ATELIER DEVELOPPEMENT LOCAL

ACCESSIBILITE AUX SERVICES DE SOINS MEDICAUX EN PAYS PYRENEES MEDITERRANEE

Partie Diagnostic

Amy Aïssatou
Aragoncillo Benjamin
Bosch Mélanie
Boyer Jérôme
Chamard Audrey
Deshayes Léonie
Garcia Maria
Gayol Florence
Li Yingzhe
Metken Géraldine
Nadhoiri Faïzouna
Pourny Elodie

Master 2 Urbanisme, Habitat et Aménagement Durable, 2016-2017

Contenu

INTRODUCTION GENERALE : PRESENTATION DE L'ETUDE 4
I-La collaboration entre le Pays Pyrénées Méditerranée et le Master II UHAD 4
II-Objectifs de l'étude 4
III-Plan du rapport 4
PARTIE N°1 : Etat des lieux de l'accessibilité aux soins dans le Pays Pyrénées Méditerranée 6
I - La typologie des soins 8
A/ La notion de désert médical : l'approche de l'offre de soins à partir des densités 8
B/ Analyse cartographique de l'offre de soins 12
C/ L'organisation des soins 27
II - L'accès aux soins 34
A/ L'accessibilité de l'offre de soins au sein de Pays Pyrénées Méditerranée 35
B/ Accessibilité offre de soins pour les zones dépourvues d'offre médicale 38
C/ Accessibilité offre de soins à Perpignan 39
D/ Parcours d'un patient chronique au sein du Pays Pyrénées méditerranées 40
PARTIE N°2 : Prospective de l'offre en soins des zones à risque 44
I-Démarche et contexte 45
A/Contexte national 45
B/Une démographie médicale vieillissante à l'échelle du PPM 45
II- Caractéristiques démographiques 50
A/La densité : répartition inégale de la population 50
B/ Etude de la structure par âge de la population 53
III-Classification de la pénurie médicale 59
PARTIE N°3 : Diagnostic des politiques publiques de santé 64
Introduction : une territorialisation progressive des politiques de santé 65
I- Les lois et normes en vigueur 69
II- Les programmes politiques récents 70
A/Les modifications du cadre stratégique local avec la réforme de 2016 72
B/Les nouveaux zonages et la délimitation des territoires de démocratie sanitaire 74
III-Les acteurs dans le développement de l'accès aux soins 75
A/Description synthétique des acteurs 75
B/Détail des rôles et responsabilités des acteurs publics 76
IV-Focus sur le territoire des Pyrénées-Orientales et du PPM 83
A/La Mise en action du Projet Régional de Santé dans les Pyrénées Orientales 83

B/La problématique du zonage des territoires vulnérables : une contrainte forte pour le Pays Pyrénées Méditerranée. 85
C/L'absence de Contrats Locaux de Santé dans le Pays Pyrénées Méditerranée 91
PARTIE N°4 : Benchmarking 92
CONCLUSION 107
Annexes 111
Annexe 1 : Répartition géographique des communes au sein des Communautés de communes. 112
Annexe 2 : Accessibilité des communes en carence de médecins généraliste 114
Annexe 3 : Grille d'entretien du patient traceur 115
Annexe 4 : Description des compétences des collectivités en santé et action sociale 116

INTRODUCTION GENERALE : PRESENTATION DE L'ETUDE

I-La collaboration entre le Pays Pyrénées Méditerranée et le Master II UHAD

Le présent rapport est le résultat du travail des étudiants du Master II Urbanisme, Habitat et Aménagement de l'Université de Perpignan Via Domitia (promotion 2016-2017). Il a été réalisé dans le cadre de l'Atelier "Développement local et urbanisme rural", supervisé par M. Guillaume Lacquement (Professeur de Géographie-UPVD) et l'équipe du Pays Pyrénées-Méditerranée (Carine Gonzalez-Chabannon, Pierre Le Men, Géraldine Caprani, Lénaïc Depontailler).

Le Pays Pyrénées Méditerranée fait appel chaque année aux étudiants du Master pour réaliser des études thématiques. Le thème retenu cette année est le suivant :

- « Comment développer l'accessibilité aux soins dans le Pays Pyrénées Méditerranée ? »

Les étudiants ont mené l'étude entre octobre 2016 et mars 2017 selon la démarche suivante :

- La réalisation d'un diagnostic (travail documentaire et de terrain), mettant en exergue des Atouts Faiblesses Menaces et Opportunités du territoire PPM. Il résulte de ce diagnostic une série d'enjeux pour le PPM, à partir desquels
- La rédaction de préconisations opérationnelles pour favoriser l'accès aux soins dans le Pays Pyrénées Méditerranée.

La problématique de l'accessibilité aux soins constitue un réel intérêt pour les étudiants du Master, car elle est transversale et touche directement à l'aménagement du territoire. Ce travail a permis à la promotion de mieux comprendre les mécanismes de la médecine territoriale et de comprendre les difficultés auxquelles sont confrontés les territoires ruraux. Enfin, certains élèves de sont eux-mêmes confrontés au déficit d'offre médicale au quotidien.

II-Objectifs de l'étude

Le présent rapport, en quatre parties répond aux questions suivantes :

- Quelle est l'offre de soins disponible dans le Pays Pyrénées Méditerranée ?
- Quelles sont les zones qui souffriront d'un déficit d'offre de soins dans les années à venir ?
- Quelles sont les politiques de santé favorisant l'accès aux soins (au niveau local et national) ?
- Quelles sont les retours d'expériences qui ont favorisé l'accès aux soins dans des territoires similaires au Pays Pyrénées Méditerranée ?

III-Plan du rapport

Le diagnostic est découpé en quatre parties :

Partie 1 : Etat des lieux de l'accès aux soins dans le PPM. Cette partie fournit un éclairage sur l'offre de soins disponible au sein du PPM et les temps d'accès moyens pour accéder à cette offre. Elle fournit une réflexion sur le territoire, à l'aune du concept de désert médical.

Partie 2 : Identification des zones à risques. Il s'agit d'une étude sociodémographique du territoire appliquée à la problématique de santé. Elle présente l'évolution de la population et l'évolution des effectifs de professionnels de santé, pour aboutir sur une classification des communes, en fonction de leurs potentialités des risques à venir.

Partie 3 : Note de synthèse sur les politiques de santé. Cette partie présente l'organisation des politiques locales de santé et les outils existants pour favoriser l'accès aux soins au niveau territorial. Elle fournit des éclairages sur les réformes nationales récentes, les évolutions qui en découlent au niveau local, ainsi que le rôle et les responsabilités des acteurs locaux pour améliorer l'accès aux soins.

Partie 4 : Benchmarking. Il s'agit d'une étude comparative des actions menées sur d'autres territoires et de retours d'expériences réussies (en France et à l'étranger). Cette partie est présentée sous forme de fiche actions, elle élargit la réflexion sur les moyens d'améliorer l'accessibilité aux soins au sein du PPM.

PARTIE N°1 : Etat des lieux de l'accessibilité aux soins dans le Pays Pyrénées Méditerranée

L'ensemble de notre réflexion repose sur une définition de l'offre en soin au sein du Pays Pyrénées Méditerranée à travers trois axes :

- I- La typologie des soins et l'organisation des soins
- II- L'accessibilité aux soins
- III -Le parcours d'un patient souffrant d'une maladie chronique, résident du Pays Pyrénées Méditerranée

L'objectif est de diagnostiquer les éventuels manquements et déséquilibres territoriaux liés à l'implantation de l'offre médicale. De ce fait, l'essentiel de notre travail a consisté à effectuer l'analyse de l'organisation de l'offre médicale, afin d'interroger son effet structurant sur le territoire du PPM. Cette analyse sur l'offre de soins s'appuie sur les informations de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de 2013. En effet, cette dernière est chargée du pilotage régional du système national de santé. Elle décline les politiques nationales et les adapte à leurs caractéristiques régionales (populationnelles, épidémiologiques, géographiques…). Au regard de la temporalité des données (2013), il est possible que certains éléments d'informations aient pu évoluer.

Ainsi, dans un premier temps nous avons défini l'offre médicale au sein du PPM à travers deux échelles qui sont celles des communes du PPM et des bassins de vie. Ceci, permettra d'interroger la pertinence du seuil de « désert médical » défini par le ministère de la santé.

Ensuite, le second objectif est de diagnostiquer les éventuels obstacles d'accessibilité de l'offre en soin à travers les temps de parcours. A ce titre, quel est en moyenne, le temps de parcours pour un habitant du PPM dans son accès aux soins ?

Pour finir, notre travail contribuera à définir sous quelles formes s'organise l'offre médicale notamment à travers le recensement et la définition des différents établissements offreurs de soins. Ce dernier point d'analyse, aura pour objectif de faire un état des lieux sur les éventuelles mutualisations et mises en réseau de l'offre médicale afin de mettre en relief la part des alternatives aux modes d'organisation traditionnels.

I - La typologie des soins

Le but de ce premier point d'analyse est la mise en perspective de l'offre médicale du Pays Pyrénées Méditerranée, à travers la notion de « désert médical » et d'en comprendre ses caractéristiques, notamment en termes d'accessibilité. Pour ce faire, nous nous sommes attachés à positionner le territoire du PPM au sein de la notion « désert médical » afin de mettre en relief ses spécificités.

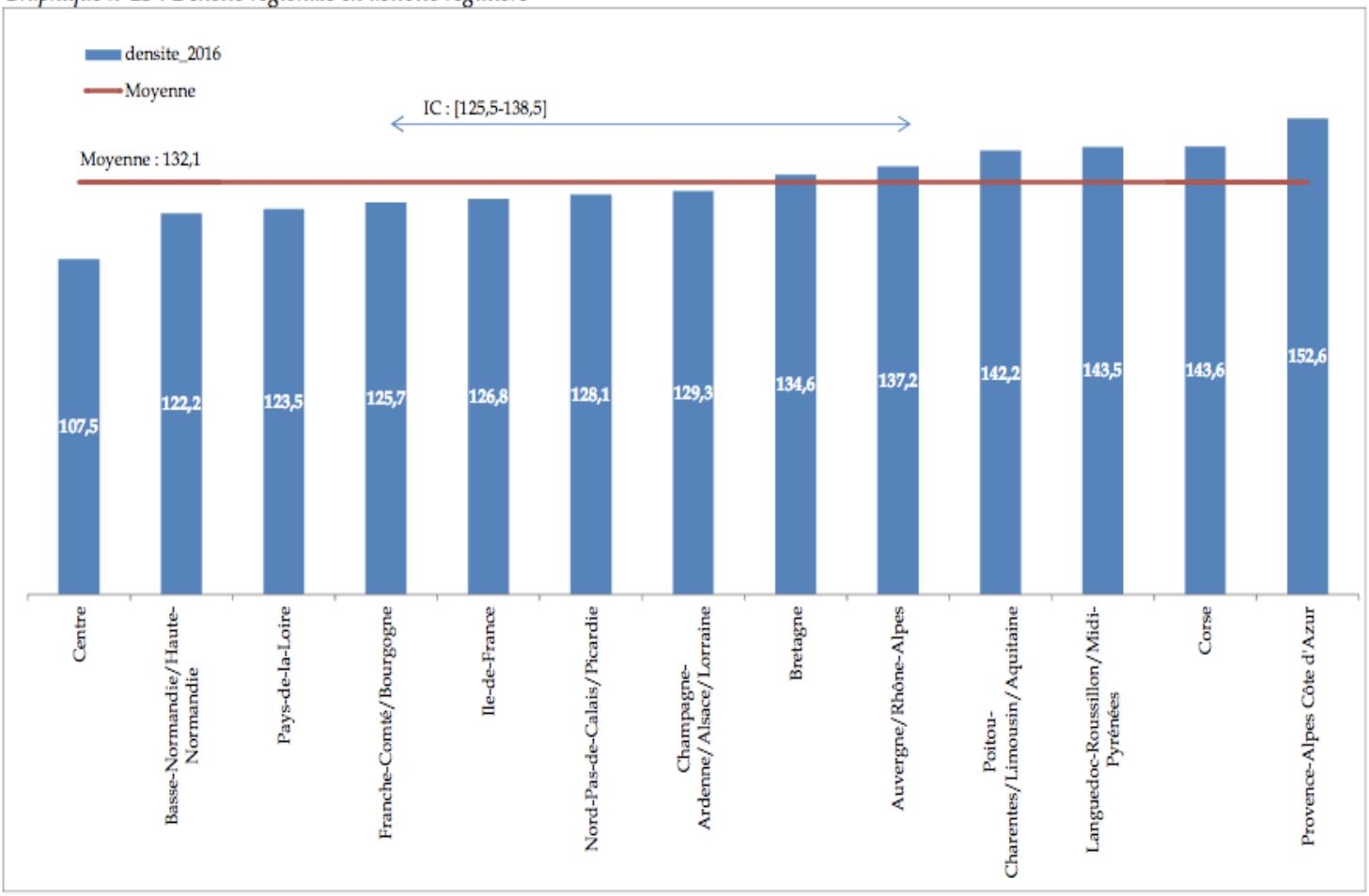
A/ La notion de désert médical : l'approche de l'offre de soins à partir des densités

La densité d'une profession s'établit en rapportant le nombre de professionnels recensés sur une aire donnée à la population vivant sur cette aire. Elle permet ainsi de quantifier l'offre de soins et de comparer différentes unités géographiques entre elles. La densité médicale va ainsi permettre d'utiliser le critère de désert médical.

Le désert médical représente une zone géographique dans laquelle le nombre de professionnels ou d'établissement de santé est nettement plus faible que dans le reste du pays. Le ministère de la Santé, considère qu'un territoire rentre dans la catégorie du « désert médical » quand la densité de médecins par rapport à la population est de **30 % inférieure à la moyenne nationale**. La moyenne nationale est évaluée chaque année par le conseil national de l'ordre des médecins.

Au 1er Janvier 2016, la densité médicale métropolitaine pour la spécialité de médecine générale est de **132,1*** médecins pour 100 000 habitants. La densité médicale métropolitaine est quant à elle de **284,4*** médecins pour 100 000 habitants.

Graphique n°25 : Densité régionale en activité régulière

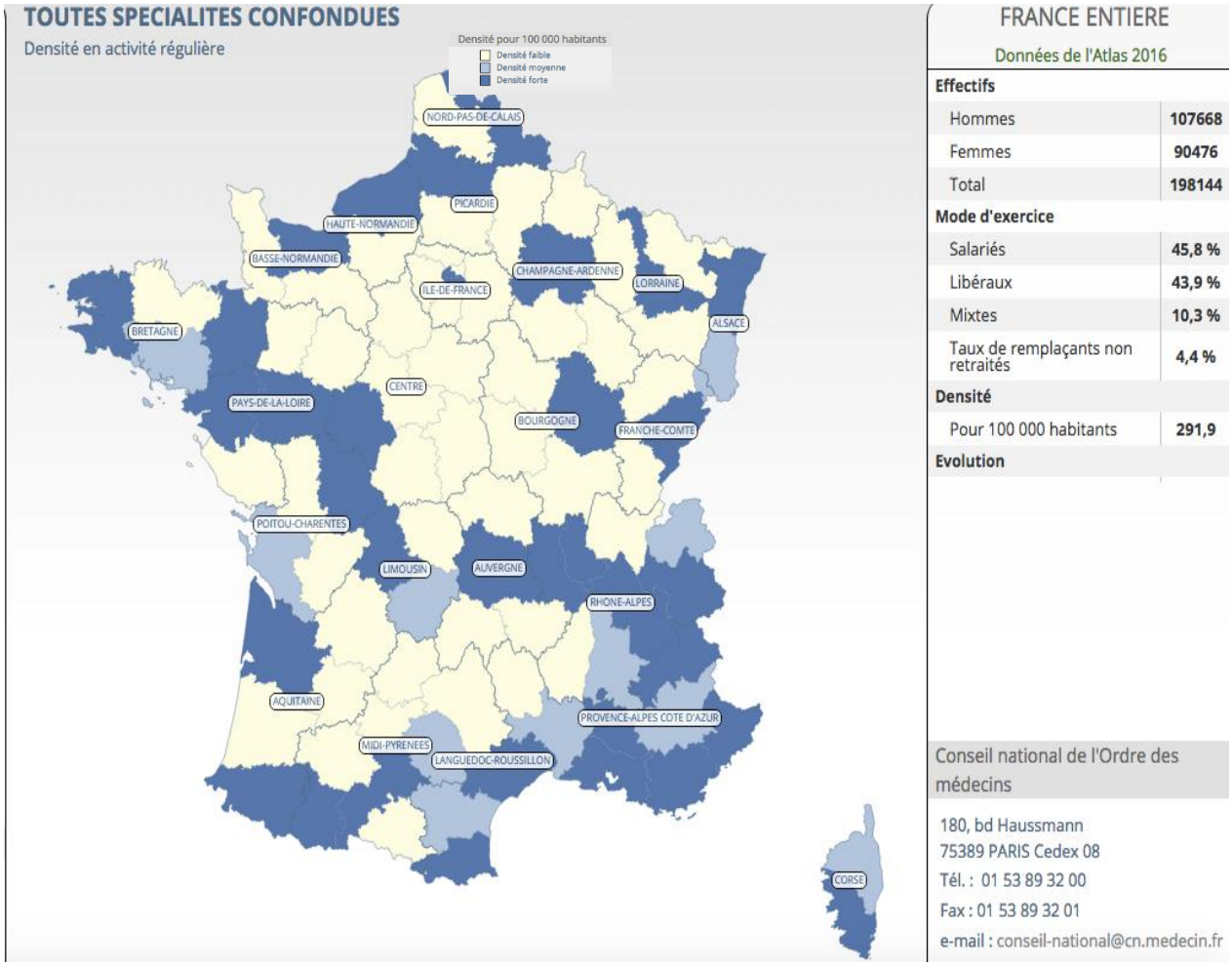


Source : Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er Janvier 2016, Conseil National de l'Ordre des Médecins, http://www.conseil-national.medecin.fr/

L'analyse de l'offre médicale au sein du Pays Pyrénées Méditerranée s'effectue à partir des bassins de vie, pour identifier les zones potentiellement en danger selon l'analyse de la variation des effectifs et de la densité médicale. Cette méthode est notamment utilisée dans l'Atlas de la démographie médicale 2016 du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

D'un point de vue général, nous constatons que le département n'est pas considéré comme un désert médical avec 291 médecins (toutes spécialités confondues) pour 100 000 habitants.

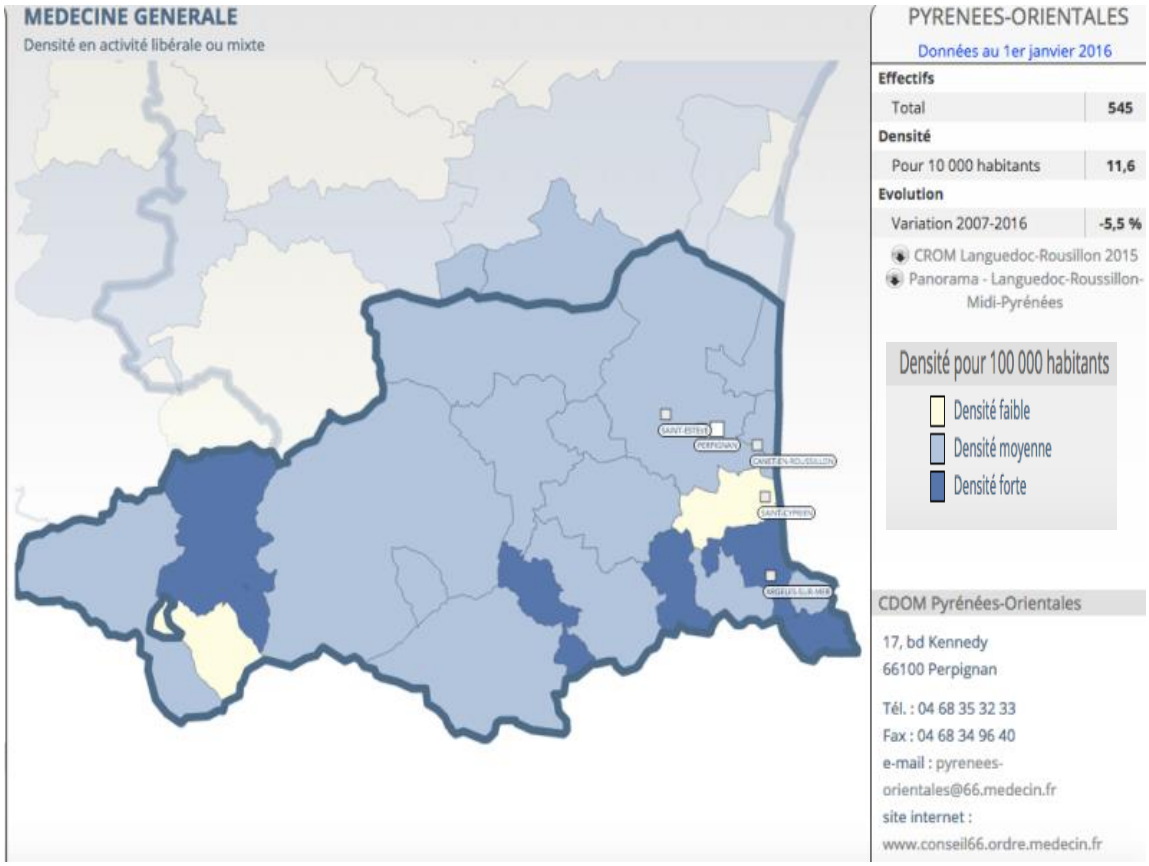
Carte de la démographie médicale, toutes spécialités confondues



Source : Atlas 2016 de la démographie médicale, Conseil National de l'Ordre des Médecins, http://demographie.medecin.fr/

Le Pays Pyrénées Méditerranée dispose d'une densité de médecins généralistes nettement supérieure à la moyenne nationale (149 médecins généralistes pour 106 091 habitants soit 140,5 médecins généralistes pour 100 000 habitants).

Carte départementale de la démographie médicale en Pyrénées-Orientales, toutes spécialités confondues.



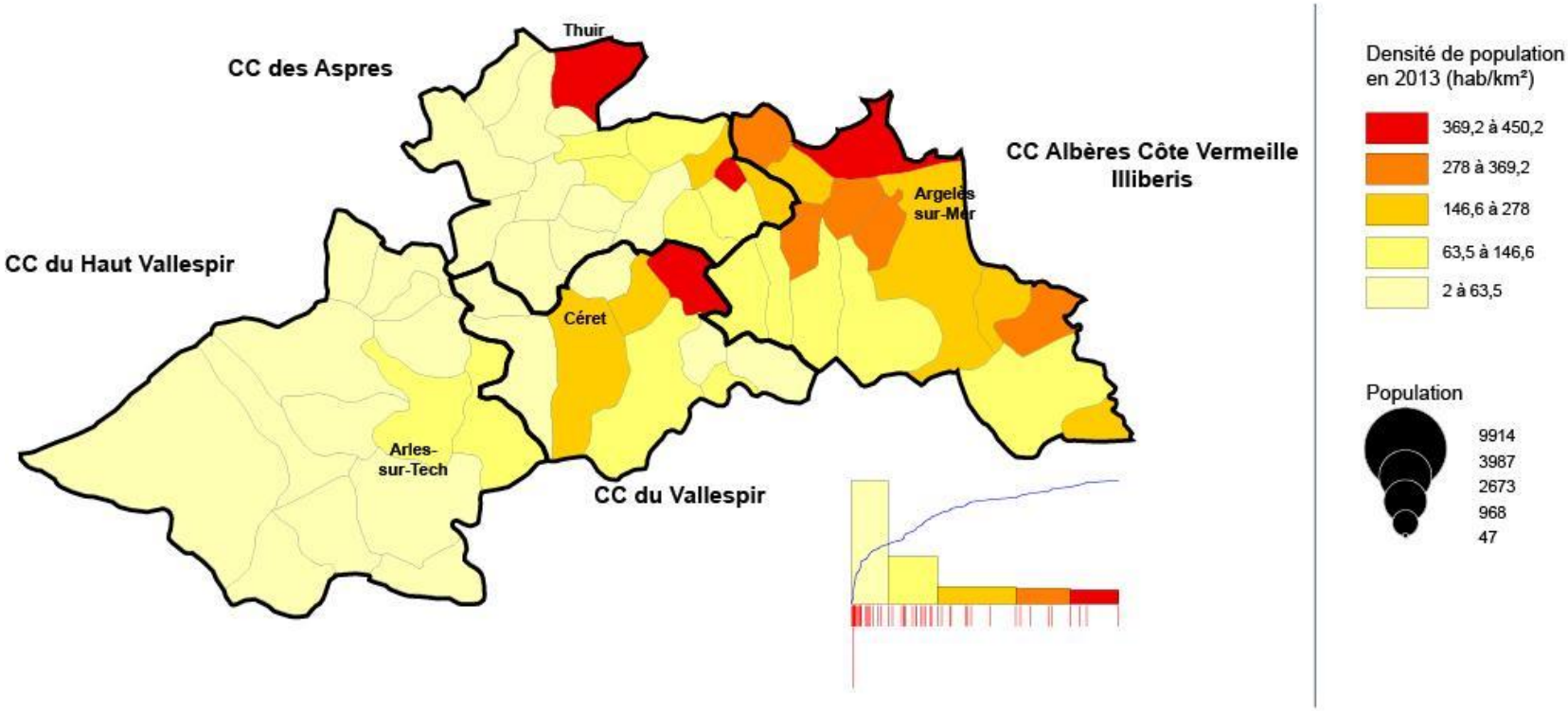
Source : Atlas 2016 de la démographie médicale, Conseil National de l'Ordre des Médecins, http://demographie.medecin.fr/

Malgré les résultats concluants sur l'offre de médecins généralistes dans le département, la méthodologie de calcul basée sur la densité médicale ne prend pas en compte l'activité spécifique des médecins, leur âge (et donc la proximité de leur retraite) et les besoins de la population. En effet, les populations âgées, les enfants et les populations précaires ont tendance à avoir des besoins plus importants en matière de santé.

B/ Analyse cartographique de l'offre de soins

Notre analyse cartographique s'effectue en fonction du nombre de médecins généralistes, de médecins spécialistes et enfin sur le nombre de professionnels réalisant le suivi médical présents au sein des communes du PPM. De plus, afin de comprendre les logiques d'implantation de l'offre médicale l'analyse cartographique de l'offre de soins a été corrélée à l'implantation de la population au sein du PPM. Le sens de cette démarche, est d'effectuer un état des lieux de l'offre de soins au sein du PPM mais également d'interroger à travers son implantation si cette dernière remplit ses fonctions structurantes.

La population communale en 2013 dans le Pays Pyrénée Méditerannée



Source : http://carto.ars.sante.fr/
Réalisation : Master 2 UHA
Année : 2016/2017

1-Les médecins généralistes libéraux en 2013 dans le Pays Pyrénées Méditerranée

En fonction des critères d'analyse exposés précédemment, il est observé à l'échelle du PPM deux polarités de l'offre de soins concernant l'implantation des médecins généralistes que nous retrouvons au sein des communes d'Amélie-Les-Bains-Palalda (Haut-Vallespir) avec 20 médecins et d'Argelès-sur-Mer (Albères, Illibéris) qui compte 18 médecins.

En revanche, si nous positionnons notre analyse à l'échelle des communautés de communes présentent au sein du PPM, la répartition des médecins généralistes s'effectue de la manière suivante :

- Communauté de commune des Albères, Illibéris, Côte Vermeille : 70 médecins dont 18 pour Argelès-sur-Mer
- Communauté de commune du Vallespir : 30 médecins, dont 12 à Céret et 12 au Boulou
- Communauté de commune du Haut-Vallespir : 28 médecins, dont 20 médecins à Amélie-Les-Bains-Palalda
- Communauté de communes des Aspres : 21 médecins, dont 12 médecins à Thuir.

En l'occurrence, ce classement met en relief plusieurs informations car il démontre d'une part, que la communauté de communes la plus dotée en médecins généralistes est celle des Albères-Illibéris-Côte Vermeille, au sein de laquelle la répartition des médecins reste pertinente avec seulement deux communes qui ne disposent pas de médecins généralistes (annexes).

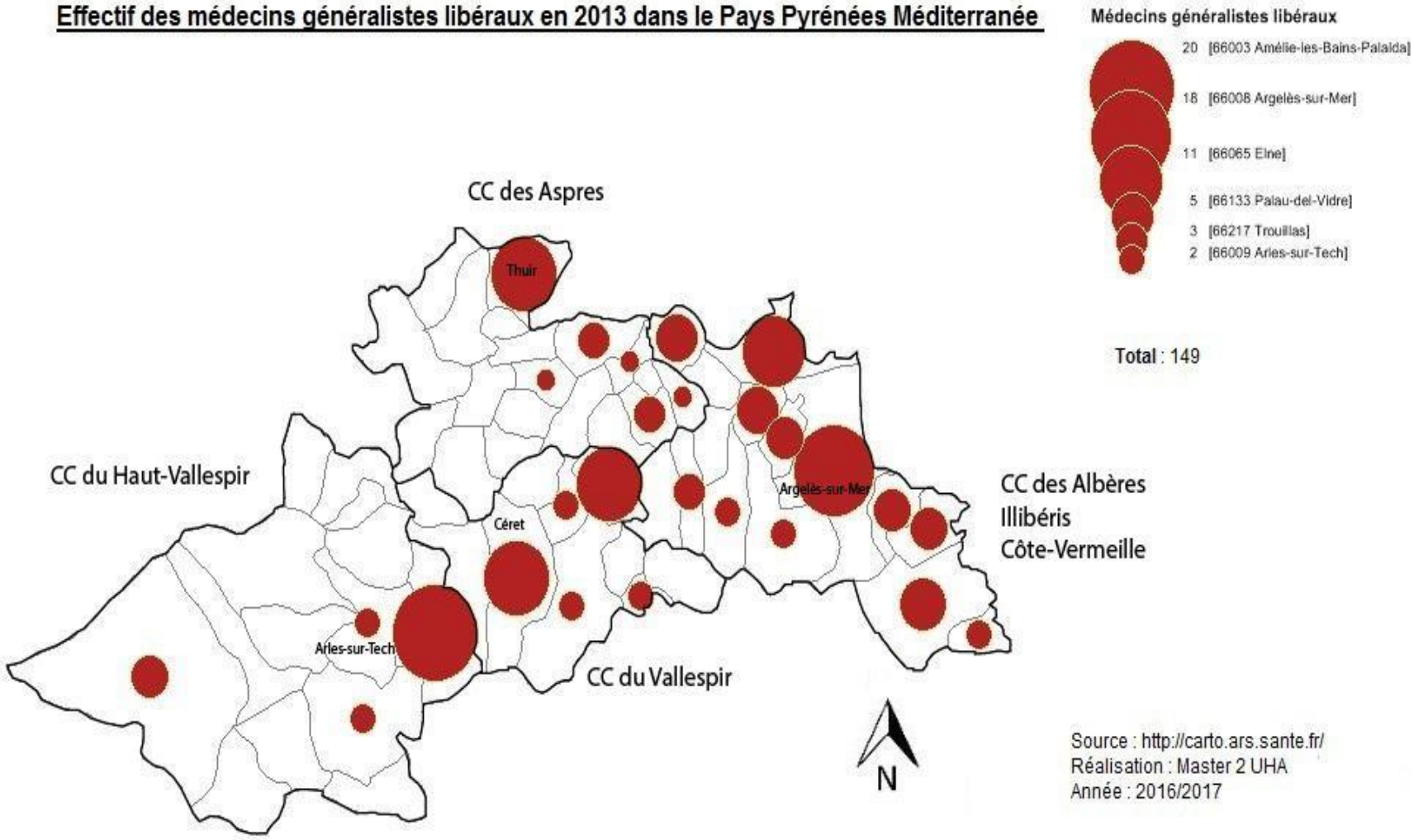
D'autre part, ce recensement met en évidence certains déséquilibres à l'échelle de certaines communautés de communes en particulier au sein du Haut-Vallespir car 10 communes sur 14 ne disposent pas de médecins généralistes. Ce déséquilibre dans la répartition des médecins généralistes, est également observé au sein de la communauté de communes des Aspres qui comptabilise le moins de médecins généralistes à l'échelle du PPM et dont 13 communes sur 19 ne bénéficient pas de cette offre.

