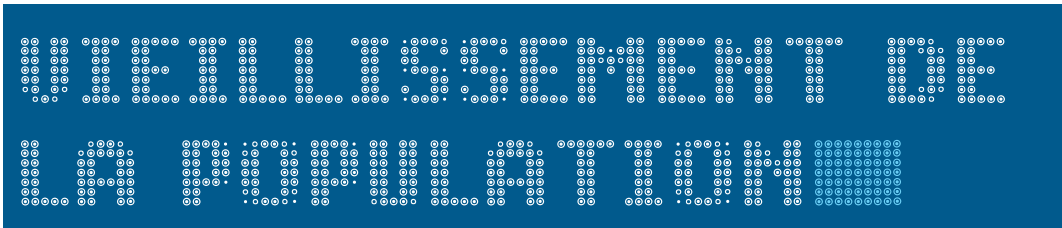
pas d'autre infirmière. »

Habitant : « Y en a pas assez. Les filles, vous comprenez, elles veulent toutes faire autre chose. Ça fait plusieurs années qu'elles font ça. Les formations sont quand même un peu limitées, elles aimeraient peut être avoir plus de formations sur certains domaines. Et puis bon, c'est vraiment un métier ingrat quoi. »

Du fait du recours insuffisant aux aides professionnelles, l'entourage, lorsqu'il est présent, est fortement sollicité. Ce soutien est souvent apporté par une seule personne, un conjoint lui aussi âgé, ou un enfant ayant d'autres obligations. L'aidant risque l'épuisement et il apparaît nécessaire d'avoir une offre de soutien et de répit pour lui permettre d'assurer son rôle dans la durée. C'est particulièrement le cas pour les aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Pour les aidants des personnes âgées, l'offre en accueil de jour du territoire apparaît suffisante, et des groupes de parole sont organisés pour les proches des personnes âgées accueillies, avec un système de transport permettant aux aidants non mobiles d'en bénéficier. En revanche, l'accueil temporaire est à développer car les demandes augmentent et le nombre de places est aujourd'hui assez limité, même si l'on inclut les places plus onéreuses situées dans des établissements privés. En l'absence des moyens financiers nécessaires pour ces établissements, et du fait de la situation d'urgence dans laquelle s'effectue le plus souvent la demande d'hébergement temporaire, il n'y a généralement pas d'autres alternatives que l'hospitalisation. Les demandes d'hébergement temporaire pourraient être mieux anticipées, comme c'est le cas pour des patients atteints par la maladie d'Alzheimer et pris en charge à ce titre : les professionnels qui les accompagnent dans le cadre de l'accueil de jour ou de l'équipe mobile dédiée peuvent observer les évolutions de la situation et amener suffisamment tôt les familles vers ces dispositifs d'hébergement en limitant les risques de rupture brutale de l'accompagnement.

Professionnel : « Sur l'accueil temporaire, parfois on est en difficulté. On a beau faire le tour des établissements, et souvent en plus c'est sur des situations d'urgence on va dire, ça par contre, je pense qu'on est en carence... (...) Et quand on n'a pas de place d'accueil temporaire, malheureusement on est obligé de passer par l'hospitalisation. (...) Ils sont tout à fait repérés [les malades d'Alzheimer] et on voit bien à un moment donné, quand la situation va crescendo, on essaie d'anticiper. »

Les situations de dépendance nécessitent souvent l'intervention de plusieurs professionnels auprès des personnes (médecin, kinésithérapeute, infirmier, aide-soignant, aide à domicile...) avec également des passages temporaires dans des établissements sanitaires et des établissements d'hébergement. Dans ce contexte, la coordination et la communication entre professionnels sont importantes. À cet



égard, les professionnels rencontrés estiment que le travail en partenariat est plutôt bon sur le territoire, avec une coordination gériatologique mensuelle au sein de l'hôpital de La Châtre, qui permet d'élaborer conjointement les plans d'aide et des échanges réguliers lorsque les situations des personnes âgées nécessitent des ajustements. La coordination avec les acteurs libéraux souffre tout de même un peu de leur manque de disponibilité.

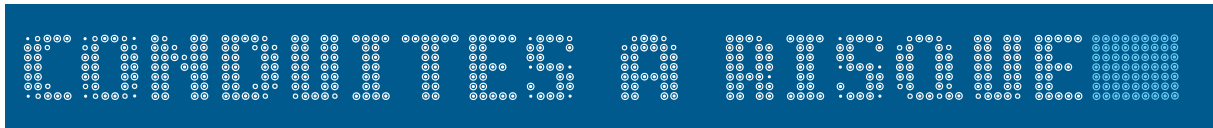
Professionnel : « Nous, on est vraiment obligé de travailler étroitement parce que sinon c'est impossible, on ne peut pas travailler correctement et on n'arrive pas à monter des plans d'aide qui soient... comment dirais-je ? Solides... Pour avoir un maintien à domicile qui s'inscrive dans la durée, c'est ça l'objectif, et après on se téléphone très régulièrement aussi parce qu'à la moindre difficulté, on est obligé de réajuster, et de réajuster rapidement, parce que sinon on sait très bien que ça va être bien souvent une hospitalisation, donc on est en lien constant. »

Professionnel : « Moi je trouve qu'elles fonctionnent bien [les coordinations gériatologiques], j'ai le recul de 6 ans sur un autre secteur où ça fonctionnait parfaitement, donc oui moi je trouve qu'elles fonctionnent bien. »

Professionnel : « Effectivement les médecins sont rares, mais ceci dit, quand on a développé un partenariat assez proche, on arrive quand même à travailler en lien direct avec eux, on les sollicite quand même pas mal, donc voilà, le problème c'est

qu'ils sont pas beaucoup. Mais ceci dit, quand on fait appel à eux, tout du moins y a des professionnels avec lesquels je travaille parfaitement, oui ! Alors effectivement ils manquent de temps, ça c'est clair ! Mais ça c'est indépendant de leur volonté. »

Les rencontres avec les professionnels, élus et habitants, permettent de dégager quelques priorités pour améliorer la situation des personnes âgées du territoire. La première est de favoriser l'implantation et le maintien des médecins généralistes dont le déficit est aujourd'hui le plus criant et le plus inquiétant dans une perspective d'avenir. La deuxième priorité consiste à améliorer un certain nombre de prises en charge aux personnes en perte d'autonomie, en augmentant les plans d'aide et en travaillant sur les représentations sociales pour inciter les personnes et leur familles à contribuer financièrement au soutien qui leur est apporté par les collectivités ou l'État, et de ne pas se satisfaire de prestations en nombre insuffisant. Enfin, si des actions de prévention existent pour les personnes âgées, que ce soit sur l'activité physique adaptée, l'alimentation, la prévention des chutes, la mémoire... ces actions s'adressent généralement à des personnes encore assez autonomes, intéressées par des activités collectives et qui n'ont pas de frein lié à la mobilité. Il apparaît nécessaire de maintenir ces actions et de faire évoluer également la prévention pour toucher un plus large public.



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

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

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

Selon l'Inpes, la région Centre-Val de Loire se situe dans la moyenne nationale quant au nombre de consommateurs de ces deux produits : 29,0% des 15-75 ans déclarent fumer en région Centre-Val de Loire en 2010, contre 29,1 % pour la France. Selon les indicateurs considérés (nombre d'ivresses, usages quotidiens...) la région reste proche des valeurs nationales.

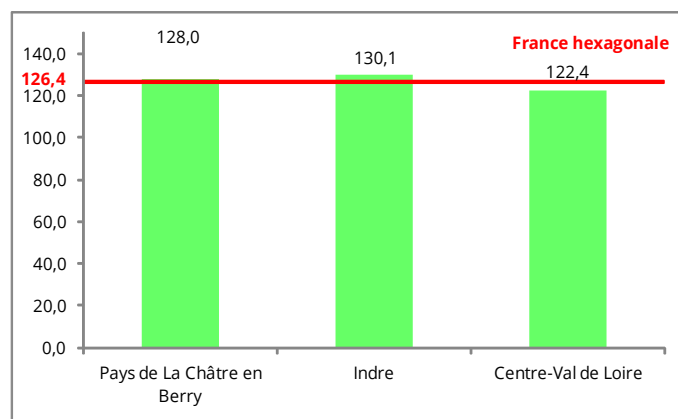
Mortalité par pathologies liées au tabac

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

Sur le territoire, la mortalité imputable au tabac représente 63 décès annuels en moyenne sur la période (41 hommes et 22 femmes).

Après standardisation, le taux comparatif de mortalité du territoire est de 128,0 décès pour 100 000 habitants, contre 130,1 dans le département, 122,4 en région et 126,4 en métropole. Le taux du Pays est comparable aux autres territoires de référence.

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



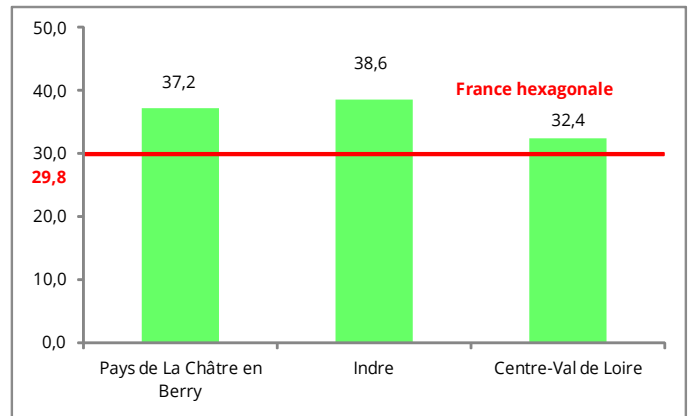
Mortalité par consommation excessive d'alcool

De la même manière, un indicateur de mortalité par consommation excessive d'alcool peut être composé en alliant 3 pathologies propres à celle-ci : la cirrhose alcoolique, la psychose alcoolique et les cancers des voies aérodigestives supérieures.

Elles représentent 14 décès annuels en moyenne au sein du Pays durant la période 2005-2013 (12 hommes et 2 femmes) et 3,4 % de la mortalité totale, chiffre comparable à ceux retrouvés dans les territoires de référence (entre 3,6 % et 3,8 %).

Après standardisation par tranches d'âge, cela correspond à 37,2 décès par consommation excessive d'alcool pour 100 000 habitants, soit un taux comparable à ceux retrouvés sur le département (38,6) et la région (32,4) mais significativement supérieur à celui retrouvé en France hexagonale (29,8).

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL (2005-2013)



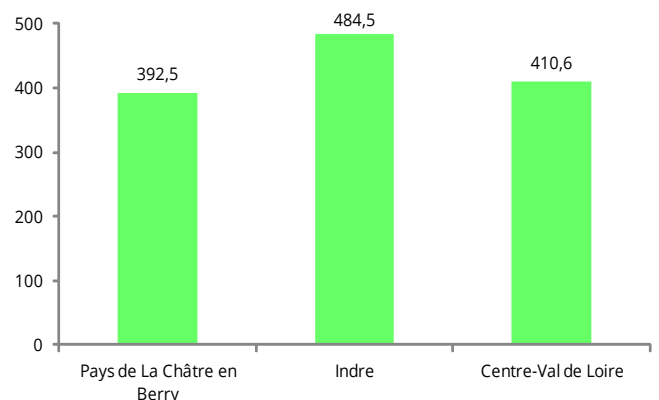
SOURCES : INSERM CÉPIDC, INSEE
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE
POPULATION DE RÉFÉRENCE : FRANCE HEXAGONALE (RP 2006)
TAUX POUR 100 000 HABITANTS

Patients hospitalisés pour troubles liés à la consommation d'alcool

Entre 2011 et 2013, il y a eu en moyenne 10 634 patients hospitalisés chaque année dans la région Centre-Val de Loire pour troubles liés à l'alcool, 1 167 dans l'Indre et 125 dans le pays de La Châtre en Berry. Cela représente pour le territoire d'étude un taux comparatif de 392,5 patients hospitalisés pour 100 000 habitants. Ce taux est significativement inférieur à celui du département (484,5) mais comparable à celui de la région (410,6).

Ce taux diffère selon le sexe. En effet, il est de 615,3 patients hospitalisés pour 100 000 hommes sur le territoire d'étude (statistiquement inférieur au taux du département mais comparable à celui de la région), alors qu'il est égal à 170,5 personnes hospitalisées pour 100 000 femmes du pays de La Châtre en Berry (statistiquement inférieur au taux du département mais comparable à celui de la région).

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



SOURCES : PMSI, 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 des personnes en situation d'addictions en structures d'accueil spécialisées et/ou associatives

L'Anpaa est une association nationale avec des unités départementales qui mène une mission générale de prévention, de soins et d'accompagnement en addictologie. L'Anpaa apporte une aide et une écoute, intervient dans la prévention et propose des soins pour les 10/25 ans. Ses domaines d'intervention sont la prévention, l'intervention, la réduction des risques, les soins et l'accompagnement. Le Csapa-Anpaa 36, implanté à Châteauroux, est une structure d'accueil, d'écoute et d'accompagnement pour les personnes rencontrant des difficultés face à l'alcool, les drogues, les médicaments. Il propose une prise en charge médico-psycho-sociale, sous la forme de consultations indi-

viduelles gratuites et anonymes, pour les personnes souffrant d'une problématique addictive. Le traitement peut allier médicaments, psychothérapie et fréquentation d'un groupe d'entraide.

Différents acteurs interviennent en matière d'addictologie notamment en Indre, où l'on compte également Alcool Assistance de l'Indre, le Caarud, ALIS 36, AISMT 36, AEBTP 36, PAEJ/MAD. De même, des acteurs nationaux sont présents également sur la région (Drogues Info Service, l'Inpes, SOS Addictions, Tabac Info Service, Alcool Info Service, Alcooliques Anonymes...)

Ressources disponibles sur le territoire

Le réseau Périnat organise, dans le champ des addictions, des consultations d'aide à l'arrêt du tabac, dans le cadre de la proximité des soins, en accord avec le SROS (Schéma régional d'organisation des soins) et l'ARS. Organisées au CCAS de La Châtre, elles s'adressent aux femmes ayant un désir de grossesse, aux femmes enceintes, aux mamans et à leur entourage familial. En partenariat avec le Conseil départemental et la Direction de la prévention et du développement social (DPDS), il est réalisé depuis janvier 2015, une demi-journée de permanence par mois. L'objectif de cette action est de réduire la morbidité néonatale en établissant une prévention de qualité des complications néonatales liées au tabagisme pendant la grossesse et de réduire également le nombre de femmes fumeuses. Néanmoins il ressort de ces actions, une difficulté à sensibiliser les femmes.

L'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa) intervient sur l'ensemble des addictions : usage, usage détourné et mésusage d'alcool, tabac, drogues illicites et médicaments psychotropes, pratiques de jeu excessif et autres addictions sans produit.

Les risques liés à ces comportements pour l'individu, son entourage et la société sont abordés dans une perspective globale, psychologique, biomédicale et sociale.

L'Anpaa couvre la prévention, l'intervention précoce, la réduction des risques aussi bien que les soins et l'accompagnement.

L'ANPAA a pour mission :

- L'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale, l'orientation, pour tous les publics

présentant des difficultés en lien avec des conduites addictives (un produit ou un comportement),

- La mise en œuvre de consultations de proximité,
- La prévention et la formation des conduites addictives,
- La mise en œuvre du dispositif des consultations jeunes consommateurs.
- Le service de prévention et de formation de l'Anpaa 36 :
- Informe et sensibilise le public rencontré aux conduites addictives et aux comportements à risque,
- S'inscrit dans une démarche de promotion de la santé en renforçant les facteurs de protection par le développement des compétences psycho-sociales,
- Formation des professionnels en addictologie.