Au sein du territoire du Vallespir, Céret compte 12 médecins, tout comme Le Boulou. Uniquement trois communes proposent ce service. Il s'agit de Maureillas-las-Illas, le Perthus et Saint-Jean-Pla-de-Corts.

Au-delà de cette analyse quantitative, l'implantation géographique des médecins généralistes révèle une certaine concentration de l'offre sur le littoral et au contraire, une certaine « diagonale du vide » au sein des communautés de communes des Aspres et du Haut-Vallespir. L'absence de médecins généralistes s'observe également au sein de communes frontalières avec l'Espagne, il serait alors pertinent de s'interroger sur d'éventuelles pratiques transfrontalières à travers la présence d'une offre de l'autre côté de la frontière.

Enfin, il est possible de postuler que l'implantation des médecins généralistes correspond à la répartition de la population au sein PPM. Cependant, le déséquilibre révélé par cette première analyse interroge la pertinence du seuil privilégié pour le développement des politiques de santé qui est l'échelle de la densité.

Effectif des médecins généralistes libéraux en 2013 dans le Pays Pyrénées Méditerranée



Source : http://carto.ars.sante.fr/
Réalisation : Master 2 UHA
Année : 2016/2017

2- Le suivi médical : Infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes

L'illustration cartographique concernant le suivi médical (infirmiers, kinésithérapeutes), dévoile une offre de soins davantage étoffée en comparaison de l'offre de médecins généralistes. Effectivement, au sein du PPM le service infirmier reste accessible dans la plupart des communes avec 36 communes qui proposent ce service sur 58 communes que compte le PPM.

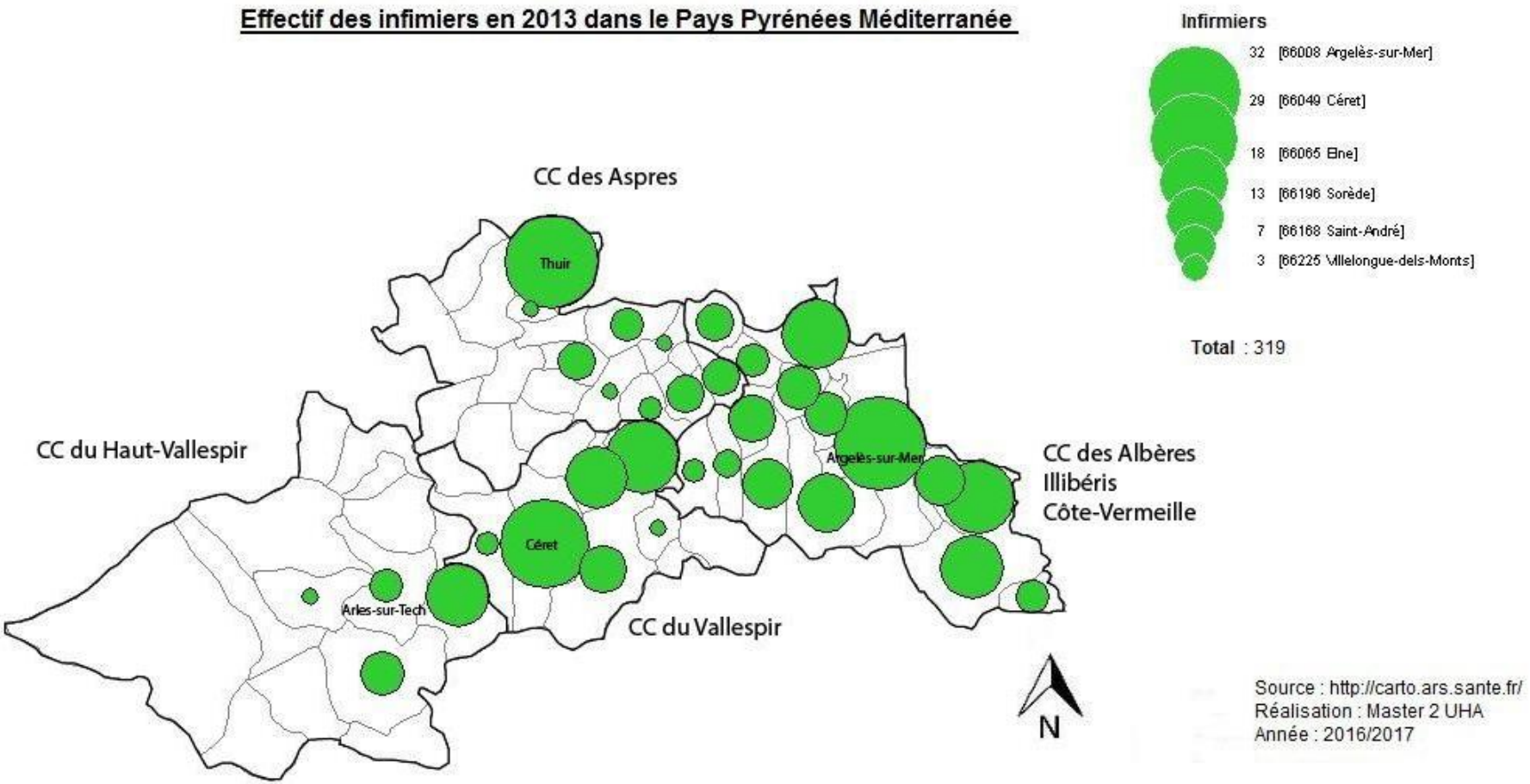
Cependant, nous retrouvons une dynamique commune à celle de l'implantation des médecins généralistes car les communautés de communes comptabilisant l'offre la plus importante sont celles des Albères avec 156 infirmiers, 101 kinésithérapeutes et du Vallespir avec 74 infirmiers et 31 kinésithérapeutes. Les communautés de communes les moins pourvues de ces services restent les Aspres (59, 27) et le Haut-Vallespir (30, 11).

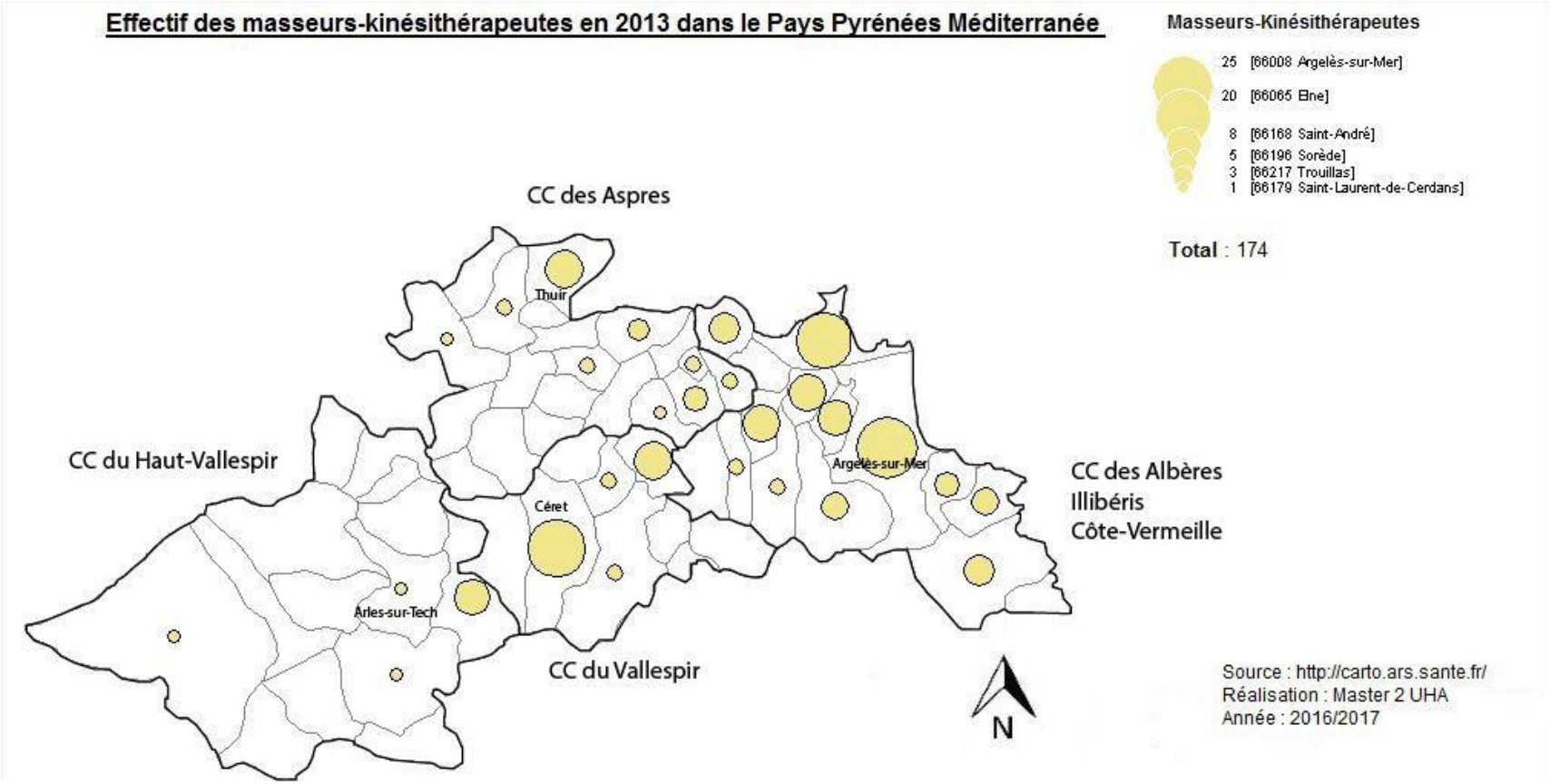
De ce fait, les points de polarité du suivi médical se concentrent au sein des communes suivantes :

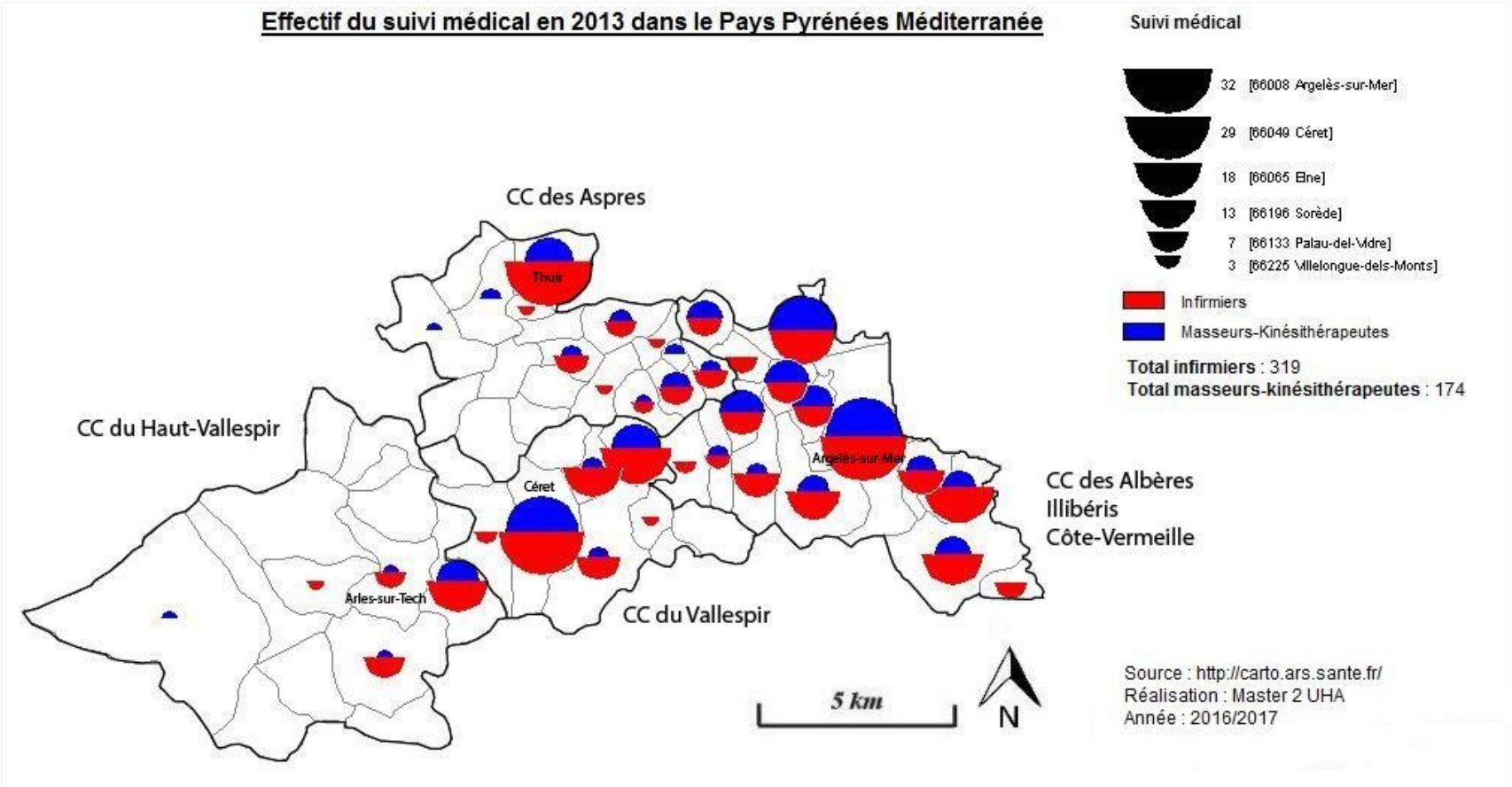
- Argelès-sur-Mer : 32 infirmiers et 25 kinésithérapeutes
- Céret : 29 infirmiers et 21 kinésithérapeutes
- Thuir : 32 infirmiers et 10 kinésithérapeutes

Dans l'ensemble, le nombre d'infirmiers est plus important que celui des masseurs-kinésithérapeutes au sein du territoire. Cette particularité semble assez pertinente, puisque le besoin en infirmiers est plus important dans la vie quotidienne que celui des masseurs-kinésithérapeutes.

Enfin, malgré une offre davantage importante, la « diagonale du vide » présentée précédemment demeure. Ainsi, il est possible de prétendre que la répartition actuelle de l'offre de soins exerce un caractère discriminant envers certaines communes où l'offre de soins reste absente, notamment au sein des territoires du Haut-Vallespir avec seulement 4 communes proposant ces services.


Effectif des infimiers en 2013 dans le Pays Pyrénées Méditerranée
Infirmiers
32 [66008 Argelès-sur-Mer]
29 [66049 Céret]
18 [66065 Elne]
13 [66196 Sorède]
7 [66168 Saint-André]
3 [66225 Villelongue-dels-Monts]
Total : 319
CC des Aspres
Thuir
CC du Haut-Vallespir
Argelès-sur-Mer
CC des Albères
Illibéris
Côte-Vermeille
Céret
Arles-sur-Tech
CC du Vallespir
N
Source : http://carto.ars.sante.fr/
Réalisation : Master 2 UHA
Année : 2016/2017


Effectif des masseurs-kinésithérapeutes en 2013 dans le Pays Pyrénées Méditerranée
Masseurs-Kinésithérapeutes
25 [66008 Argelès-sur-Mer]
20 [66065 Elne]
8 [66168 Saint-André]
5 [66196 Sorède]
3 [66217 Trouillas]
1 [66179 Saint-Laurent-de-Cerdans]
Total : 174
CC des Aspres
Thuir
CC du Haut-Vallespir
Céret
Argelès-sur-Mer
CC des Albères
Illibéris
Côte-Vermeille
Arles-sur-Tech
CC du Vallespir
N
Source : http://carto.ars.sante.fr/
Réalisation : Master 2 UHA
Année : 2016/2017


Effectif du suivi médical en 2013 dans le Pays Pyrénées Méditerranée
Suivi médical
32 [66008 Argelès-sur-Mer]
29 [66049 Céret]
18 [66065 Elne]
13 [66196 Sorède]
7 [66133 Palau-del-Vidre]
3 [66225 Villelongue-dels-Monts]
Infirmiers
Masseurs-Kinésithérapeutes
Total infirmiers : 319
Total masseurs-kinésithérapeutes : 174
CC des Aspres
CC du Haut-Vallespir
CC des Albères
Illibéris
Côte-Vermeille
CC du Vallespir
Thuir
Céret
Argelès-sur-Mer
Arles-sur-Tech
5 km
N
Source : http://carto.ars.sante.fr/
Réalisation : Master 2 UHA
Année : 2016/2017

3-Les spécialistes

La méthodologie adoptée relative au choix des spécialistes s'appuie sur les critères de l'Agence Régionale de Santé. En effet, l'organisation de l'offre de soins doit en partie répondre aux objectifs d'une offre médicale de qualité dans la prise en charge et la pertinence des soins proposés. En ce sens, les professions qui apparaissent comme nécessaires pour la continuité de l'offre médicale au sein d'un territoire, se composent de :

- Dentistes
- Gynécologues
- Ophtalmologues

Comme les deux précédentes analyses, la modélisation cartographique des spécialistes présents au sein du PPM nous renseigne sur les caractéristiques d'implantation de l'offre médicale.

Effectivement, pour commencer la représentation cartographique y dévoile un certain contraste dans le partage de l'effectif des spécialistes au regard de la prépondérance des dentistes. Ainsi, sur l'ensemble du territoire il est possible de dénombrer 64 dentistes contre seulement 2 gynécologues et 9 ophtalmologues.

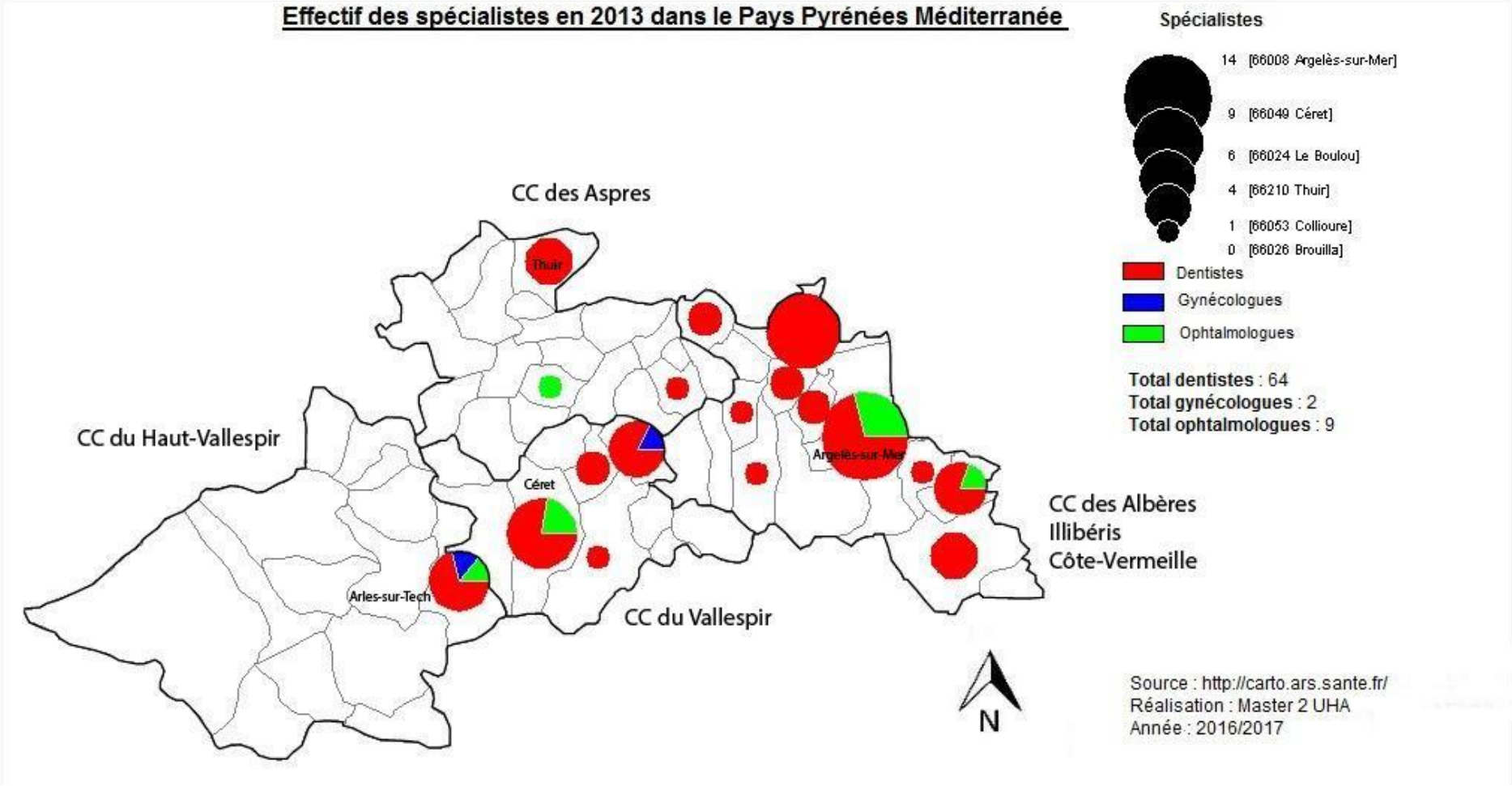
En l'occurrence, il est observé une offre en gynécologie très insuffisante dans le Pays Pyrénées Méditerranée. Cependant, la mise en perspective de ces données relatives à l'offre gynécologique sur l'ensemble du département, révèle un service peu étoffé car Perpignan dispose de 9 gynécologues seulement qui exercent de manière indépendante. Ceci, peut s'expliquer par le fait que la majorité des gynécologues exerce leur fonction dans les grands établissements de santé. De ce fait, les seuls gynécologues présents au sein du territoire se localisent au sein des communes d'Amélie-les-bains et du Boulou.

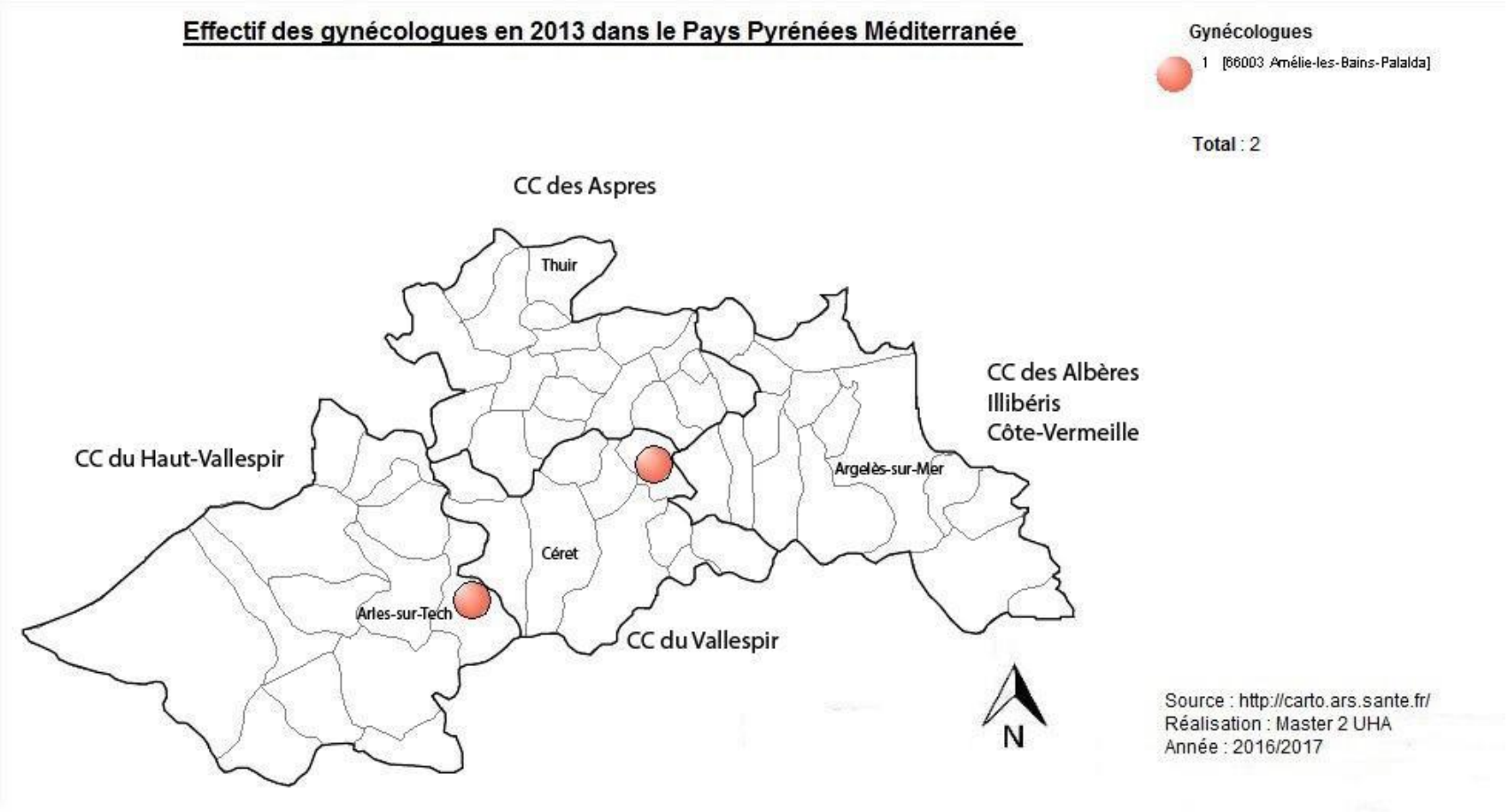
L'offre concernant les ophtalmologues se présente également sous les mêmes modalités que le service gynécologique car ils restent très peu nombreux avec seulement 9 ophtalmologues contre 23 à Perpignan :

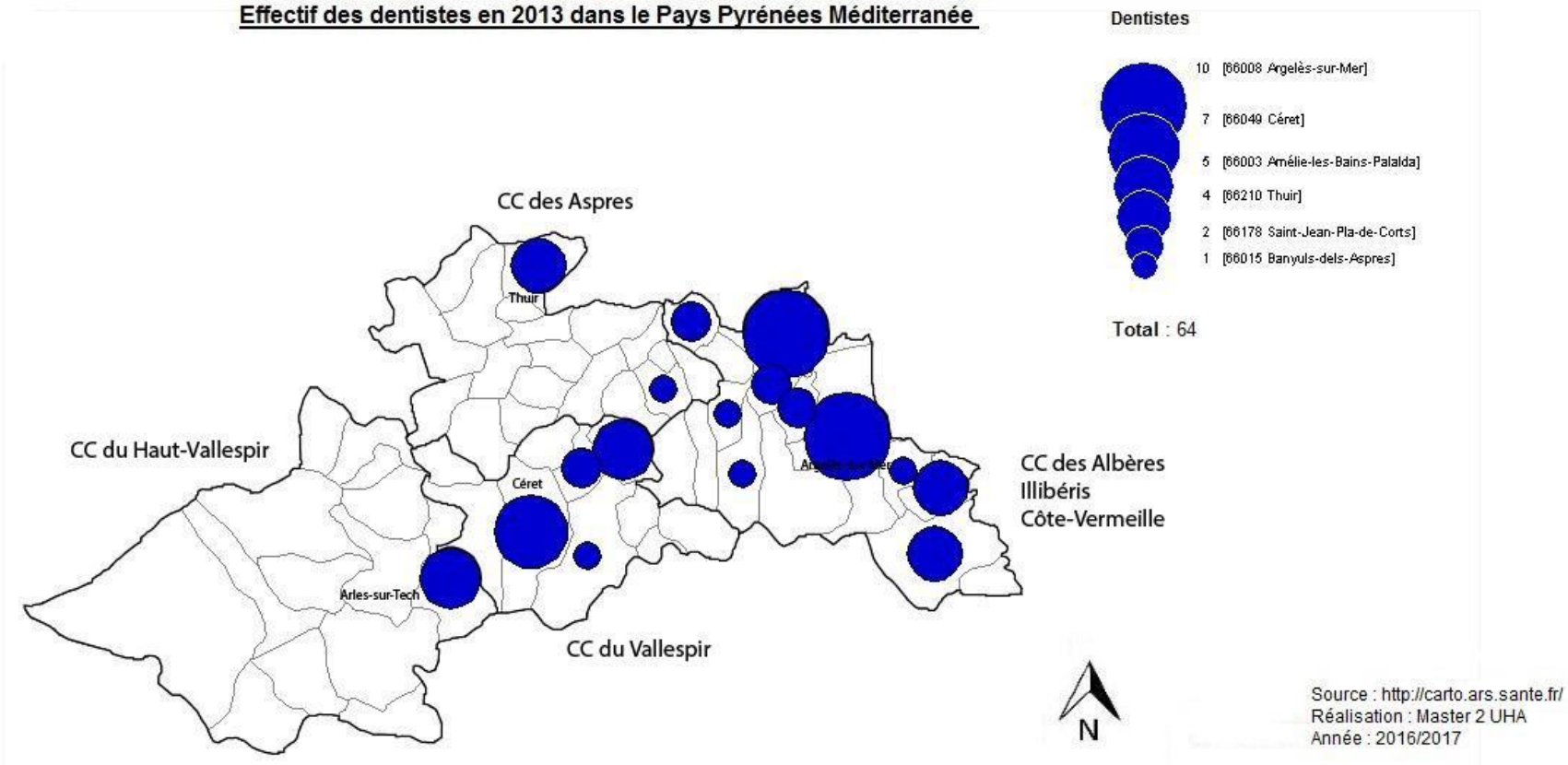
- Argelès-sur-Mer : 4
- Céret : 2
- Port-Vendres : 1
- Amélie-les- bains : 1
- Tordères : 1

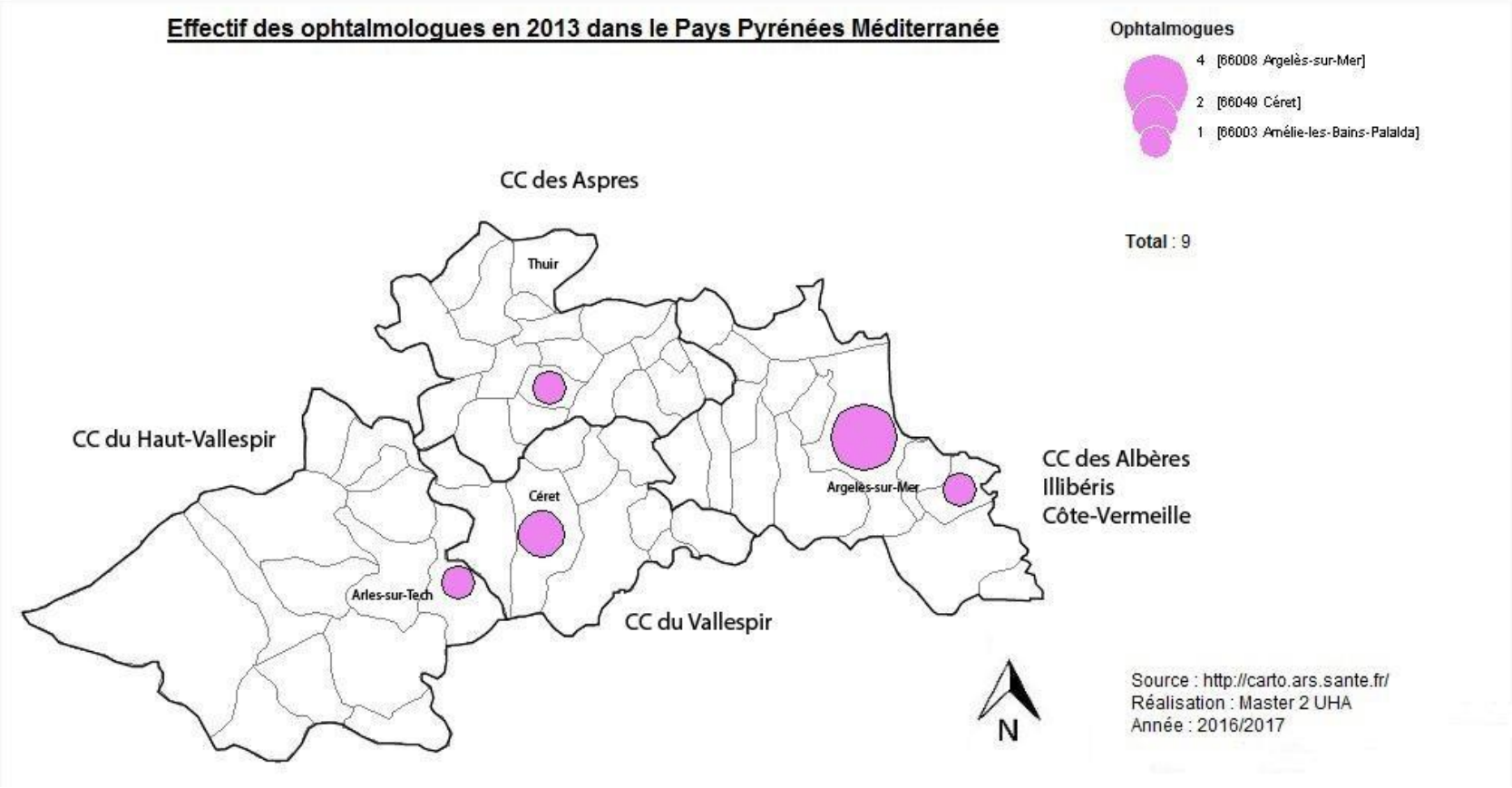
Ensuite, la seconde caractéristique présente à travers l'implantation des spécialistes se présente de la même manière que les analyses précédentes. En effet, un déséquilibre territorial perdure car les dentistes, se concentrent essentiellement dans les communes littorales et davantage à proximité de la ville de Perpignan notamment au sein de la communauté de commune des Albères. Ainsi, les données recensées dénombrent 10 dentistes au sein des communes d'Argelès-sur-Mer et d'Elne tandis que Collioure en comptabilise qu'un seul. Enfin, Les communautés de communes des Aspres et du Haut-Vallespir reste continuellement les moins équipées.

Pour conclure, cette analyse sur l'offre de soins concernant les spécialistes fait apparaître une problématique qui se situe au sein de la diversité de l'offre et également au sein de sa répartition géographique sur le territoire du PPM.


Effectif des spécialistes en 2013 dans le Pays Pyrénées Méditerranée
Spécialistes
14 [66008 Argelès-sur-Mer]
9 [66049 Céret]
6 [66024 Le Boulou]
4 [66210 Thuir]
1 [66053 Collioure]
0 [66026 Brouilla]
Dentistes
Gynécologues
Ophtalmologues
Total dentistes : 64
Total gynécologues : 2
Total ophtalmologues : 9
CC des Aspres
CC du Haut-Vallespir
CC des Albères
Illibéris
Côte-Vermeille
CC du Vallespir
Thuir
Céret
Arles-sur-Tech
Argelès-sur-Mer
N
Source : http://carto.ars.sante.fr/
Réalisation : Master 2 UHA
Année : 2016/2017


Effectif des gynécologues en 2013 dans le Pays Pyrénées Méditerranée
Gynécologues
1 [66003 Amélie-les-Bains-Palalda]
Total : 2
CC des Aspres
Thuir
CC des Albères
Illibéris
Côte-Vermeille
CC du Haut-Vallespir
Argelès-sur-Mer
Céret
Arles-sur-Tech
CC du Vallespir
N
Source : http://carto.ars.sante.fr/
Réalisation : Master 2 UHA
Année : 2016/2017


Effectif des dentistes en 2013 dans le Pays Pyrénées Méditerranée
Dentistes
10 [66008 Argelès-sur-Mer]
7 [66049 Céret]
5 [66003 Amélie-les-Bains-Palalda]
4 [66210 Thuir]
2 [66178 Saint-Jean-Pla-de-Corts]
1 [66015 Banyuls-dels-Aspres]
Total : 64
CC des Aspres
Thuir
CC du Haut-Vallespir
Céret
Arles-sur-Tech
CC des Albères
Illibéris
Côte-Vermeille
CC du Vallespir
N
Source : http://carto.ars.sante.fr/
Réalisation : Master 2 UHA
Année : 2016/2017


Effectif des ophtalmologues en 2013 dans le Pays Pyrénées Méditerranée
Ophtalmogues
4 [66008 Argelès-sur-Mer]
2 [66049 Céret]
1 [66003 Amélie-les-Bains-Palalda]
Total : 9
CC des Aspres
Thuir
CC du Haut-Vallespir
Céret
Argelès-sur-Mer
CC des Albères
Illibéris
Côte-Vermeille
Arles-sur-Tech
CC du Vallespir
N
Source : http://carto.ars.sante.fr/
Réalisation : Master 2 UHA
Année : 2016/2017

C/ L'organisation des soins

De manière générale, les services de santé sont présents dans les bassins de vie du Pays Pyrénées Méditerranée. Cependant, cette organisation de l'offre en soins reste très spécialisée et ne répond qu'à certains besoins hospitaliers qui ne sont pas réellement génériques. De plus, la « diagonale du vide » qui part des Aspres au Haut-Vallespir démontrée par la typologie des soins reste présente dans l'organisation des soins.

En l'occurrence, Thuir est la seule commune qui dispose d'un centre hospitalier spécialisé, notamment en santé mentale. La ville de Céret est quant à elle la seule commune qui comprend une clinique.
Les centres médicaux dispensaires qui proposent des services gratuits ou peu coûteux à la population sont majoritairement présents dans la communauté de commune des Albères. Dans les Aspres, le centre médical dispensaire de Thuir est le seul à bénéficier de ce mode d'organisation.
La communauté de communes des Albères intègre quatre centres de santé, spécifiques à la rééducation physique et fonctionnelle.
Au sein du Vallespir, Le Centre de soin de Suite et de Réadaptation du Boulou a comme spécificité l'accompagnement des personnes dans leur mobilité, pour leur réinsertion au domicile. De plus, aucune maison de santé pluridisciplinaire n'a été mise en place dans le PPM. Enfin, l'offre de laboratoires d'analyses et de biologies médicales apparaît suffisante au sein du PPM, sauf dans les Aspres ou les communes les plus éloignées de Thuir n'en disposent pas.

A l'échelle du département, l'offre médicale se situe davantage au sein de la ville polarisatrice qui est Perpignan à travers un centre hospitalier de niveau 3 qui certifie la qualité et la sécurité des soins proposés. En effet, Les établissements sont notés selon leur « Score de qualité et de sécurité des soins », élaboré par la HAS (Haute autorité de Santé, www.has-sante.fr). Ce score s'appuie sur un indicateur qualité composite compilant les indicateurs suivants (IPAQSS) : tenue du dossier patient, délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, dépistage des troubles nutritionnels, traçabilité de l'évaluation de la douleur, tenue du dossier anesthésique et prise en charge médicamenteuse de l'infarctus du myocarde après la phase aigüe.
Tous les établissements hospitaliers français disposant de services de MCO (médecine, chirurgie et obstétrique) ont été analysés mais seuls ont été retenus ceux dotés d'un score ICALIN (score agrégé de lutte contre les infections nosocomiales, calculé par le ministère de la Santé).

Les établissements ont été notés de 0 à 100% :

5 ronds = indicateur qualité supérieur à 80%

4 ronds = indicateur qualité entre 60% et 80%

3 ronds = indicateur qualité entre 40% et 60%

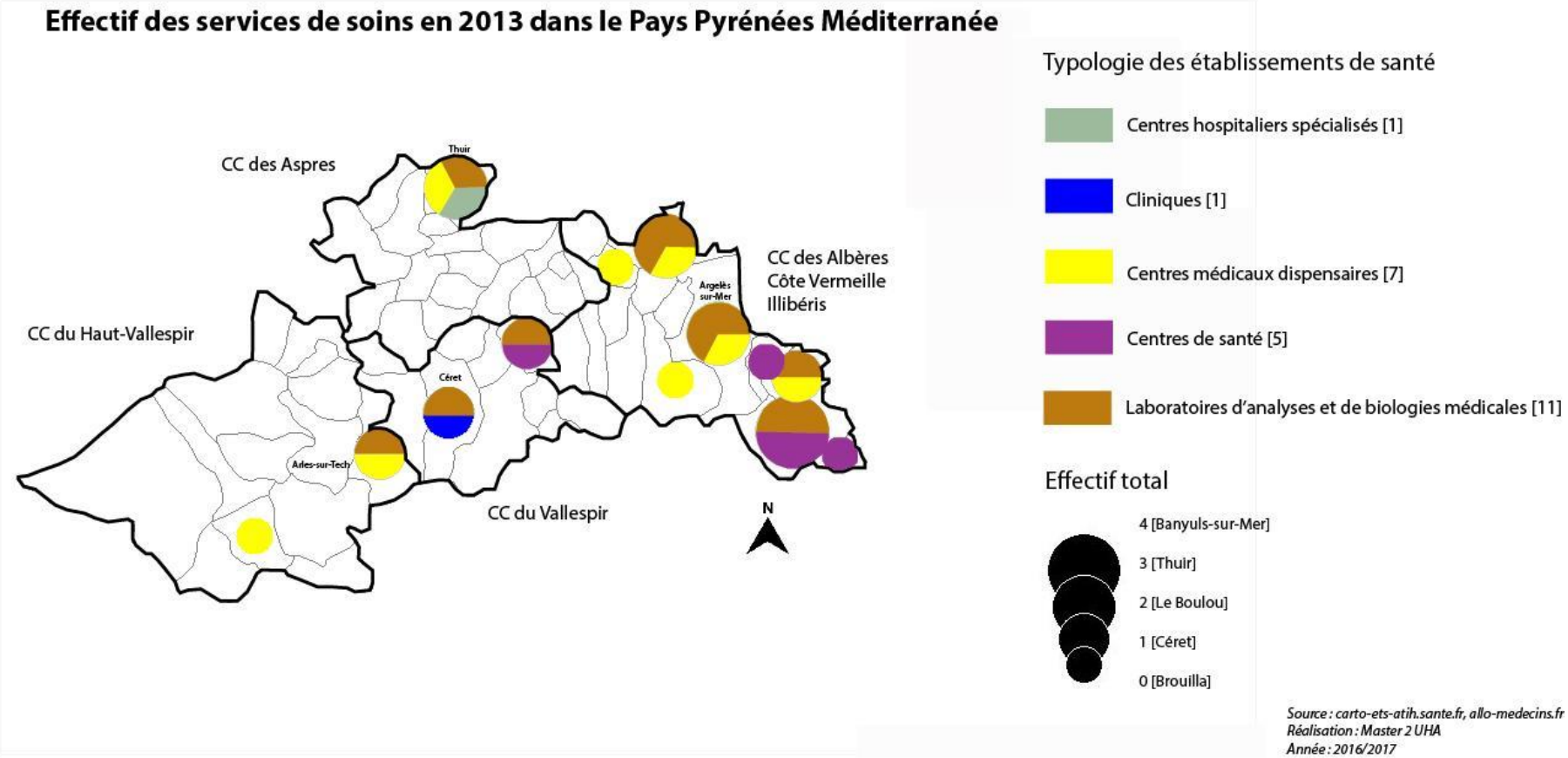
2 ronds = indicateur qualité entre 20% et 40%

1 rond = indicateur qualité inférieur à 20%

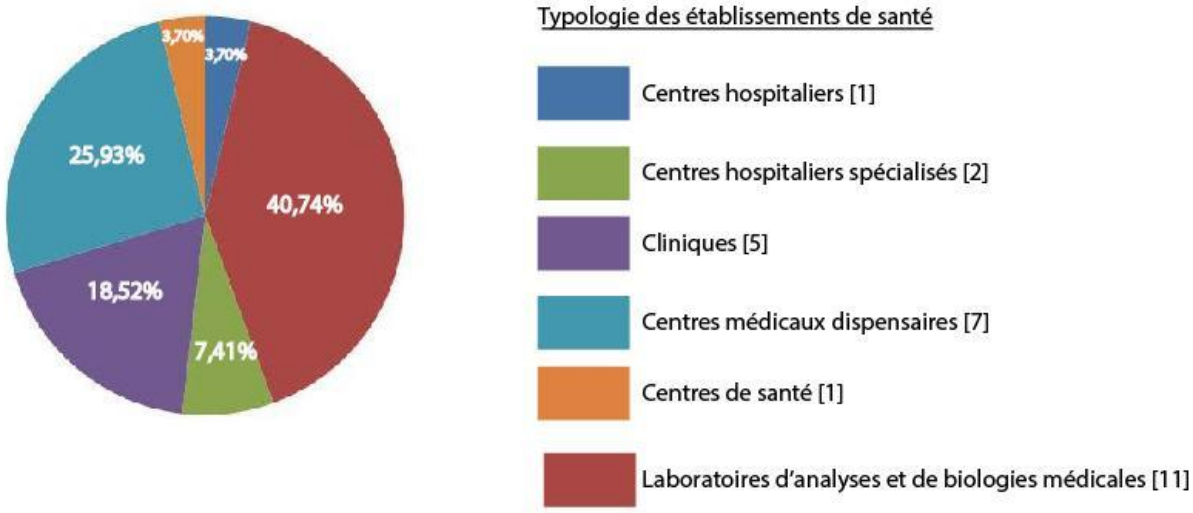
Absence de rond = indicateur qualité nul

Des centres hospitaliers intermédiaires sont présents au sein des villes de Prades et de Puigcerdá qui est un centre hospitalier transfrontalier.

Enfin, aucune organisation de type maison de santé pluridisciplinaire n'est enregistrée dans l'analyse de Perpignan et du PPM.


Effectif des services de soins en 2013 dans le Pays Pyrénées Méditerranée
CC des Aspres
Thuir
CC des Albères
Côte Vermeille
Illibéris
Argelès
sur-Mer
CC du Haut-Vallespir
Céret
Arles-sur-Tech
CC du Vallespir
N
Typologie des établissements de santé
Centres hospitaliers spécialisés [1]
Cliniques [1]
Centres médicaux dispensaires [7]
Centres de santé [5]
Laboratoires d'analyses et de biologies médicales [11]
Effectif total
4 [Banyuls-sur-Mer]
3 [Thuir]
2 [Le Boulou]
1 [Céret]
0 [Brouilla]
Source : carto-ets-atih.sante.fr, allo-medecins.fr
Réalisation : Master 2 UHA
Année : 2016/2017

Effectif des services de santé en 2010 à Perpignan



Pour conclure, à l'échelle du PPM, l'analyse cartographique nous indique un certain déséquilibre dans la répartition en offre de soins. Un déséquilibre territorial à travers deux dimensions qui sont celles de la répartition et de la diversité de l'offre médicale. En ce sens, il apparaît une certaine « diagonale du vide » partant des Aspres vers le Vallespir qui se caractérise par une absence totale d'offre médicale. De plus, nous pouvons constater des manquements notables au sein de la typologie des soins avec un nombre très limité de gynécologues et l'absence de pédiatres. De plus, l'organisation de l'offre médicale se caractérise par une spécialisation des soins avec une offre qui se concentre sur soins psychiatriques et de rééducation suite à un accident. De ce fait, le résultat de cette analyse quantitative nous révèle une offre médicale qui ne remplit pas ses fonctions structurantes d'un territoire et pose la question des conditions d'accès aux soins.

ZOOM : Les EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)

1-La localisation des EHPAD :

Le département des Pyrénées Orientales compte environ 51 EHPAD, dont 14 sur notre périmètre d'étude, le PPM. Ci-dessous la liste des communes où se trouve un établissement EHPAD :
Argelès-sur-Mer
Arles-sur-Tech
Banyuls-sur-Mer (2)
Céret
Collioure
Elne
Port-Vendres
Prats-de-Mollo-La Preste
Saint-Jean-Pla-de-Corts
Saint-Laurent-de-Cerdans
Sorède
Thuir
Villelongue-del-Monts

Les communes où se situe un établissement EHPAD sont pour la plus importante en nombre d'habitants, Argelès-sur-Mer (9914 habitants) et pour la moins importante, Prats-de-Mollo-La Preste (1075 habitants).
On remarque que les établissements EHPAD sont généralement implantés dans des communes avec une population relativement importante, à l'exception de Prats-de Mollo-La Preste (1075 habitants) et Villelongue-dels-Monts (1545 habitants).

2-Enquête qualitative :

Deux questionnaires téléphoniques ont été réalisés auprès d'EHPAD courant janvier 2017. Il en ressort différents points.

Tout d'abord, les établissements ont des listes d'attente importantes de personnes en attente d'intégration. La plateforme "via trajectoire" (cf. annexe) sert justement à centraliser toutes ces demandes (émises par les médecins traitants, hôpitaux) afin de les placer dès qu'une place se libère.

Il apparaît que les résidents sont très souvent "des personnes du coin", ce qui confirme l'attachement et le souhait qu'a une personne de rester proche de chez elle. Les résidents entrent de plus en plus tard en EHPAD. Les moyennes d'âge sont très élevées, environ 85 / 87 ans, et les femmes y sont plus nombreuses.
En conclusion, les EHPAD ne sont pas assez nombreux au sein du Pays Pyrénées Méditerranée.

Il ressort également que malgré l'offre de soins au sein de ces établissements médicalisés, ces établissements peuvent être confrontés à la même pénurie de professionnels de santé lorsqu'il s'agit de consultations à l'extérieur chez des spécialistes tels le dentiste, l'ophtalmologue, le dermatologue.

“Il est également compliqué de trouver des ambulances disponibles !” nous rapporte un cadre de santé d’un EHPAD.
Cette pénurie de médecins traitants oblige même une structure interrogée à revoir ses admissions : cette structure refuse de nouveaux résidents potentiels si ceux-ci n’ont pas un médecin généraliste proche, car la structure sait qu’elle ne pourra trouver de médecin traitant pour cette nouvelle personne. Parfois, si la famille se charge de ce parcours du combattant, alors la structure accepte de revoir son dossier d’admission.
L’autre problème rapporté est le départ à la retraite des médecins qui ne sont pas remplacés.
En conclusion, les EHPAD sont confrontés aux mêmes problèmes d’accessibilité aux soins quand il s’agit de médecins spécialistes.

3-La multiplicité des pathologies :

Les pathologies traitées sont très nombreuses (cf questionnaire). Les troubles cognitifs liés à certaines maladies semblent avoir une importance particulière, d’où des pôles adaptés pour ce traitement, les PASA (cf. annexe) “Pôle d’Activités et de Soins Adaptés”.
En conclusion, la prise en charge des troubles cognitifs graves générés par des maladies spécifiques nécessite des structures fermées sécurisées.

4-L’aspect financier :

Lorsqu’une place se libère, le critère d’admission qui paraît évident est la pathologie. En d’autres termes, on pourvoit la place disponible par une personne à la pathologie semblable.
Plus surprenant, l’aspect financier et le “profil social” du futur résident sont également pris en compte lors de l’admission. Lorsqu’une place se libère, des établissements pourvoient la place disponible à une personne “qui a le même profil social”, c’est-à-dire au niveau des aides sociales, ceci afin de maintenir un niveau financier équivalent.

L’aspect financier est également évoqué avec le nombre croissant de médicaments non remboursés. A ce titre, les résidents des EHPAD semblent mieux lotis car ils peuvent bénéficier de produits tels par exemple l’éosine ou des pommades, sans avoir à les acheter. Ceci ne serait pas le cas pour une personne en difficulté financière habitant chez elle. Cet argument est peut-être à relativiser pour les personnes bénéficiaires de la CMU.

“Lorsque des familles paient pour une auxiliaire de vie, c’est le luxe !” nous rapporte un personnel de l’EHPAD. Faute de moyen, les résidents n’en bénéficient pas tous alors que ce “service” est fortement apprécié. Les résidents sont en forte demande de dialoguer, qu’on leur porte de l’attention.

5-Conclusion

Les places en EHPAD ne sont pas assez nombreuses. Bien que structurés médicalement, les EHPAD peuvent souffrir des mêmes pénuries de professionnels de santé lorsqu'il s'agit de spécialistes à consulter à l'extérieur de l'établissement. Plus grave, c'est la pénurie du médecin généraliste qui pose problème si le résident a besoin d'un nouveau médecin traitant.
Enfin, outre le critère financier qui détermine la possibilité de pouvoir "s'offrir" une place dans un EHPAD, ce même critère financier peut être perçu comme une sélection aléatoire lorsque la personne sélectionnée l'est sur des critères sociaux. On peut alors se demander dans quelle mesure la loi du 4 mars 2002 "relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui énonce les droits individuels et collectifs du patient et ses relations avec les établissements de soins" est prise en compte.

II - L'accès aux soins

D'après le Rapport Berland, de la Commission Démographie médicale, d'avril 2005, l'analyse de la densité médicale peut être enrichie par d'autres indicateurs tels que la distance ou temps d'accès aux professionnels. En effet, « L'impact de la géographie du lieu peut également interférer et certaines régions peuvent à juste titre prétendre à des densités de praticiens plus élevées en raison des difficultés d'accès associées à certains lieux, dans des vallées enclavées ou des zones montagneuses par exemple »[1].

Ce rapport vient conforter le second axe de notre étude, orientée vers l'accessibilité aux soins.

Le relief de la zone à étudier supporte de nombreux massifs montagneux, ce qui induit de nombreuses difficultés d'accessibilité pour les communes qui disposent de faible densité de médecin et qui doivent parfois faire de nombreux kilomètres pour accéder à l'offre de soins. Il convient alors d'inclure dans notre étude d'autres indicateurs pertinents.

D'après l'étude du DREES de 2007 sur la distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine : « Le temps d'accès aux soins est globalement satisfaisant : 95 % de la population française a accès à des soins de proximité en moins de quinze minutes ».

[1] Commission démographie médicale, Rapport présenté par le Professeur Yvon Berland, Avril 2005, http://social-sante.gouv.fr/

A/ L'accessibilité de l'offre de soins au sein de Pays Pyrénées Méditerranée

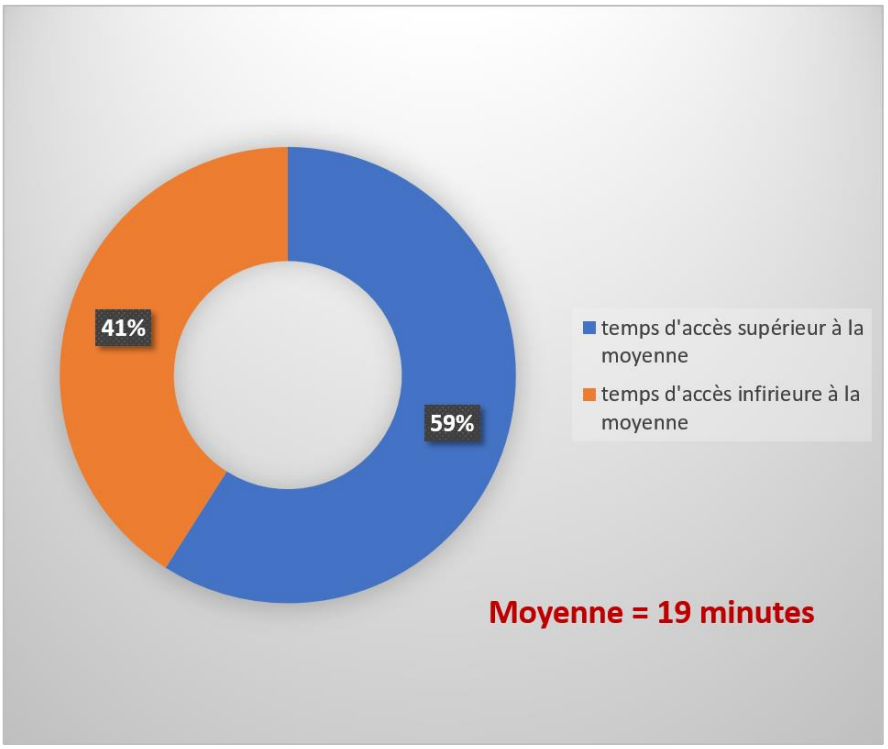
La question de l'accès aux soins médicaux dans le Pays Pyrénées Méditerranée apparaît comme centrale car des zones sont dépourvues totalement de médecins traitants. Tout comme l'étude du DRESS de 2007, nous avons décidé de nous focaliser sur l'accès aux soins par rapport aux médecins généralistes. Notre étude s'intéresse à l'accessibilité spatiale, au regard des temps d'accès aux soins des communes par rapport aux bourgs ou petites villes qui animent les bassins de vie.
La notion de bassin de vie est définie par INSEE comme le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants. Les services et équipements de la vie courante servant à définir les bassins de vie sont classés en 6 grands domaines : services aux particuliers, commerces, l'enseignement, la santé, le sport, loisirs et culture, transports.
Le Conseil National de l'Ordre des médecins (CNOM) propose également une approche en termes de bassin de vie dans son dixième Atlas national de la démographie médicale de 2016. Ainsi le CNOM préconise une approche par bassin de vie, pour identifier les zones les plus à risques et notamment pour déterminer des territoires en souffrance, y compris dans les zones les mieux dotées*.

D'après le site démographie.medecin.fr, 8 bassins de vie correspondent à notre analyse sur l'accessibilité spatiale (Amélie-les-Bains Palalda, Argelès-sur-Mer, Arles-sur-Tech, Banyuls-sur-Mer, Céret, Le Boulou,Thuir, Sorède et enfin Saint-Cyprien).

Notre méthodologie de calculs des temps d'accès correspond à la prise en compte des distances kilométriques et des durées de trajet pour rejoindre la bretelle d'autoroute la plus proche et pour se rendre dans la commune la plus fréquentée. Compte tenu du relief de notre zone d'étude, la donnée sur la durée de trajet nous a paru plus fiable. Nos données sont issues de moyennes effectuées grâce à Google Maps (Annexe).

Premièrement, nous pouvons constater qu'en moyenne les communes du Pays Pyrénées Méditerranée mettent 19 minutes pour accéder au bourg du bassin de vie désigné. Cependant les disparités sont assez élevées autours de la moyenne et notamment 41% de ces communes disposent d'un temps d'accès aux soins supérieurs à cette moyenne.

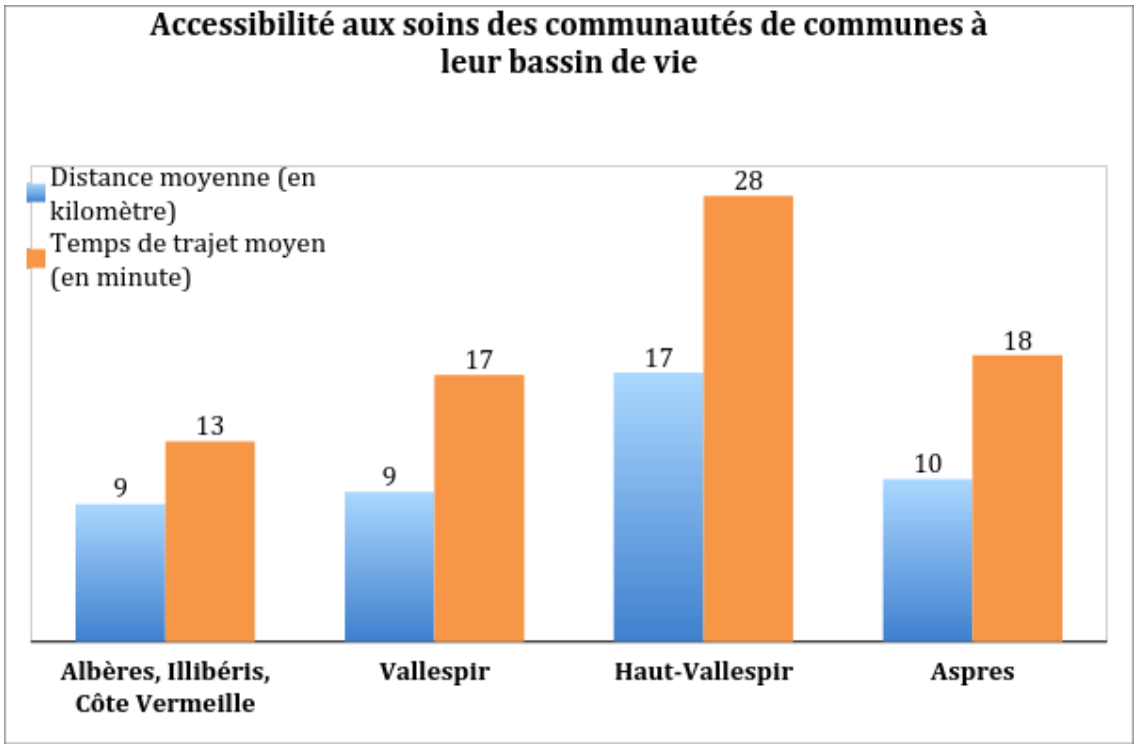
Le temps d'accès des communes du Pays Pyrénées Méditerranée



Source : Google maps, octobre 2016, M2 UHA 2016.

Effectivement, les communes du Haut-Vallespir se caractérise par un temps de parcours nettement supérieur à la moyenne générale de 19 minutes avec un temps d'accès aux médecins généralistes de 28 minutes en moyenne. En revanche, les communes se trouvant au sein des Albères, Illibéris, et Côte Vermeille disposent en moyenne d'un temps de parcours plus faible avec un temps d'accès qui se localise en dessous des 19 minutes.

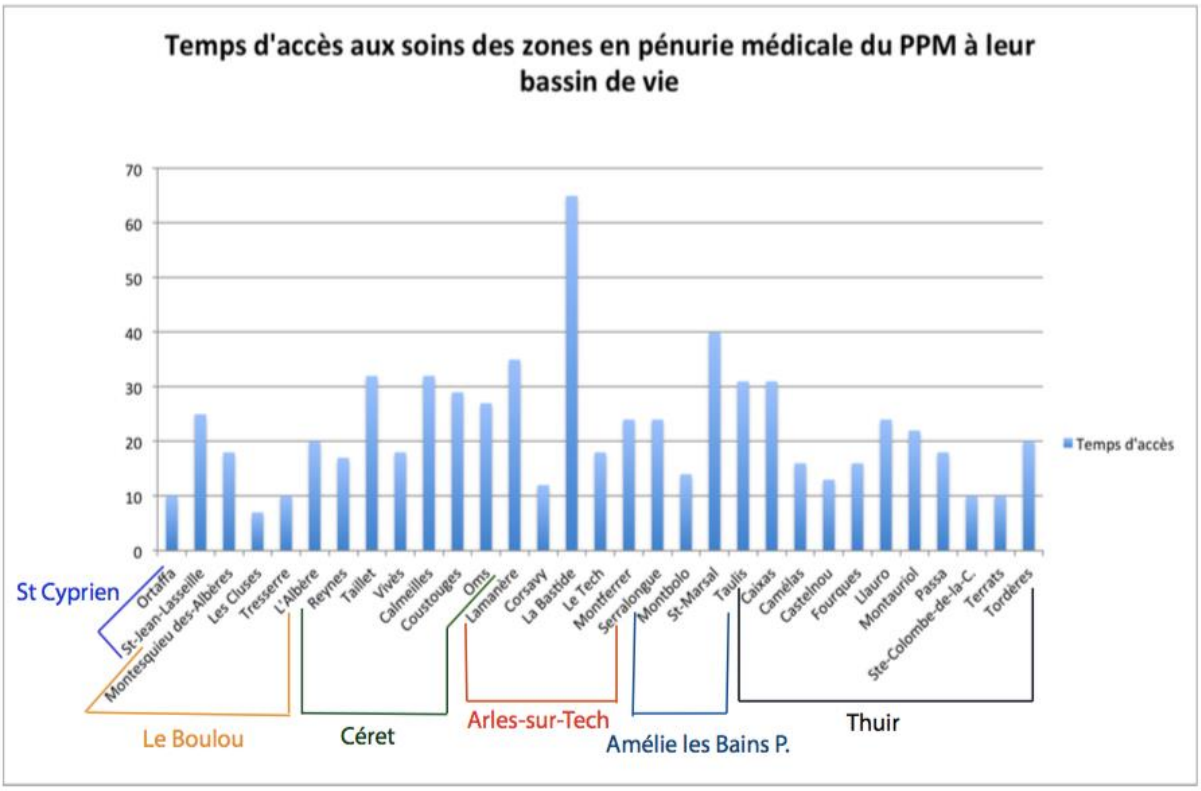
D'une manière générale, nous constatons que ce sont les communes les moins peuplées qui sont les plus éloignées des soins de proximité. Au regard des temps de parcours qui apparaissent important, il est possible de prétendre que cela peut constituer un véritable obstacle dans l'accès à l'offre de soins.