Dans le champ de la prévention des conduites addictives, des actions de prévention sont mises en œuvre par l'Anpaa, en direction des personnes en insertion ou en situation de précarité. Elles s'insèrent dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives (2013-2017) et du projet régional de santé. Elles ont été réalisées à La Châtre, en collaboration avec les Jardins de l'Espérance, le foyer de jeunes travailleurs, l'Esat (établissement et service d'aide par le travail) ADPEP (association départementale des pupilles de l'enseignement public), la mission locale d'insertion et la DTARS (délégation territoriale de l'Agence régionale de santé). Ces actions ont été à destination des personnes sous contrat d'insertion aux Jardins de l'Espérance (2014-2015-2016-2017), du public accueilli au foyer de jeunes travailleurs de La Châtre (2014-2015), des travailleurs handicapés de l'ESAT ADPEP (2015-2016-2017) et des jeunes rentrant dans le dispositif « Garantie jeunes » (2015-2016-2017).



Les objectifs de ces actions sont les suivants :

- amener un public peu sensibilisé à réfléchir sur la thématique des conduites addictives,
- faciliter l'accès à l'information auprès du plus grand nombre,
- donner aux personnes les moyens de développer leurs compétences psychosociales (savoir prendre des décisions, avoir un esprit critique, savoir communiquer efficacement, avoir conscience de soi, savoir gérer son stress et ses émotions,...),
- accompagner dans la mise en place de choix responsables,
- faire connaître l'offre de soin de l'Anpaa 36,
- développer une culture de l'autoévaluation.

Les interventions menées en structure d'insertion ou en milieu spécialisé ont pour objectif premier d'informer et de faciliter l'accès aux structures de soin. Selon la structure d'accueil et l'organisation de celle-ci, ces actions peuvent prendre des formes différentes : ateliers ou stands de prévention. Majoritairement sous forme d'information collective, ces ateliers se déroulent parfois en binôme avec un éducateur spécialisé du Csapa pour les chantiers d'insertion ou une infirmière pour les actions à la mission locale d'insertion. Ce binôme est un moyen de favoriser l'accès au soin. Les partenariats développés avec certaines structures depuis de nombreuses années permettent à l'Anpaa de parfaire leurs modes opératoires.

En effet, selon l'Anpaa, les difficultés d'expression, de maîtrise de la langue, les fragilités économiques, sociales et professionnelles peuvent être des freins à la compréhension du message de prévention et impose une adaptation et une approche préventive spécifique. Les temps de recherche et/ou de création d'outils pédagogiques et de concertation avec les partenaires sont importants et ils permettent de travailler au plus près des attentes et des besoins des publics en difficulté. Il en découle la poursuite des partenariats avec les établissements partenaires. La mise en œuvre de nouveaux projets sont autant d'éléments qui montrent l'intérêt porté au projet.

De même, le centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) est une structure pluridisciplinaire qui a pour mission d'assurer les actions de prévention et de soins aux personnes atteintes d'addiction. Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie regroupent depuis 2011 les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA). Le Csapa a aujourd'hui la vocation d'apporter une prise en charge pluridisciplinaire et conceptuelle sur toutes conduites addictives, quel qu'en soit l'objet. Le public accueilli est l'ensemble des personnes en difficulté avec l'alcool. Les Csapa accueillent gratuitement, voire anonymement, toute personne qui souhaite être aidée. L'accueil est basé sur le volontariat des personnes. Les Csapa assurent, pour les personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif ou présentant une dépendance aux substances psychoactives ainsi que pour

leur entourage :

- L'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne ou de son entourage. Dans ce cadre, ils peuvent mettre en place des consultations de proximité en vue d'assurer le repérage précoce des usages nocifs.
- La réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives.
- La prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative. Elle comprend le diagnostic, les prestations de soins, l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion.
- Le sevrage et son accompagnement, la prescription et le suivi des traitements médicamenteux, dont les traitements de substitution aux opiacés.

Ils peuvent également prendre en charge des personnes présentant des addictions sans substances. Les centres assurent des soins ambulatoires et peuvent également gérer des services de soins résidentiels dans un cadre individuel ou collectif tels les réseaux d'appartements thérapeutiques, les centres thérapeutiques résidentiels, les réseaux de famille d'accueil. Par ailleurs, le Caarud (centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues) a pour missions générales : la promotion de la santé en addictologie, l'éducation pour la santé, la prévention des risques, le repérage précoce, l'accompagnement et soins en addictologie et la contribution à un environnement favorable à la santé. Les missions spécifiques à ce service sont les suivantes (Art. R. 3121-33-1. du code de Santé publique) :

- Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues assurent :
- L'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues,
- Le soutien aux usagers dans l'accès aux soins qui comprend :
 - L'aide à l'hygiène et l'accès aux soins de première nécessité, proposés de préférence sur place,
 - L'orientation vers le système de soins spécialisés ou de droit commun ;
 - L'incitation au dépistage des infections transmissibles ;
- Le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle,
- La mise à disposition de matériel de prévention des infections,
- L'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers ».

« Ils développent des actions de médiation sociale en vue de s'assurer une bonne intégration dans le quartier et de prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues. »

Art. R. 3121-33-2. du code de Santé publique :

Les centres participent au dispositif de veille en matière de drogues et de toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers.

INDRE

Centre-Val de Loire

2015

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 décembre 2015 à 1 348 en région Centre-Val de Loire, dont 70 dans l'Indre. Au sein du département, 67,1 % des nouvelles séropositivités sur cette période sont des hommes, la classe d'âge la plus touchée étant celle des 20-29 ans, avec 28,6 % 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 pour 1 000, DOM compris). Cela représente, avec 115 découvertes de séropositivité par million d'habitants en région, 2 sérologies positives pour 1 000 habitants. Concernant 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. En 1994, par exemple, plus de 1 800 diagnostics étaient posés parmi les consommateurs (source : InVS).

Pratique de l'interruption volontaire de grossesse

La SAE (Statistique Annuelle des Etablissements de santé) est une enquête commanditée par la Drees qui collecte annuellement de façon exhaustive et obligatoire un ensemble de données ayant trait à l'activité des diverses structures de santé et notamment celles concernant les pratiques d'interruption volontaire de grossesse (IVG).

Deux méthodes de recours à l'IVG existent : l'une médicamenteuse, schématiquement réservée aux interruptions précoces et sans signe de gravité, et l'autre chirurgicale, de référence. Cette première s'est rapidement développée en région Centre-Val de Loire. En 2012, 25 établissements de santé pratiquent l'IVG en Centre-Val de Loire, dont 20 relevant du public.

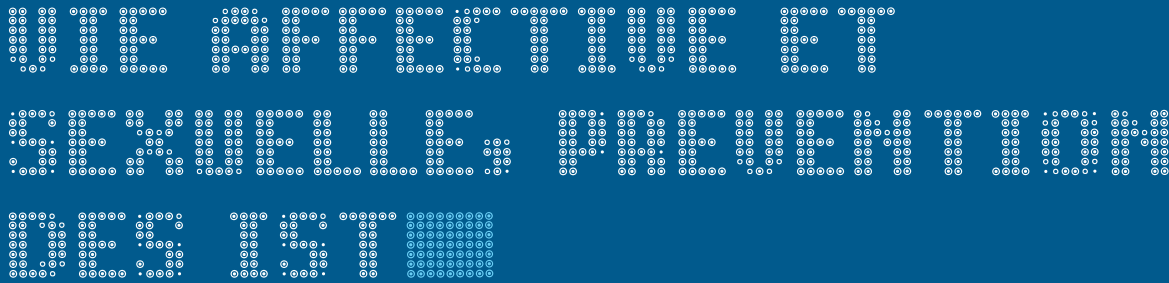
La SAE de 2015 montre que 51,9 % des 167 657 IVG pratiquées en France métropolitaine durant l'année l'ont été par administration médicamenteuse (contre 48,5 % en 2007 et 54 % en 2010). Ce pourcentage est proche de celui observé en région Centre-Val de Loire (52,2 % des 5 783 IVG) mais atteint 76,1 % dans l'Indre, taux significativement supérieur à celui des niveaux régional et national.

Par ailleurs, depuis 2004, l'évolution de la législation permet à des médecins de ville ayant passé une convention avec un établissement de santé de pratiquer les IVG par voie médicamenteuse. Au 1^{er} septembre 2010, 7 établisse-

ments 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. De fait, en 2012, 8,5 % des IVG en région Centre-Val de Loire ont été réalisées hors établissement de santé (cabinets, centres de santé, centre de planification ou d'éducation familiale...), contre 7 % en 2010.

Le nombre d'interruptions de grossesse en France hexagonale a légèrement augmenté entre le milieu des années 1990 et 2006 avant de se stabiliser autour de 210 000 IVG par an. Il est redescendu en 2012 à 177 000. En 2015, selon la Drees, le taux de recours à l'IVG en région Centre-val de Loire est de 12,6 ‰ femmes âgées de 15 à 49 ans (14,4 ‰ 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 2010, 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.



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...).

Grossesses précoces

Les effectifs cumulés pour les années 2011-2014 recensent 11 mères mineures à la conception et à l'accouchement sur le territoire. Elles représentent 1,0 % de l'ensemble des accouchements du territoire du pays de La Châtre en Berry, taux très légèrement supérieur à celui du département (0,7 %) et de la région (0,6 %). Si l'on considère l'âge au moment de la conception, la part de femmes mineures atteint 1,6 % de l'ensemble des conceptions des mères du pays de La Châtre en Berry contre 1,2 % dans le département et 1,1 % en région Centre-Val de Loire.

PROPORTION DE MÈRES MINEURES (2010-2013)

	Nombre de mères mineures à l'accouchement	Part dans l'ensemble des accouchements
Pays de La Châtre en Berry	11	1,0 %
Indre	57	0,7 %
Centre-Val de Loire*	653	0,6 %
	Nombre de mères mineures à la conception	Part dans l'ensemble des conceptions
Pays de La Châtre en Berry	17	1,6 %
Indre	89	1,2 %
Centre-Val de Loire*	798	1,1 %

SOURCES : PMI
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE

* ESTIMÉS APRÈS PONDÉRATION
POUR 2011, 2012, 2013, 2014. LES NOMBRES DE MÈRES MINEURES AU MOMENT DE LA CONCEPTION NE SONT PAS DISPONIBLES POUR LE DÉPARTEMENT DE L'INDRE-ET-LOIRE.

Ressources disponibles sur le territoire

Le Planning familial est une association militante affiliée à un mouvement national qui lutte pour créer les conditions d'une sexualité vécue sans répression ni dépendance dans le respect des différences, de la responsabilité et de la liberté des personnes.

Les objectifs et engagements de l'association sont :

- Prendre en compte toutes les sexualités. Agir pour la prise en compte de la sexualité comme un des droits de la personne, animer des lieux d'expression où parler de désir, de plaisir, pour vivre une sexualité épanouie dans le respect de l'autre.
- Accompagner dans le choix d'une contraception adaptée à son âge, à son mode de vie, à ses besoins, favoriser l'accès à toutes les méthodes et agir pour améliorer leur remboursement.
- Écouter et orienter pour une demande d'IVG (inter-

ruption volontaire de grossesse). Accompagner toute personne dans sa démarche, dans le respect de sa décision, sans pression ni culpabilisation. Veiller à l'application des lois, à l'accès et aux conditions dans lesquelles sont pratiquées les interventions, favoriser une meilleure prise en charge.

- Promouvoir l'éducation à la sexualité. Agir pour son intégration dans les programmes scolaires, favoriser les échanges entre les filles et les garçons pour dissiper tabous et malentendus, faire évoluer les mentalités, aborder la sexualité avec des personnes handicapées, migrantes, détenues...
- Dénoncer et combattre toutes les formes de violences, discriminations, viols, violences au sein du couple ou de la famille; harcèlement sexuel, mariages forcés, mutilations sexuelles...
- Lutter contre le sida et les IST (infections sexuellement

PLANIFICATION FAMILIALE

CONTRAT LOCAL DE SANTÉ

2014-2016

transmissibles). Sensibiliser les femmes à leur exposition particulière aux risques, renforcer leurs capacités à se protéger, favoriser la diffusion des moyens de protection dont elles ont la maîtrise, en particulier le préservatif féminin.

- Privilégier une maternité choisie. Veiller à ce que le droit d'accoucher anonymement, la possibilité de recourir à la procréation médicalement assistée (PMA) ou à l'adoption soient respectés. Rester attentif à l'accompagnement et au suivi de la grossesse et de l'accouchement.

Le Planning familial inscrit ses objectifs dans le combat contre les inégalités sociales, les oppressions et agit pour le changement des mentalités et des comportements. Il entend développer les conditions d'une prise de conscience individuelle et collective pour que l'égalité des droits et des chances soit garanties à toutes et à tous. Il lutte contre l'oppression spécifique des femmes contre toutes formes de discrimination dont elles sont l'objet, en cela le Planning familial est un mouvement féministe.

En matière d'éducation à la vie affective et sexuelle, le Planning familial a réalisé le 23 octobre 2013, à la MJC de La Châtre, une intervention en milieu festif dans le cadre du plan régional de Santé publique. De même, au festival de musique Trad, au château d'Ars, à Lourouer-Saint-Laurent et à La Châtre, des manifestations ont eu lieu avec des partenaires de santé et l'organisateur de l'évènement, les 11, 12 et 14 juillet 2015. Une action similaire a été mise en place sur ces territoires du 12 au 14 juillet 2014.

À destination de toute la population, ces évènements dont les bilans sont positifs, ont été le lieu de mise en place de stands de prévention et d'informations sur la thématique de la vie affective et sexuelle avec pour objectifs :

- de permettre un temps de parole autour du corps, de la puberté, de la relation aux autres et/ou de la sexualité, des risques qui y sont liés et les moyens de s'en protéger dans une démarche de réduction des risques (méthodes contraceptives, la pilule d'urgence et l'interruption volontaire de grossesse, préservatif internes/externes/ les différents dépistages) ;
- d'apporter des connaissances sur les droits et lois en la matière et faciliter l'orientation et le repérage des lieux ressources existants sur le département.

Dans le même cadre, des missions de l'association et du programme « Handicap et alors ? » ont été présentées en réunion d'équipe aux professionnels de la structure accueillant des personnes en situation de handicap, au foyer de vie de Perrasay. Réalisée le 12 janvier 2015 (début de l'action en 2014), l'objectif a été de mettre en place un projet d'actions dans le domaine. En collaboration avec la mairie, le CCAS, la MJC, la PMI et les communautés de communes du

pays de La Châtre, la mise en place de permanences délocalisées des services du Planning familial dans la commune de Valençay est en projet, à destination de la population du département. Ce projet a débuté fin 2013 et s'est poursuivi en 2014. Cette permanence anonyme et gratuite devrait ouvrir un mercredi par mois de 14h à 17h à la MJC de La Châtre. Elle s'adressera aux jeunes, à la population générale et aux professionnels médico-sociaux sans limite d'âge, avec ou sans rendez-vous. Les entretiens peuvent durer de 5 minutes à une heure et peuvent être individuels ou collectifs selon la demande formulée. Dans une démarche de réduction des risques, ils seront réalisés par des personnes formées à l'animation de prévention sur la thématique de la vie affective et sexuelle.