Source : Données 2016 Google Map

B/ Accessibilité offre de soins pour les zones dépourvues d'offre médicale

Les zones de carence médicale présentent également des disparités en termes de temps d'accès. Dans notre étude, La Bastide correspond à la zone la plus isolée par rapport à l'accessibilité aux soins (66 minutes pour rejoindre la ville d'Arles-sur-Tech).

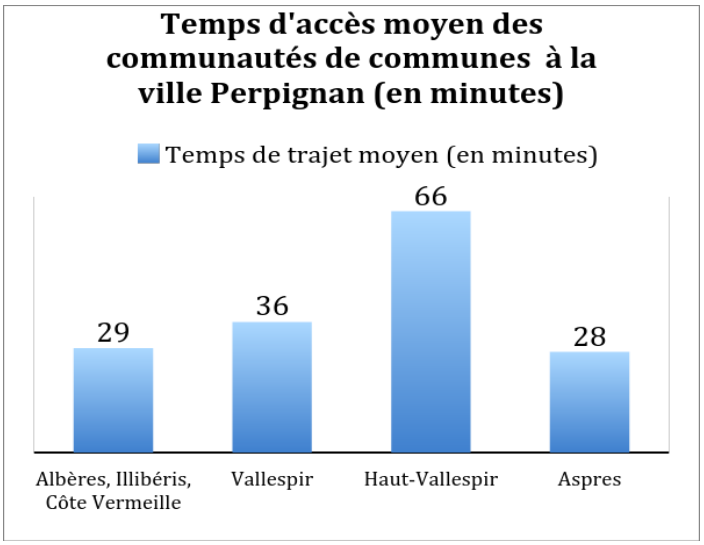


Source : Données 2016 Google Map

C/ Accessibilité offre de soins à Perpignan

Au regard de l'offre en soins importante au sein de Perpignan notamment à travers ses équipements de qualité, il est possible de prétendre que cette dernière est susceptible d'être la source de nombreux trajets avec le Pays Pyrénées Méditerranée. Les 914 professionnels installés dans cette ville représentent une offre complémentaire et non négligeable pour les habitants du PPM. L'offre en soins spécialisés permettrait ainsi de pallier les carences de l'offre du PPM en médecins spécialistes. L'offre en médecine générale correspond à l'offre de médecins libéraux disponibles à Perpignan.

En termes d'accessibilité aux soins à Perpignan, le temps d'accès moyens des communes du Pays Perpignan Méditerranée est de 39 minutes. Cependant plus d'une commune sur deux disposent d'un temps d'accès inférieur à cette moyenne.



La communauté de commune du Haut-Vallespir est à nouveau isolée de l'offre de soins de Perpignan avec un temps moyen d'accès de 66 minutes. En ce sens, la zone qui reste en retrait de l'offre de soins est la communauté de commune du Haut-Vallespir. Certes, les densités de population y sont peu élevées, néanmoins les conditions d'accès aux services de soins peuvent devenir une difficulté pour les populations présentes et un obstacle pour le développement de ces territoires.

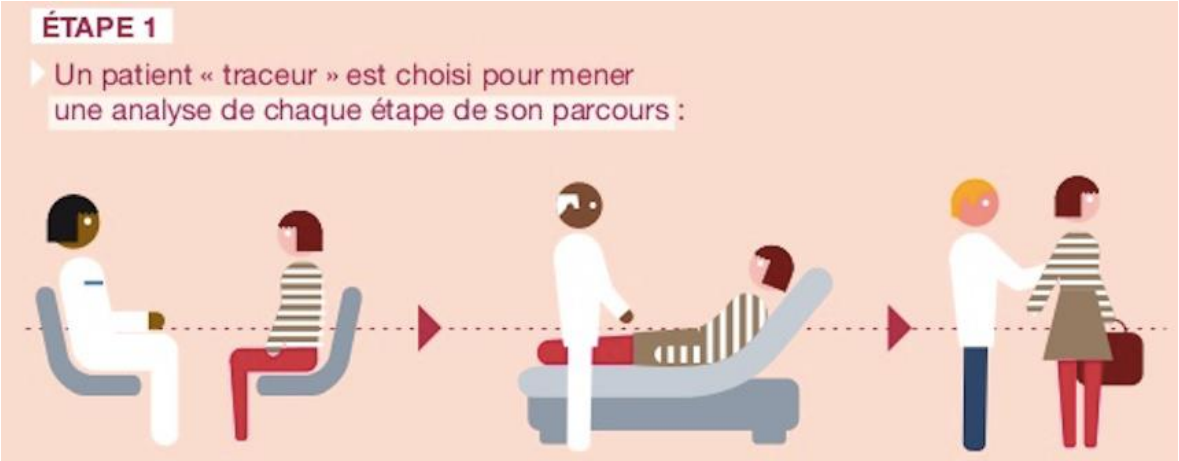
Pour finir, il est possible de souligner des contraintes concernant le renouvellement des médecins généralistes. Néanmoins, dans le même temps, la situation actuelle présente un potentiel de renouvellement ou d'implantation de nouveaux médecins généralistes.

Dans les deux cas, ceci pose la question de la fonction sociale de l'offre car le médecin généraliste est souvent le premier interlocuteur pour les populations et notamment les personnes âgées. Cette problématique s'intensifie au sein de la demande de soins bien spécifiques en particulier pour les patients chroniques souffrants d'une pathologie comme le diabète ou ayant recours à des séances de dialyse. Quel est le parcours d'un patient chronique au sein du Pays Pyrénées Méditerranée ?

D/ Parcours d'un patient chronique au sein du Pays Pyrénées méditerranées

Sur la base de la méthode du patient traceur définie par la Haute Autorité de Santé (HAS), nous avons voulu décrire le parcours de deux patients chroniques pour analyser leur accessibilité aux soins au sein du territoire. Cette méthode reconstitue le parcours d'un patient à partir d'un profil type pour permettre de repérer les secteurs et les équipes impliqués dans la prise en charge du patient (schéma ci-dessous).

Méthode du Patient - Traceur :



Source : Diaporama patient traceur 2014, Haute Autorité de la Santé (HAS), http://fr.slideshare.net/HAS_Sante/20140808-diaporama-patienttraceurv2014

Nous avons adapté cette méthode habituellement utilisée pour analyser un parcours hospitalier, au parcours de deux patients au sein du PPM. L' « étape 2 » a ainsi été réduite au recueille des données sur l'accessibilité par le patient grâce à des interlocuteurs dans chaque commune.

Nous avons ainsi choisi deux communes situées dans la communauté de communes du Haut-Vallespir et une pathologie chronique pour comparer le niveau de difficultés rencontrées par ces deux patients issus de différentes communes.

Pathologie chronique	Diabète
Communes	Prats-de-Mollo-la-Preste Amélie-les Bains-Palalda
Interlocuteurs	Docteur Duong Yen à Prat-de-Mollo Marie José Macabiez - Infirmière coordinatrice du service d'aide à domicile d'Arles-sur-Tech

Patient A

Tranche d'âge : 50-60 ans
Commune : Prats-de-Mollo-la-Preste
CSP* : Actif
Pathologie chronique étudié : Diabète – Type 1 (non insulinodépendant)
Début du traitement : 2012
Type de traitement : 5 médicaments différents, répartis 3 fois par jour (matin, midi et soir)
Autres pathologies : NC
Autonomie : patient peut gérer sa maladie notamment en adoptant une alimentation saine

Parcours de soins:

Etablissements fréquentés:
- Cabinet médical (médecin traitant)
- Cabinet d'infirmier

Suivi : médecin traitant (tous les 3 mois pour le suivi des taux de glycémie et d'hémoglobine + check up 1 fois par an)
Moyens de transports empruntés : aucun (soins à proximité de son domicile)
Conseils du médecin traitant : soigner son alimentation (tels que de manger des aliments comprenant des sucres lents).
Préconisation : cure pour le diabète à la clinique du Vallespir du Boulou une fois par an. Cependant impossibilité de la faire dû aux difficultés de transport (localisation du site) et d'arrêt de travail.
Autres spécialistes : son stade de la maladie ne l'amène pas à voir différents spécialistes
Autres établissement fréquentés :
- Etablissements de convalescence à la Chaîne Thermale du Soleil à La Preste (cure en rhumatologie en 2016) Cet établissement ne propose pas de cure spécifique pour le diabète.

Patient B

Tranche d'âge : 70-80 ans
Commune : Amélie-les Bains-Palalda
CSP : Retraité
Pathologie chronique étudié : Diabète – Type 2 (Insulinodépendant)
Début du traitement : 2012
Type de traitement: Insuline 3 fois/jour +
Autres pathologies : Bronchite chronique – problèmes cardiaques – Artérite
Autonomie : personne en situation d'handicape

Parcours de soins:

Assistance médicale à domicile :
- Docteur du cabinet médical Arles-sur-Tech fait les déplacements
- Les infirmières du d'Arles-sur-Tech (3 fois par jour)
- Aides soignantes (plusieurs fois par jour)

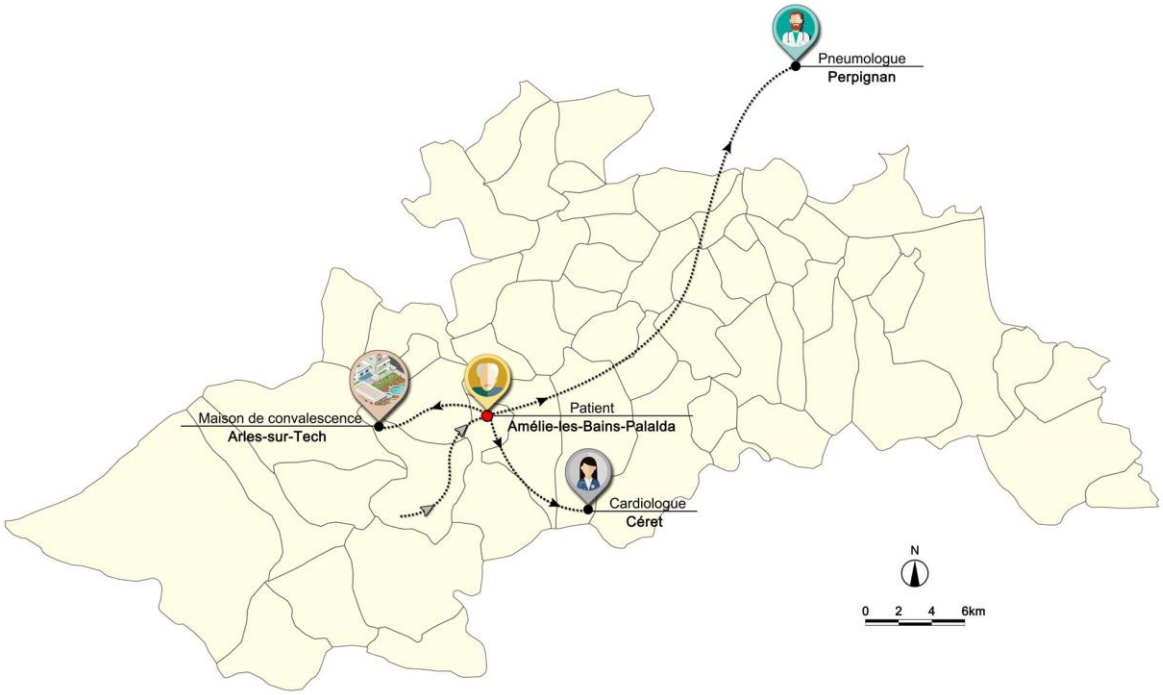
Suivi : contrôle quotidien de glycémie via la Dextro
Autres spécialistes :
- Pneumologue (Perpignan)
- Cardiologue (Céret)
- Convalescence de temps en temps au Château Bleu (Arles-sur-Tech)

Moyens de transports empruntés : utilisation de véhicules sanitaire léger (VSL)
Difficultés rencontrées au cours des transports : aucune

CSP* : Catégorie socio-professionnelle

Parcours de soins du patient A de Prats-de-Mollo-la-Preste

Parcours de soins du patient B d'Amélie-les Bains-Palalda



Globalement d'après ces deux entretiens recueillis, ces patients ne rencontrent pas de difficultés majeures dans leur parcours de soins. Comme l'illustre la carte du « patient A » de Prats-de-Mollo-la-Preste, celui-ci se situe dans une commune particulièrement bien desservie en soins pour sa pathologie car il dispose d'un cabinet médical avec son médecin traitant et d'un cabinet d'infirmier à proximité de son domicile (50 mètres environ). Les seuls points négatifs dans la prise en charge de sa maladie concernent les cures dans les établissements de convalescence spécifiques aux diabétiques. En effet, des contraintes financières peuvent être occasionnées pour les patients ayant un emploi à plein temps et du trajet à effectuer pour se rendre à clinique du Vallespir du Boulou (le temps de trajet est d'environ 54 minutes). L'établissement de convalescence à la Chaîne Thermale du Soleil à La Preste dont il a effectué une cure en rhumatologie en 2016 n'est quant à lui qu'à 12 minutes de chez lui.

Comme nous pouvons le voir sur la carte, le « patient B » d'Amélie-Les-Bains-Palalda doit se rendre jusqu'à Perpignan pour consulter son pneumologue car sa pathologie a été détectée à ce centre hospitalier. D'après ce patient, la commune de Céret dispose de nombreux spécialistes mais pas de pneumologue. Au niveau du temps consacré pour cette consultation, le patient calcule environ 2h30 à 3h entre le transport aller-retour d'Amélie-Les Bains-Palalda à Perpignan et la consultation. Le patient paraît particulièrement satisfait du service de véhicules sanitaires légers (VSL) dans le territoire et du service à domicile effectué par le médecin traitant, les infirmières et enfin les aides-soignantes.

Ces deux patients se trouvent dans des communes où l'accès aux soins est assez bien desservi que ce soit dans leur commune ou les communes alentours. En effet, on relève une bonne prise en charge à domicile pour le patient en situation de handicap et un service de transport qui paraît assez performant.

Malgré cette analyse comparative, nous ne pouvons pas nous baser sur ces deux cas de maladie chronique pour appréhender l'accessibilité aux soins dans sa globalité au sein du territoire.

PARTIE N°2 : Prospective de l'offre en soins des zones à risque

I-Démarche et contexte

L'enjeu de notre étude est d'identifier, puis de graduer les zones à risque, c'est-à-dire les communes qui souffrent, ou sont susceptibles de souffrir, d'une densité médicale faible au sein du Pays Pyrénées Méditerranée.

En traitant les données sur l'âge des médecins, on peut en effet se projeter pour répondre à la question : quels seront les zones confrontées à un risque de pénurie de médecins dans 5 à 10 ans ?

En identifiant la part des médecins âgés de plus de 55 ans sur la totalité des médecins actifs, nous pourrons identifier les communes qui connaissent ou connaîtront le plus de départs en retraite, et seront par conséquent confrontées à un défi de remplacement.

Nota : la densité de médecins généralistes à l'échelle régionale, en Languedoc-Roussillon est de 143,3 (MG pour 100000 habitants). A l'échelle du département, les Pyrénées Orientales, cette densité de MG est de 156,7.

A/Contexte national

Contexte national : on sait qu'au 1er janvier 2014, « en moyenne, les médecins prennent leur retraite à l'âge de 65 ans [2]». On sait aussi que « les médecins âgés de 60 ans et plus représentent 25,6% des effectifs. Ils sont susceptibles de partir à la retraite d'ici à 2020 tandis que les médecins nouvellement inscrits, dont l'âge est inférieur à 40 ans, ne représentent que 16,3% de l'effectif total». [3] Nous avons fait le choix d'étudier justement cette population médicale sur le périmètre Pays Pyrénées Méditerranée.

B/Une démographie médicale vieillissante à l'échelle du PPM

La carte sur la densité de médecins généralistes actifs par commune en 2013 (cf carte n°1) donne un aperçu des zones les moins denses médicalement. Ce sont la Communauté de Communes (CC) des Aspres, puis la CC du Haut Vallespir qui sont majoritairement les moins denses médicalement, en terme de surface de territoire impacté.

[2] Lagazette.fr
[3] Lagazette.fr

Plus précisément, la carte sur le vieillissement de la population médicale par commune en 2013 (carte n°2) montre la part de généralistes de plus de 55 ans, et localise par conséquent les communes dont la part de médecins généralistes est la plus vieillissante.

On note alors que des communes qui sont dotées de médecins généralistes, à priori en nombre important (par rapport à d'autres communes), ont cependant une majorité de médecins de plus de 55 ans.

10 communes ont une part de médecins généralistes de plus de 55 ans, allant de 80 à 100%.

7 communes ont une part de médecins généralistes de plus de 55 ans, allant de 60 à 80 %.

- **Focus :**

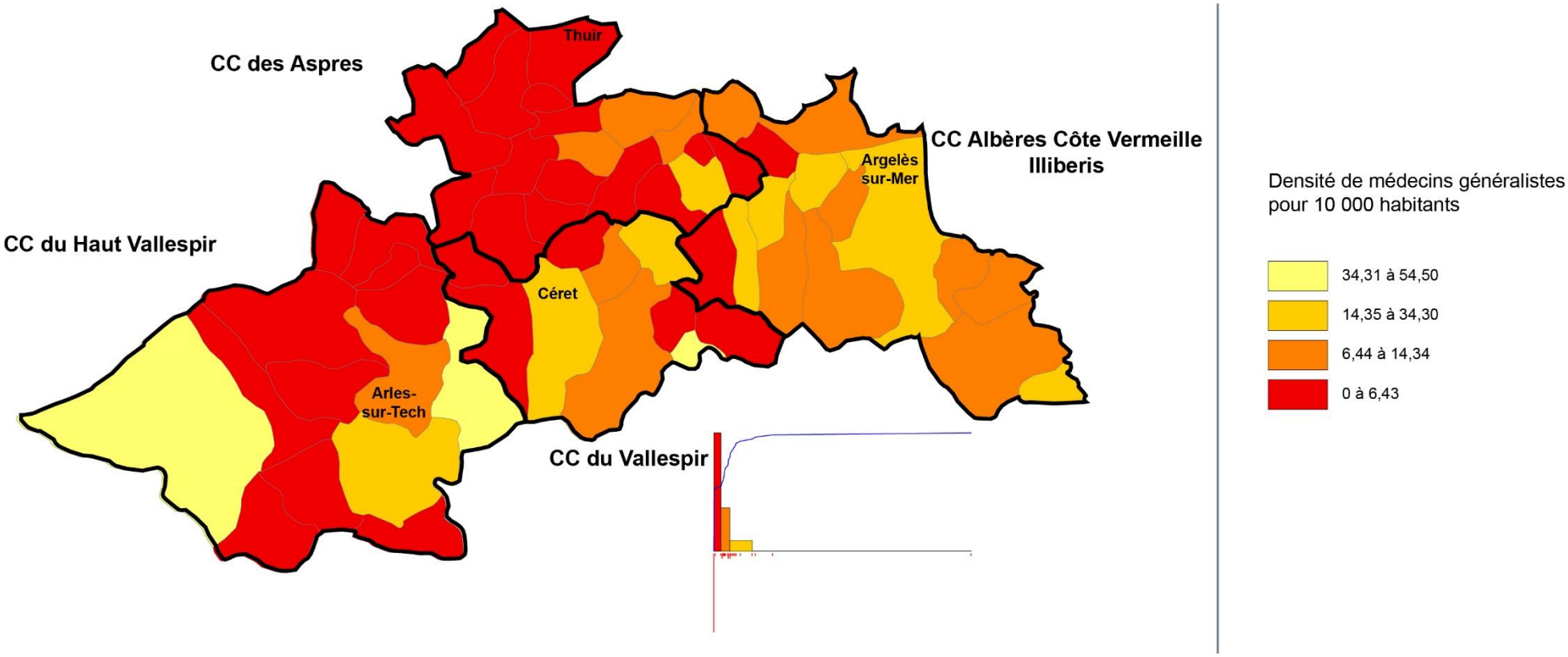
La commune d'Amélie-les Bains-Palalda compte 19 médecins généralistes, dont au moins 80% ont plus de 55 ans.

Comment évaluer l'évolution de cette population médicale ? Les seules données accessibles sont à l'échelle du bassin de vie.

Ainsi, la population médicale par bassin de vie en 2013 (carte n°3) montre une tendance négative pour pratiquement la totalité des bassins de vie, dans des mesures diverses, et pouvant atteindre -26 % pour le bassin de vie d'Amélie-les Bains-Palalda. Cette tendance présage donc de l'accentuation du risque de non-renouvellement de médecins généralistes pour notre territoire.

1

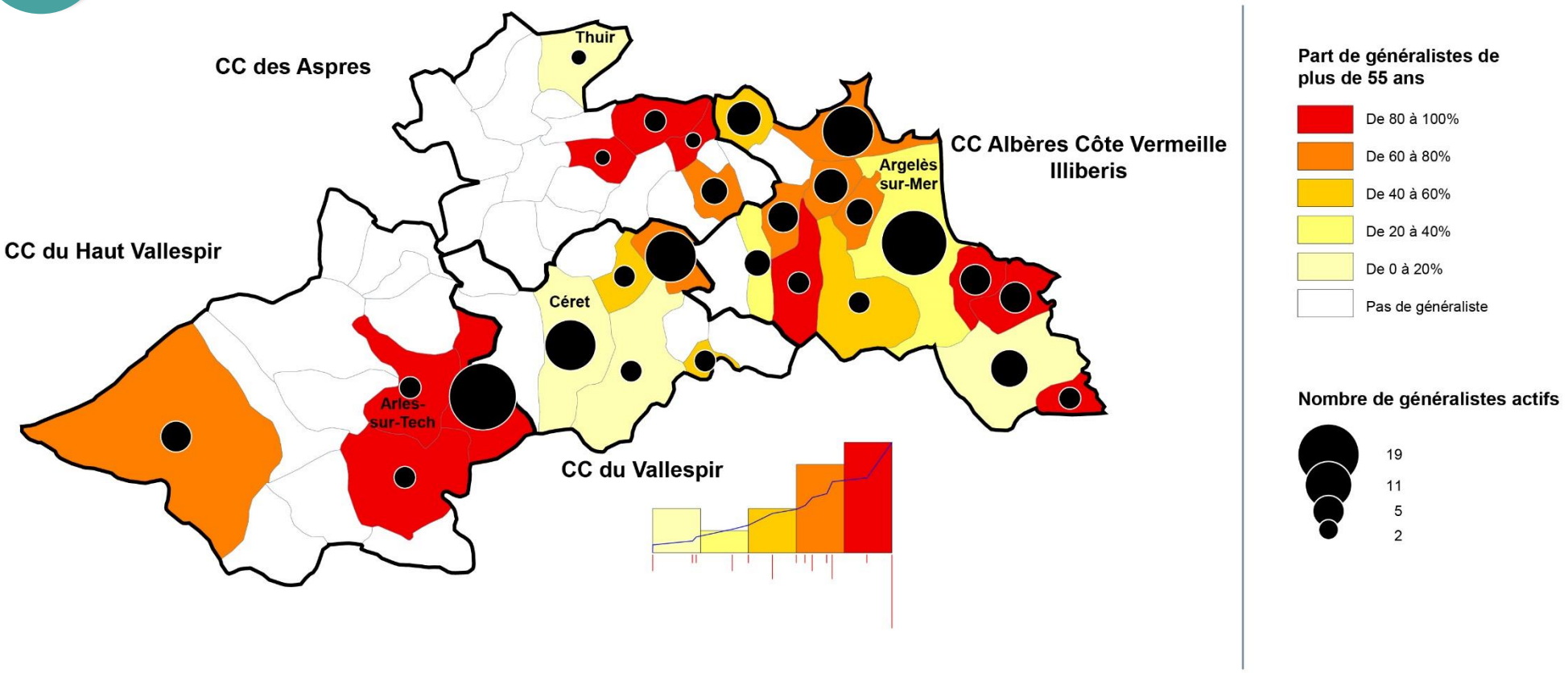
Densité de médecins généralistes actifs par commune en 2013 dans le Pays Pyrénées Méditerannée



Fait avec Philcarto le 12/11/2016 < http://philcarto.free.fr > Auteur : Aragoncillo Benjamin - Metken Géraldine - Garcia Maria - Université Perpignan Via Domita Données INSEE : carto.sante.ars.fr (15/11/2016)- statistiques.sig-pyrenees.net (15/11/2016)

2

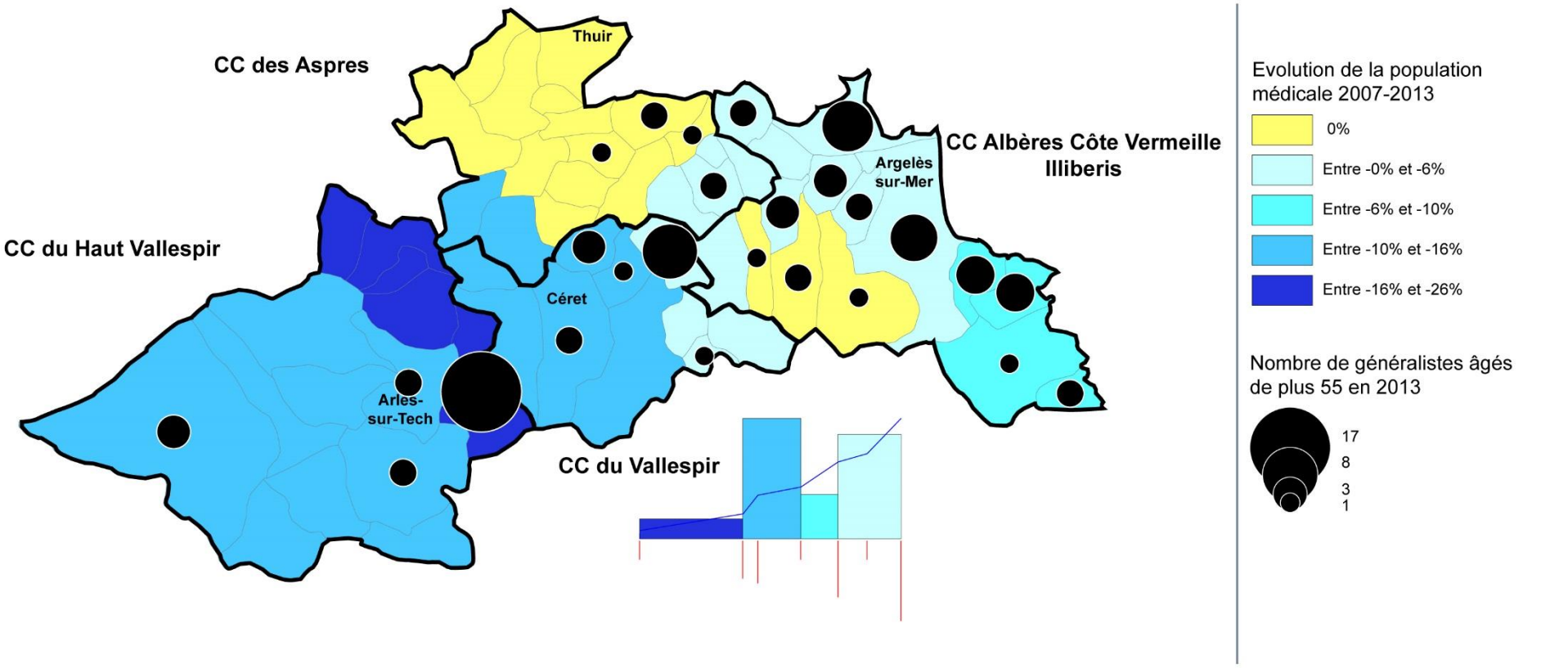
Vieillissement de la population médicale par commune en 2013 dans le Pays Pyrénées Méditerannée



Fait avec Philcarto le 12/11/2016 < http://philcarto.free.fr > Auteurs : Aragoncillo Benjamin - Metken Géraldine - Garcia Maria - Université Perpignan Via Domita Données INSEE : carto.sante.ars.fr (15/11/2016)- statistiques.sig-pyrenees.net (15/11/2016)

3

Evolution de la population médicale par bassin de vie dans le Pays Pyrénées Méditerannée 2007-2013



Fait avec Philcarto le 12/11/2016 < http://philcarto.free.fr > Auteur : Aragoncillo Benjamin - Metken Géraldine - Garcia Maria - Université Perpignan Via Domita Données INSEE : carto.sante.ars.fr (15/11/2016)- statistiques.sig-pyrenees.net (15/11/2016)

II- Caractéristiques démographiques

Le territoire du Pays Pyrénées Méditerranée compte 104 278 habitants.

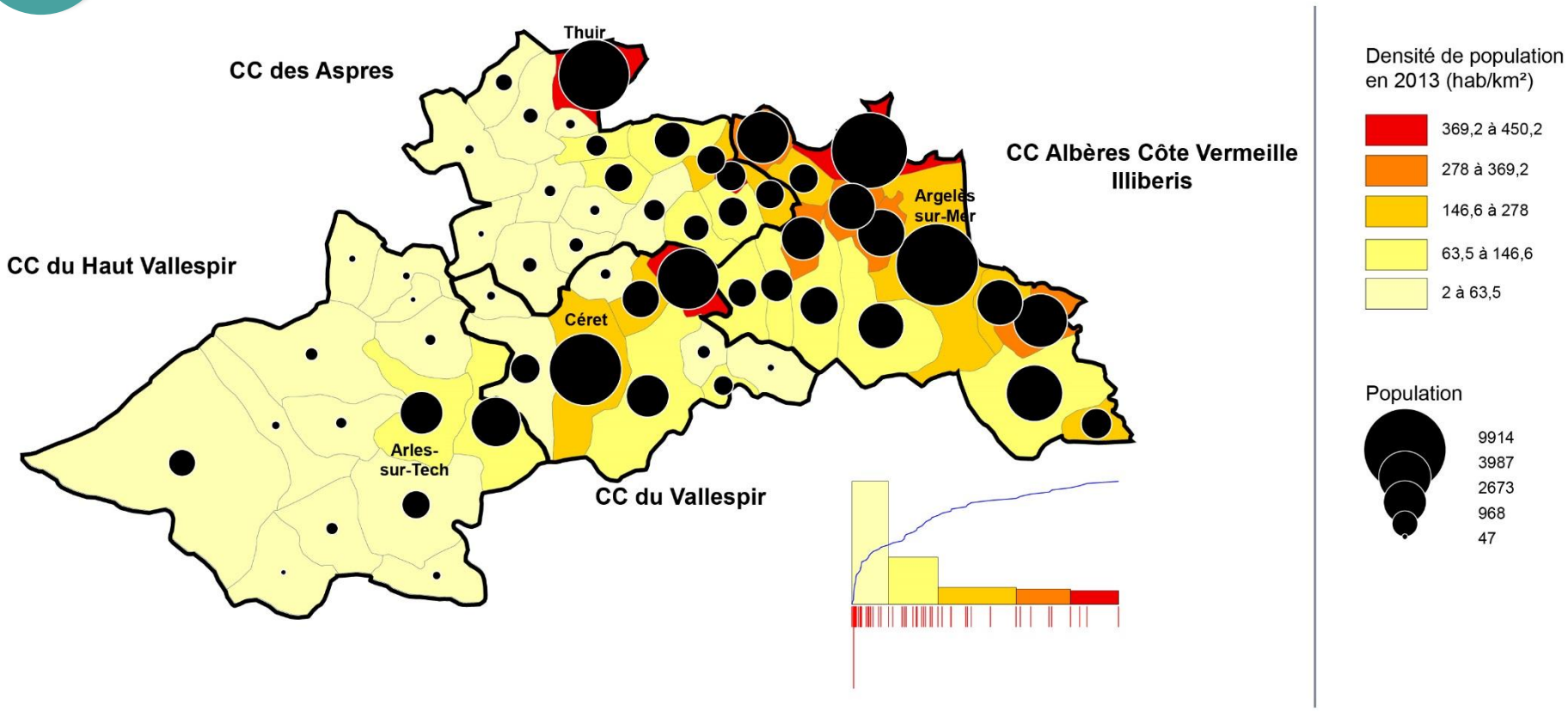
A/La densité : répartition inégale de la population

La population et la densité communale en 2013 sont montrées au travers de la carte n°4. Nous pourrions tracer une ligne imaginaire allant de Thuir au nord, à Céret au sud. Le territoire à l'ouest de la ligne, majoritairement la CC des Aspres et la CC du Haut-Vallespir, est très faiblement dense, et à l'est de la ligne, majoritairement la CC des Albères, Côte Vermeille et Illibéris et la CC du Vallespir sont plus fortement denses.

La carte montre cependant les faibles densités de population dans la majorité des communes.

Par ailleurs, bien que le risque concerne un plus grand nombre d'habitants dans les communes les plus peuplées, les communes avec un faible nombre d'habitants peuvent néanmoins présenter un risque élevé. Ce risque, qui concerne moins de personnes, est cependant à prendre en compte dans l'enjeu de l'accessibilité.

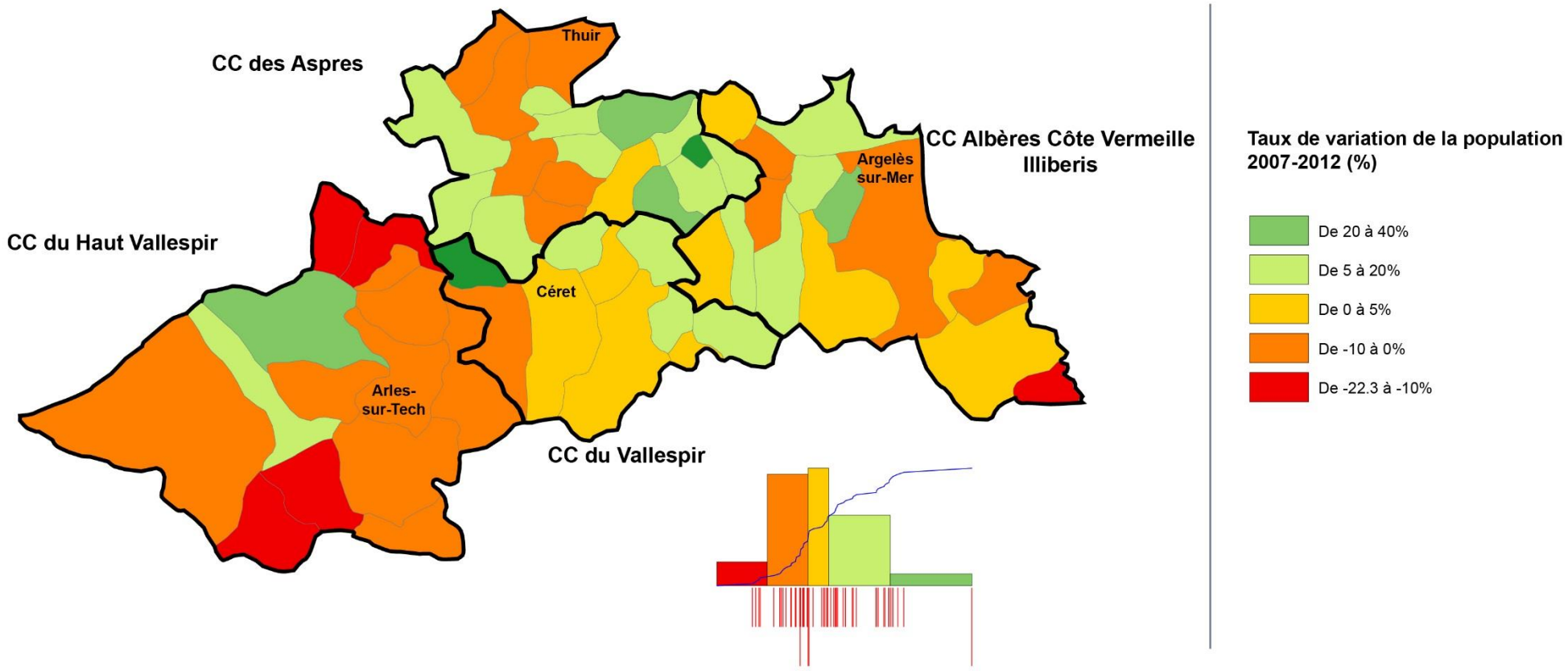
4 Population et densité communale en 2013 dans le Pays Pyrénées Méditerannée



Fait avec Philcarto le 12/11/2016 < http://philcarto.free.fr > Auteurs : Aragoncillo Benjamin - Metken Géraldine - Garcia Maria - Université Perpignan Via Domita Données INSEE : carto.sante.ars.fr (15/11/2016)- statistiques.sig-pyrenees.net (15/11/2016)

5

Taux de variation de la population communale 2007-2012 au sein du Pays Pyrénées Méditérrannée



Fait avec Philcarto le 12/11/2016 < http://philcarto.free.fr > Auteur : Aragoncillo Benjamin - Metken Géraldine - Garcia Maria - Université Perpignan Via Domita Données INSEE : carto.sante.ars.fr (15/11/2016)- statistiques.sig-pyrenees.net (15/11/2016)

B/ Etude de la structure par âge de la population

Nous avons choisi de faire des focus sur les tranches d'âges suivantes :

- la tranche de population des 0-14 ans.
- la tranche de population des 45 à 59 ans.
- la tranche de population des 75 ans et plus.

- **Les 0 – 1 4 ans**

La part de la population communale des 0-14 ans au sein du Pays Pyrénées Méditerranée en 2013 (carte n° 6) est assez clairement localisée dans la CC des Aspres ainsi qu'au nord de la CC Albères, Côte Vermeille, Illibéris.

Les populations structurellement les plus jeunes se localisent dans la CC des Aspres, notamment dans des communes comme Elne, Thuir, Argelès-sur-Mer, Céret et Le Boulou.

- **Les plus de 75 ans**

Nous avons identifié la part de la population communale âgée de 60 à 74 ans (carte n° 7) ainsi que la part de la population des plus de 75 ans en 2011 (carte n° 8). Ces personnes sont les plus vulnérables en matière de santé. En effet, le vieillissement apporte des problèmes de dépendance.

Les données indiquent que la part de personnes plus âgées peut atteindre entre 25 et 34,8% de la population à l'échelle communale. Il faut également noter que toute la moitié sud et sud-est du Pays Pyrénées Méditerranée a une population vieillissante plus fortement représentée.

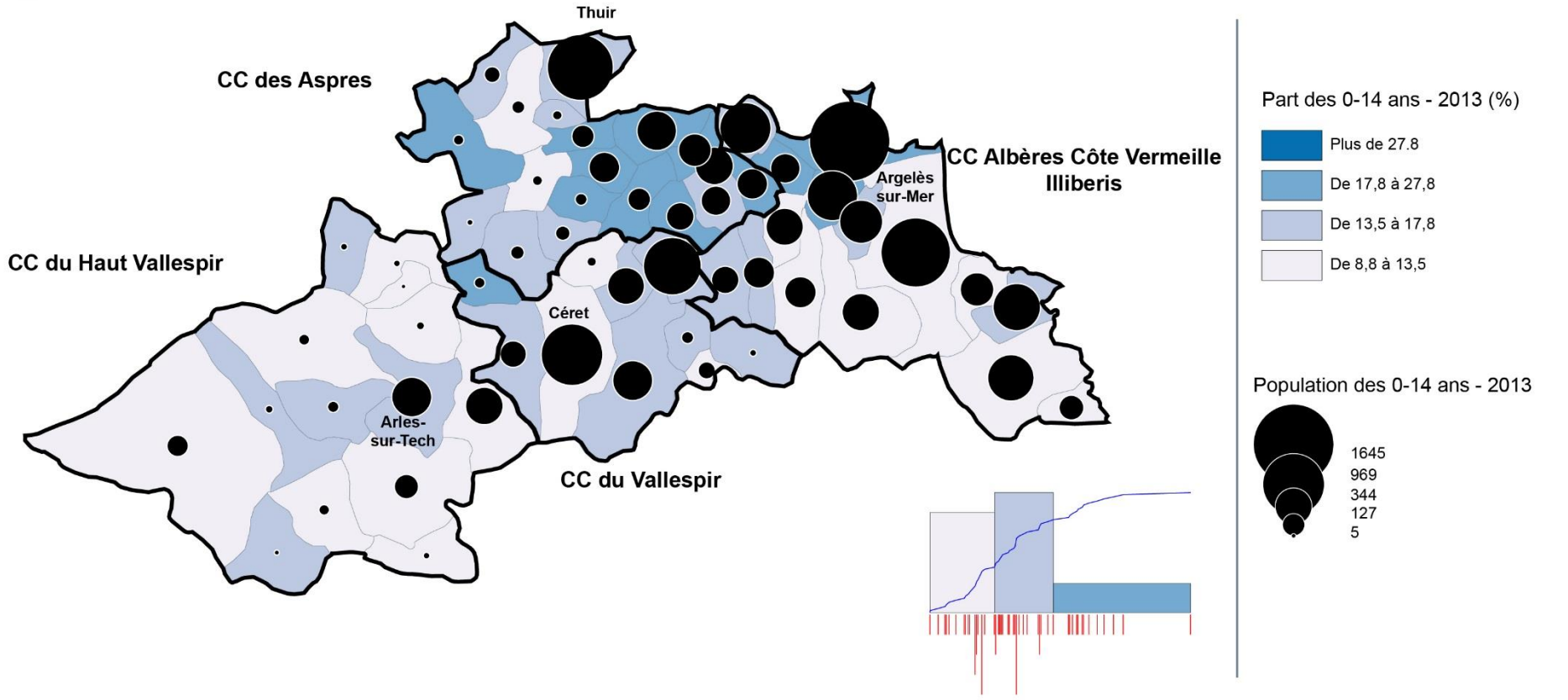
La corrélation entre la densité médicale avec cette population vieillissante est vue dans la carte sur la densité des médecins généralistes et localisation de la population de plus de 75 ans (carte n° 9). On note ainsi que justement, une population importante de personnes âgées ne va pas toujours de pair avec une densité médicale élevée.

Aujourd'hui, ces zones isolées et vieillissantes montrent un risque de dépendance accrue des populations. Ce risque sera d'autant plus important dans les années à venir.

A l'inverse, des communes comme Prats-Mollo-La-Preste, Amélie-les Bains-Palalda et Le Perthus, ont au contraire une densité médicale plus importante que les autres communes, entre 34,31% et 54,5%, alors que leur nombre de personnes âgées n'est pas aussi important.

6

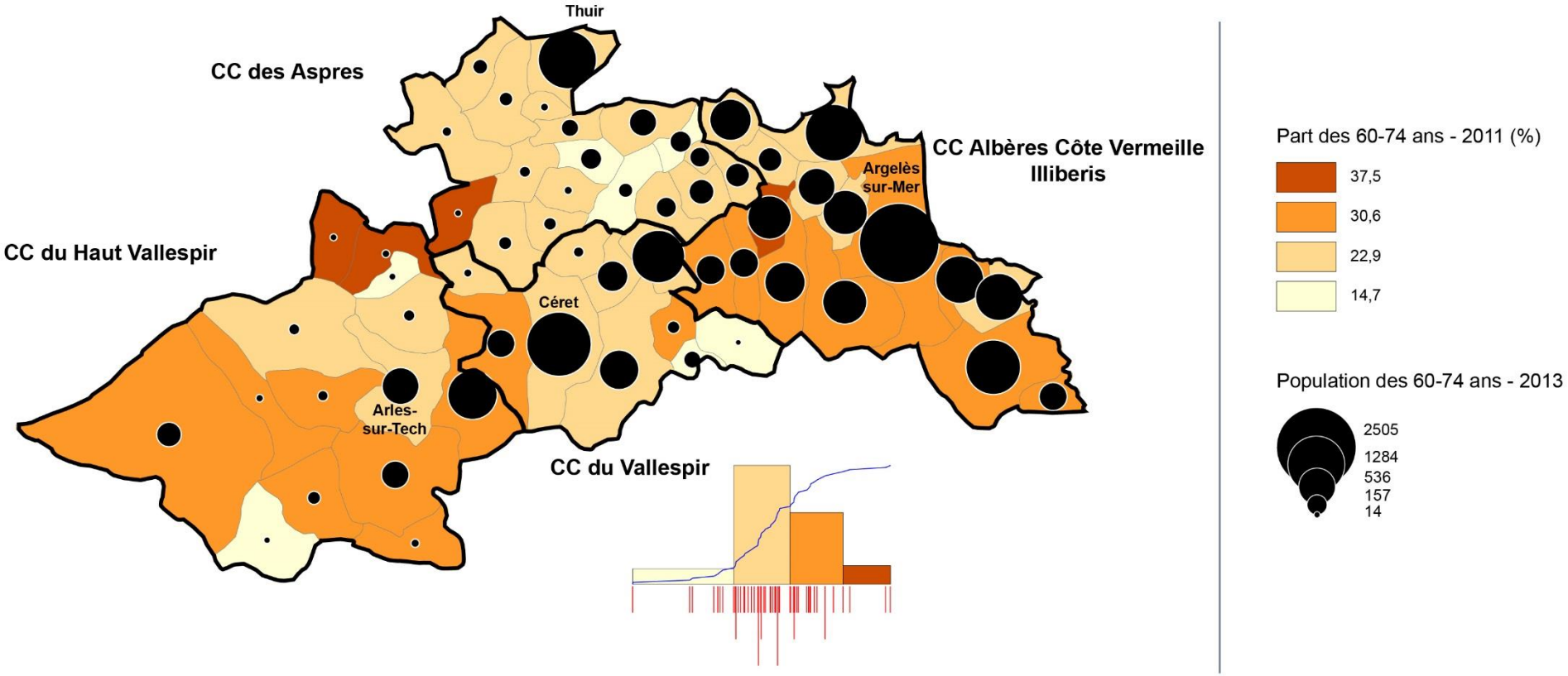
Part de la population communale âgée de 0 à 14 ans au sein du Pays Pyrénées Méditerranée en 2013



Fait avec Philcarto le 12/11/2016 < http://philcarto.free.fr > Auteurs : Aragoncillo Benjamin - Metken Géraldine - Garcia Maria - Université Perpignan Via Domita Données INSEE : carto.sante.ars.fr (15/11/2016)- statistiques.sig-pyrenees.net (15/11/2016)

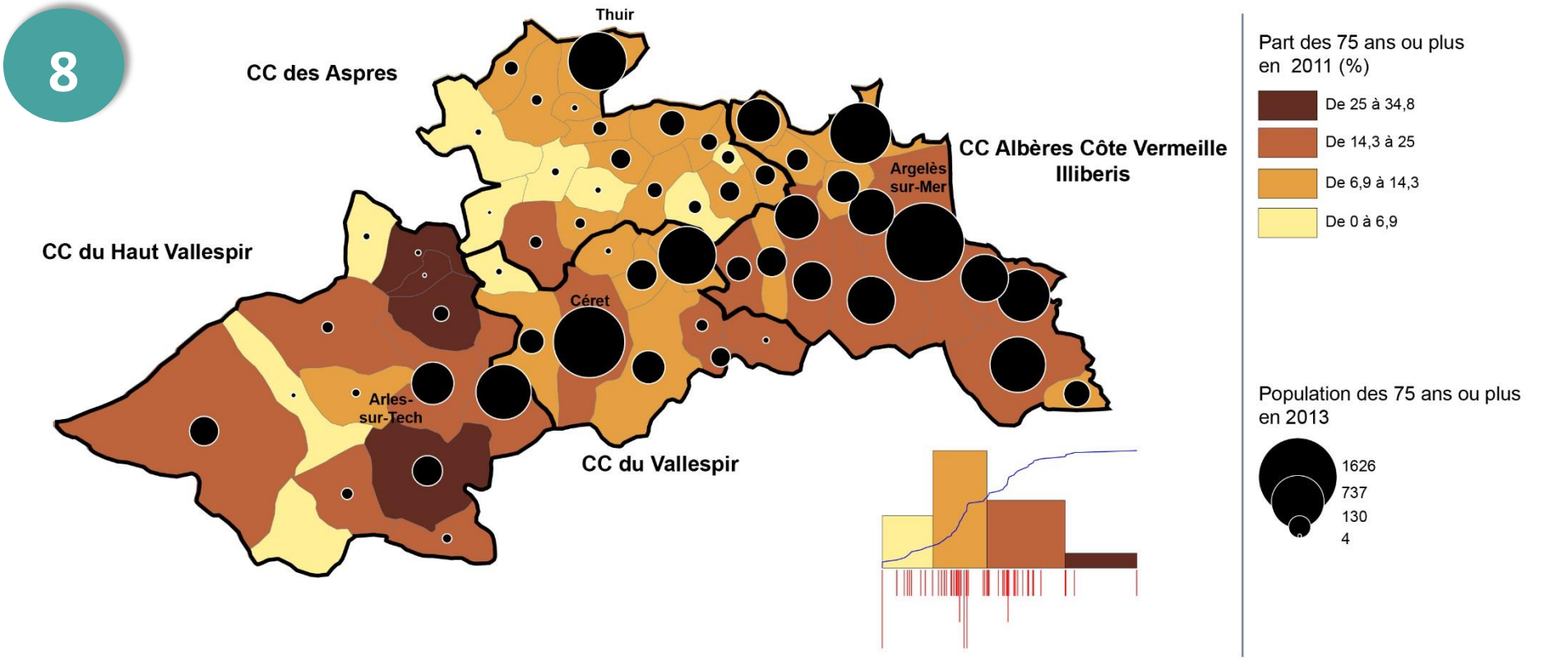
7

Part de la population communale âgée de 60 à 74 ans au sein du Pays Pyrénées Méditerranée en 2011



Fait avec Philcarto le 12/11/2016 < http://philcarto.free.fr > Auteur : Aragoncillo Benjamin - Metken Géraldine - Garcia Maria - Université Perpignan Via Domita Données INSEE : carto.sante.ars.fr (15/11/2016)- statistiques.sig-pyrenees.net (15/11/2016)

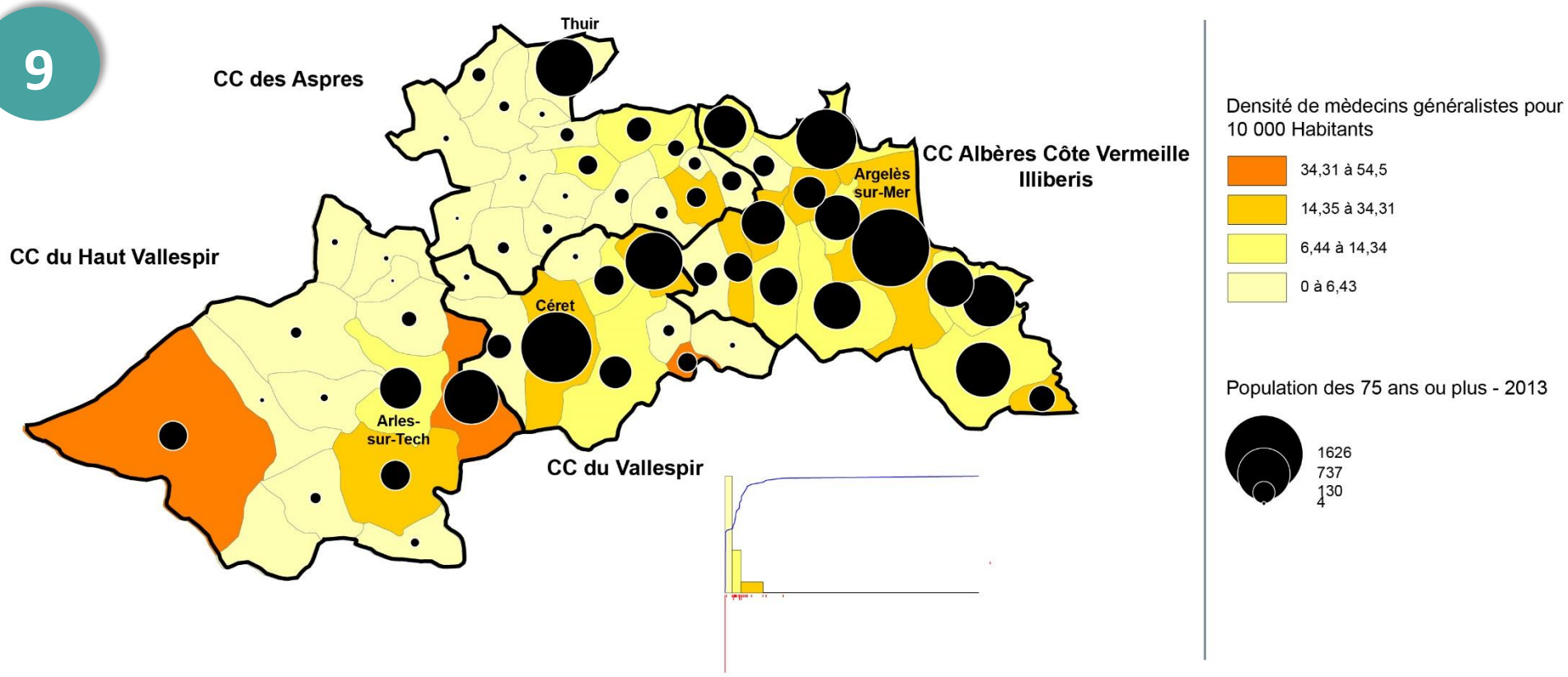
Part de la population communale de plus de 75 ans au sein du Pays Pyrénées Méditerranée en 2011



Fait avec Philcarto le 12/11/2016 < http://philcarto.free.fr > Auteurs : Aragoncillo Benjamin - Metken Géraldine - Garcia Maria - Université Perpignan Via Domita Données INSEE : carto.sante.ars.fr (15/11/2016)- statistiques.sig-pyrenees.net (15/11/2016)

Densité de médecins généralistes et localisation de la population de plus de 75 ans par commune en 2013 dans le Pays Pyrénées Méditerannée

9



Fait avec Philcarto le 12/11/2016 < http://philcarto.free.fr > Auteur : Aragoncillo Benjamin - Metken Géraldine - Garcia Maria - Université Perpignan Via Domita Données INSEE : carto.sante.ars.fr (15/11/2016)- statistiques.sig-pyrenees.net (15/11/2016)

- **Des éléments de pondération à prendre en compte**

Les départs en retraite des médecins généralistes d'ici 5 à 10 ans doivent bien entendu être pondérés. Il faut effectivement prendre en compte le nombre de médecins qui prévoient de s'installer. Or, ces données ne sont pas accessibles.

Contexte national :
« Selon ces données, le nombre de médecins qui s'installera ne compensera pas le nombre de ceux qui sont susceptibles de prendre leur retraite. En effet, au niveau national, 47 009 postes ont été offerts entre 2007 et 2013, tandis qu'il est prévu d'en ouvrir 40 208 sur la période 2013-2017. Or, selon les données du RPPS, on compte, au 1er janvier 2014, 97 583 médecins, spécialistes et généralistes âgés de plus de 55 ans, en France. Soit un écart d'un peu plus de 10 000 médecins, alors même que la population va continuer de croître, et vieillir. » [4]

Par conséquent, il semble assez peu probable que l'installation de nouveaux médecins corrige les inégalités territoriales. Il s'agit alors de mesurer l'attractivité du département, et en particulier notre périmètre d'étude.

Malgré l'existence « d'une forte prime à l'académie de formation lors de l'installation » que nous énonce Thomas Renaud, consultant et spécialiste en statistique et économie de la santé ? [...] les critères individuels qui président à l'installation des médecins à la fin de leurs études restent plus structurants que la plupart des incitations financières. » [5]
Les études ont identifié 3 critères dans le choix d'installation des médecins, détaille-t-il : un critère de pratique, avec un attrait pour les modes d'exercice collectifs, un critère économique, et un critère hédoniste. Et ces critères n'entraînent pas nécessairement de comportements rationnels.
Pour corriger cette pente négative, reste un élément pondérateur qui prend de plus en plus d'importance : le phénomène des retraités actifs, possibles depuis la loi Fillon de 2003.

[4] Lagazette.fr
[5] Lagazette.fr

III-Classification de la pénurie médicale

Pour conclure, nous avons établi une graduation de 5 niveaux de risque, suite à une extrapolation que nous avons réalisée.

La carte des niveaux de risque (carte n°10) indique le nombre de médecins généralistes actifs auquel le nombre de médecins généralistes de plus de 55 ans a été soustrait. Les données datent de 2012, ce qui alourdit d'autant plus la tranche d'âge et approche le départ à la retraite. C'est donc cette extrapolation que nous avons réalisée afin de tenir compte de ces départs certains. Ainsi, nous avons calculé une densité de la manière suivante : nombre de médecins généralistes restant par rapport à la population. Ceci a permis de dresser 5 listes de communes, selon la graduation du risque qu'elles encourent, dans l'hypothèse où les médecins généralistes en passe de partir à la retraite ne seraient pas remplacés.

Communes à risque - Niveau 1

Les communes suivantes présentent un double facteur de risque : Leur population a augmenté entre 2007 et 2012, et elles n'auront pas de Médecin Généraliste au sein de leur commune (dans l'hypothèse où le MG partant à la retraite ne serait pas remplacé).

Communes à risque - Niveau 2

Les communes suivantes présentent un risque : bien que leur population ait baissé entre 2007 et 2012, elles n'auront pas de Médecin Généraliste au sein de leur commune (dans l'hypothèse où le MG partant à la retraite ne serait pas remplacé).

Communes à risque - Niveau 3

Les communes suivantes devraient présenter une faible densité de MG (moins de 50), toujours dans l'hypothèse où le MG partant à la retraite ne serait pas remplacé. Facteur aggravant : leur population a augmenté entre 2007 et 2012.

Communes à risque - Niveau 4

Les communes suivantes devraient présenter une densité de MG (supérieur à 50), toujours dans l'hypothèse où le MG partant à la retraite ne serait pas remplacé. Par contre, leur population ayant augmenté entre 2007 et 2012, le risque est aggravé.

Communes à risque - Niveau 5

Les communes suivantes devraient présenter une densité de MG (supérieur à 50), toujours dans l'hypothèse où le MG partant à la retraite ne serait pas remplacé. Leur population a baissé entre 2007 et 2012.

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5
Brouilla Caixas Calmeilles Collioure Corsavy Fourques L'Albère Laroque-des-Alberes Le Tech Les Cluses Montesquieu-des-Alberes Oms Passa Sainte-Colombe-de-la-Commanderie Saint-Jean-Lasseille Taillet Terrats Tresserre Trouillas Villemolaque Vives	Arles-sur-tech Camelas, Castelnou Cerbere Coustouges La Bastide Lamanère Llauro Montauriol Montbolo Montferrer Ortaffa Port-Vendres Reynes Saint-laurent-de-Cerdans Saint-Marsal Serralongue Taulis Torderes	Elne Saint-André Saint-Genis-des-Fontaines Saint-Jean-Pla-de-Corts Sorède	Bages Banyuls-dels-Aspres Banyuls-sur-mer Le Boulou Maureillas-las-Illas Palau-del-vidre Villelongue-dels-Monts	Amélie-les-Bains-Palalda Argelès-Sur-Mer Céret Prats-de-Mollo-la-Preste Thuir

Communes de moins de 1000 habitants :

Les communes à forte population souffrent le moins du risque de pénurie médicale. Toutes les communes de moins de 1000 habitants présentent soit le risque niveau 1 soit le risque niveau 2. Exception pour le Perthus.

Communes de plus de 1000 habitants :

Les communes de plus de 1000 habitants, sont classées majoritairement dans les catégories de risque 3, 4 ou 5 (moindre risque). Exceptions pour ces communes, classées en risque 1 ou 2 :

Arles-sur-Tech (Risque niveau 2)

Brouilla (Risque niveau 1)

Cerbere (Risque niveau 2)

Collioure (Risque niveau 1)

Fourques (Risque niveau 1)

Laroque-des-Albères (Risque niveau 1)

Montesquieu-des-Albères (Risque niveau 1)

Ortaffa (Risque niveau 2)

Port-Vendres (Risque niveau 2)

Reynes (Risque niveau 2)

Saint-Jean-Lasseille (Risque niveau 1)

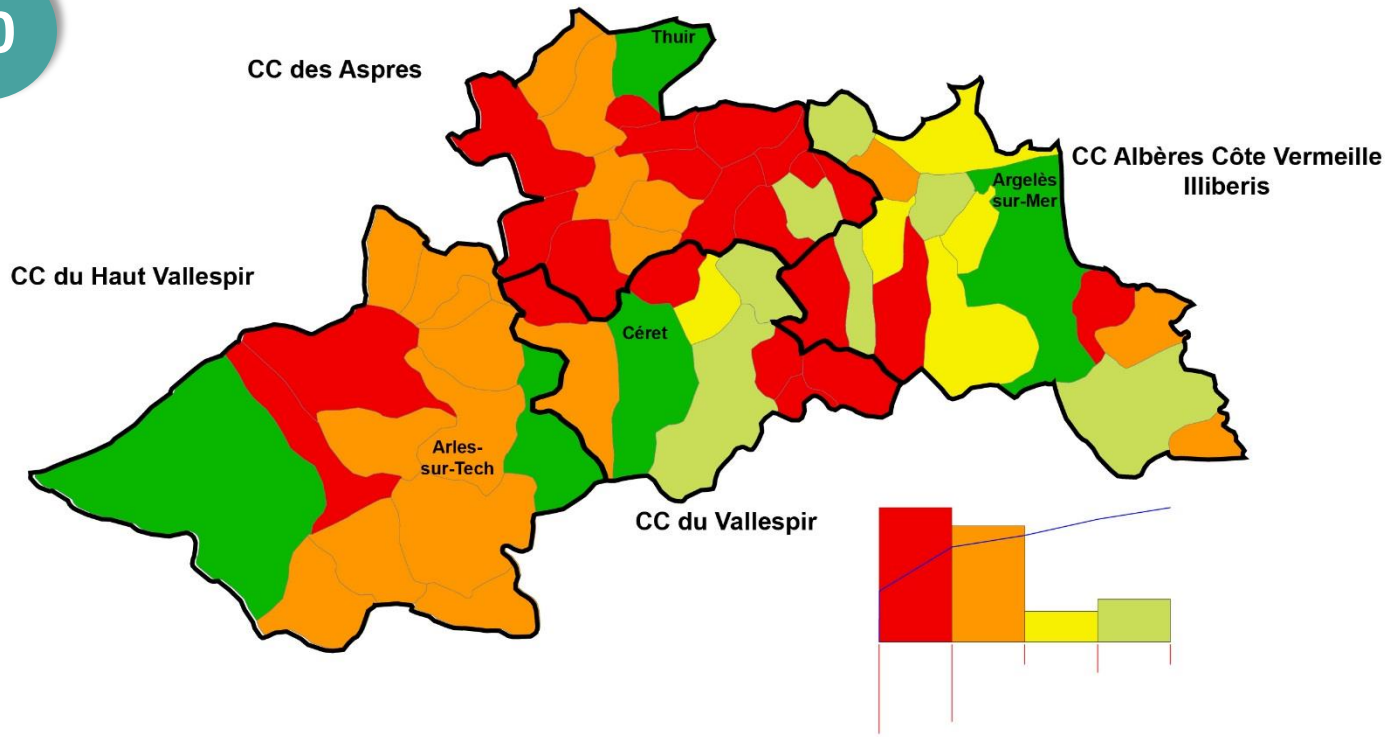
Saint-Laurent-de-Cerdans (Risque niveau 2)

Trouillas (Risque niveau 1)

Villemolaque (Risque niveau 1)

Classification de la pénurie médicale communale en 2013 - Pays Pyrénées Méditerannée

10



Catégorie de risque de manque de mèdecins généralistes

- Niveau 5: Risque très faible
- Niveau 4: Risque faible
- Niveau 3: Risque moyen
- Niveau 2: Risque fort
- Niveau 1: Risque extrême

Niveau 1:
- Population croissante
- Manque de généraliste

Niveau 2:
- Population décroissante
- Manque de généraliste

Niveau 3:
- Population croissante
- Densité de généralistes <50

Niveau 4:
- Population croissante
- Densité de généralistes >50

Niveau 5:
- Population décroissante
- Densité de généralistes >50

Population médicale prise en compte : «Médecins Généralistes actifs» soustraits de «Médecins Généralistes de + de 55 ans» en 2013

Fait avec Philcarto le 12/11/2016 < http://philcarto.free.fr > Auteurs : Aragoncillo Benjamin - Metken Géraldine - Garcia Maria - Université Perpignan Via Domita Données INSEE : carto.sante.ars.fr (15/11/2016)- statistiques.sig-pyrenees.net (15/11/2016)

Conclusion

L'identification des zones à risques a principalement consisté à réaliser l'étude sociodémographique du territoire appliquée à la problématique de l'accès aux soins.