Cette action visera en particulier à :

- participer à la diminution des inégalités d'accès à l'information et aux moyens de réduction de risques relatifs à la vie affective et sexuelle ;
- ouvrir un espace de parole, anonyme et gratuit ;
- faciliter l'orientation et le repérage vers les lieux ressources existants sur le département.

Elle apportera des informations sur :

- les méthodes contraceptives ;
- la contraception d'urgence ;
- l'interruption volontaire de grossesse ;
- les risques liés à la sexualité ;
- les droits et les lois en matière de sexualité.

Enfin, elle donnera l'accès à des outils de réductions de risques : contraception d'urgence, test de grossesse urinaire, préservatifs féminins, masculins et gels lubrifiants.

Alis 36 (association lutte et information sida) intervient également en matière de vie sexuelle et affective. C'est une association de lutte et d'information sur le VIH/Sida dont l'objectif est de combattre l'extension des IST - Sida - hépatites par l'information, le dialogue, la communication, l'installation de distributeurs de préservatifs et tous moyens de prévention.

Ses missions sont :

- coordonner les actions de prévention de l'EMIPS (équipe mobile d'information et de prévention Sida) ;
- proposer et réaliser des actions de formation ;
- apporter aux personnes atteintes par le VIH et les virus hépatites un accompagnement global ;
- héberger temporairement les personnes touchées par ces pathologies ;
- gérer et/ou installer un échangeur de seringues sur Châteauroux et sur l'ensemble du département ;
- accueillir, accompagner et mettre à disposition du matériel de réduction des risques à destination des usagers de drogues sur un service médico-social dénommé Caarud (centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues).

Violences conjugales

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).

Le Loiret dispose, au sein de la Direction départementale de la cohésion sociale, d'une Mission départementale aux droits des femmes et à l'égalité. Celle-ci « met en oeuvre, au niveau local, la politique d'égalité entre les femmes et les hommes impulsée par le ministère des Droits des femmes. L'objectif de cette mission est de sensibiliser les acteurs du département et d'animer un réseau de référents locaux sur le thème de l'égalité. »

Ressources disponibles sur le territoire

Le Planning familial de l'Indre a organisé des actions pour la sensibilisation à la lutte contre les violences faites aux femmes, en partenariat avec la mairie de Le Blanc, Anne Élisabeth Prin, les collèges d'Écueillé et de Valençay, le CFA des métiers de Châteauroux, les signataires du protocole contre les violences faites aux femmes de l'Indre et la mission locale de Châteauroux.

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

- En matière d'accès aux soins (notamment des publics précaires). En effet, n'ayant pas d'autonomie financière et portant un fort sentiment de honte, les femmes ne vont que très peu chez le médecin.
- Dans le champ de la santé de la mère et de l'enfant. Avec les risques importants de fausses couches, malformations, accouchements prématurés, risques directs et indirects pour l'enfant témoin de violences au sein du couple.
- Dans le champ de la santé mentale. Avec des risques forts de dépression nerveuse, de tentative de suicide, une consommation de tranquillisants, d'anti-dépresseurs.
- Dans le champ de la nutrition et de l'activité physique. En effet, les femmes sont assez souvent isolées et ne pratiquent que peu souvent une activité physique.
- Des dispositifs spécifiques sont mis en place dans le département dans le champ des violences faites aux femmes (accompagnement psychologique des enfants témoins de violences au sein du couple, prise en charge thérapeutique des auteurs de violences conjugales, suivi psycho-social des femmes victimes, suivi juridique, protocole spécifique avec les bailleurs, protocole départemental de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes qui réunit 34 partenaires sur le département s'engageant de manière opérationnelle.
- 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.

Ces actions de prévention mises en place et réalisées le 25 mars 2014 sont destinées, d'une part, aux jeunes scolarisés au lycée Gorges Sand de La Châtre, et d'autre part, à tout public du département (au théâtre de La Châtre). Les appréciations sont positives.

Leurs objectifs sont les suivants :

- Ouvrir un échange, débat sur les droits des femmes ;
- Sensibiliser le public aux violences conjugales ;
- Mieux connaître et repérer le réseau associatif et institutionnel du département de l'Indre ;
- Apporter des connaissances sur les droits et lois en la matière et faciliter l'orientation et le repérage des lieux ressources existants sur le département.

Mortalité par accidents de la circulation

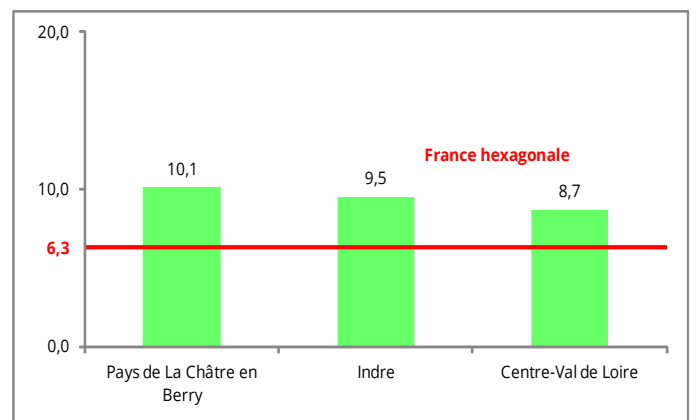
Dans le département, durant la période 2005-2013, 20 individus sont victimes d'accidents de la circulation par an, (soit 0,7% de l'ensemble des décès), 217 en considérant la région Centre-Val de Loire (0,9%) et 3 950 sur la France métropolitaine (0,7%).

La région Centre-Val de Loire occupe le 3^{ème} rang des régions métropolitaines présentant les plus mauvais chiffres en matière de mortalité par accidents de la circulation derrière la Corse et le Languedoc-Roussillon. Ce constat s'explique, mais en partie uniquement, par des éléments de géographie physique et d'infrastructures. L'accidentologie est en effet de manière générale plus sévère en zone rurale, et les régions les plus urbanisées sont celles où il y a le moins d'accidents graves de la circulation (vitesse réduite en ville, meilleur éclairage...).

Après standardisation, le taux de mortalité sur les routes au sein du territoire est de 10,1 pour 100 000 habitants, chiffre identique à ceux retrouvés sur les autres territoires de référence (9,5 pour l'Indre, 8,7 pour la région Centre-Val de Loire et 6,3 pour la France hexagonale).

Concernant la répartition de la mortalité, toutes les classes d'âge sont touchées uniformément, sans qu'une ne prédomine sur les autres.

TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ PAR ACCIDENTS DE LA CIRCULATION (2005-2013)



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

Familles rurales intervient en matière de sécurité routière. Afin de permettre aux familles rurales de l'Indre de rester autonomes en circulant en toute sécurité et de mettre en œuvre des actions qui s'adressent aux seniors dans le cadre du plan départemental d'action sécurité routière de la Préfecture de l'Indre, elle a organisé un stand "Autoroute" en juillet 2015. En 2016, la fédération a répondu à l'invitation de la Préfecture de l'Indre pour animer, les 8 et 9 juillet, un stand d'accueil pour les familles qui partent en vacances et qui empruntent l'autoroute A20.

Un cycle de deux réunions a été organisé pour les seniors pour réviser le code de la route, animées par un administrateur de la fédération départementale et pour réaliser une séance de conduite avec une auto-école. Cette action est prévue dans 10 associations locales Familles rurales dans tout le département.

Synthèse de la rencontre avec les professionnels

Sécurité routière

Les facteurs de risque d'accidents sont principalement les mêmes qu'au niveau national. La consommation d'alcool et la vitesse excessive sont repérées comme souvent en cause. Le caractère rural du pays de La Châtre en Berry favorise assez largement la vitesse, et les conséquences des accidents sont donc en moyenne plus graves sur le territoire. La gendarmerie effectue moins régulièrement de contrôle sur l'alcool et la vitesse au volant sur les petites routes de campagne, notamment ces derniers mois.

Élu : « Je dis souvent en plaisantant, je vais très souvent à Châteauroux, j'arrive toujours le dernier ! Parce que je me fais toujours doubler par tout le monde ! »

Professionnel : « C'est vrai que sur nos routes de campagne ça pardonne pas... C'est au minimum le talus et au pire le choc frontal. »

Élu : « Parce qu'aujourd'hui la gendarmerie et la police sont tellement mobilisées sur d'autres actions, d'autres problèmes, que aujourd'hui je pense qu'il y a beaucoup moins de contrôles... ; là j'ai l'information par la gendarmerie. »

Les professionnels, élus et habitants rencontrés relèvent des risques plus spécifiques au territoire en matière de sécurité routière. Les collectivités ont désormais moins de moyens financiers pour entretenir les routes et l'état de celles-ci a tendance à se dégrader, notamment des portions qui supportent le passage d'engins agricoles devenus très lourds. Les routes étroites rendent les dépassements risqués, particulièrement en l'absence de marquage au sol.

Élu : « Puis faut dire aussi que malheureusement(...), les moyens sont de plus en plus réduits, attention à l'entretien des routes ça deviendra crucial à un moment. »

Les habitants ont souvent des trajets routiniers sur des secteurs avec une faible circulation, ils sont assez peu habitués à la présence de certains usagers de la route sur leur territoire (voitures sans permis, cyclistes et deux-roues motorisés) et n'ont pas, en conséquence, les comportements adaptés. Les cyclistes en particulier se sentent en insécurité du fait de l'absence de pistes cyclables, de l'étroitesse des routes, de la présence de mottes de terre et de boues sur la chaussée (en lien avec les engins agricoles), mais aussi de la vitesse moyenne des véhicules et du non-respect d'une distance de sécurité pour leur dépassement. La vitesse réduite des véhicules sans permis constitue également souvent une surprise pour les automobilistes lors des trajets par faible visibilité ou de nuit.

Habitant : « Moi pour connaître des gens qui font du vélo c'est vrai que souvent ce qu'ils disent, c'est que c'est quand même dangereux dans les petites routes de campagne, quand y a pas de visibilité les voitures tracent, et c'est vrai que des fois au dernier moment les gens voient les vélos, et y en a beaucoup qui se plaignent de la dangerosité, y a pas trop de respect envers les cyclistes... »

Élu : « On met en place des itinéraires cyclables, et parmi les partenaires, on a les cyclotouristes, et un de leurs messages, c'est justement de laisser 1m50 minimum quand on double, et effectivement ils souhaiteraient que sur les panneaux ça puisse être indiqué, aujourd'hui on peut pas le mettre sur les panneaux puisque c'est pas réglementaire, donc là on va être sur quelque chose qui va être de l'ordre du comportement, de la sensibilisation. »

Élu : « Sur des voies communales de 3 mètres de large c'est quand même assez compliqué. »

De manière générale, des actions de prévention semblent donc à développer, en ciblant différents publics et les risques qui leur sont plus particulièrement associés. Les personnes rencontrées mettent par exemple en évidence la présence significative de personnes âgées, dont la conduite apparaît dangereuse, en raison de problèmes de vue, de perte de réflexes ou d'oubli du code de la route. Des actions de prévention auprès de cette population pour mettre à jour leurs connaissances et limiter les risques, existent mais apparaissent encore insuffisantes.

Élu : « Soyons logique, qui dans sa commune n'a pas quelqu'un qui est suffisamment âgé, qui a toujours son permis et qui est très dangereux? Toutes les communes ont ce genre de clients et de passagers. »

Professionnel : « Familles rurales, on met en place des actions avec la sécurité routière, gratuites, pour mobiliser les personnes âgées, enfin d'un certain âge, qui le souhaitent. Donc y a une remise à niveau sur le permis de conduire, un échange autour de diapositives et après un tour de conduite avec une auto-école du secteur... Y a quelqu'un à la fédération départementale qui a été formé par la préfecture à la sécurité routière et qui vient... faire, qui fait la formation dans les communes, enfin les associations qui le demandent. Il se déplace sur le département (...)Moi, je l'ai organisé cette année et ça a bien fonctionné, et les gens sont contents. »

Professionnel : « Je pense qu'ils [les personnes âgées] manquent de recyclage, pour leur faire prendre le rond-point comme il faut... Souvent on se trouve nez à nez avec une petite grand-mère qui doit pas être là... Les clignotants... Même moi, quand



j'ai appris à conduire y avait pas forcément les ronds-points donc là je pense que effectivement, il y a un problème, je pense qu'on devrait recycler tout le monde, en règle générale au bout d'un certain temps. »

Addictions

Les professionnels rencontrés estiment que les problématiques addictives de la population du pays de La Châtre en Berry sont proches de celles de la population générale. Ainsi, la consommation d'alcool est très courante, ancrée dans les mœurs comme sur la plupart des territoires ruraux.

Professionnel : « On est, souvent en termes de populations, enfin sur les addictions, mais principalement alcool-toxicomanie, quoi mais bon effectivement le paysage rural est un petit peu plus alcool que toxicomanie »

Même si la consommation d'alcool de la population est en baisse générale, elle continue cependant à concerner toutes les générations. Pour les personnes âgées, les professionnels rencontrés estiment que leurs consommations ne sont pas trop problématiques, ou du moins qu'il n'existe que peu de leviers efficaces pour agir sur ce sujet avec eux, dans la mesure où leurs habitudes de consommation sont anciennes, les freins culturels et psychologiques importants, et les bénéfices moins évidents qu'auprès d'une population jeune.

Professionnel : « Sur l'alcool, on a du mal, parce que y a toute une culture sur la population très très âgée, avec des vertus... Voilà donc c'est très difficile de... enfin bon, je vais vous dire, quelqu'un de 90 ans, à un moment donné, je ne vais pas me permettre... »

Élu : « Oui le petit verre de rouge à table, c'est le seul plaisir qu'il lui reste. »

Professionnel : « Bien sûr qu'on a des gens qui sont dépendants de l'alcool, mais quand vous avez quelqu'un de 80-85 ans qui... On n'a pas, peu de solutions par rapport à ça, c'est d'ailleurs pas vraiment avec cette population qu'on a le plus de problèmes... (...) C'est quand même des gens qui généralement ont été pris en charge, qui ont fait des tentatives des cures... de sevrage, avec plusieurs échecs, souvent... »

Les professionnels rencontrés jugent en revanche plus préoccupantes les évolutions des modes de consommation chez les nouvelles générations. Ainsi, certains jeunes ont des consommations régulières à un âge plus précoce, et d'autres ont des consommations plus ponctuelles mais très importantes, notamment ceux qui ont adopté la pratique du binge-drinking qui comporte les risques spécifiques d'une alcoolisation massive en un délai très court. Aux risques physiques courus s'ajoutent ceux liés aux comportements adoptés lors de ces épisodes d'alcoolisation, (accidents de la route, comportements dégradants filmés et mis en ligne sur les réseaux sociaux...)

Professionnel : « C'est un véritable fléau ! Même au niveau des jeunes je veux dire, au niveau de la population jeune voire très jeune... On constate quand même, même si on n'est pas professionnel de santé, vous allez aux portes des lycées, vous voyez des jeunes avec des litres d'alcool, de vodka, voilà... à 17h. Donc de visu je le constate, c'est vrai que ça alerte quand même, en pleine semaine ! »

Professionnel : « Au niveau du début de l'alcoolisation, on est quand même sur des jeunes qui sont vraiment, on est 13-14 ans voilà. »

Professionnel : « Ils font des concours hein ! Il faut qu'ils soient ivres le plus rapidement (...) C'est pas rare du tout que y ait des ados qui consomment ou qui parlent d'alcoolisation massive, ou de consommation régulière... C'est même assez régulier. »

Professionnel : « Phénomène aussi qui est catastrophique, ce sont tous les réseaux sociaux, où on se filme en train de boire et en train de comater quoi... »

Il est également relevé que les femmes des jeunes générations sont plus nombreuses à boire par rapport aux générations précédentes. Cette évolution vaut pour les consommations occasionnelles ou peu problématiques, comme pour les situations de dépendance alcoolique. L'alcoolisme des femmes est moins caché, moins tabou, mais aussi plus fréquent. Les pathologies en lien avec la consommation d'alcool sont en augmentation dans cette population.