L'étude sur l'évolution de la population au sein du PPM démontre une augmentation de la population qu'il faut cependant nuancer. Des communes ont une population croissante, alors que de petites communes à faible population voient leur population encore diminuer.

En parallèle de cette baisse de population, la part de personnes âgées augmente, favorisant ainsi l'augmentation des risques de dépendance de cette population vulnérable.

Par ailleurs, l'évolution des professionnels de santé montre que leurs effectifs déjà insuffisants, tendent à diminuer encore, d'où un accroissement encore plus marqué de la pénurie médicale.

Ces deux constats mis en corrélation prouvent un besoin évident d'attirer de nouveaux médecins généralistes sur le territoire du PPM et le besoin de rendre accessible certains services médicaux.

PARTIE N°3 : Diagnostic des politiques publiques de santé

Cette partie présente l'organisation des politiques locales de santé et les outils existants pour favoriser l'accès aux soins au niveau territorial. Elle fournit des éclairages sur les réformes nationales récentes, les évolutions qui en découlent au niveau local, ainsi que le rôle et les responsabilités des acteurs locaux pour améliorer l'accès aux soins.

Introduction : une territorialisation progressive des politiques de santé

Le zonage et la planification sanitaire ont débuté dans les années 1970[6]. Longtemps pilotés par l'Etat, ces zonages ont évolué de manière à mieux intégrer les acteurs locaux et prendre en compte les spécificités de chaque territoire : c'est la régionalisation et la territorialisation des politiques publiques de santé. Les grandes évolutions, depuis les années 1970, sont les suivantes :

- L'échelle régionale est progressivement devenue l'échelle de référence pour la mise en œuvre des politiques de santé, la répartition des budgets, le contrôle de l'activité des établissements de santé, etc.
- Le zonage en territoires infra-régionaux a pour objectif une meilleure accessibilité aux soins. Ces territoires se sont d'abord constitués en fonction de l'offre hospitalière, avant de s'élargir à des activités de santé publique, de prévention et d'accompagnement médico-social.
- La prise en compte plus large des acteurs s'inscrit dans une logique de « démocratie sanitaire ». On observe une inclusion progressive des usagers et des professionnels dans la démarche d'organisation des soins et le développement de l'accès.
- Les acteurs territoriaux ont la possibilité accrue de mener des projets locaux de santé, adaptés aux enjeux démographiques, socio-économiques, administratifs et politiques de leurs territoires. Ces nouvelles prérogatives vont naturellement de pair avec le développement de la contractualisation entre acteurs.

En dépit de ces évolutions, la territorialisation des politiques de santé est plus ou moins effective selon les territoires : les configurations varient en fonction du positionnement de l'État, des collectivités et des autres acteurs locaux. L'actuelle réforme du système de santé vient approfondir ce mouvement des territorialisation des politiques publiques de santé.

[6] La loi du 31 décembre 1970 crée la carte sanitaire et fixe des ratios d'équipements (lit/personne) par secteurs sanitaires. Ces ratios étaient à l'époque définis au niveau national, indépendamment des caractéristiques propres à chaque territoire.

Historique : Les étapes dans la territorialisation des politiques publiques de Santé (1970-2016)

Loi hospitalière du 31 décembre 1970

Création de la **carte sanitaire** dont l'objectif est de réguler et redistribuer les établissements du parc hospitalier.

Planification de l'offre de soins hospitaliers par l'Etat, selon des **objectifs quantitatifs** qui ne prennent pas complètement en compte les spécificités des territoires.

1991-2009

Mise en place **des Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS)** qui viennent progressivement remplacer la carte sanitaire.

La planification prend davantage en compte des **aspects qualitatifs** (évolutions démographiques, progrès médicaux, etc.).

La région, devient le référent territorial en matière d'organisation de la santé, selon des objectifs contractualisés avec l'Etat. L'organisation des soins doit être graduée et permettre d'identifier les différents niveaux de prise en charge.

Loi du 21 juillet 2009 "Hôpital, patients, santé, territoires" (HPST)

Le **SROS-PRS** devient l'outil opérationnel de mise en œuvre d'un **Projet Régional de Santé**, il est élaboré en cohérence avec un schéma régional relatif à la prévention (**SRP**) et à l'organisation médico-sociale (**SROMS**).

Création des **Agences régionales de santé (ARS)**, dont le rôle est de territorialiser l'action publique dans le domaine sanitaire, à travers un Projet Régional de Santé.

Implication des collectivités avec les **Contrats Locaux de Santé (CLS).**

Avant centrée sur l'hôpital, **la planification est élargie** à des activités de santé publique et d'accompagnement médico-social.

Loi du 26 janvier 2016 de "modernisaton de notre système de santé"

La loi remanie le projet régional de santé, créé par la loi HPST, en instaurant **un schéma régional de santé unique** (au lieu des trois ci-dessus).

Représentativité accrue des professionnels de santé, des usagers, à travers la mise en place de Conseils Territoriaux de Santé.

Développement des outils contractuels entre les acteurs locaux et les ARS.

Distinction entre les territoires stratégiques (Territoires de Démocratie Sanitaire) et les territoires de planification (qui figurent dans le schéma régional).

Légende :

Repère chronologique

Principal outil de planification de l'offre et des besoins

Rôle des territoires et organisation de la planification

I- Les lois et normes en vigueur

Les politiques publiques de santé ont évolué au cours de ces dernières années. En effet, un certain nombre de lois a été adopté dans le but de réformer l'organisation des structures de santé et de favoriser une meilleure répartition des professionnels de santé au sein de l'ensemble du territoire.

Des lois réformatrices…	En quelques mots…
Loi de Modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016	Elle permet un nouveau partage des compétences entre les différents acteurs de la santé publique. Elle définit aussi le rôle de l'Agence nationale de la santé et des Pactes de territoire-santé.
Loi NOTRe[7] du 7 août 2015	Elle engendre une nouvelle distribution nationale des pouvoirs au niveau des collectivités territoriales. La compétence « santé » est donnée au département.
Loi ASV[8] du 28 décembre 2015	Elle entend prendre des mesures pour améliorer le quotidien des personnes âgées et prévenir leur perte d'autonomie.
Loi MAPTAM[9] du 27 janvier 2014	Elle donne au département les compétences suivantes : l'action sociale, l'aménagement numérique et la solidarité territoriale.
Loi HPST[10] du 21 juillet 2009	Elle vise à évaluer les pratiques des professionnelles et à améliorer la qualité des soins. Elle créée également l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP).

[7] Loi NOTRe : Loi portant Nouvelle Organisation Territoriale de la République.
[8] Loi ASV : Loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillissement.
[9] Loi MAPTAM : Loi de Modernisation de l'Action Publique Territoriale et d'Affirmation des Métropoles.
[10] Loi HPST : Loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires.

II- Les programmes politiques récents

Deux Pactes Territoires ont été mis en place par le Ministère des Affaires sociales et de la Santé, l'un en 2012, l'autre en 2015.

Le premier Pacte de Territoire de 2012 fixe trois objectifs principaux dans la conduite de politique publique de santé à l'échelle nationale. Il entend « changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins », « transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé » et « investir dans les territoires isolés. De ces trois objectifs principaux découlent plusieurs engagements (voir schéma ci-dessous).

Les objectifs et engagements du Pacte de Territoire de 2012.

Objectif 1 : Changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins

Engagement 1 : un stage en médecine générale pour 100% des étudiants

Engagement 2 : 1 500 contrats d'engagement de service public signés d'ici 2017

Engagement 3 : 200 « praticiens territoriaux de médecine générale » dès 2013

Engagement 4 : un « référent installation » unique dans chaque région

Objectif 2 : Transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé

Engagement 5 : développer le travail en équipe

Engagement 6 : rapprocher les maisons de santé des universités

Engagement 7 : développer la télémédecine

Engagement 8 : accélérer les transferts de compétences

Objectif 3 : Investir dans les territoires isolés

Engagement 9 : garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes d'ici 2015

Engagement 10 : permettre aux professionnels hospitaliers et salariés d'appuyer les structures ambulatoires

Engagement 11 : adapter les hôpitaux de proximité et responsabiliser les centres hospitaliers de niveau régional à l'égard de leur territoire.

Engagement 12 : conforter les centres de santé

Source : http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/pts/article/2012-pacte-territoire-sante-1

Le deuxième Pacte de Territoire de 2015 reprend les engagements du premier en les renforçant davantage. Les deux objectifs principaux du Pacte de Territoire sont de pérenniser et amplifier les actions menées depuis le Pacte territoire santé 1 et d'innover pour s'adapter aux besoins des professionnels et des territoires.

Les objectifs et engagements du Pacte de Territoire de 2015.

Objectif 1 : Pérenniser et amplifier les actions menées depuis le Pacte territoire santé 1

Engagement 1 : développer les stages des futurs médecins en cabinet de ville
Engagement 2 : faciliter l'installation des jeunes médecins dans les territoires fragiles
Engagement 3 : favoriser le travail en équipe, notamment dans les territoires ruraux et périurbains
Engagement 4 : assurer l'accès aux soins urgents en - de 30 minutes

Objectif 2 : Innover pour s'adapter aux besoins des professionnels et des territoires

Innover par la formation

Engagement 5 : augmenter de manière ciblée le numerus clausus régional pour l'accès aux études de médecine

Engagement 6 : augmenter le nombre de médecins libéraux enseignants

Engagement 7 : soutenir la recherche en soins primaires Innover dans les territoires

Innover dans les territoires

Engagement 8 : mieux accompagner les professionnels de santé dans leur quotidien

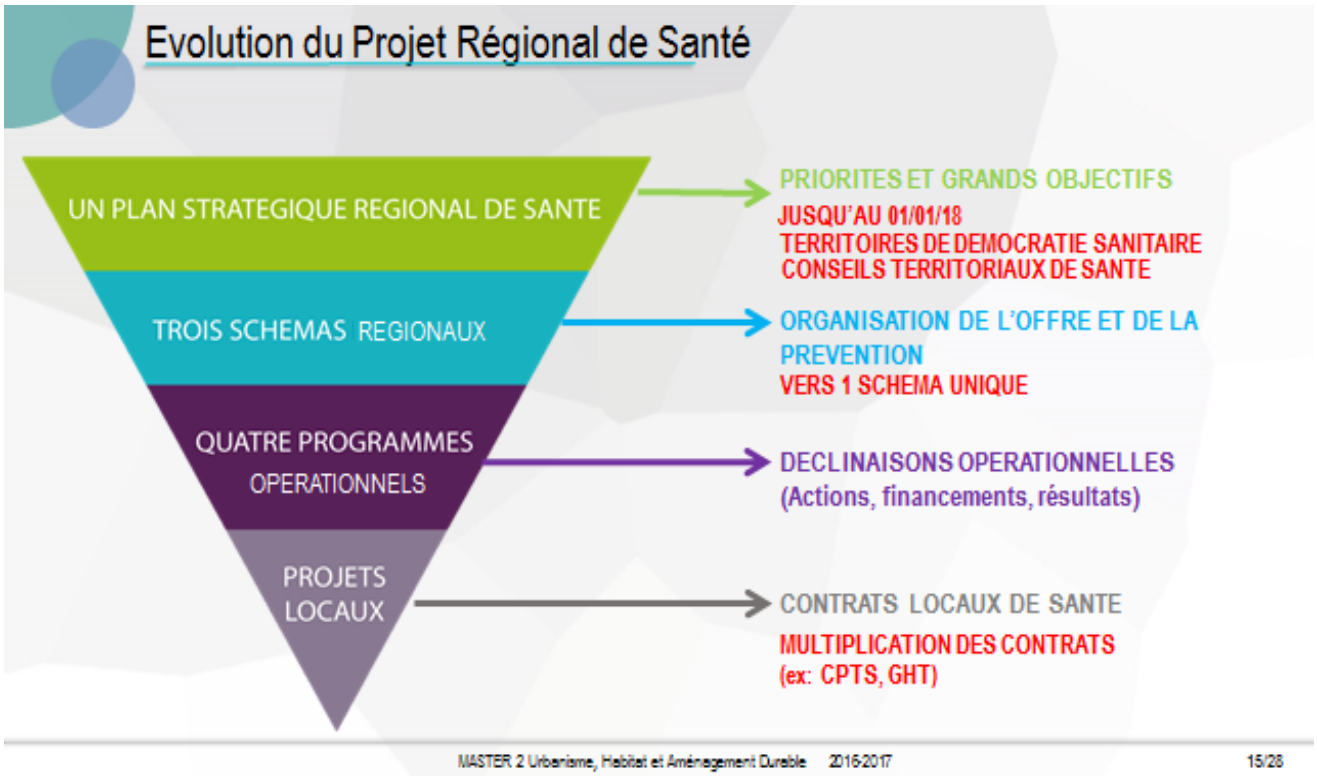
Engagement 9 : favoriser l'accès à la télémédecine pour les patients chroniques et pour les soins urgents

Engagement 10 : soutenir une organisation des soins de ville adaptée à chaque territoire et à chaque patient

Source : http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/pts/article/2015-pacte-territoire-sante-2

A/Les modifications du cadre stratégique local avec la réforme de 2016

L'échelle régionale est progressivement devenue l'échelle de référence pour la mise en œuvre des politiques de santé. Depuis la loi HPST de 2009, les Agences Régionales de Santé sont chargées d'élaborer un Projet Régional de Santé. Ce dernier se décline actuellement à travers des documents d'orientation hiérarchisés. Il vise à mettre en cohérence l'ensemble des actions publiques régionales dans le domaine de la santé. La loi de "modernisation de notre système de santé" (2016) prévoit quelques aménagements dans l'architecture des actuels Projets Régionaux de Santé et dans ses zonages.



1) Au sommet de la hiérarchie on a le Plan Stratégique Régional de Santé qui fixe les priorités et grands objectifs stratégiques pour cinq ans. Réalisé suite à une évaluation des besoins de santé sur le territoire, celui en vigueur s'applique au plus tard jusqu'au 1er janvier 2018.

2) Ensuite, des schémas régionaux organisent l'offre de soin et la prévention en conformité avec les objectifs du PSRS. Ce sont donc des schémas de planification qui permettent d'apprécier les besoins et l'offre pour chaque activité de soins et les équipements matériels lourds.

Il existe actuellement trois schémas d'organisation (schéma régional de prévention, schéma régional d'organisation des soins, schéma régional d'organisation médico-sociale). La loi de 2016 prévoit leur fusion en instaurant un schéma régional de santé unique (au lieu des trois ci-dessus).La gradation des soins devra y être organisée, ainsi que la continuité des prises en charge, la fluidification des parcours, l'accessibilité aux soins, notamment aux plans géographique et financier, la qualité et la sécurité des prises en charge et l'efficience de l'offre de soins.

3) Des programmes ou plans d'actions viennent ensuite décliner les modalités d'application des schémas (Actions, financements, résultats).

4) Les projets locaux doivent être conformes aux orientations prévues dans les documents supérieurs. Les territoires des projets sont à géométrie variable : du département, aux pays ou aux bassins de vie, c'est le projet qui fixe le périmètre. La loi HPST de 2009 avait ainsi introduit les contrats locaux de santé (conclus entre l'Etat, les collectivités territoriales et ARS pour articuler les politiques ayant un impact sur la santé). La loi de 2016 vient amplifier le mouvement avec une multiplication des contrats entre acteurs locaux.
   Par exemple, offre l'opportunité à l'ensemble des professionnels l'opportunité de constituer des communautés professionnels de territoriale de santé (CPTS). L'ambition des communautés professionnelles territoriales de santé, qui réunissent les maisons de santé, les professionnels de santé de premier et second recours, les acteurs sociaux et médico-sociaux, est d'assurer une meilleure coordination de leur action respective, de structurer des parcours de santé et de réaliser les objectifs du projet régional de santé. Afin de préciser les actions mises en œuvre à ces fins, les professionnels procéderont à la rédaction d'un projet de santé qui sera transmis pour validation à l'agence régionale de santé. Le projet de santé précise en particulier le territoire d'action de la communauté professionnelle territoriale de santé.

B/Les nouveaux zonages et la délimitation des territoires de démocratie sanitaire

Au sein de chaque région, la loi du 26 janvier 2016 de "modernisation de notre système de santé" distingue bien deux niveaux de découpage :

-Les zones du schéma régional de santé, donnant lieu à la répartition des soins, équipements et matériels lourds. Il s'agit bien de territoire de planification et de répartition de l'offre.

-Les territoires de démocratie sanitaire, qui visent à mettre en cohérence les projets de l'ARS, des professionnels et des collectivités territoriales et de prendre en compte l'expression des acteurs du système de santé, dont celle des usagers.

Les territoires de démocratie sanitaire (TDS) ne se superposent pas avec les territoires qui seront retenus pour la mise en œuvre opérationnelle des politiques portées par l'ARS. L'arrêté du 8 novembre 2016 délimite les TDS, en retenant l'échelle départementale.

Chaque territoire de démocratie sanitaire est le support d'un Conseil Territorial de Santé (CTS) constitué des professionnels et offreurs des services de santé, représentants d'usagers, représentants des collectivités locales, représentants de l'État et des organismes de sécurité sociale. Ces conseils territoriaux ont pour mission principale : l'élaboration, évaluation et révision du PRS.–la mise en cohérence des politiques de santé à l'échelle locale.–la prise en compte de l'expression des acteurs.

III-Les acteurs dans le développement de l'accès aux soins

A/Description synthétique des acteurs

Trois groupes d'acteurs se distinguent au sein du système de santé (voir schéma ci-dessous).

-Les acteurs publics : Etat, ANS et ARS, collectivités.

Ils interviennent dans la définition des politiques de santé (à leurs échelles respectives), mais également directement dans le financement et la production des soins.

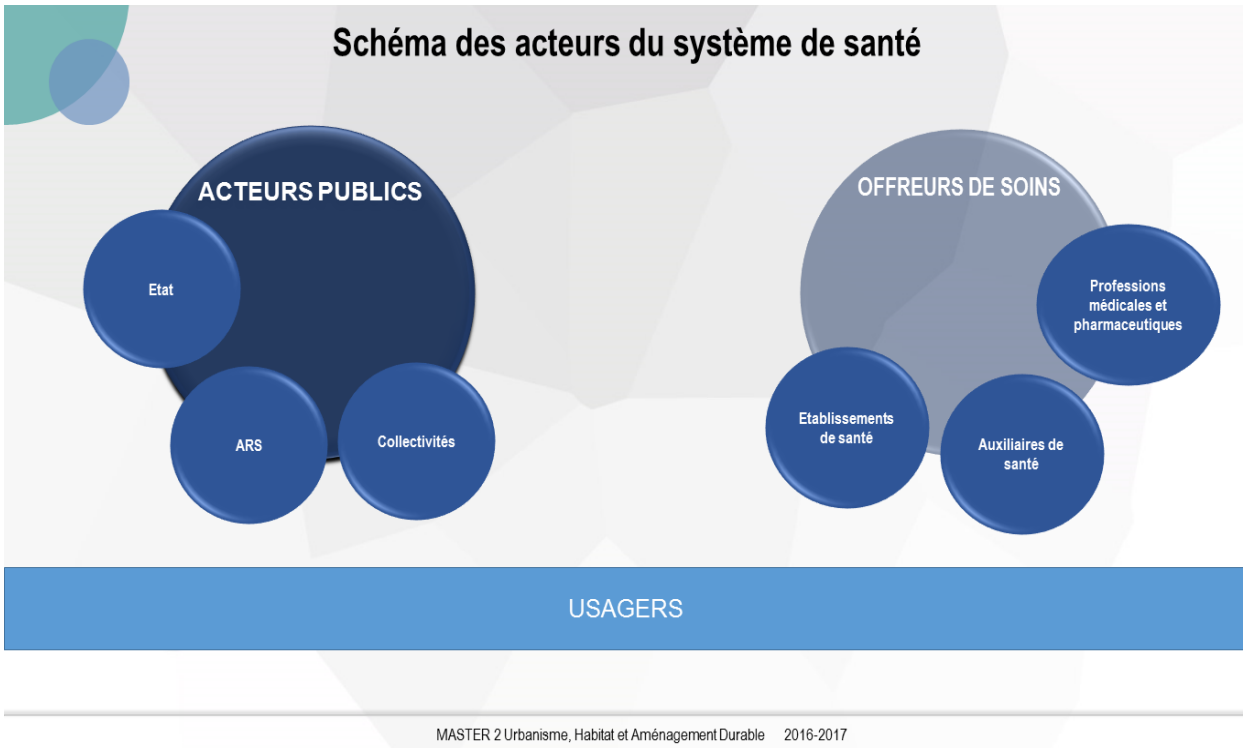
- Les offreurs de soins :

Ce groupe d'acteurs regroupe les professions médicales et pharmaceutiques (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes), des auxiliaires médicaux (infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, etc.) aux statuts et aux modes d'exercices divers : libéraux, salariés ou mixtes.

Ce groupe d'acteurs comprend également les établissements de santé. Ils couvrent des champs d'intervention différents (hospitalier, médico-social) avec des statuts qui peuvent être publics ou privés.

-Les demandeurs de soins :

Ils regroupent les usagers, qu'il faut distinguer en fonction de leurs besoins spécifiques (par exemple la petite enfance et les personnes âgées qui sont des populations vulnérables). Les représentants de la société civile, impliqués dans la thématique de santé, voire dans la problématique de l'accès aux soins sont également intégrés.



B/Détail des rôles et responsabilités des acteurs publics

1-Au niveau national :

L'Etat joue un rôle primordial dans la planification et la répartition de l'Offre des biens et prestations sanitaires. Il intervient également directement dans le financement et la production des soins. Plus particulièrement, ses missions sont :

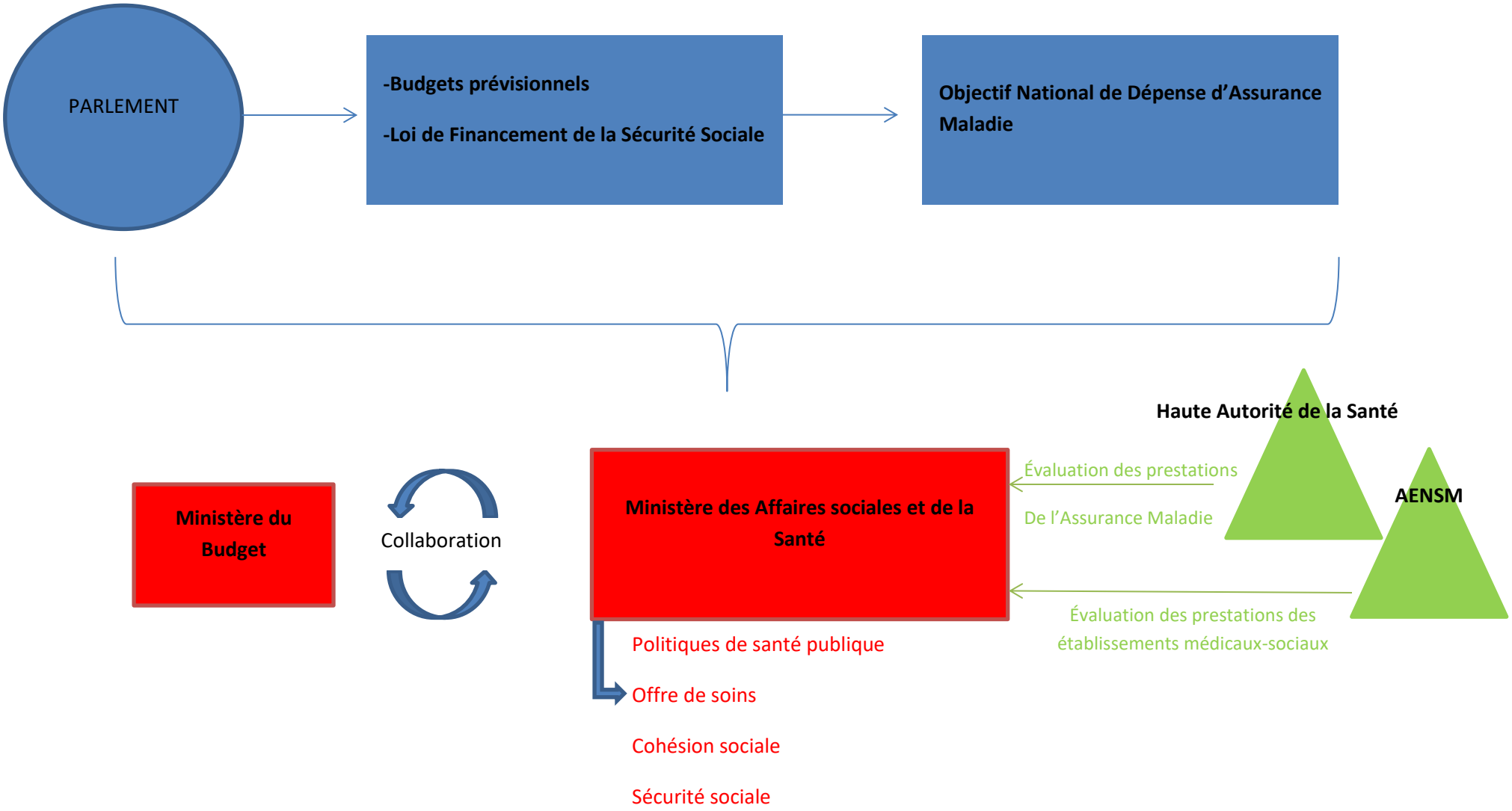
- La définition et pilotage des politiques de santé publique, de veille et de sécurité sanitaire.
- La supervision de l'ensemble des établissements de soins et d'accompagnement, la formation des professionnels de santé
- Le soutien financier aux établissements sanitaires et médico-sociaux, la fixation des tarifs de prestation et la maîtrise des coûts en santé, la tutelle des organismes d'assurance maladie.

Au niveau national on distingue :

-les acteurs qui organisent le système(le Ministère des affaires sociales et de la santé et ses différentes directions) ;

-les acteurs qui conseillent ou aident à l'organisation (Haut Conseil de santé publique, Institut national de veille sanitaire, Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, etc.) ;

-les acteurs qui contrôlent et orientent:comme le Parlement, la Cour des comptes.



Direction Générale de la Santé	Direction générale de l'Offre de Soins	Direction de la Sécurité Sociale	Direction Générale de la Cohésion Sociale	Direction Recherche Etudes Evaluation et Statistiques
Politiques de santé publique, veille et sécurité sanitaire	Gestion des ressources et des moyens du système de santé	Tutelle des organismes de sécurité sociale	Questions sanitaires et sociales spécifiques (handicap, égalité hommes-femmes, etc).	Eclairage scientifiques sur les thématiques couvertes par le Ministère

2-Au niveau local :

- **L'Agence Régionale de Santé Occitanie :**

Les ARS sont des établissements publics, autonomes moralement et financièrement, placés sous la tutelle du Ministère de la Santé. Elles constituent une autorité unique au niveau régional. Elles ont pour mission :

1. Le pilotage de la santé publique :
    - Organiser la veille et la sécurité sanitaires ainsi que l'observation de la santé ;
    - Contribuer à la gestion des crises sanitaires, en liaison avec les préfets de département ;
    - Définir, financer et évaluer les actions de prévention et de promotion de la santé.
2. La régulation de l'offre de santé
    - Dans le secteur ambulatoire dans sa dimension territoriale, pour une meilleure répartition de l'offre sur le territoire, dans les secteurs médico-social et hospitalier
    - Dans sa dimension économique, pour une meilleure utilisation des ressources et la maîtrise des dépenses.
3. Faire vivre la démocratie en santé
    - Mettre en synergie tous les acteurs des territoires, de développer une vision globale de la santé et de décloisonner les parcours de santé, tout en assurant qualité, efficience et sécurité de la prise en charge et de l'accompagnement dans le système de santé.

L'action des agences régionales de santé est incarnée par les projets régionaux de santé élaborés en concertation avec l'ensemble des acteurs de santé en régions. Ils définissent la stratégie régionale de santé, organisent et programment sa mise en œuvre opérationnelle et fixent les ambitions et les priorités régionales de santé.

Dans le cadre de la réforme territoriale, une nouvelle Agence Régionale de Santé Occitanie a été constituée le 1er janvier 2016[11]. Sa délégation départementale dans les Pyrénées Orientales est basée à Perpignan.

[11] Depuis le 1er janvier 2016, il y a 17 ARS (13 ARS en métropole et 4 en outre-mer), conformément à la nouvelle organisation territoriale issue de la loi NOTRe.

L'ARS exerce la tutelle de l'ensemble des établissements hospitaliers et médico-sociaux de la nouvelle région. Elle est également chargée de l'élaboration d'un nouveau Projet régional de santé en 2017.

Au vu de son organisation, les principaux objectifs de l'ARS sont :

-Organiser l'accès aux soins de premier recours : avec notamment, aides à l'installation des médecins dans les zones prioritaires, la promotion de l'exercice coordonné par exemple dans les maisons de santé, l'accès aux services de permanence des soins et d'urgence.

-Renforcer les actions de prévention et de promotion de la santé : l'ARS assure en continu un dispositif de veille et d'alerte sanitaire, elle coordonne également les programmes de prévention et de dépistage. Ses services interviennent enfin sur les questions de santé liées à l'environnement (qualité de l'eau, de l'air…).

-Veiller à la qualité et à la sécurité des soins à travers une mission dédiée aux relations avec les usagers. Dans le même temps, une nouvelle Conférence régionale de la santé et de l'autonomie sera installée au plan régional.

-Favoriser l'émergence de projets innovants, notamment dans le domaine de la e-santé.

- **Les collectivités locales (voir l'annexe pour complément):**

Elles participent aux différentes commissions des agences régionales de santé, à la mise en œuvre des programmes régionaux de santé. Pour une action publique territorialisée, elles peuvent mettre en place des contrats locaux de santé, réaliser des campagnes de prévention/ d'alerte et participer à la construction et au financement des établissements de santé.