Élu : « Principalement, et malheureusement c'est ça, oui, beaucoup les jeunes filles, ça se développe beaucoup chez les jeunes filles. »

Professionnel : « Moi aussi je suis d'accord, on constate au niveau de l'alcool, quand même de plus en plus de femmes qui sont dépendantes de l'alcool, même si avant il y en avait et que c'était tabou et qu'on en parlait beaucoup moins, aujourd'hui quand même, et quand je vois la conduite de certaines tranches d'âge, je pense que voilà... y a une grosse catastrophe qui s'annonce, sur une génération... (...) C'est plus prégnant dans le monde hospitalier, notamment sur la population féminine, puisqu'on se rend compte qu'au niveau pathologie, on a une émergence des pathologies liées à l'alcool, qui concernent la population féminine »

Certains professionnels pointent donc la nécessité d'adresser des messages de prévention particuliers pour la population féminine, dont la consommation régulière comporte des risques, particulièrement pour les débuts de grossesse. Même quand elles ont un projet d'enfant, beaucoup de femmes continuent en effet de boire jusqu'à ce qu'elles sachent qu'elles sont enceintes, avec des consommations qui peuvent affecter la santé de leur enfant.

Professionnel : « C'est en périconceptionnel... et c'est ça qui m'inquiète le plus, c'est avant de s'apercevoir qu'on est enceinte, on



peut quand même boire, et... Alors ça m'est arrivé, c'est pas de bol, deux trois fois, où les nanas elles se sont murgées tout le premier trimestre, et puis à un moment : ah mince je suis enceinte, voilà... donc le petit il faudra voir comment il est né mais je pense que l'alcool ça me paraît assez dans les mœurs, c'est-à-dire que du moment où elles sont enceintes, du moment où elles le savent, c'est-à-dire qu'elles le savent pas toutes dans la première semaine, donc on a ce temps de latence. »

Au-delà de l'alcool spécifiquement, les adolescents semblent avoir de façon générale de plus en plus besoin des substances psycho-actives pour échapper à leurs angoisses, et pour entrer en lien avec l'autre, faciliter la relation sociale. La limite entre l'expérimentation, la consommation problématique et la dépendance apparaît compliquée à déterminer, que ce soit pour les jeunes ou pour les parents.

Professionnel : « On est sur une génération qui a du mal à faire sans produits, y a toujours ce besoin d'être soit, d'être connecté, donc avec son téléphone, soit d'être en lien, mais toujours avec quelque chose qui va faciliter, que ce soit la cigarette, que ce soit le cannabis, que ce soit l'alcool, besoin de faciliter la relation et du coup c'est quelque chose qu'on perçoit assez régulièrement. »

Élu : « Puis après l'utilisation, pareil, là c'est le papa qui parle, de produits qu'on attend pas, des déodorants, enfin des choses, ils inhalent, ils ingèrent... des choses honnêtement qu'on aurait du mal à imaginer, en essayant de rechercher un effet, euphorisant... un effet... je sais pas, moi, difficile, des choses qu'on imagine pas, tout type de produits, des colles, des produits ménagers, donc... Avec à priori des effets qui peuvent être dévastateurs à court, moyen ou long terme. »

Les professionnels rencontrés estiment que les consommations de produits psycho-actifs ne sont pas moins courantes que sur des territoires urbains, la plupart des drogues étant disponibles relativement facilement, particulièrement le cannabis.

Habitant : « Ça semble très facile ! D'après les retours que j'ai de ma fille, c'est une expérience de maman mais ça semble, c'est tout à fait un lieu commun aujourd'hui de consommer du cannabis, d'avoir un approvisionnement très très facile. Il est pas rare de pouvoir constater que des adolescents fument du cannabis dans la rue ! On se demande aujourd'hui d'ailleurs si c'est toujours un produit illicite. (...) Donc oui en milieu rural y a pas de problème d'approvisionnement ! Enfin je veux dire c'est une réalité ! On est obligé malheureusement de, voilà je pense pas qu'il y ait une grande différence maintenant avec une grande ville. »

Professionnel : « Une diversité aussi des produits, moi j'ai reçu y a quelques temps un adolescent qui avait consommé de la kétamine par exemple, quelque chose d'assez puissant. »

Si le territoire ne se distingue pas nécessairement en termes d'accès aux produits illicites et en termes de consommation,

l'accès aux soins et aux structures de réduction des risques semble en revanche beaucoup moins aisé. En effet, la prise en charge en Csapa n'est directement possible sur le territoire que lors de permanences organisées une fois tous les 15 jours sur la commune de La Châtre et à Aigurande une fois par mois. Les autres consultations et accompagnements par cette structure sont possibles sur d'autres créneaux mais seulement à Châteauroux. La situation est encore pire pour les dispositifs de réduction des risques, les professionnels du Caarud n'exerçant que sur Châteauroux et aucun distributeur de seringues n'étant présent sur le territoire. La délivrance de la méthadone est néanmoins possible en relai par les pharmacies locales.

Cette offre de prise en charge s'avère donc limitée et trop éloignée pour ces personnes, dont certaines sont en situation de précarité, et ne peuvent se déplacer aisément sur les lieux de consultation. La volonté de se soigner des personnes en situation d'addiction est en effet fragile, difficile à susciter et à maintenir. La réactivité et l'accessibilité s'avèrent essentielles pour commencer un accompagnement et le conserver dans la durée.

Professionnel : « Je pense au rural aussi, c'est aussi compliqué quand on est dans cette problématique là en plus, de devoir se déplacer... Donc c'est aussi ça qu'est à souligner, en termes de santé. »

Concernant le tabac, sa consommation est en diminution, et les professionnels rencontrés estiment que sa nocivité pour la santé est très bien connue et admise par la population. L'entrée dans la dépendance et la difficulté à arrêter, reste cependant encore minimisée chez les jeunes. Les risques liés à l'usage du tabac pendant la grossesse, ou au tabagisme passif, semblent également sous-évalués et il apparaît difficile d'obtenir plus qu'une réduction de la consommation sur cette période.

Professionnel : « C'est tout le problème, c'est faire la prévention avant, et alors des fois ça m'arrive de les voir les petites jeunes, là à 18-20 ans avec leurs clopes à leur dire : « mais qu'est-ce que vous ferez quand vous serez enceinte ? » « ben moi j'arrêterai ». Ben je dis : « venez avec moi » parce qu'elles disent toute ça, toutes me disent : « ah j'avais dit que j'arrêterai quand je serai enceinte ». Ah ben oui, mais une fois que c'est fait, c'est compliqué »

Professionnel : « Le tabac est minimisé, c'est la drogue la plus douce, la plus sympatoche, du coup y a tellement de femmes qui ont accouché en fumant que les bébés vont bien, on voit pas pourquoi on les ferait arrêter de fumer, donc moi j'arrive derrière avec un discours aussi du médecin qui dit : « jusqu'à 5 [cigarettes] c'est bon » « ma mère elle a fumé aussi pendant sa grossesse, je vais bien » fffou, et que moi j'arrive derrière, je rame, c'est un peu compliqué... (...) La plupart continue à fumer, c'est très rare quand elles arrêtent complètement, et alors, moi je m'amuse à faire de la diminution, donc on fait plus d'arrêt, je fais pas d'arrêt hein ! »



Professionnel : « Le tabagisme passif c'est pareil je rôle encore un peu, mais je trouve quand même que les gens sont de plus en plus sensibilisés, y a encore des gens qui passent à travers, mais la génération d'il y a 30 ans se posait pas cette question-là. »

Enfin, la population du pays de La Châtre en Berry est également concernée par les addictions sans produits, que ce soit aux jeux de hasard et d'argent, aux troubles des conduites alimentaires ou encore aux jeux vidéo. Les problématiques ne sont pas spécifiques au territoire, mais les prises en charge sont, comme pour les addictions avec produits, peu accessibles. Si les parents manifestent beaucoup d'inquiétude par rapport à l'usage important des écrans chez leurs enfants, peu de cas réels d'addiction sont constatés par les professionnels rencontrés. Pour ces derniers, les risques que courent les adolescents sont plus liés à l'isolement social auquel l'usage intensif des jeux vidéo est associé.

Professionnel : « Moi le jeu, je le place sur quelque chose de complètement différent, effectivement par rapport à l'isolement on a des adolescents qui restent renfermés qui se coupent complètement du monde, qui jouent en réseau nuit et jour, qui sont complètement déçyclés. »

Sexualité

En matière de sexualité, les professionnels rencontrés relèvent les difficultés d'accès aux structures dédiées à la prévention, la contraception, et le dépistage des maladies sexuellement transmissibles. Le planning familial ne réalise qu'une permanence à La Châtre, dont les horaires sont restreints et ne conviennent pas à toutes les personnes.

Professionnel : « L'accès à la contraception pour les mineures, ou alors soit elles viennent jusqu'à Châteauroux, soit elles viennent à La Châtre, mais on est toujours dans le même tempo, c'est tel jour, c'est telle heure, ça correspond pas toujours aux horaires des jeunes. »

Les professionnels pointent également le possible manque d'actions de prévention réalisées sur ce sujet dans les collèges et lycées du territoire, étant donné le peu de sollicitations du planning familial pour des interventions. Si des actions sont réalisées directement par les professionnels de l'Éducation nationale, notamment les infirmières scolaires, elles ne le sont pas à tous les âges et des compétences spécialisées sur ce sujet pourraient être utiles aux professionnels des établissements qui ne sont pas toujours à l'aise pour en parler aux adolescents.

Professionnel : « Elle m'a dit qu'ils avaient déjà travaillé avec le lycée de La Châtre, mais que ils avaient pas été sollicités, parce que c'est aussi par la demande des établissements, et que y avait pas plus de demandes que ça. »

Professionnel : « Je suis quand même assez étonnée du peu de sensibilisation, et même au collège, qui a été fait par rapport

aux MST, ma génération a été largement sensibilisée, un espèce de relâchement, comme si on avait réglé tous les problèmes concernant les MST, et je ne sais pas si elle l'a eu, elle est actuellement en 1^{ère}, à 15 ans je ne sais pas si elle a eu une seule fois une intervention d'un professionnel concernant les MST, je crois pouvoir dire que non.»

Les professionnels et élus rencontrés mettent l'accent sur la nécessité de développer la prévention particulièrement auprès des jeunes, dans les collèges et lycées du territoire, et ceci autant pour les risques liés à la sexualité que pour les conduites addictives ou la sécurité routière.

Professionnel : « Ça me fait bizarre de me dire que y a des lycées qui demandent pas ces interventions... Parce que c'est là où on va partir, je veux dire au lycée si à 15-16 ans on dit aux jeunes : « attention au syndrome d'alcoolisation fœtale » vous avez le droit de boire mais en périconceptionnel, ça sera pas possible, pendant la grossesse ça sera pas possible, en leur montrant quand même que ça amène des dégâts, que le tabac amène des dégâts, on peut se dire bon... Aller, y a un premier truc, et puis nous on peut arriver derrière, c'est peut-être plus facile une fois qu'elles ont été sensibilisées donc je suis assez étonnée que ça soit à la demande des lycées, ça devrait pas être à la demande, ça devrait être tous les lycées. »

Quelles que soient les actions de prévention menées, selon les professionnels rencontrés, ces actions doivent cibler les populations plus à risque ; adapter les messages adressés et les actions en fonction du public visé. Les femmes pourraient par exemple faire l'objet d'actions plus particulières, en insistant sur le tabac et l'alcool pendant la grossesse notamment.

Professionnel : « Il faut trouver les bons mots je pense pour faire des démarches justement ciblées sur les femmes, parce que c'est quelque chose qu'elles ont recherché, je ne sais pas comment dire, sans défendre la consommation. »

Professionnel : « Les actions de prévention ne sont peut-être pas les mêmes suivant les tranches d'âge, donc effectivement par rapport aux populations âgées c'est peut-être une réactualisation du code de la route, par rapport à la population jeune c'est peut-être une sensibilisation par rapport à conduite-alcool, mais aussi vitesse, dangerosité de la route sur... par exemple des routes glissantes. Enfin vous voyez c'est des choses qu'on acquiert peut-être avec l'expérience mais qu'on n'a pas forcément en tant que jeunes conducteurs, je pense que les actions sont vraiment très différentes et ciblées suivant les tranches d'âge. »

Enfin, au-delà du développement de la prévention, il paraît essentiel de maintenir ou d'étendre les possibilités de prise en charge directement sur le territoire, en facilitant l'intervention des professionnels et structures dédiées lors de permanences ou de déplacement à la demande.

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).

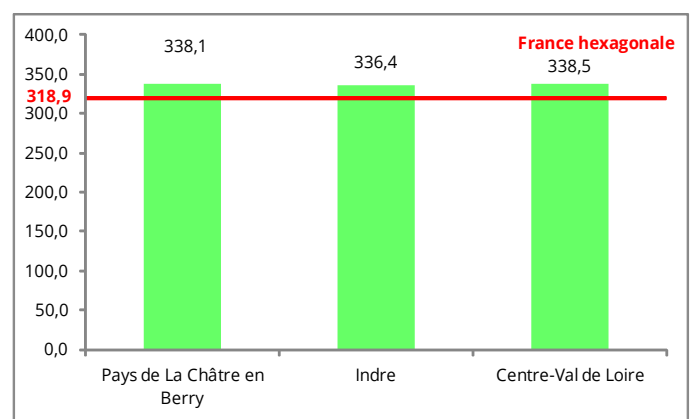
Affections de longue durée pour motifs liés à la nutrition

Le diabète de type 2 est une pathologie fortement liée à un trouble nutritionnel. Durant la période 2006-2014, 134 nouvelles admissions (76 hommes et 58 femmes) en ALD pour diabète de type 2 ont été en moyenne recensées au sein du Pays.

Au total, en 2014, 1 513 résidents du Pays sont pris en charge pour un diabète de type 2 (814 hommes et 699 femmes).

Après standardisation, le taux comparatif de nouvelles admissions en ALD dans le Pays pour diabète de type 2 est comparable à ceux retrouvés dans le département, la région et la France hexagonale (respectivement 338,1 pour le Pays, 336,4 pour le département, 338,5 pour la région et 318,9 pour la France).

TAUX COMPARATIF D'ADMISSIONS EN ALD POUR TROUBLES LIÉS À LA NUTRITION (DIABÈTE DE TYPE 2) (2006-2014)



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

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

Au 1^{er} janvier 2016, 1 diététicien libéral est installé sur le territoire. Cela représente une densité de 3,6 professionnels pour 100 000 habitants, comparable à celles retrouvées dans le département, la région et l'Hexagone (respectivement 5,3 ; 4,4 et 4,5). À ceux-ci s'ajoutent 5 diététiciens exerçant en tant que salariés, amenant à une densité totale de professionnels de 20,7 diététiciens pour 100 000 habitants contre 14,9 pour l'Indre, 16,1 en Centre-Val de Loire et 16,7 en France hexagonale.

Concernant les pédicures-podologues, 3 professionnels libéraux exercent sur le territoire, soit une densité de 10,4 professionnels pour 100 000 habitants (18,0 dans l'Indre, 18,7 dans la région Centre-Val de Loire et 20,3 en France hexagonale). Aucun podologue n'exerce de façon salariée sur le territoire. Sur les territoires de référence, ce mode d'exercice est négligeable.

La pays de La Châtre en Berry compte 1 ophtalmologue libéral sur son territoire, pour une densité totale (libéraux + salariés) de 3,5 professionnels pour 100 000 habitants. Ce taux est de 4,4 pour le département, 6,3 pour la région et 9,1 pour la France hexagonale.

Ressources disponibles sur le territoire

Le Codes 36 mène en partenariat avec la Carsat Centre-Val de Loire et Familles rurales, une action de prévention dans le champ de la nutrition et de l'activité physique. Cette action intitulée « Rendez-vous joyeux », organisée à Urciers, s'insère dans le programme départemental nutrition du Codes 36. Elle est destinée aux personnes âgées de 60 ans et plus vivant à leur domicile. Réalisée en octobre 2015, février, avril et mai 2016, ses principaux objectifs s'articulent autour de l'acquisition des notions sur l'équilibre alimentaire, la prévention de la dénutrition et de la malnutrition de la personne âgée, ainsi que la découverte des techniques culinaires. Une réunion d'information a été animée en plus de 3 séances pratiques de cuisine. Cette action a été appréciée et a consisté à briser l'isolement. Il en ressort une redynamisation de la préparation quotidienne des repas.

Sur la même thématique et dans le cadre du même programme, une autre action nommée « Pas de retraite pour la fourchette » a été menée à Crozon-sur-Vauvre, et est destinée aux personnes âgées de 60 ans et plus vivant à leur domicile. Avec les mêmes objectifs, elle a été réalisée en septembre, octobre, novembre et décembre 2014.

Un atelier « Nutrition » réalisé dans le cadre de programme d'ateliers de l'Asept Berry-Touraine, destiné également aux personnes âgées de 60 ans et plus vivant à leur domicile, a été mis en œuvre à Buxières-d'Aillac en mars 2014. Une réunion d'information a été également animée ainsi que 3 séances pratiques de cuisine. Cette action fut appréciée car elle a permis la mise à jour de ses connaissances.

De même, « l'équilibre alimentaire : entre équilibre et convivialité », action réalisée par le Codes 36, en lien avec l'ARS Centre-Val de Loire, Jardins de l'Espersévérance et Cap vert, est destinée aux adultes vulnérables et a pour objectifs l'acquisition des notions sur l'équilibre alimentaire, l'échange sur les liens de santé et la notion de plaisir, l'établissement de menus équilibrés et la réalisation de repas complets et adaptés. Deux séances ont été animées avec des apports théoriques et un atelier pratique de cuisine. Réalisées en novembre-décembre 2014, 2015, 2016 et février-mars 2016, cette action a eu lieu à La Châtre et à Montgivray et a également été appréciée des participants étant donné sa convivialité.

Le collectif Darc, Anpa 36, Alis 36, Planning familial, en relation avec le Codes 36 réalisent dans le cadre du projet santé mentale du Codes 36, une action « Espace équilibre et santé sur le festival Darc », destinée à tout public et mis en œuvre à Lourouer-Saint-Laurent, Crevant et Cluis en août 2014 et août 2015.

Les objectifs de cette action sont les suivants : mettre à jour ses connaissances en matière d'équilibre alimentaire, adapter son alimentation à sa pratique sportive, gérer son stress, optimiser son sommeil. Une animation du stand sur les concerts délocalisés intitulés « Darc au pays » a été organisée. Le public a apprécié le « aller-vers » en termes d'informations. Cette action permet aux partenaires de faire connaître leur activité sur des territoires où ils sont moins présents.

Dans le cadre du programme départemental "Nutrition" du Codes 36, le réseau de périnatalité de l'Indre a organisé en juin 2015 à Aigurande, une action de prévention des accidents chez le jeune enfant, à destination des parents ayant des enfants en bas âge, afin de connaître les risques les plus fréquemment rencontrés, de réfléchir aux comportements et attitudes à adopter, et de mettre à jour les connaissances en termes de comportements et attitudes à adopter. Il y a eu peu de parents présents mais cette action fut appréciée des professionnels.

Dans le cadre du programme de formation des assistantes de vie de l'AFPA (association pour la formation professionnelle des adultes), le module "équilibre alimentaire et nutrition de la personne âgée" a été mis en œuvre pour les adultes en formation "assistante de vie" en juillet 2015, à La Châtre. Il s'agit d'un module d'une journée alternant apports théoriques et exercices pratiques et dont les objectifs sont l'acquisition des notions sur l'équilibre alimentaire, le développement des compétences en nutrition et l'adaptation des préparations culinaires aux personnes âgées. Les retours des personnes formées ont été positifs, ce qui améliore leurs pratiques.

Lors du « Festi santé » qui s'insère dans le programme d'action de la MSA Berry Touraine, un stand a été animé pour permettre au public, d'acquérir des notions sur l'équilibre alimentaire et de prévenir le cancer par une alimentation équilibrée, suffisante, à base de produits « sains ». Il fut très apprécié du public et des partenaires.

L'office technique départemental d'insertion et de formation a également mis au point, lors du programme du stage de remise à niveau des bénéficiaires du RSA, une action en octobre 2016, sur l'équilibre alimentaire destinée aux adultes vulnérables. Cette action appréciée et conviviale a eu lieu à Aigurande et a permis d'échanger sur les liens de santé et la notion de plaisir et d'établir des menus équilibrés. Une journée d'animation a permis d'apporter des éléments théoriques et d'organiser un atelier pratique de cuisine.



En partenariat avec l'ADEARI (association pour le développement de l'emploi agricole et rural de l'Indre), le centre permanent d'initiatives pour l'environnement (CPIE) Brennepays d'Azay a animé des stands sur la nutrition et l'activité physique à Orsennes et Crozon-sur-Vauvre à destination de tous et des élus, dans le cadre du programme d'action des partenaires.

Afin de permettre aux élèves scolarisés en classe de 4^{ème} et 3^{ème} (jeunes âgés de 14-15 ans) de développer des compétences psychosociales, le collège Vincent Rotinat de Neuvy-Saint-Sépulchre a organisé une animation sur l'équilibre alimentaire, l'acceptation de soi et l'image du corps au travers des médias.

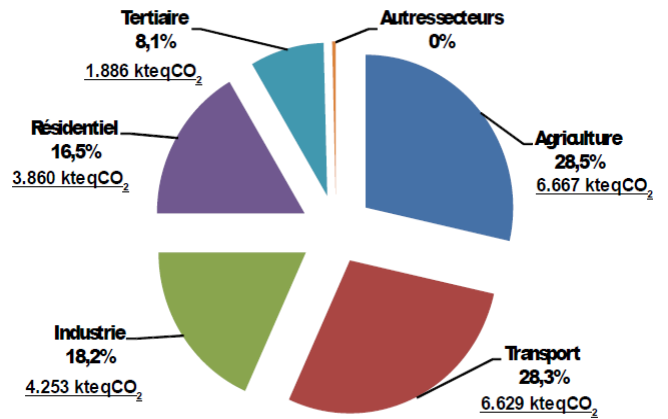
L'inventaire des émissions de gaz à effet de serre

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 l'on prend en compte le secteur 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 (JUIN 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).

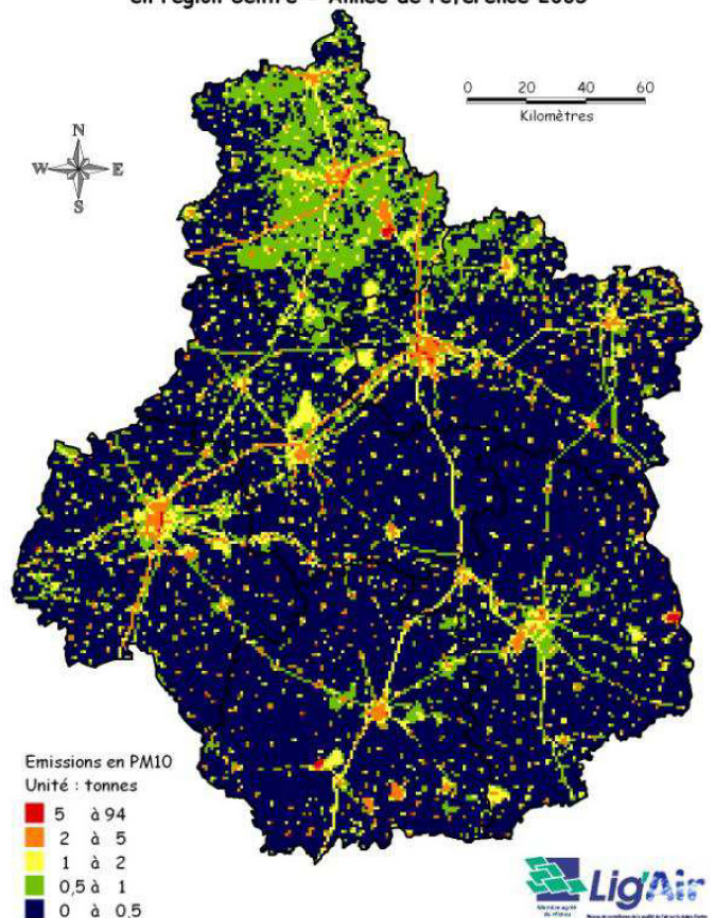
Les particules en suspension peuvent altérer la fonction respiratoire des personnes sensibles (personnes âgées, enfants, asthmatiques). Le secteur agriculture/sylviculture/aquaculture est celui qui émet le plus de particules en suspension, mais également celles inférieures à 10 µm (PM 10). *A contrario*,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

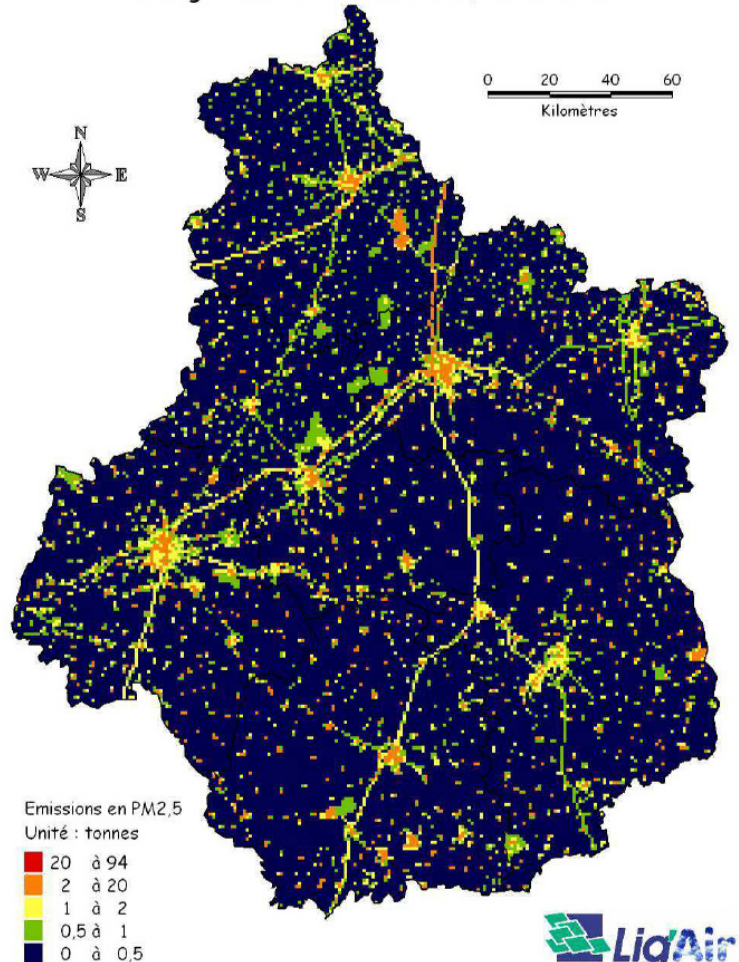
Depuis la mise en place de l'évaluation en 2007, sont relevées des concentrations annuelles homogènes inférieures à $25 \mu\text{g}/\text{m}^3$. Cette concentration correspond à la valeur cible pour 2010 et à la valeur limite applicable en 2015.

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 :

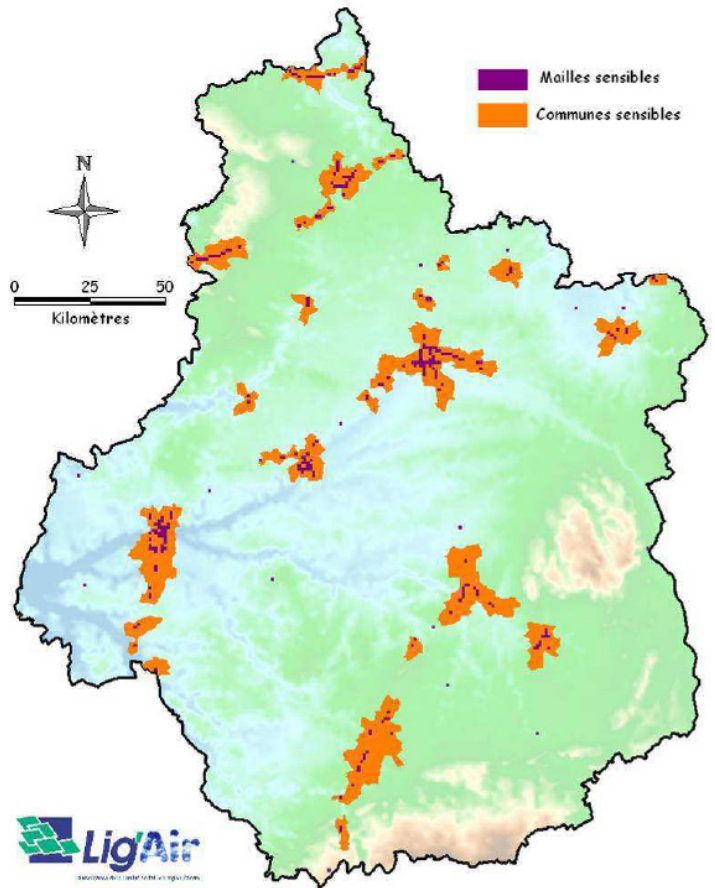
- à la densité de population ;
- aux milieux naturels ;
- aux caractéristiques topographiques ;
- le cas échéant aux enjeux de préservation du patrimoine, de développement du tourisme et de protection des milieux agricoles.

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).

Aucune commune du pays de La Châtre en Berry ne sont répertoriées comme zones sensibles.

CARTE DES COMMUNES «SENSIBLES»



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



Les eaux d'alimentation du pays de La Châtre en Berry

De nombreux micro-organismes (bactéries, virus, parasites) sont présents dans les eaux dont certains vecteurs de maladies pour l'homme. La qualité microbiologique des eaux demeure une préoccupation sanitaire essentielle. La non-conformité bactériologique peut-être appréciée à partir de l'importance de dépassement de deux seuils suivants : 30 % de non-conformité (pour les petites unités de distribution) et 5 % de non-conformité (pour les grandes unités de distribution).

En 2015, les communautés de communes du pays de La Châtre en Berry sont touchées. Les communes de Feusines, La Motte-Feuilly, Lacs, Montlevicq, Néret, Saint-Août, Sainte-Sévère-sur-Indre, La Buxerette, Crozon-sur-Vauvre, Montchevrier, Orsennes, Saint-Denis-de-Jouhet, Saint-Plantaire, Cluis, Gournay, Mouhers et Neuvy-Saint-Sépulcre 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 2015, on observe dans les communes comme Briantes, Chassignolles, Le Magny, La Châtre, Lignerolles, Nohan-Vic, Pérassay, Pouligny-Notre-Dame, Pouligny-Saint-Martin, Urciers, Vijon, Aigurande, Crevant, Mers-sur-Indre et Montipouret, une teneur moyenne en nitrates comprise entre 25 et 40 mg/l. Pour le reste du territoire, la teneur moyenne en nitrates est inférieure à 25 mg/l.