<u>Plus précisément, les départements ont la compétence en matière d'action sociale et médico-sociale pour</u> :

- l'aide et l'action sociale en faveur des personnes âgées ;
- l'aide et l'action sociale en faveur des adultes handicapés (Maisons départementales des Personnes Handicapées);
- l'aide sociale à l'enfance;
- la protection maternelle et infantile;

- la lutte contre l'exclusion (RSA, fonds d'aide aux jeunes...).

Depuis le 7 août 2015, une nouvelle compétence obligatoire du Département issue de la loi NOTRe à pour but, pour une durée de 6 ans, de renforcer l'offre de services notamment dans les zones du département présentant un déficit d'accessibilité des services. Le département doit donc élaborer un Schéma Départemental d'Accessibilité des Services au Public.

Les communes ou EPCI ont la compétence en matière de politique de la ville et de police :

Les Communes et EPCI disposent de compétences en matière d'hygiène du milieu et de salubrité publique, mais également de compétences générales en santé publique (notamment sur les vaccinations, désinfection dans les cas de maladie contagieuse, etc.).

Plus généralement, en tant qu'élu local, il est possible d'agir sur la santé publique grâce aux compétences dévolues dans divers domaines : logement, aménagement urbain, cohésion sociale, petite enfance. Grâce à la connaissance fine des synergies locales, la capacité de l'élu à mobiliser services municipaux et réseaux d'acteurs, ainsi que son rôle de médiateur, il est possible d'améliorer l'accessibilité aux soins[12].

Extraits de la brochure INPES intitulée : « Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé : intérêt d'une approche locale et transversale ».

Source : http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/pdf/brochure-elus.pdf

Ce document est un plaidoyer destiné aux élus des communes et de leurs groupements. Il fournit toute une palette d'action pour œuvrer en faveur de l'accessibilité aux soins. Il insiste surtout sur l'aspect transversal de la thématique santé, qui peut être prise en compte dans une variété de politiques locales, en particulier l'urbanisme, l'habitat et la vie associative (voir ci-dessous).

[12] Dans les territoires urbains, c'est l'objectif majeur des Ateliers Santé Ville. Ces démarches sont particulièrement impliquées dans l'élaboration des Contrats locaux de santé signés entre les Agences régionales de santé et les collectivités territoriales.

AGIR SUR L'AMÉNAGEMENT URBAIN ET LES TRANSPORTS

QUELS LEVIERS POLITIQUES POUR AGIR ?

Le Plan Local d'Urbanisme (PLU) peut être un véritable levier pour transformer la ville en faveur de la santé :

- en favorisant la réalisation de quartiers « courtes distances » [9] et en développant les services de proximité, puisque l'étalement urbain et le manque de services sont les premières causes d'une faible pratique de la marche à pied (voir schéma ci-dessous) ;

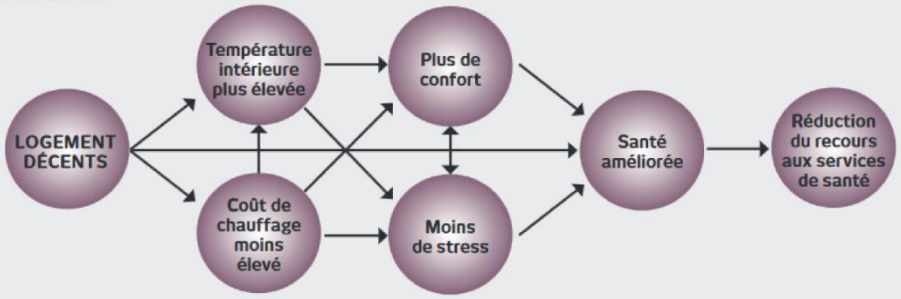
- en aménageant des espaces verts : le contact avec un environnement naturel a un impact positif sur la pression sanguine, le cholestérol et le bien-être [10] ;

- en créant des infrastructures collectives (pieds d'immeubles sécurisés, terrains de sport, parcs, lieux de convivialité et de rencontre) qui encouragent à la fois l'activité physique, le lien social et la mixité sociale.

Logement et santé

Un logement décent participe à l'instauration d'un cercle vertueux contribuant à l'amélioration de la santé de ses occupants et à la réduction des dépenses de santé.

Source : Green G. « Un nouveau cadre pour l'évaluation de l'impact des villes-santé européennes ». Présentation lors du séminaire « Évaluation des politiques et des actions locales de santé », Paris, mai 2009.



AGIR SUR LE LOGEMENT

Vous agissez déjà sur la santé *via* le logement :

- quand vous construisez sur votre commune des logements accessibles à tous, de Haute Qualité Environnementale (HQE) et des Bâtiments Basse Consommation (BBC), quand vous agissez auprès des bailleurs publics (loi SRU) ou privés, vous mettez en œuvre l'orientation du « pas de santé sans logement » ;

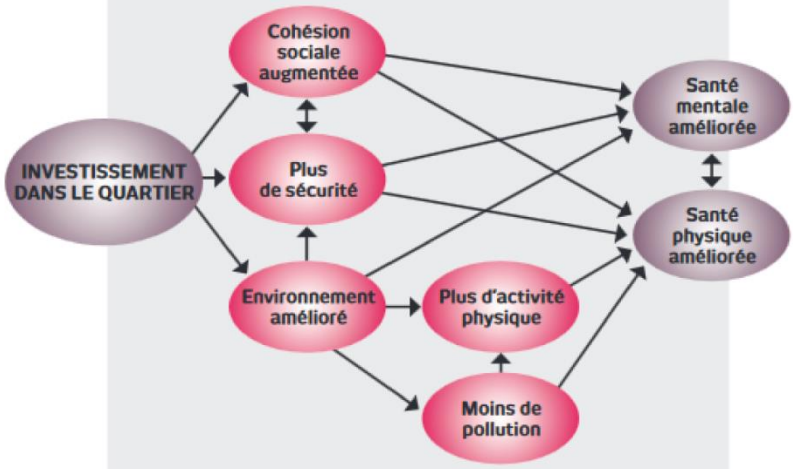
- quand vous travaillez au repérage des logements indignes en vous appuyant sur des données chiffrées et cartographiées, vous justifiez la pertinence de votre intervention [13] ;

- quand vous activez votre pouvoir de police générale[4] permettant d'intervenir au nom du règlement sanitaire départemental (RSD) ou quand vous refusez un permis de construire en cas de nuisances (notamment sonores) grâce au Code de l'urbanisme, vous protégez la santé de vos administrés.

AGIR SUR L'ANIMATION LOCALE ET LA VIE ASSOCIATIVE

Investir dans l'animation sociale bénéficie à la santé

Source : Green G. « Un nouveau cadre pour l'évaluation de l'impact des villes-santé européennes ». Présentation lors du séminaire « Évaluation des politiques et des actions locales de santé », Paris, mai 2009.



- Valoriser la participation citoyenne dans la création d'environnements favorables à la santé. En milieu rural, plusieurs expérimentations ont été menées par des communautés de communes autour d'un diagnostic participatif des besoins des populations en matière de santé. Par la suite, des actions en faveur de la santé ont été conduites en fonction des besoins exprimés. De nouveaux besoins ont émergé au fur et à mesure de l'apprentissage par les populations des « bons comportements » de santé.

- Mettre en place des réseaux de soutien volontaires basés sur le voisinage qui promeuvent l'entraide et l'échange : formation aux premiers secours, procuration de proximité (vote, réception d'un colis), « immeubles en fête » ou « fête des voisins »... De nombreuses villes ont par ailleurs développé des réseaux de solidarités de proximité à destination des seniors : veille sur les voisins âgés, transport bénévole des personnes âgées isolées...

- S'appuyer sur les instances de démocratie de proximité existantes : ainsi, dans les grandes villes, les conseils de quartier regroupent généralement des élus municipaux, des habitants, des personnalités représentatives et des associations. Ce sont des lieux d'information, de débat et de réflexion sur la vie du quartier, dans lesquels les questions relatives à la santé ont toute leur place.

- Développer l'expression de questions relatives à la santé dans toutes les enquêtes publiques (pour mieux évaluer l'impact en santé).

IV-Focus sur le territoire des Pyrénées-Orientales et du PPM

A/La Mise en action du Projet Régional de Santé dans les Pyrénées Orientales

Le Projet Régional de Santé dans le Languedoc-Roussillon a identifié les forces, faiblesses, menaces et opportunités dans le département des Pyrénées Orientales. Il insiste sur la centralisation accrue sur la plaine du Roussillon et la diminution d'installation de professionnels de santé pour l'accès aux soins, un enjeu particulièrement tangible sur le Pays Pyrénées Méditerranée.

Diagnostic synthétique de l'offre en santé relevé dans les différents schémas et programmes

Forces

- Création de l'hôpital transfrontalier de Puigcerdà
- Psychiatrie : présence d'un service pour détenus ; deux équipes mobiles fonctionnent (l'une en géronto-psychiatrie, l'autre en psychiatrie-précarité)
- Réseau gérontologique du Conflent
- Enfants et adultes handicapés : l'offre de prise en charge du département est jugée satisfaisante

Faiblesses

- Une offre de soins libérale inégalement répartie
- Médecins généralistes : hormis la plaine du Roussillon, le département des Pyrénées-Orientales est classé en territoire vulnérable
- Prévention - zones fragiles : Les Albères, le Fenouillèdes, le Pays Cerdan, le Haut Vallespir
- Manque de coordination en santé mentale des adolescents

Opportunités

- Le territoire est prioritaire pour la création d'EHPAD et de places d'alternative à l'hébergement (AJ-HT)
- 7 MSP : Bourg-Madame, Estagel, Font-Romeu, Latour de France, Les Angles, Saint-Paul-de-Fenouillet, Prades
- Une maison des adolescents à créer
- Reconstruction du CH : perspectives pour améliorer le parcours des personnes âgées

Menaces

- La centralisation accrue sur la plaine du Roussillon et la diminution d'installation de professionnels de santé dans l'arrière-pays entraînent une fragilité de ces territoires pour l'accès aux soins
- IRC : plus fort taux de dialyse en centre
- L'activité de SSR du plateau

Source : Extrait du Projet Régional de Santé Languedoc Roussillon.

ZOOM. Le PPM : et les enjeux transfrontaliers :

Le Pays Pyrénées-Méditerranée partage avec l'Espagne une frontière de plus de 120 Km. Comprenant des espaces montagneux, enclavés, transfrontaliers, le territoire accueille-du fait de son activité économique-des populations aux emplois saisonniers.

Les enjeux transfrontaliers en santé ont déjà abouti sur des projets concrets dans la région. A ce titre, l'hôpital transfrontalier de Puigcerdá assure des services de chirurgie et obstétrie. Sa gestion est privée par délégation publique. Il fournit des soins médicaux à plusieurs milliers d'habitants de part et d'autre de la vallée de Cerdagne. Actuellement, une convention entre l'hôpital de Puigcerdá, le centre hospitalier de Perpignan et le Conseil général permet aux femmes enceintes d'accoucher en

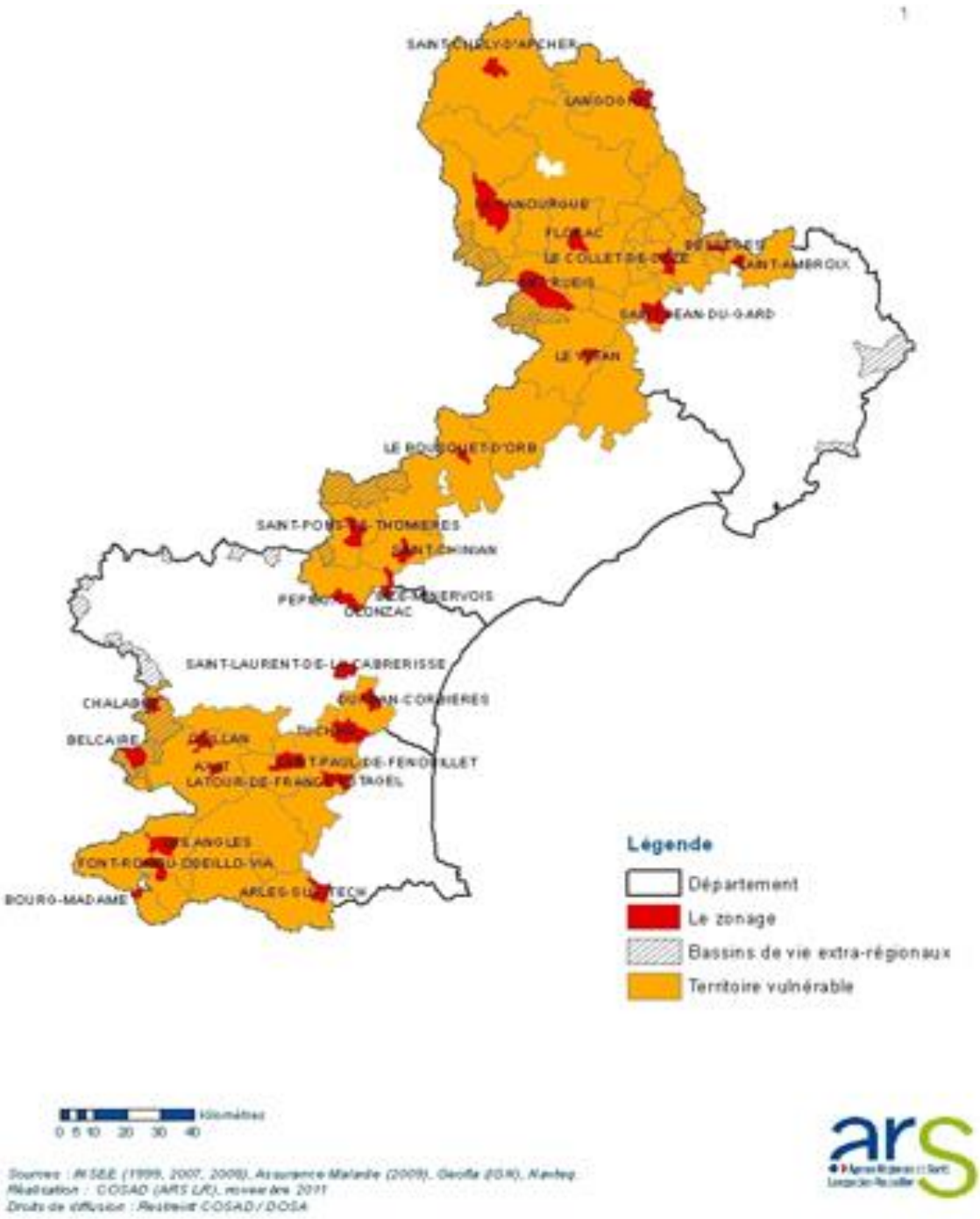
Espagne et d'être suivies par une équipe française, cela représente en moyenne une cinquantaine d'accouchements par an.

Dans le territoire du PPM, on peut donner l'exemple du Perthus en Cerdagne. La Cerdagne est « coupée » en deux administrativement se déploie sur le territoire espagnol et français. Elle possède une identité catalane commune et forte dans deux départements (P.O/France. et Gérone/Catalogne). Le médecin généraliste du Perthus répond à la demande de soins des habitants français et espagnols. Ainsi, si la problématique des soins en territoire transfrontalier est réelle, cela offre de nombreuses perspectives de développement et permet d'envisager des projets en commun à l'échelle transfrontalière**.**

B/La problématique du zonage des territoires vulnérables : une contrainte forte pour le Pays Pyrénées Méditerranée.

Dans le cadre du schéma d'organisation des soins ambulatoires, l'Agence Régionale de Santé Languedoc Roussillon a défini des territoires à démographie médicale fragile, il s'agit des territoires vulnérables et à l'intérieur de ceux-ci sont définies les communes du zonage où seront soutenues les installations de médecins et de maisons/pôles/centres de santé. Pour définir ces zones, l'ARS s'est basée sur la démographie médicale (médecins généralistes) mais avait des contraintes régionales et nationales sur le nombre de population maximale qui pouvait être inscrite. Pour le Languedoc Roussillon, ce maximum était largement atteint donc seule Arles sur Tech, dans le Pays Pyrénées Méditerranée a été inscrite "fragile", donc pouvait bénéficier des subventions, alors que des Communes comme Prats-de-Mollo et Saint Laurent sont dans une situation quasi similaire. Aujourd'hui, un projet de maison de santé à Arles-sur-Tech avec une annexe à saint-Laurent-de-Cerdans et une autre à Prats-de-Mollo sont en cours.

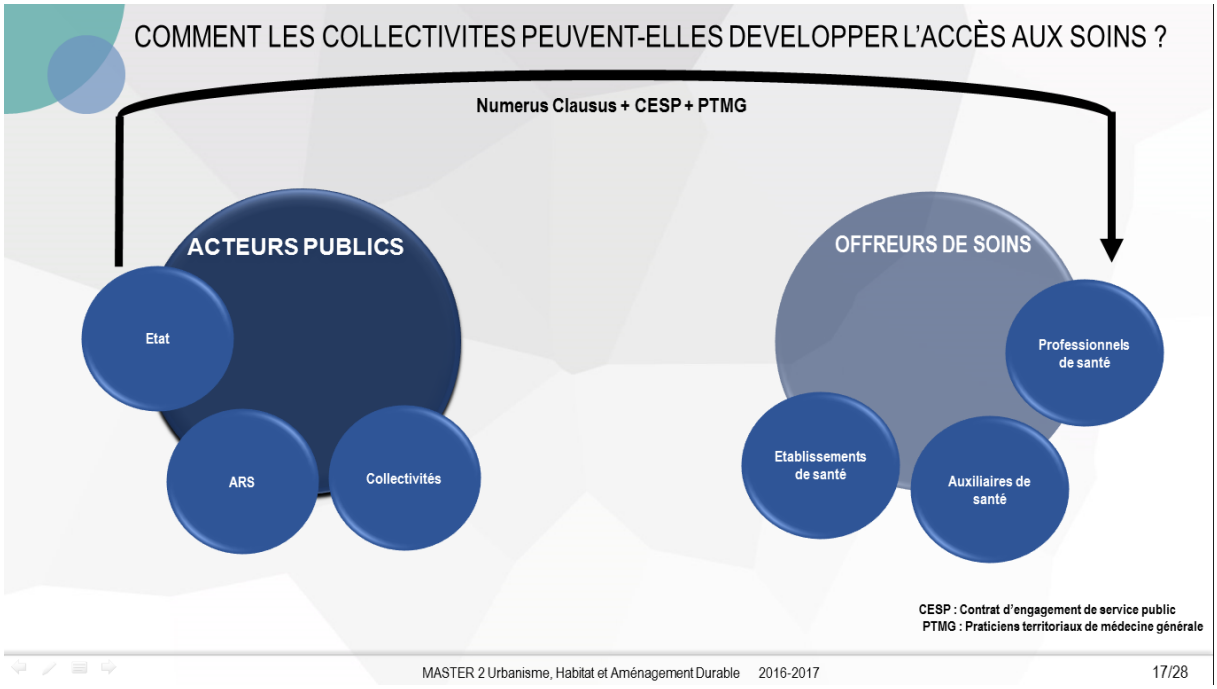
Un nouveau classement national est en cours, mais avec un nombre maximal de population concernée moins élevé. Ainsi, de nombreux financeurs ouvrent leurs subventions même aux zones seulement sensibles (en fait, quasiment aussi démunies en médecins). En 2017, les financements (région a minima) devraient alors être plus ouverts.



Source : http://www.ars.languedocroussillon.sante.fr/Contrat-d-engagement-de-servic.123885.0.html

Les outils existants pour favoriser l'implantation des professionnels (seulement pour les territoires vulnérables)

Du fait de leur statut de profession libérale, les médecins bénéficient du principe de liberté d'installation, consacré par la loi n° 71-525 du 3 juillet 1971. Pour favoriser l'implantation des médecins, ils existent différentes mesures qui se caractérisent par leur hétérogénéité.



-Concernant les étudiants en médecine :

- numerus clausus qui fixe depuis 1979, par arrêté ministériel, le nombre d'étudiants admis en deuxième année
- contrat d'engagement de service public – CESP : Proposer aux étudiants et aux internes en médecine **une allocation mensuelle** (de 1 200€).**En échange, les bénéficiaires s'engagent** (pendant un nombre d'années égal à celui durant lequel ils auront perçu l'allocation et pour 2 ans minimum) **à choisir une spécialité moins représentée ou à s'installer dans une zone sous-dotée.**

-Concernant les médecins professionnels :

- contrat de praticiens territoriaux de médecine générale – PTMG) ; il s'adresse aux jeunes médecins généralistes qui ne sont pas encore installés ou installés depuis moins d'un an.

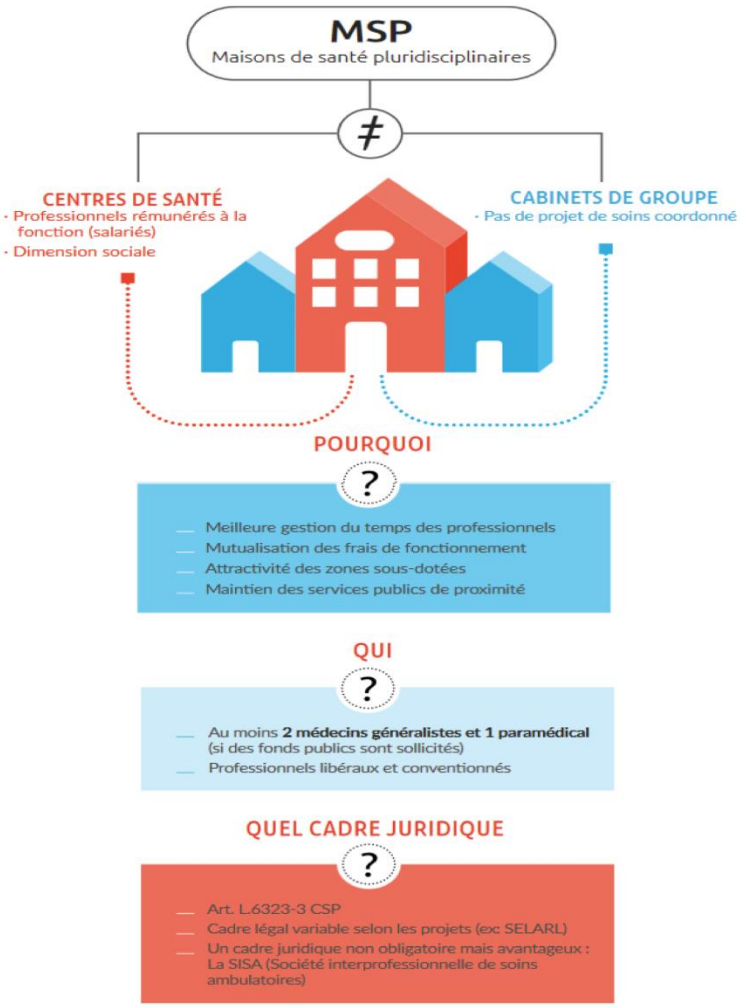
Sous condition[13] : rémunération mensuelle garantie et déductions fiscales. Les agences régionales de santé ont été chargées de mettre en œuvre le dispositif.

La mise en œuvre de ces dispositifs s'effectue généralement au niveau de l'ARS et de l'Etat, néanmoins, les collectivités peuvent s'impliquer dans l'installation des médecins.

Les Régions peuvent encourager, par une aide financière, l'installation de médecins généralistes en zones rurales ou de montagne. De même, elles peuvent contribuer à la formation de nouveaux maîtres de stages et soutenir financièrement les internes qui s'engagent à y effectuer leur stage.

Les départements, au-delà de leurs compétences obligatoires en matière d'action sociale et médico-sociale, peuvent décider de mettre en œuvre des politiques volontaristes.

La problématique de l'implantation des maisons de santé pluridisciplinaires (territoires vulnérables)



La MSP est un mode d'exercice libéral qui rassemble des professionnels médicaux et paramédicaux autour d'un projet de soins commun et un partage de moyens. En ce sens ce n'est pas une juxtaposition de cabinets libéraux, ni un simple projet immobilier.

Art. L 6323-3 du code de la santé publique

-Les maisons de santé 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.
-Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux.
-Les professionnels médicaux et auxiliaires médicauxexerçant dans une maison de santé élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonnéet conforme aux orientations des Schémas Régionaux d'Organisation des Soins. Tout membre de la maisonde santé adhère à ce projet de santé. Celui-ci est transmis pour information à l'agence régionale de santé.

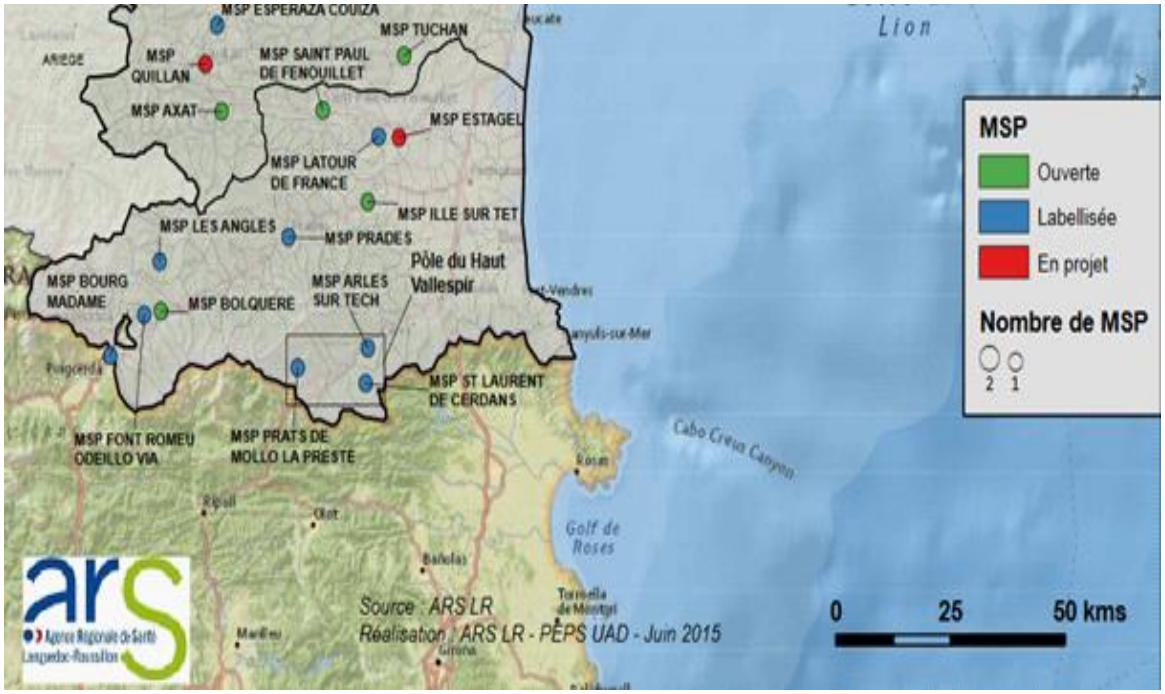
Les MSP doivent répondre au cahier des charges du Ministère de la Santé qui impose : un bassin de vie de 3 000 habitants minimum en territoire vulnérable ou en Quartier Prioritaire Politique de la Ville (QPPV), et une équipe de professionnels de santé libéraux composée d'au moins 2 médecins généralistes et un auxiliaire médical (infirmier ou kinésithérapeute).

[13] Vous devez être installé ou vous installer dans une zone dont l'offre de soins est déficitaire, assurer au moins 165 consultations par mois, pratiquer les tarifs de secteur I remboursés par l'assurance maladie et participer à la permanence des soins ambulatoire.

Source :http://www.urpsml-lr.org/wp-content/uploads/2013/07/Guide-MSP-URPS-ML-LR-04-07-20131.pdf

Après validation du projet de santé par l'ARS, les dossiers sont présentés en Comité régional de sélection (co-présidé par le Préfet de Région et la DGARS) des maisons de santé pluri-professionnelles en vue d'une labellisation.

Aides financières apportées par l'ARS sur les crédits du Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) font l'objet d'un Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens CPOM) entre l'ARS et les porteurs de projets, obligatoirement des professionnels de santé.



Source : ARS, 2013.

- **<u>Détail des financements des pôles, maisons et centres de santé</u>**

Le financement des pôles ou maisons de santé peut-être privé ou public. Dans le premier cas il provient de professionnels de santé ou de porteur(s) de projet privé. Dans le second cas il est issu de fonds publics. Les fonds publics sont délivrés par différents organismes en fonction de la destination du financement.

Ainsi, le Conseil régional, le Conseil départemental, les communautés de communes, l'ARS fournissent une aide pour l'accompagnement du projet. Concernant la construction ou la réhabilitation d'un local, l'Europe, l'Etat, le Conseil régional, le Conseil départemental, les

communautés de communes peuvent participer. L'aide au démarrage pour les premières années de fonctionnement se fait par l'ARS. Une aide peut également être octroyée par le Conseil régional en cas de mise en œuvre de systèmes informatiques.

Le financement des pôles et maisons de santé en fonction des étapes de leur création

Etape de réalisation des pôles et maisons de santé	Structures donnant un financement
Accompagnement du projet	- Conseil régional - Conseil départemental - Communautés de communes - ARS
Construction/ Réhabilitation d'un local	- Europe - Etat - Conseil régional - Conseil départemental - Communautés de communes
Aide au démarrage	- ARS
Mise en œuvre de systèmes informatiques	- Conseil régional

Le financement pour le fonctionnement des centres de santé est assuré par la facturation à l'Assurance Maladie des actes réalisés par les professionnels de santé. De plus, les centres de santé peuvent bénéficier, sous certaines conditions, de financements de la part de l'Assurance maladie correspondants à une subvention CPAM et à une aide forfaitaire, mais aussi de la part des collectivités territoriales (Conseil régional, Conseil départemental, Conseil municipal) ou encore de la part de l'ARS via le biais du Fonds d'Intervention Régional (FIS).

C/L'absence de Contrats Locaux de Santé dans le Pays Pyrénées Méditerranée

Le contrat local de santé est construit à partir d'un diagnostic participatif partagé élaboré par l'ARS, la collectivité territoriale concernée et ses partenaires. Ce diagnostic décrit la situation sanitaire, économique et sociale ainsi que l'offre en santé d'un territoire donné. Les Contrats locaux de santé permettent de développer, dans les collectivités locales éligibles, des moyens d'observation, de mobilisation et de coordination des ressources sanitaires. Il n'existe pas de Contrats Locaux de Santé dans le Pays Pyrénées Méditerranée.

PARTIE N°4 : Benchmarking

Atelier de développement local

Accessibilité aux services de soins médicaux dans le Pays Pyrénées-Méditerranée

Dans le cadre de **l'atelier de développement local,** notre tâche consiste à **réaliser un benchmarking des actions et retours d'expériences réussies** en France et à l'étranger, **sur l'accessibilité aux soins médicaux, qui pourront être transposable au territoire d'étude.**

Pour une meilleure compréhension, nous avons réalisés de manière synthétique **des fiches explicatives** pour chaque exemple recensés.