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

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

En 2015, les eaux distribuées au sein du pays de La Châtre en Berry sont conformes par rapport à leur teneur en pesticides qui est inférieure à 0,1 $\mu\text{g/l}$ sur tout le territoire.

SOURCES : LES EAUX D'ALIMENTATION EN RÉGION CENTRE-VAL DE LOIRE
DONNÉES 2014, ARS CENTRE-VAL DE LOIRE
EXPLOITATION ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



Le parc privé potentiellement indigne

Le parc privé potentiellement indigne (PPPI) est un outil de pré-repérage des logements indignes qui permet, à partir du foncier Filocom (fichier des logements par commune), de hiérarchiser les territoires en fonction du nombre et de la densité du PPPI de chacun et de caractériser les situations d'habitat indigne.

Le Pays compte, en 2015, 1 207 résidences principales potentiellement indignes, ce qui représente 9,2 % du parc privé (6,6 % dans le département et 5,0 % en Centre-Val de Loire).

À l'intérieur du Pays, les taux varient de 7,7 % sur la CC La Châtre-Sainte-Sévère à 13,6 % sur celle de la Marche Berrichonne.

Parmi le PPPI, 73,9 % du parc du Centre-Val de Loire date d'avant 1949. Le taux atteint 85,8 % dans le département et 92,5 % dans le Pays. À l'échelle des communautés de communes, le taux varie de 92,1 % sur la CC de la Marche Berrichonne à 92,8 % sur celle de La Châtre-Sainte-Sévère.

LE PARC PRIVÉ POTENTIELLEMENT INDIGNE EN 2015

	Parc privé potentiellement indigne (PPPI)	Population PPPI	Parc privé	Part du PPPI parmi le parc privé	PPPI < 1949	Part du PPPI < 1949 parmi l'ensemble du PPPI
CC La Châtre-Sainte-Sévère	570	999	7 439	7,7 %	529	92,8 %
CC de la Marche Berrichonne	393	634	2 900	13,6 %	362	92,1 %
CC Val Bouzanne	244	462	2 712	9,0 %	225	92,2 %
Pays de la Châtre en Berry	1 207	2095	13 051	9,2 %	1 116	92,5 %
Indre	6 154	10 975	92 757	6,6 %	5 278	85,8 %
Centre-Val de Loire	48 483	95 531	979 221	5,0 %	35 839	73,9 %

SOURCE : PPP 2015 (FICHIER FILOCOM, DREAL CENTRE-VAL DE LOIRE)
EXPLOITATION : ORS CENTRE-VAL DE LOIRE



Ressources disponibles sur le territoire

Le Syndicat mixte de La Châtre en Berry, dont la mission générale est l'aménagement du territoire, a mis en place une opération programmée d'amélioration de l'habitat et de revitalisation rurale, d'octobre 2012 à septembre 2017 dans 51 communes du pays de La Châtre. Ainsi, dans le cadre de l'amélioration énergétique des logements, cette action s'insère au titre des investissements d'avenir et du programme « rénovation thermique des logements privés ».

En partenariat avec la Caisse de retraite et l'Adil (agence départementale d'information sur le logement), elle est destinée aux ménages modestes et très modestes occupant des logements nécessitant des travaux d'économie, d'énergie et de remise en état de salubrité. Les objectifs de cette action sont les suivants :

- L'amélioration énergétique des logements ;
- La lutte contre l'habitat indigne et très dégradé ;
- Le maintien des personnes âgées ou handicapées à leur domicile.

En moyenne, 90 logements sont rénovés ou adaptés par an. Selon le Syndicat mixte de La Châtre en Berry, le pays de La Châtre est constitué d'un parc ancien, mal chauffé, isolé, avec une population de ménage à faible niveau de ressources. Dans une stratégie de développement durable et avec un Grenelle de l'environnement qui a identifié la précarité énergétique comme un axe majeur, une telle opération a toute sa place.

Le service civique du SDIS (service départemental d'incendie et de secours) de la Marpa « la Demeure Aygulfine » a organisé dans le contexte de l'habitat et du cadre de vie, une réunion d'information en 2016, sur les accidents domestiques à destination des 22 résidents et d'autres personnes provenant de l'extérieur.

1 Caractéristiques du territoire / démographie

Le pays de La Châtre en Berry se situe au sud-est du département de l'Indre, en bordure de la région Nouvelle Aquitaine. Ce territoire s'étant sur 1 204 km² et est composé de 3 communautés de communes : CC de la Marche berrichonne, du Val Bouzanne et de La Châtre-Sainte-Sévère. Le pays regroupe 29 078 habitants (RP 2012), pour une densité de 24,1 habitants/km². Cette densité est bien plus faible que celle observée dans l'Indre (33,7 hab./km²), en région Centre-Val de Loire (65,5 hab./km²) et au niveau national (116,5 hab./km²). La population est inégalement répartie sur les différentes communautés de communes, sachant que celle de La Châtre-Sainte-Sévère concentre 30 des 51 communes que compte le Pays et 17 140 habitants sur les 29 078 recensés sur l'ensemble du territoire. Les deux autres communautés de communes sont globalement de même taille : la CC de la Marche Berrichonne recouvre 9 communes avec 5 839 habitants et la CC du Val Bouzanne regroupe 12 communes avec 6 099 habitants.

La population du territoire a légèrement diminué entre 2007 et 2012 (-0,1 % par an). Cette diminution est cependant bien moindre que celle observée dans l'Indre (-0,4 %). La structure de la population a elle aussi évolué sur cette période. On constate globalement, comme au niveau des territoires de référence, un vieillissement de la population, qui risque de s'accroître dans les années à venir en raison du vieillissement de la génération du « baby-boom ». Le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus a augmenté de 1 % chaque année sur la période 2007-2012. En parallèle, le nombre de jeunes de moins de 20 ans est resté quasiment stable sur le territoire (comme en région), alors qu'il a baissé sur le département de l'Indre et qu'il a augmenté au niveau national. De plus, on observe un déficit des jeunes de 20-29 ans qui peut s'expliquer par le départ des jeunes pour réaliser leurs études supérieures.

L'analyse des indicateurs sociaux fait apparaître des données contrastées, entre les indicateurs relatifs aux bénéficiaires d'allocations, de minimas sociaux ou à l'emploi qui présentent une situation favorisée par opposition aux indicateurs relatifs aux revenus des habitants qui mettent en évidence une fragilité. D'un côté, les parts de bénéficiaires d'allocations et minimas sociaux sont beaucoup plus faibles que dans les territoires de référence. Ainsi, en matière de logement, le taux de couverture des ménages par les allocations logement, de 16,6 %, est inférieur aux taux du département (20,1 %), de la région (20,5 %) et de la France (22,8 %). Le pays compte également nettement moins de ménages bénéficiant d'un logement HLM que les territoires de référence. Le revenu de solidarité active (RSA) concerne 4,6 % des ménages du territoire d'étude, taux inférieur à ceux du département (6,0 %), de la région (6,5 %) et de la France hexagonale (7,6 %). Même constat concernant la part de bénéficiaires de la CMU-C (4,8 % de l'ensemble des allocataires de la Cnam) où la proportion est bien moins importante que dans l'Indre (7,5 %) et en Centre-Val de Loire

(7,4 %). En matière d'emploi, le Pays présente aussi une situation favorable. Au recensement de la population Insee 2012, la part de chômeurs sur le Pays, pour la tranche d'âge des 15-64 ans était de 10,4 %, inférieure à celles du département (12,0 %), de la région (12,0 %) et de la France hexagonale (12,7 %). D'un autre côté, la situation économique de la population du pays de La Châtre en Berry n'est pas non plus très favorable, avec une proportion de foyers fiscaux imposables (41,1 %) nettement inférieurs à celles des territoires de référence (46,8 % en Indre, 53,5 % en Centre-Val de Loire et 52,7 % en France hexagonale). De plus, le revenu net imposable moyen est en 2012 estimé à 19 712 € par foyer fiscal, soit un montant bien inférieur à ceux relevés dans les territoires de référence. Enfin, Le taux de pauvreté du Pays en 2012 (15,7 %) est supérieur à celui retrouvé aux niveaux départemental, régional et national (respectivement 14,3 %, 12,3 % et 14,3 %), notamment pour les individus âgés de plus de 40 ans. Ces contrastes observés interrogent sur l'accès aux droits de certaines populations. Ces faibles parts d'allocataires ne masquent-elles pas une méconnaissance des droits auxquelles certaines personnes ont droit, sont-elles le reflet d'une difficulté pour remplir les dossiers de demande, ou encore un tabou... ?

D'une manière générale, les personnes rencontrées, professionnels, élus et habitants, sont très satisfaits de la qualité de vie que leur offre le Pays. Ils déclarent profiter d'un environnement agréable et apprécier d'être à l'écart de nuisances comme la pollution ou l'insécurité propres aux villes. Le coût de la vie par ailleurs, leur apparaît assez faible, en particulier pour le foncier. Cela permet aux familles d'accéder à la propriété sans trop de difficultés. Toutefois, les élus et les professionnels soulignent que ce faible prix du logement a pour effet l'arrivée de nouvelles familles avec des parcours parfois chaotiques, sans ressources, pensant pouvoir se loger facilement, sans trop de frais. Sans emploi, il leur est difficile de rénover ou d'entretenir leur résidence et ils se retrouvent dans de très grandes difficultés. Ces situations ne sont pas toujours visibles du fait de l'isolement des habitations. Au-delà de l'absence de ressources financières, ces personnes éloignées de leurs familles d'origine souffrent également d'isolement social.

Si vivre sur le Pays satisfait globalement les habitants de ce territoire, quelques points de vigilance ont été cependant relevés. Pour les habitants, comme pour les professionnels et les élus, il est essentiel de maintenir localement une offre de services, de commerces et une vie associative à minima telle qu'elle est aujourd'hui. Si ces éléments ne sont pas assurés sur le territoire, alors il sera difficile de conserver l'attrait de la population à vivre dans le Pays et de rendre possible le maintien à domicile pour les personnes moins mobiles. Ainsi, le renouvellement des bénévoles du milieu associatif reste un enjeu majeur pour conserver la dynamique territoriale, tout comme la nécessité de communiquer plus largement pour faire connaître le Pays, valoriser son image et son dynamisme.

2 Etat de santé

Entre 2005 et 2013, 427 décès ont été recensés en moyenne chaque année. Le taux comparatif de mortalité générale est de 882,9 décès pour 100 000 habitants, ce qui est comparable à ce qui est observé dans le département (873,4) mais significativement supérieur aux taux observés sur la région (803,5) et le niveau national (805,0). L'analyse de la mortalité générale selon le sexe met en évidence une surmortalité générale pour les hommes comparativement aux trois territoires de référence. En revanche, parmi les femmes, le constat est différent puisque la mortalité générale est inférieure aux taux comparatif de l'Indre et identique à celles de la région et du niveau national. S'agissant de la mortalité prématurée (avant 65 ans), 65 décès annuels sont comptabilisés en moyenne chaque année. Le Pays présente à ce niveau également une surmortalité prématurée (234,3 décès pour 100 000 habitants de moins de 65 ans), comparativement à la région (201,6) et à la France hexagonale (197,8). L'analyse par sexe met en évidence que cette surmortalité prématurée est le fait des hommes (surmortalité au regard de la région et de la France hexagonale). La mortalité prématurée féminine, quant à elle, ne se distingue pas des trois territoires de référence.

Entre 2005 et 2013, on recense en moyenne 910 nouvelles admissions en affection de longue durée chaque année sur le Pays. Les trois principaux motifs en ALD sont, par ordre de fréquence pour les hommes comme pour les femmes, les maladies cardio-vasculaires, les tumeurs malignes puis le diabète et les autres maladies métaboliques.

Entre 2011 et 2013, en éliminant les effets liés à la structure d'âge de la population, 18 624 patients hospitalisés en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) pour 100 000 habitants ont été comptabilisés sur le territoire. Ce taux est significativement inférieur à ceux observés dans le département (19 522) et dans la région (19 019).

2.1 La santé de la mère et de l'enfant

223 naissances domiciliées sont survenues en moyenne chaque année sur le Pays entre 2011 et 2013, ce qui correspond à un taux de fécondité moyen de 4,6 enfants pour 100 femmes de 15 à 49 ans. Ce taux est inférieur à celui observé dans l'Indre (4,9), en Centre-Val de Loire (5,5) et en France hexagonale (5,5). 84,1 % de ces naissances se sont déroulées au centre hospitalier de Châteauroux et 13,1 % dans un autre département que celui de l'Indre. Concernant l'âge des mères au moment de la naissance de leur enfant, il n'est pas constaté de différences avec les territoires de référence. En effet, parmi les primipares, l'âge moyen des mères est de 27,6 ans pour celles résidant dans le Pays (26,8 ans dans l'Indre et 27,2 ans en Centre-Val de Loire). Pour les multipares, le même constat est observé : l'âge moyen est de 31,0 ans dans le Pays, 30,7 dans le département et 30,9 ans dans la région.

Au cours de la période 2011-2014, 83,6 % des femmes enceintes du pays de La Châtre en Berry ont réalisé le nombre d'échographies recommandées au niveau national. Ce taux est supérieur à celui observé dans le département (80,6 %) et dans la région (76,0 %). Concernant la préparation à l'accouchement, 39,0 % des femmes l'ont effectuée. Cette préparation à l'accouchement est plus fréquente parmi les primipares que chez les multipares. 49,3 % des mères du territoire avaient débuté un allaitement au moment du remplissage du certificat de santé du 8^{ème} jour, soit un taux de début d'allaitement inférieur à ceux du département (52,8 %) et de la région (61,1 %). La mise en place de l'allaitement n'est pas toujours encouragée et bien accompagnée, selon les professionnels rencontrés. Un accompagnement peut être proposé aux femmes par le réseau de périnatalité de l'Indre, jusqu'à un an, mais il nécessite le déplacement des mères jusqu'à Châteauroux ou sur une permanence organisée à La Châtre, ce qui limite le recours à ce service.

S'agissant de l'offre médicale sur le territoire, trop peu de professionnels y sont disponibles : aucun gynécologue libéral n'est installé et une seule sage-femme, en activité mixte, exerce sur le Pays. Les professionnels rencontrés estiment que le suivi gynécologique des femmes souffre du manque de praticiens spécialisés. Toutefois, des conventions avec certains hôpitaux permettent d'organiser des consultations de gynécologie sur l'hôpital de La Châtre, mais celles-ci sont en nombre trop limitées. Par conséquent, la plupart des suivis gynécologiques sont effectués par les médecins généralistes. Cependant, ces professionnels sont en nombre de plus en plus limités sur le territoire et beaucoup de femmes n'ont plus accès à un médecin traitant, entraînant une grande irrégularité dans ces suivis et des renoncements à la réalisation de certains examens. S'agissant des grossesses pathologiques, les médecins et la sage-femme ne peuvent assurer exclusivement ces suivis : certaines consultations médicales ont nécessairement lieu en centres spécialisés et les suivis effectués avec les praticiens locaux doivent être coordonnés avec le centre référent. Or les médecins généralistes ne sont pas tous adhérents au centre de périnatalité qui propose un dossier médicalisé commun avec l'hôpital, avec des rappels des procédures et examens pour le suivi des grossesses.

S'agissant des enfants, malgré la baisse des naissances ces dernières années, il n'est pas constaté de diminution des demandes de prises en charge des enfants, comme par exemple en orthophonie ou au Camsp. En effet, les parents s'inquiètent plus souvent pour leurs enfants que par le passé et consultent ce type de professionnels avec un peu moins de réticences. Les professionnels au contact des enfants et des familles orientent également plus facilement vers ces prises en charge, que ce soit l'école qui repère bien les enfants en difficultés ou encore les médecins généralistes. Si les besoins d'accompagnement ne diminuent pas, c'est également parce que les familles sont de plus en plus déstructurées, avec des couples séparés et/ou des familles recomposées, un éloignement des autres membres de la

famille, des mères seules en souffrance psychique et en difficulté avec l'éducation de leurs enfants. Les conséquences de ces situations sont un manque d'éveil et un retard de certains enfants, des difficultés à l'école, des risques d'accidents domestiques accrus...

Alors que les besoins de prise en charge des enfants sont aussi importants, leur prise en charge est pénalisée par la démographie médicale du territoire qui diminue au fil des années. Actuellement aucun pédiatre n'y exerce en libéral, ni en PMI, ni à l'Éducation nationale. Trop peu d'orthophonistes libéraux sont présents et certains diminuent actuellement leur activité. Les familles sont par conséquent contraintes d'effectuer des déplacements importants dès lors que des avis spécialisés sont nécessaires. Cette situation n'est pas spécifique à La Châtre en Berry et se retrouve dans la plupart des territoires ruraux de l'Indre, du Cher mais aussi de la Creuse. Au-delà de la contrainte du déplacement, les professionnels et structures spécialisés des grandes villes de la région sont aussi saturés, ce qui occasionne des délais de rendez-vous très importants, qui s'ajoutent à ceux nécessaires pour convaincre les parents de la nécessité de consulter et d'effectuer un diagnostic. En complément du développement des solutions de prises en charge médicales et paramédicales, il apparaît nécessaire de développer les actions de prévention, de soutien à la parentalité, notamment sur l'hygiène, le sommeil et l'alimentation.

2.2 La santé mentale

8 décès par suicide ont été recensés par an en moyenne sur la période 2005-2013. Le taux de mortalité par suicide (25,1 décès pour 100 000 habitants) ne diffère pas de celui observé dans l'Indre (22,9) et le Centre-Val de Loire (19,2) mais est statistiquement supérieur à celui du niveau national (16,2).

En moyenne, sur la période 2006-2014, 62 nouvelles admissions en ALD pour affections psychiatriques sont recensées par an. Au total en 2014, ce sont 768 habitants du Pays qui bénéficient d'une prise en charge pour ALD pour affections psychiatriques. En éliminant les effets de la structure par âge de la population, le taux de nouvelles admissions pour ces ALD est comparable à celui du département et du niveau national mais supérieur à celui de la région. La région Centre-Val de Loire, à l'instar de nombreuses régions, présente un important déficit en offre de soins libérale parmi les médecins spécialistes. Ce constat est encore plus marqué si l'on considère les seuls psychiatres ou neuropsychiatres. Le Pays n'échappe pas à ce constat, seul un psychiatre exerce en activité mixte sur le territoire et deux postes de psychiatres sont présents à l'hôpital de La Châtre. Par ailleurs, 8 psychologues exercent sur le Pays ce qui représente une densité de professionnels très largement inférieure à celles observées sur les trois territoires de référence. Pour les professionnels interviewés, l'offre en matière d'accompagnement psychiatrique et psychologique est insuffisante et affecte

la qualité des prises en charge des habitants du Pays. Le service de l'hôpital de La Châtre, reconnu comme un acteur central dans la prise en charge, dispose de lits et de places d'hospitalisation de jour mais ne peut répondre que partiellement aux besoins. Les suivis des patients à domicile sont particulièrement lacunaires. Les professionnels observent que certaines personnes ne prennent plus leurs traitements et ne bénéficient plus d'aucun suivi, alors qu'elles souffrent de pathologies psychiatriques importantes et sont susceptibles de décompenser. Certaines personnes vivent seules et sont laissées à elles-mêmes, d'autres sont accompagnées au quotidien par l'entourage qui gère, comme il le peut, la situation de leur proche. Enfin, certaines personnes ne sont pas du tout connues des professionnels et n'ont affaire à eux que lorsqu'une crise aiguë nécessite leur intervention.

Pour les professionnels rencontrés, les problématiques soulevées sur le Pays en matière de santé mentale sont relativement similaires à ce qui peut être observé ailleurs. Les professionnels relèvent néanmoins la présence de plusieurs populations plus fragiles qui nécessiteraient d'être mieux accompagnées (les personnes âgées vivant de façon trop isolée, les populations déracinées issues d'autres régions ou d'autres pays, la population agricole en situation économique difficile ou encore les jeunes en situation de mal-être).

Les CMP sur le Pays ont affaire à un trop grand nombre de demandes et ne peuvent proposer des prises en charge qu'avec des délais importants, pour les adultes comme pour les enfants. Les professionnels soulignent la nécessité de proposer des prises en charge de proximité (sous la forme de permanences lorsque les effectifs sont suffisants ou par des déplacements à la demande) mais aussi des actions de prévention au plus près des populations du Pays, et plus globalement du département, marqué par son caractère rural et par les difficultés de déplacement.

2.3 Les maladies chroniques

S'agissant des maladies chroniques, le Pays se distingue par une mortalité par maladies cardiovasculaires plus importante que celle observée dans la région et au niveau national. En effet, avec 132 décès en moyenne par an entre 2005 et 2013, cette cause de mortalité est la première cause du territoire alors qu'elle est la seconde cause dans l'Indre, en Centre-Val de Loire ou encore en France hexagonale. Le taux comparatif de nouvelles admissions en ALD pour maladies cardio-vasculaires est également supérieur dans le Pays comparativement à la région et à la France hexagonale.

De fait, la mortalité par cancer est la seconde cause de mortalité dans le pays de La Châtre en Berry avec 107 décès en moyenne par an. À structure d'âge et de sexe égale, le taux de mortalité par cancers est comparable à ceux observés dans les trois territoires de référence, tout comme celui de la mortalité prématurée par cancers. Au regard des différentes causes, il est observé une mortalité supérieure com-

parativement à la France hexagonale pour celles par cancer colorectal et de la prostate. En revanche, les décès par cancer du sein et cancer de la trachée, des bronches et du poumon sont inférieurs à ce qui est observé en région et en France hexagonale. S'agissant des dépistages organisés des cancers du sein et colorectal, les taux de participation de la population sont très nettement inférieurs à ceux réalisés sur l'ensemble de la région Centre-Val de Loire.

Entre 2005 et 2013, le diabète a été responsable de 29 décès annuels sur le Pays. À âge comparable, le taux de mortalité est équivalent à ceux observés dans l'Indre et en Centre-Val de Loire. En revanche, ce taux est significativement supérieur à celui relevé en France hexagonale. Au cours de la période 2006-2014, le diabète est responsable de 146 nouvelles admissions en ALD, dont 135 pour diabète de type 2. Comparativement aux trois territoires de référence, il n'y a pas de différence significative en matière de prise en charge pour ces nouvelles ALD.

Les échanges avec les professionnels ont mis en évidence une difficulté générale d'accès aux prises en charge spécialisées pour les maladies chroniques. Les spécialistes concernés ne sont présents que dans des villes éloignées, et peu disponibles, ce qui peut retarder des diagnostics comme celui de la maladie d'Alzheimer (faute d'accès rapide à des neurologues ou à des consultations mémoire), ou encore des prises en charge spécifiques comme pour celle d'un AVC (faute de masseurs-kinésithérapeutes ou d'orthophonistes). Par ailleurs, les réseaux spécialisés dans les maladies chroniques sont insuffisamment sollicités par les médecins généralistes du territoire pour les faire intervenir auprès des patients. En matière de prévention, les professionnels rencontrés observent des niveaux d'information assez variables selon les pathologies. L'information relative au diabète et ses conséquences est globalement bien connue et bien comprise. Pour autant il reste un énorme travail à faire notamment auprès des jeunes sur la nécessité de réaliser une activité physique régulière et d'avoir une alimentation équilibrée. Les professionnels regrettent par ailleurs que les actions de prévention ne soient quasiment pas financées et que les médecins n'aient pas le temps, ni parfois les formations nécessaires pour les réaliser.

Enfin, les retours de patients atteints de pathologies avec des traitements lourds ne sont pas suffisamment informés des difficultés qui les attendent à leur retour à domicile (alimentation, réalisation de tâches quotidiennes...) et n'ont par conséquent pas anticipé la nécessité de recourir à des aides professionnelles ou d'augmenter leur plan d'aide.

2.4 Le vieillissement

Le vieillissement de la population du pays de La Châtre en Berry est bien plus prononcé que dans les territoires de référence. En effet, l'indice de vieillissement (ratio des 65 ans et plus sur les moins de 20 ans) est nettement supérieur (150,5) à celui de l'Indre (116,8) qui est lui-même très

important au regard de celui de la région (81,4) et du niveau national (71,9). Au sein même du territoire, le vieillissement démographique de la population est très inégal, ainsi, cet indice est de 111,1 personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans dans la CC du Val Bouzanne, contre 225,6 dans la CC de la Marche Berrichonne.

Au-delà du vieillissement de la population du territoire, cette situation est véritablement problématique en raison d'une part importante de ces personnes qui vivent seules, de façon très isolée en milieu rural. Les familles sont souvent dispersées géographiquement, avec des enfants ne pouvant plus quotidiennement soutenir leurs aînés. Il existe une solidarité de voisinage mais elle demeure aléatoire. Selon les professionnels rencontrés, une des conséquences de cet isolement social est que les dégradations de l'état de santé physique et moral des personnes âgées sont souvent identifiées trop tardivement,

Par ailleurs, l'accès aux soins devenant de plus en plus complexes, les suivis médicaux permettant de prévenir l'apparition et l'évolution des problèmes sont de moins en moins réguliers : difficulté pour se rendre aux cabinets médicaux éloignés du domicile, baisse de la démographie des professionnels de santé permettant de consulter rapidement, absence de médecin traitant pour certaines personnes âgées...

Les professionnels soulignent également combien il est complexe pour certaines personnes âgées, notamment les hommes, de demander un soutien pour les tâches de la vie quotidienne. Les recours aux aides ont souvent lieu à la suite d'un accident, d'une hospitalisation, quand le retour à domicile devient trop compliqué. L'hôpital n'a d'autre choix dans ce cas que de garder un peu plus longtemps le patient afin de permettre l'organisation du retour à leur domicile ou encore l'acceptation d'une demande en Ehpad à proximité.

Une grande majorité des personnes âgées souhaitent rester le plus longtemps possible à domicile, voire ne jamais résider dans un Ehpad (volonté d'être chez soi, budget trop important pour les familles pour une place en établissement, mauvaise image perçue des Ehpad...). Les professionnels sont ainsi confrontés à de plus en plus de situations de grande dépendance à domicile. Cela n'est pas sans conséquence dans le fonctionnement des structures d'aide et de soins à domicile, ces situations impliquant des prises en charge plus lourdes lors des tournées des salariés (épuisement, turn-over des équipes et difficulté pour recruter du personnel...). Par ailleurs, les plans d'aide ne couvrent pas toujours suffisamment l'ensemble des besoins de ces personnes dépendantes à domicile, les prestations assurant essentiellement les besoins fondamentaux. Les familles ne complètent que trop rarement l'ensemble des aides qui seraient nécessaires, par manque de moyens financiers ou par refus de couvrir ce type de dépense. De fait, sans aides suffisantes, les professionnels considèrent que les accompagnements ne peuvent être de qualité suffisante et corres-

pondre à l'ensemble des critères de sécurité.

De nombreux professionnels sont souvent mobilisés pour intervenir auprès de ces patients dépendants. Face à ces situations, la coordination et la communication entre professionnels sont donc essentielles. Les professionnels rencontrés estiment que le travail en partenariat est plutôt bon sur le territoire, avec une coordination gérontologique mensuelle au sein de l'hôpital de La Châtre (élaboration conjointe des plans d'aide, ajustements des situations qui évoluent...). Toutefois, ces coordinations souffrent de l'absence ou de l'irrégularité de la présence des professionnels libéraux, faute d'une disponibilité suffisante.

Enfin, il est relevé la nécessité de soutenir les aidants des patients dépendants à domicile. L'aide apportée est souvent supportée par un seul proche, qui est très sollicité et risque l'épuisement. Développer l'offre de soutien et de répit est essentiel pour leur permettre d'assurer ce rôle dans la durée, notamment pour les aidants de patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Si des groupes de parole sont organisés et si l'offre en accueil de jour apparaît suffisante, il manque en revanche des places en accueil temporaire. En l'absence de cette solution, certains patients sont orientés vers les hôpitaux.

2.5 Les conduites à risque

Moins de 5 décès par an sont enregistrés pour accidents de la circulation sur la période 2003-2011. Après standardisation, le taux de mortalité sur les routes au sein du territoire est de 10,1 pour 100 000 habitants, chiffre qui ne diffère pas statistiquement de ceux retrouvés sur les autres territoires de référence (9,5 pour l'Indre, 8,7 pour le Centre-Val de Loire et 6,3 pour la France hexagonale). Pour les professionnels rencontrés, les facteurs de risque d'accidents sont principalement les mêmes qu'au niveau national. La consommation d'alcool et la vitesse excessive sont repérées comme souvent impliquées dans les accidents. Le caractère rural du pays de La Châtre en Berry favorise assez largement la vitesse et les conséquences des accidents sont donc en moyenne plus graves sur le territoire. Les collectivités ont désormais moins de moyens financiers pour entretenir les routes et l'état de celles-ci a tendance à se dégrader, notamment les portions qui supportent le passage d'engins agricoles devenus très lourds. Les routes étroites rendent les déplacements risqués, particulièrement en l'absence de marquage au sol. Par ailleurs, les habitants effectuent souvent des trajets routiniers sur des secteurs avec une faible circulation. Ils sont assez peu habitués à la présence de certains usagers de la route sur le territoire (voiture sans permis, cyclistes et deux-roues motorisés) et n'ont pas, en conséquence, les comportements adaptés.

En matière d'addictions aux produits, la mortalité liée à la consommation de tabac (128,0 décès pour 100 000 habitants) est comparable au département (130,1), à la région (122,4) et au niveau national (126,4). Le tabac reste néan-

moins responsable de 12 % des décès soit 63 en moyenne par sur la période 2003-2011.

Le taux de mortalité liée à la consommation d'alcool est de 37,2 décès pour 100 000 habitants, proche de celui de l'Indre (38,6) et du Centre-Val de Loire (32,4) mais supérieur à celui de la France hexagonale (29,8). En matière d'hospitalisation, le taux comparatif est de 392,5 patients hospitalisés pour 100 000 habitants du territoire, soit un taux inférieur à celui relevé dans l'Indre (484,5) et comparable à celui de la région (410,6).

Les professionnels rencontrés estiment que les problématiques addictives de la population du Pays sont proches de celles de la population générale. Ainsi la consommation d'alcool est très courante, ancrée dans les mœurs comme sur la plupart des territoires ruraux. Même si la consommation d'alcool de la population est en baisse générale, elle continue cependant à concerner toutes les générations. Les évolutions des modes de consommation chez les jeunes générations sont jugées préoccupantes (consommation régulière précocement, consommation ponctuelle mais massive...). Aux risques physiques courus, s'ajoutent ceux liés aux comportements adoptés lors de ces épisodes d'alcoolisation (accidents de la route, comportements dégradants filmés et mis en ligne sur les réseaux sociaux...). Enfin, il est pointé la nécessité d'adresser des messages de prévention particuliers pour la population féminine, notamment pour prévenir les risques d'alcoolisation en tout début de grossesse.

Si le territoire ne se distingue pas nécessairement en termes d'accès aux produits illicites et en termes de consommation, l'accès aux soins et aux structures de réduction des risques semble en revanche beaucoup moins aisé. En effet, la prise en charge en Csapla n'est directement possible sur le territoire que lors de permanences organisées sur La Châtre et Aigurande. Les autres consultations et accompagnements par cette structure sont possibles seulement sur Châteauroux.

Cette offre de prise en charge s'avère trop limitée et trop éloignée pour ces personnes, dont certaines sont en situation de précarité et ne peuvent se déplacer aisément sur les lieux de consultation. La volonté de se soigner des personnes en situation d'addiction est en effet fragile, difficile à susciter et à maintenir. La réactivité et l'accessibilité s'avèrent essentielles pour commencer un accompagnement et le conserver dans la durée.

En matière de sexualité, les professionnels rencontrés relèvent les difficultés d'accès aux structures dédiées à la prévention, la contraception et le dépistage des maladies sexuellement transmissibles. Le planning familial ne réalise qu'une permanence à La Châtre, dont les horaires sont restreints et ne conviennent pas à toutes les personnes. Les professionnels pointent également le possible manque d'actions de prévention réalisées sur ce sujet dans les collèges et lycées du territoire, étant donné le peu de sollicita-

tions du planning familial pour des interventions.

Au-delà du développement de la prévention, il paraît essentiel de maintenir ou d'étendre les possibilités de prise en charge directement sur le Pays, en facilitant l'intervention des professionnels et structures dédiées lors de permanences ou de déplacements à la demande.

3 L'offre de soins

Au 1^{er} janvier 2016, selon le fichier RPPS, on dénombrait 27 médecins généralistes (saliés, libéraux ou mixte). S'agissant uniquement des libéraux, ils étaient 13 à exercer sur le territoire, soit une densité de 45 professionnels pour 100 000 habitants, densité très largement inférieure à celles du département, de la région et de la France (93,5). La situation est d'autant plus préoccupante puisque 7 de ces professionnels devraient cesser leur activité au cours de l'année 2017. Il est à relever que plus d'un praticien sur deux au 1^{er} janvier 2017 était âgé de plus de 60 ans. Ce vieillissement démographique de ces professionnels est supérieur à celui relevé en région (34,2 % sont âgés de plus de 60 ans) et en France hexagonale (31,1%). La démographie des professionnels de santé libéraux du pays de La Châtre en Berry constitue une problématique importante en matière d'accès aux soins. Dans un contexte où les professionnels de santé effectuent de moins en moins de visites à domicile, cette évolution contraint de plus en plus les habitants du territoire à effectuer des déplacements importants pour leurs consultations ou à renoncer à se faire soigner ou à reporter certaines consultations, dès lors qu'elles ne sont pas considérées comme importantes.

La pénurie de médecins généralistes et les difficultés d'accès à ceux-ci ont plusieurs conséquences importantes. Tout d'abord, des personnes se retrouvent aujourd'hui sans médecin traitant, avec des difficultés pour renouveler leurs ordonnances et continuer à avoir un suivi. L'absence de médecin traitant pénalise aussi les patients concernés dans leurs parcours de soins, car le passage préalable par un médecin généraliste permet non seulement le remboursement de la Sécurité sociale, mais souvent aussi d'obtenir plus rapidement un rendez-vous avec un spécialiste. Le manque de disponibilité des médecins allongeant les délais de rendez-vous, les patients sont tentés de trouver des solutions alternatives plus rapides. Certaines personnes, plutôt que d'attendre de pouvoir obtenir une consultation chez un généraliste, s'adressent alors à leur pharmacien ou leur infirmier, en les sollicitant parfois au-delà de leurs compétences et de leurs missions. Cela se traduit également par un recours plus important de la population aux services d'urgences.

La permanence des soins de La Châtre soulage en partie les urgences mais elle n'est pas toujours bien identifiée par la population ou même par certains professionnels. En contactant le 15, les personnes semblent envoyées systématiquement par défaut sur l'hôpital de Châteauroux, soit

par leurs propres moyens, soit avec une ambulance ou les pompiers.

La médecine de spécialité est également extrêmement déficitaire sur le territoire, seuls 5 praticiens exercent en activité exclusivement libérale. La Châtre, avec son hôpital, dispose de l'essentiel des praticiens du territoire. Des spécialités courantes sont accessibles directement sur cette commune. Cet aspect satisfaisant de l'offre de soins est toutefois tempéré par les inquiétudes manifestées quant à la pérennité de l'hôpital, avec d'ores et déjà une diminution du nombre de lits. La plupart des habitants rencontrés considèrent ces importants déplacements pour les spécialistes comme inévitables en milieu rural et ils les acceptent dans la mesure où ces consultations ne sont pas trop fréquentes et où ils disposent d'un véhicule. Les habitants et élus rencontrés déplorent les longs délais nécessaires pour accéder aux spécialités en général et en particulier à la gynécologie, l'ophtalmologie et l'orthophonie. Quant à la prise en charge dentaire, la situation est contrastée. Certains chirurgiens-dentistes proposent des délais de rendez-vous jugés trop importants, d'autres semblent pouvoir répondre beaucoup plus rapidement aux demandes. Mais là aussi, certains dentistes sont proches de la retraite, et leur remplacement apparaît incertain.

Les installations restent très limitées, malgré différentes initiatives prises pour faciliter par exemple la venue de professionnels (cabinets de recrutements spécialisés, hébergement fourni lors de stages, créations de maisons médicales ou de maisons de santé...). Les démarches pour faire venir des médecins et autres professionnels sont coûteuses et n'aboutissent pas forcément. Développer la télémédecine est une piste qui paraît encore compliquée, du fait du manque général de spécialistes et de l'accès inégal à internet, avec des débits parfois très limités et des zones sans aucun accès. Toutefois, des établissements médico-sociaux du territoire sont déjà équipés et sont prêts à ouvrir leur utilisation par d'autres professionnels que ceux travaillant dans leur structure.

Enfin, l'offre de soins est non seulement insuffisante mais aussi trop peu lisible pour la population, voire pour les professionnels du territoire qui doivent effectuer parfois des recherches pour leur patientèle. Cette lisibilité est d'autant plus importante dans un contexte où la faible disponibilité des acteurs contraint la population à rechercher toujours plus loin pour accéder aux prises en charge en santé ou à différents services. La difficulté ici relevée n'est pas tant de créer un outil de recensement, un annuaire, que de le maintenir à jour dans la durée, avec les départs et arrivées de professionnels, déménagements, changements de coordonnées, changements d'horaires, de secteurs d'interventions...

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 la communication sur le Pays : comment y vit-on ? Quelle offre de services de proximité (commerces, activités,...), les possibilités d'emploi... ?

Développer et soutenir la coordination des acteurs pluridisciplinaires, notamment l'articulation entre les soins de ville et les soins hospitaliers de l'agglomération Castelroussine mais également de Guéret, La Souterraine, Argenton-sur-Creuse... 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 alors pas isolés dans leurs pratiques professionnelles.

Travailler sur l'isolement et l'accessibilité : 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 pour atteindre la population...) agir sur les comportements, les compétences psychosociales dès la petite enfance avec un accent sans doute sur l'activité physique et l'alimentation.



Admission en affection de longue durée (ALD) : en cas d'affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le Code de la Sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites « longue durée » (ALD) est établie par décret. La liste actuelle porte sur 30 affections ou groupes d'affections.

Allocataire à bas revenu : allocataire ayant son revenu par unité de consommation (RUC) inférieur à 60 % du revenu médian par unité de consommation (UC) de la population (hors 65 ans et plus). Le RUC correspond au revenu mensuel divisé par le nombre d'UC (les membres du foyer sont pondérés par des coefficients : 1 pour l'allocataire, 0,5 pour une personne de 14 ans ou plus supplémentaire, 0,3 pour un enfant de moins de 14 ans et 0,2 pour les familles monoparentales).

Allocation aux adultes handicapés (AAH) : allocation attribuée à toute personne âgée de 20 ans ou plus qui présente une incapacité permanente d'au moins 80 % ou qui est reconnue dans l'impossibilité de travailler par la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) lorsque son incapacité permanente est comprise entre 50 et 80 %. Elle est accordée sous conditions de ressources. C'est une allocation subsidiaire. Les bénéficiaires peuvent exercer une activité, soit en milieu ordinaire, soit en milieu protégé.

Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) : prestation attribuée aux personnes âgées en perte d'autonomie en vue de solvabiliser les besoins préconisés dans un plan d'aide personnalisée élaboré par une équipe médico-sociale. L'Apa peut être versée directement aux bénéficiaires ou aux structures professionnelles (services d'aide à domicile, établissements...) mettant en oeuvre ce plan d'aide.

ALSH : Accueil de loisirs sans hébergement

Anpaa : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie

Apleat : Association pour l'écoute et l'accueil en addictologie et toxicomanie

Association de service à domicile (ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural) : associations offrant différentes prestations permettant le maintien à domicile des personnes : aide à la vie quotidienne (ménage, repas, repassage, courses...), accompagnement dans les démarches (budget, relation avec les organismes...), relais pour maintenir un équilibre familial lors des difficultés passagères (naissance, maladie, décès...) et aide à l'insertion sociale et éducative (suivi scolaire, activités ludiques...). Ces types d'interventions peuvent être pris en charge par les caisses d'allocations familiales ou le Conseil départemental. La fédération ADMR est agréée « services aux personnes ».

Caarud : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues

Caf : Caisse d'allocations familiales

Camsp : Centre d'action médico-sociale précoce

CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CCAS : Centre communal d'action sociale

CCDC : Centre de coordination des dépistages des cancers

CDAG : Centre de dépistage anonyme et gratuit

CeGIDD : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (= CDAG + CIDDIST)

Centres locaux d'information et de coordination (Clïc) : 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 ;



CESC : Centre d'éducation à la santé et à la citoyenneté

CH : Centre hospitalier

CHIC : Centre hospitalier inter communal

Ciddist : Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles

CIDFF : Centre d'information sur les droits des femmes et des familles

CMP : Centre médico-psychologique.

CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique

Couverture maladie universelle (CMU) : dispositif qui garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie et qui comporte deux volets : la CMU de base et la CMU complémentaire. La couverture maladie universelle de base permet l'accès à l'assurance maladie pour toutes les personnes résidant en France de manière stable et régulière depuis plus de trois mois et qui n'ont pas droit à l'assurance maladie à un autre titre (activité professionnelle, etc.). La CMU complémentaire permet de fournir une couverture complémentaire gratuite à toute personne résidant en France de manière stable et régulière, sous conditions de ressources fixées par décret.

CPEF : Centre de planification ou d'éducation familiale

Csapa : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

Ehpad : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Elsa : Équipe de liaison et de soins en addictologie

Esat : Etablissement et service d'aide par le travail

GES : Gaz à effet de serre

Grille AGGIR (autonomie gérontologique groupe iso-ressources) : grille qui classe les personnes âgées en 6 niveaux de perte d'autonomie à partir du constat des activités ou gestes de la vie quotidienne réellement effectués ou non par la personne. Le 1^{er} niveau comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotive et sociale et le 6^{ème}, les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

Hospitalisation à domicile (HAD) : l'hospitalisation à domicile s'adresse à des personnes dont la situation ne nécessite plus d'hospitalisation. Ce dispositif permet d'assurer la prise en charge globale et continue du patient chez lui, et d'effectuer les soins techniques hospitaliers ou d'accompagnement dont il a besoin : pansements complexes, perfusions veineuses, soins de sonde, traitement de la douleur, soins palliatifs. L'admission en hospitalisation à domicile se fait à la demande du médecin.

IME : Institut médico-éducatif

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

IST : Infection sexuellement transmissible

IVG : Interruption volontaire de grossesse

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

MDS : Maison départementale de la solidarité

MFPF : Mouvement français pour le planning familial



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

Mortalité prématurée : ensemble des décès survenant avant 65 ans

PCH : Prestation de compensation du handicap

Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) : dispositif faisant partie de la réforme du système de santé français ayant pour but la réduction des inégalités de ressources entre les établissements de santé (ordonnance du 24/04/1996) sur la réforme de l'hospitalisation. Afin de mesurer l'activité et les ressources des établissements, il est nécessaire de disposer d'informations quantifiées et standardisées, le PMSI.

Rased : Réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté

Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (Reaap) : les Reaap permettent la mise en réseau d'actions visant à conforter, à travers le dialogue et l'échange, les compétences des parents et la mise en valeur de leurs capacités dans le respect et le soutien. Ils sont, par ailleurs, un cadre de partenariat entre les différentes institutions et associations intervenant dans le champ de la parentalité.

Revenu de solidarité active (RSA) : allocation qui complète les ressources initiales du foyer pour qu'elles atteignent le niveau d'un revenu garanti (si elles sont inférieures à ce dernier). En juin 2009, la réforme du revenu de solidarité active (RSA) modifie le système en place : en métropole, le RSA se substitue au revenu minimum d'insertion (RMI), à l'allocation de parent isolé (API) ainsi qu'aux dispositifs d'aide à la reprise d'emploi qui leur sont associés. Le RSA est une prestation « hybride » assurant à la fois une fonction de minimum social (RSA socle) et de complément de revenu pour les travailleurs vivant dans des foyers aux revenus modestes (RSA activité). Dans les départements d'outre-mer, la mise en place du RSA est prévue ultérieurement et le RMI et l'API restent en vigueur.

SAAD (ou SAD) : Services d'aide et d'accompagnement à domicile assurent des prestations de services ménagers et d'aide à la personne pour les activités ordinaires et les actes essentiels de la vie quotidienne (aide à la toilette, aide à la prise des repas, courses...)

SASF : Service d'aide et de soutien aux familles

SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale

SEP : Sclérose en plaques

Service de soins infirmiers à domicile (Ssiad) : service ayant pour objet de prévenir ou de différer une hospitalisation ou une institutionnalisation, ou à l'inverse de rendre possible un retour au domicile plus rapide et dans de meilleures conditions suite à une hospitalisation. Le Ssiad est destiné aux personnes de 60 ans et plus, malades ou dépendantes, ainsi qu'aux moins de 60 ans présentant un handicap ou une maladie chronique (décret du 24 juin 2004). Le Ssiad apporte des services en matière de santé.

Sessad : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

SSR : Soins de suite et de réadaptation

Taux comparatif de mortalité : le taux comparatif de mortalité, ou taux standardisé direct, est défini comme le taux que l'on observerait dans la région et dans les cantons si ses différents échelons géographiques avaient la même structure par âge que la population de référence. Les taux comparatifs de mortalité éliminent les effets de la structure par âge et autorisent les comparaisons entre les sexes et les échelons géographiques.

UAD : Unité d'autodialyse assistée

UFSBD : Union française pour la santé bucco-dentaire

Unafam : Union nationale de familles et amis de personnes de personnes malades et/ou handicapées psychiques

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine



Observatoire Régional de la
Santé du Centre-Val de Loire
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



Syndicat mixte du pays de
La Châtre en Berry
15 rue d'Olmor
36400 La Châtre
www.pays-lachatre-berry.com