Celles-ci contiennent :

- ✓ La localisation géographique du territoire sur lequel est menée l'action
- ✓ La densité médicale du territoire concerné et sa densité de population
- ✓ Le périmètre concerné par l'expérience (Bassin de santé Intermédiaire etc…)
- ✓ Un descriptif de l'action menée
- ✓ Les acteurs mis en relation
- ✓ Le mode contractuel
- ✓ Et dans le cas échéant le montage financier pour la mise en place de l'action

Code couleur d'indication de densité

	FAIBLE	MOYEN	FORT
DENSITÉ DE POPULATION	Inférieur à 100	Entre 100 et 200	Supérieur à 200
DENSITÉ MÉDICALE	De 0 à 9,1	De 9,2 à 9,9	De 10, 12,7 et plus

Ces différentes fiches sont ensuite classées en fonctions de leurs catégories d'interventions. Nous avons typée 6 catégories distinctes :

- **Les leviers d'actions pour favoriser l'installation de jeunes médecins (Fiche 1)**
  - Favoriser l'exercice temporaire pour faire découvrir le territoire
  - Proposer aux jeunes médecins généralistes de nouveaux cadres d'exercice
  - Communiquer auprès des internes et des jeunes médecins généralistes

- **La territorialisation de l'action publique de santé (Fiche 2 à 5)**

Découlant directement de la loi Hôpital ,Patients ,Santé ,Territoires (HPTS), ces mesures visent à faciliter au sein d'un même territoire la création de document de planification de l'action publique sur la santé en permettant une véritable coopération entre les acteurs privés et les acteurs publics pour œuvrer de manière efficace.
Cette coopération peut déboucher sur :

- La création d'un Programme Territorial de Santé (PTS), d'un Contrat Local de Santé (CLS)
- La définition de nouveau périmètre d'action : Les Bassins de Santé Intermédiaire (BSI)
- Création d'un maillage/réseau structurant entre l'ARS, le Département (qui possède la compétence santé) et le groupement de communes qui souhaite améliorer l'accessibilité aux soins sur son territoire
- La Création d'un pôle de santé intercommunal pour la mutualisation et la centralisation des services médicaux
- La commune de Saint-Céré : L'élaboration d'un contrat de Praticien Territorial de la Médecine Générale (PTMG), fournissant une dotation pour les jeunes médecins voulant s'installer sur un territoire rural

- **Les nouveaux systèmes de mobilité pour l'accessibilité aux soins (Fiche 6 à 8)**
  - HEAL au Etats-Unis : développement d'une application pour améliorer l'accessibilité aux soins
  - La région Picardie : proposition d'une unité de santé mobile avec la création d'un bus santé
  - Le Pays Cœur d'Hérault : la mise en place d'une Unité Mobile de l'Urgence et de la Permanence des Soins

- **La création de bourse d'étude pour les jeunes médecins (Fiche 9)**
  - Conseil Départemental de l'Allier : La mise en place un dispositif de bourse d'étude intitulé le « PROGRAMME WANTED » pour proposer un projet professionnel aux jeunes médecins

- **La communication afin d'encourager les médecins généralistes à accueillir les jeunes médecins (Fiche 10)**
  - Agglomération Nouvelle du Sénart : Création d'un guide pratique pour inciter l'installation et proposer une mise en réseaux avec les médecins du territoire

- **Les nouvelles technologies (Fiche 11 à 13)**
  - Développement des réseaux et mutualisations des dossiers médicaux entre les médecins d'un même territoire : exemple La plateforme "El Païs"
  - Le développement de la télé-imagerie aux services des personnes les plus isolées : le projet télé AVC en Languedoc-Roussillon

Pour l'ensemble des exemples mentionnés, une certaine r**écurrence apparaît aux niveaux des acteurs** qui se sont mobilisés.

En effet, au niveau des **acteurs publics** mis en relation, on constate que ce sont principalement l'**Agence Régional de Santé** (de la région concernée), les **conseils Départementaux** (compétence Santé), et **les collectivités locales qui sont cités.** En ce qui concerne **les acteurs privés**, il s'agit essentiellement **des médecins généralistes et les centres hospitaliers du territoire concerné.**

Atelier de développement local : Fiche 1

Accessibilité aux services de soins médicaux dans le Pays Pyrénées-Méditerranée

Comment attirer les médecins dans les territoires ruraux ?

LES FACTEURS D'ATTRACTIVITÉ

La qualité et le cadre de vie offerts sur un territoire (proximité de la mer et/ou de la nature, climat agréable, agglomération de taille moyenne, distance domicile-travail entre 15 et 30 minutes)

L'existence et la qualité d'un projet professionnel collectif sur le territoire, porté par des confrères (maison de santé pluri-professionnelle, cabinet de groupe)

Les possibilités d'emploi du conjoint offertes sur le territoire

L'accompagnement dans les démarches d'installation : recherche et mise à disposition de locaux, démarches administratives, insertion professionnelle du conjoint

La présence de confrères sur le territoire et de professionnelles paramédicaux

L'existence de services à la population, équipements et infrastructures sur le territoire

Source : cget.gouv.fr

LES LEVIERS D'ACTION POUR FAVORISER L'INSTALLATION DES JEUNES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

FAVORISER L'EXERCICE TEMPORAIRE POUR FAIRE DÉCOUVRIR LE TERRITOIRE

- développer les dispositifs de formation initiale au niveau local ;
- accompagner et inciter les médecins généralistes d'un territoire à devenir maîtres de stage ;
- mettre en place des dispositifs d'accompagnement et des aides pour limiter les freins à la venue de stagiaires et remplaçants sur un territoire.

PROPOSER AUX JEUNES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE NOUVEAUX CADRES D'EXERCICE

- encourager les professionnels à se regrouper ;
- proposer un exercice salarié, un temps de travail maîtrisé et faciliter l'exercice à temps partiel sur plusieurs lieux ;
- permettre aux jeunes médecins d'exercer sur un territoire, dans un cadre libéral, sans s'installer définitivement en cabinet ;
- décharger les médecins des tâches extra-médicales par des aides ciblées.

COMMUNIQUER AUPRÈS DES INTERNES ET DES JEUNES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

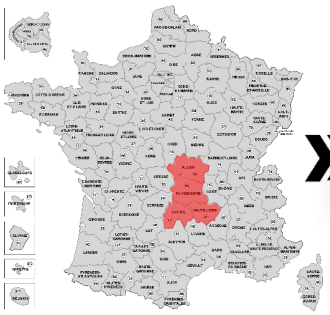
- assurer la cohérence et l'efficacité de la diffusion de l'information au niveau régional ;
- promouvoir les territoires et valoriser leurs atouts auprès des médecins ;
- compenser les freins à l'installation et les faiblesses d'un territoire par des incitations financières.

Atelier de développement local : Fiche 2

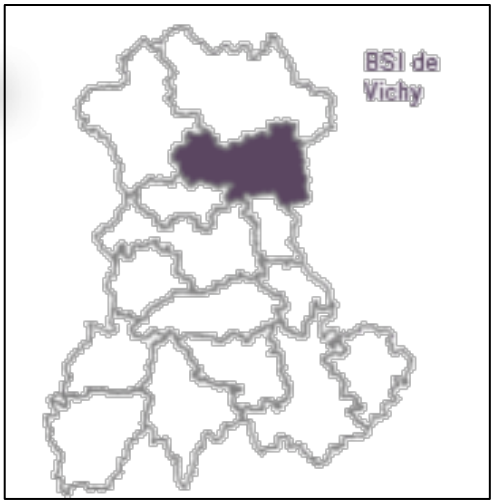
Accessibilité aux services de soins médicaux dans le Pays Pyrénées-Méditerranée

CONTEXTUALISATION

LOCALISATION



En Auvergne, dans le Bassin de santé Intermédiaire de Vichy



DESCRIPTION DU TERRITOIRE

121 801 habitants

6,5 médecins généralistes libéraux pour 10 000 habitants

Densité 62,3 habitants/km²

PÉRIMÈTRE CONCERNÉ : En Auvergne, dans le Bassin de santé Intermédiaire de Vichy

DESCRIPTION DE L'ACTION : mise en place d'un PTS : programmes territoriaux de santé de VICHY en 2012

Le PRS : Le projet régional de santé est décliné au plus près de la population sur les territoires par la mise en place d'actions concrètes. Leurs programmations passent par l'élaboration de **programmes territoriaux de santé (PTS**) au niveau des bassins de santé intermédiaires.

Orientations portant sur l'accès aux soins, la prévention et la promotion de la santé
Objectif 1 : améliorer l'accès aux services,
Objectif 2 : promouvoir la santé auprès des différents publics dans une approche globale et coordonnée.

Orientations portant sur l'évolution du dispositif« Santé Mentale et Addictions »
Objectif 1 : structurer les actions pour améliorer la lisibilité,
Objectif 2 : adapter les interventions aux caractéristiques de certaines populations.

Orientations portant sur l'adaptation des dispositifs aux besoins des personnes handicapées
Objectif 1 : diversifier les réponses et favoriser les coopérations,
Objectif 2 : améliorer la qualité des réponses apportées.

Orientations portant sur l'accompagnement du vieillissement
Objectif 1 : améliorer la qualité des prises en charge et adapter les réponses,
Objectif 2 : fluidifier les parcours de vie et de soins.

ACTEURS MIS EN RELATION : ARS, Région, collectivité

MODE CONTRACTUEL : Programmes territoriaux de santé

Atelier de développement local : Fiche 3

Accessibilité aux services de soins médicaux dans le Pays Pyrénées-Méditerranée

CONTEXTUALISATION

LOCALISATION :

Pays des Combrailles, dans le Puy-de-Dôme

DESCRIPTION DU TERRITOIRE

46 118 habitants

8,6 médecins généralistes libéraux pour 10 000 habitants

Densité 26 habitants/km²

PÉRIMÈTRE CONCERNÉ : Pays des Combrailles, dans le Puy-de-Dôme

DESCRIPTION DE L'ACTION : Mise en place d'un Contrat Local de Santé en 2013

L'objectif principal est la réduction de l'inégalité territoriale d'accès aux soins à travers plusieurs projets portés par les actions du C.L.S. (dépistage des rétinopathies, de la D.M.L.A., implantation de la télémédecine pour faciliter l'accès à des consultations de spécialistes absents du territoire…).

Le C.L.S comporte 23 actions concrètes construites autour de 5 axes majeurs pour le Pays des Combrailles, identifiés lors du diagnostic concernant l'offre de soins réalisée préalablement sur le territoire

1. Maintenir une offre de soins de qualité sur le territoire.
2. Organiser la prise en charge des urgences en tenant compte des spécificités géographiques et de la population.
3. Créer un parcours de santé des personnes âgées en situation de perte d'autonomie.
4. Lutter contre la précarité et l'exclusion du système de soins sur le territoire.
5. Améliorer l'espérance de vie en bonne santé.

ACTEURS MIS EN RELATION : L'Agence Régionale de Santé Auvergne (A.R.S.), le S.M.A.D. des Combrailles, l'association AVENIR SANTE COMBRAILLES, le Pôle de Santé de Haute- Combraille (P.S.H.C.), le C.H.U. de Clermont- Ferrand, la C.P.A.M., la M.S.A., la C.A.R.S.A.T., l'association régionale d'éducation et de prévention à la santé sur les territoires d'Auvergne (A.R.S.E.P.T.), la Mutualité Française Auvergne, la Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand.

MODE CONTRACTUEL : Contrat local de santé

Atelier de développement local : Fiche 4

Accessibilité aux services de soins médicaux dans le Pays Pyrénées-Méditerranée

CONTEXTUALISATION

LOCALISATION :

Pays des Combrailles, dans le Puy-de-Dôme

DESCRIPTION DU TERRITOIRE

46 118 habitants

8,6 médecins généralistes libéraux pour 10 000 habitants

Densité 26 habitants/km²

PÉRIMÈTRE CONCERNÉ : Pays des Combrailles, dans le Puy-de-Dôme

DESCRIPTION DE L'ACTION : Création **d'un pôle et d'une stratégie territoriale** pour la mise en réseau et la coopération entre professionnels de santé **en 2012**

La stratégie définit :

- un pôle multi-sites autour de 4 zones de santé avec un regroupement de 7 professionnels de santé (3 médecins, 2 cabinets IDE, 1 dentiste, et 1 cabinet de kinésithérapeute
- des mutualisations de moyens au sein de chaque zone (matérielle, humaine, logistique et technique)
- des outils de coopération sur le territoire ;
- des thématiques d'interventions prioritaires (personnes âgées, prévention, etc.).

ACTEURS MIS EN RELATION : Communautés de Communes du Pays des Combrailles ; professionnels de santé (médecins, CHU) ; agence régionale de santé (ARS) ; association régionale d'éducation et de prévention à la santé sur les territoires d'Auvergne; conseil régional.

MODE CONTRACTUEL : Contact local de santé, Stratégie Territoriale de santé co-élaboré avec les différents partenariats

MONTAGE FINANCIER : L'ARS finance par le biais de la loi de financement de la sécurité sociale de 2007

Pour le financement, l'ARS peut mobiliser le FIQCS (Financement d'actions de coordination des soins), les dotations de l'état (dotation globale d'équipement, dotation développement rural, fonds national d'aménagement du territoire)

Il y a des financements spécifiques possibles dans le cadre de l'appel à projet "pôle d'excellence rurale" (PER)

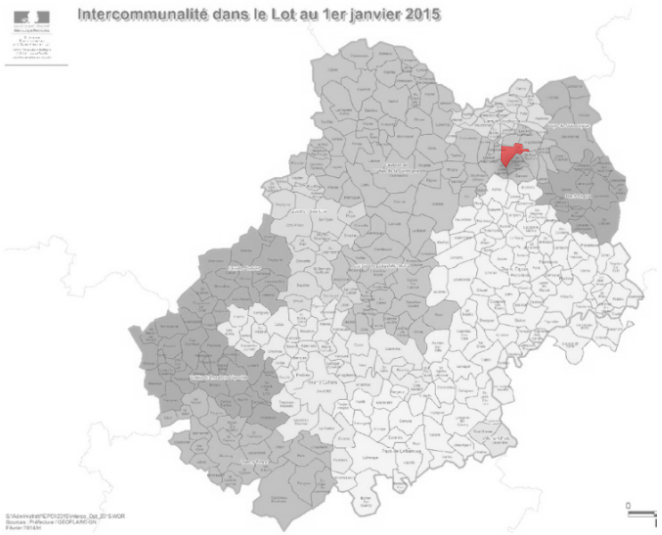
Atelier de développement local : Fiche 5

Accessibilité aux services de soins médicaux dans le Pays Pyrénées-Méditerranée

CONTEXTUALISATION

LOCALISATION

COMMUNE DE SAINT-CÉRÉ



DESCRIPTION DU TERRITOIRE

3 515 habitants

8,8 médecins généralistes libéraux pour 10 000 habitants

Densité 312 habitants/m²

PÉRIMÈTRE CONCERNÉ : La commune de Saint-Céré

DESCRIPTION DE L'ACTION : Contrat de Praticien territorial de médecine générale **(PTMG)** en 2013

Il permet une garantie de revenus et une protection sociale améliorée, en sécurisant les médecins leurs deux premières années d'installation. Sous réserve d'un minimum d'activité, le bénéficiaire perçoit un complément de rémunération garantissant un revenu net mensuel de 3 640 euros.

En Midi-Pyrénées, selon l'agence régionale de santé, un tiers des 6.000 médecins pourrait partir à la retraite d'ici 5 ans. Guettée par cette désertification rurale, la commune de Saint-Céré a réagi. Après trois ans de recherche, deux généralistes, une Espagnole et une Roumaine viennent tout juste d'être recrutées.

ACTEURS MIS EN RELATION : ARS et les médecins souhaitant bénéficier de l'offre Le temps de fidéliser les patients, l'agence de santé leur garantit une rémunération de 3.600 euros net par mois pendant deux ans maximum

MODE CONTRACTUEL : Contrat de Praticien territorial de médecine générale, Pacte santé territorial

MONTAGE FINANCIER : Complément de rémunération versé par l'ARS

Sous réserve d'un minimum d'activité (165 consultations), un complément de rémunération de 3640 maximum est versé par l'ARS pour garantir un revenu mensuel de 6900 brut/mois.

Atelier de développement local : Fiche 6

Accessibilité aux services de soins médicaux dans le Pays Pyrénées-Méditerranée

CONTEXTUALISATION

LOCALISATION :

Etats-Unis

PÉRIMÈTRE CONCERNÉ : **Etat Unis, San Francisco et dans 15 autres villes des États-Unis.**

DESCRIPTION DE L'ACTION : L'application « Heal » en 2015

Commander un médecin comme on commande un taxi avec l'application UBER qui offre un lien privilégié entre des praticiens et des patients.

Le programme, téléchargeable sur tout type d'appareil, est intitulé Heal et fonctionne sur le même modèle que l'application UBER qui permet de commander un taxi. Heal met en relation des généralistes, des pédiatres et des malades. Le patient qui est géo-localisé, décrit sur son smartphone ses symptômes en les choisissant dans une liste déroulante. Le paiement est effectué, avant la consultation et le déplacement du thérapeute, grâce au numéro de carte de crédit de l'utilisateur, préenregistrée lors l'inscription au service. Le malade accèdera au répertoire des médecins en ligne proches de son domicile, avec les références du praticien, sa spécialité et aussi sa photo - sans qu'on sache vraiment en quoi elle peut bien être utile.

Le coût minimum de ces visites à domicile est de 90 dollars et le service fonctionne 7 jours sur 7 entre 8 et 20 heures. La consultation est effectuée dans un délai ne dépassant pas une heure et chaque thérapeute est accompagné d'un assistant pour les soins. Moyennant une contribution supplémentaire de 20 dollars le patient bénéficiera en plus des médicaments qui lui auront été prescrits

ACTEURS MIS EN RELATION : usager de l'application , praticiens affiliés à des hôpitaux reconnus

MODE CONTRACTUEL : le site internet

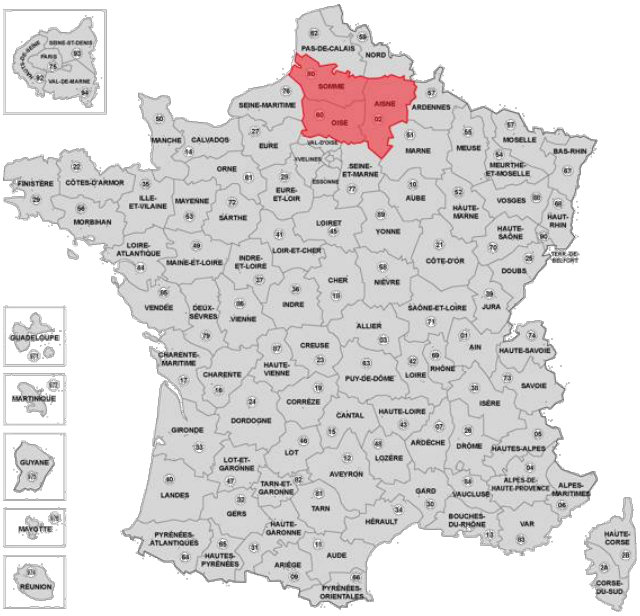
Atelier de développement local : Fiche 7

Accessibilité aux services de soins médicaux dans le Pays Pyrénées-Méditerranée

CONTEXTUALISATION

LOCALISATION :

Région Picardie



DESCRIPTION DU TERRITOIRE

1,925 million habitants

25 médecins généralistes libéraux pour 10 000 habitants

Densité **99** habitants/km²

PÉRIMÈTRE CONCERNÉ : **Région Picardie**

DESCRIPTION DE L'ACTION : « BUS SANTE » en 2009

Ce cabinet médical mobile de la **Mutualité Française Picardie** propose des consultations gratuites aux habitants des villages les plus isolés de Picardie.
Il sillonne les petites routes de Picardie, la région française la plus déshéritée en médecins

Le bus reste 2 à 3 jours dans les villages sur la place de la mairie pour être le plus visible possible, l'infirmier, l'élève infirmière et l'assistante sociale de permanence attendent des visiteurs.
Une demi-heure est prévue par personne, avec un interrogatoire complet portant sur l'état de santé, les vaccinations, les habitudes alimentaires, l'activité physique, la participation aux programmes de dépistage des cancers du sein et du colon, les consommations d'alcool et de drogue…
Le bus repasse une dizaine de jours plus tard dans le village avec un médecin à son bord, pour voir ceux qui nécessitent des examens complémentaires, prises de sang notamment.

ACTEURS MIS EN RELATION : ARS, Conseil Régional, Conseils généraux, GCS e-santé, Centres Hospitaliers, Structures de gestion en charge du dépistage organisé, Collectivités, Professionnels de santé, Mutuelles santé

MODE CONTRACTUEL : Partenariat

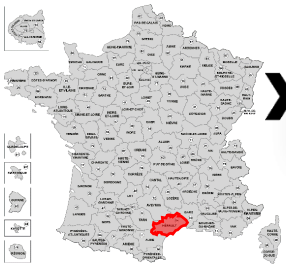
MONTAGE FINANCIER : Le Bus et l'agencement du bus est payé par la mutualité française. Les équipements du bus sont pris en charge par la Région Picardie. La totalité du projet a couté 150 000 euros.

Atelier de développement local : Fiche 8

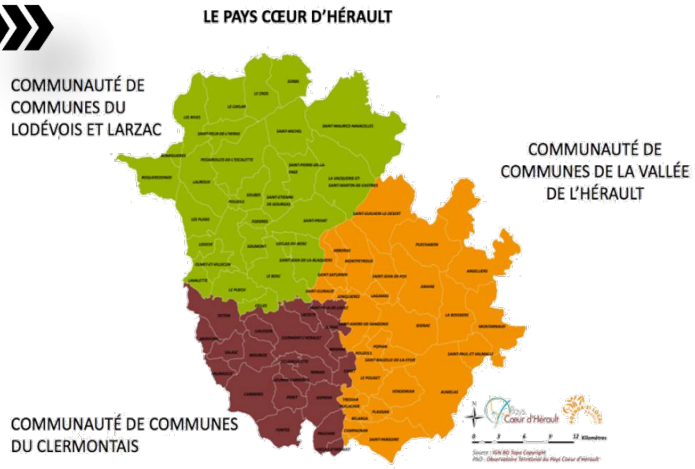
Accessibilité aux services de soins médicaux dans le Pays Pyrénées-Méditerranée

CONTEXTUALISATION

LOCALISATION :



Pays cœur d'Hérault



DESCRIPTION DU TERRITOIRE

75 000 habitants

14,8 médecins généralistes libéraux pour 10 000 habitants

Densité 56 habitants/km²

PÉRIMÈTRE CONCERNÉ : Pays cœur d'Hérault

DESCRIPTION DE L'ACTION : Mise en place d'une Unité Mobile de l'Urgence et de la Permanence des Soins sur le Cœur d'Hérault en 2013.

Il s'agit d'une unité de soins composée d'un médecin, d'un sapeur-pompier et d'un véhicule équipé qui est déclenché par le centre 15.

Elle assure les permanences le vendredi, samedi et dimanche en ce qui concerne les missions d'aide médicale urgentes et de permanence des soins mobiles.

Intervention plus rapide sur le Pays, temps d'attente réduit par rapport aux SAMU venant de Montpellier
Permanence de soins mobiles : Visite dans les EHPAD/Certificats de décès

ACTEURS MIS EN RELATION : Agence région ARS de Languedoc Roussillon, SDIS Hérault CHU Montpelier, CHU Clémont -Hérault, association des médecins correspondant au SAMU de Hérault, Caisse primaire assurance maladie de Hérault

MODE CONTRACTUEL : Contrat Local de Santé

MONTAGE FINANCIER : Le pays cœur d'Hérault finance à hauteur de 25 000 euros par an cette unité mobile. Chaque communes composant ce pays reverse donc 8400 euros / ans pour le financement de l'unité mobile.

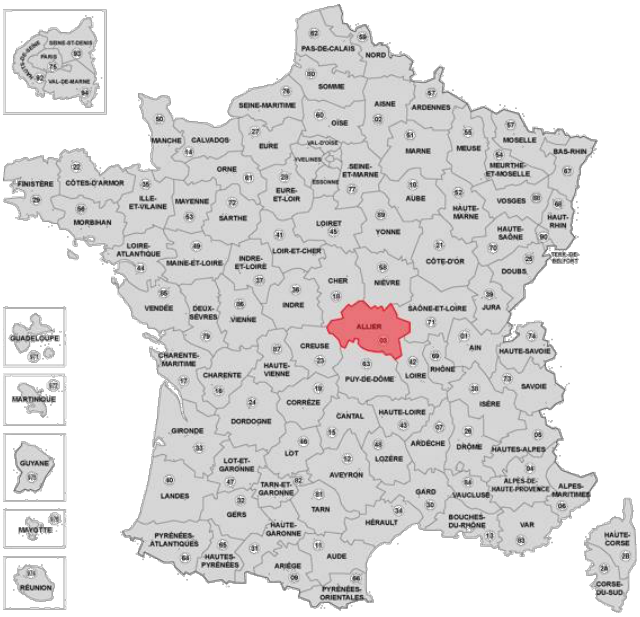
Atelier de développement local : Fiche 9

Accessibilité aux services de soins médicaux dans le Pays Pyrénées-Méditerranée

CONTEXTUALISATION

LOCALISATION :

Le conseil général de l'Allier



DESCRIPTION DU TERRITOIRE

343 431 habitants

9,3 médecins généralistes libéraux pour 10 000 habitants

Densité 46,8 habitants/km²

PÉRIMÈTRE CONCERNÉ : Le conseil général de l'Allier

DESCRIPTION DE L'ACTION : Mise en place un dispositif de bourse d'étude « PROGRAMME WANTED » et de projet professionnel en 2012.

Il s'adresse aux étudiants de 3e cycle de médecine générale qui s'engagent à s'installer dans les zones de son territoire déficitaires en offre de soins, pour une durée d'au moins six ans. Ce dispositif bénéficie d'un large plan de communication.

ACTEURS MIS EN RELATION : Agence régionale de santé (ARS) ; conseil général ; union régionale des professionnels de santé (URPS) ; élus du territoire ; universités ; associations étudiantes.

MODE CONTRACTUEL : création d'une bourse

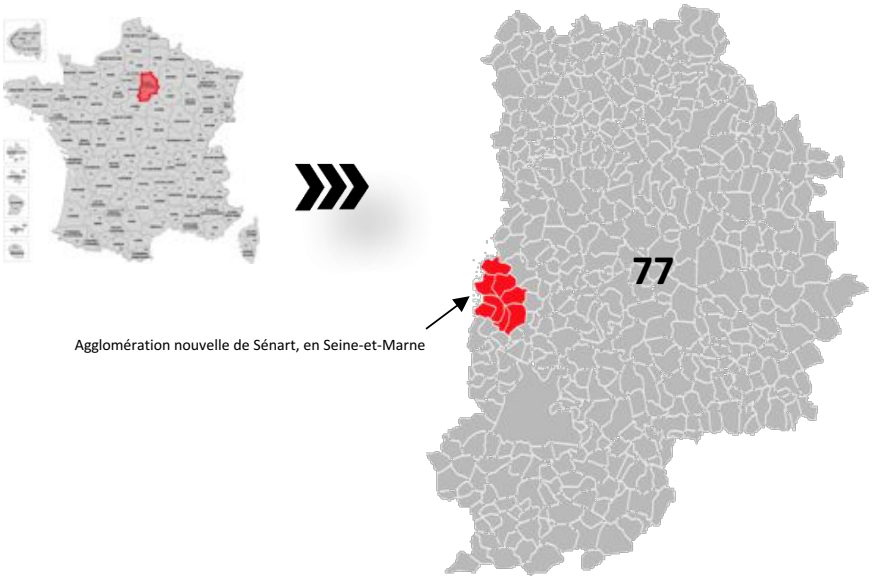
MONTAGE FINANCIER : Subventions sous forme de bourse dans le cadre de la compétence santé de la collectivité.

Atelier de développement local : Fiche 10

Accessibilité aux services de soins médicaux dans le Pays Pyrénées-Méditerranée

CONTEXTUALISATION

LOCALISATION :



DESCRIPTION DU TERRITOIRE

PÉRIMÈTRE CONCERNÉ : Agglomération nouvelle (SAN) de Sénart, en Seine-et-Marne

DESCRIPTION DE L'ACTION : Encourager et accompagner **les médecins généralistes** à accueillir des stagiaires par le biais d'un **guide pratique** sous forme illustrée et communicante **en 2013.**

Le guide présente :

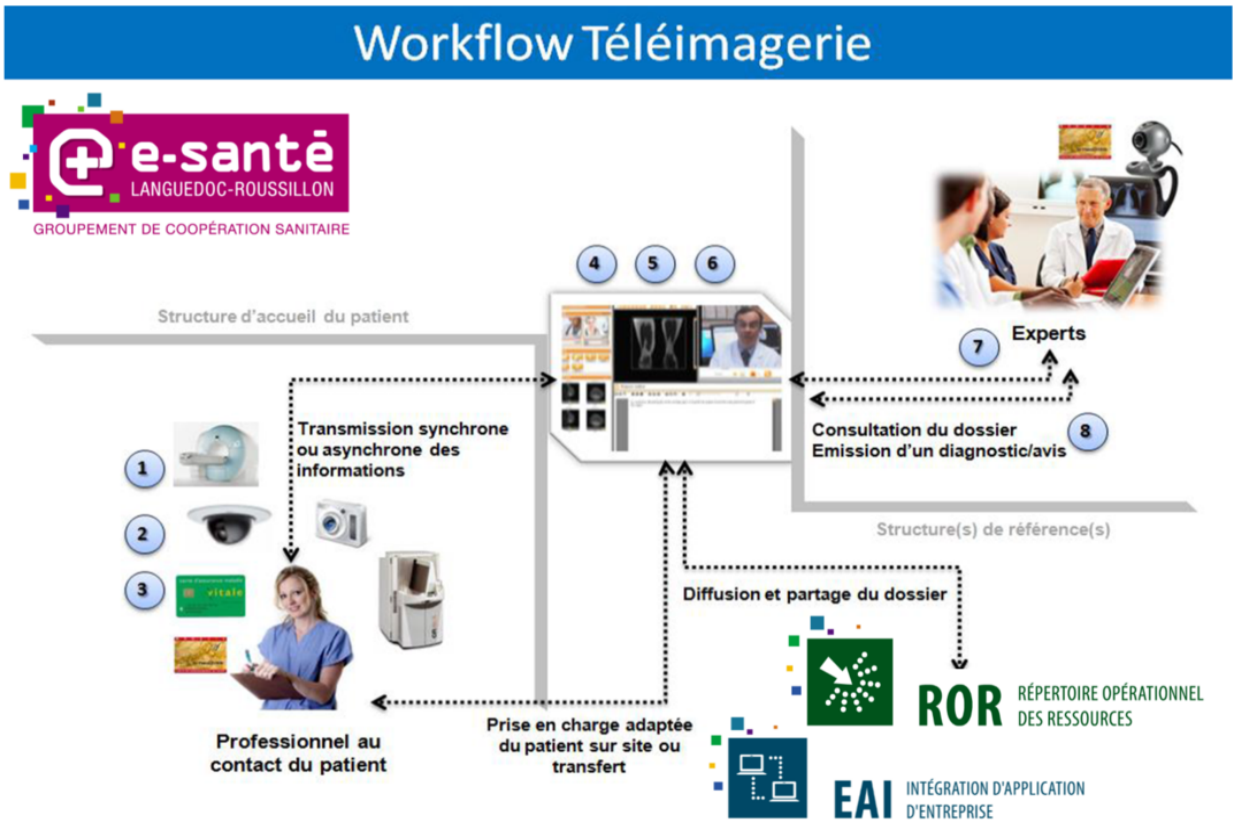
- Les étapes et démarches à réaliser auprès de la faculté pour devenir maître de stage des universités et accueillir en cabinet des internes en médecine générale ;
- Les avantages et bénéfices pour un médecin généraliste à accueillir un stagiaire.

Le San s'est lancé dans une politique globale de soutien et de pérennisation de la médecine de ville sur son territoire et a adopté un plan d'actions, dont le présent guide du maître de stage est une première concrétisation. Ce guide du maître de stage, à destination des médecins sénartais, élaboré sur la base d'échanges et de témoignages recueillis auprès de maîtres de stage et de stagiaires à Sénart, vise à encourager les médecins à franchir le pas, et à les accompagner dans l'accueil de stagiaires. Il se focalise essentiellement sur les stages d'internat, mais les maîtres de stage peuvent également accueillir des externes

ACTEURS MIS EN RELATION : médecins généralistes libéraux de Sénart ; anciens et actuels stagiaires à Sénart ; ordres professionnels ; faculté de médecine de Créteil.

MODE CONTRACTUEL : Guide pratique réalisé et financé par le syndicat d'agglomération Nouvelle de Sénart

Les nouvelles technologies de l'information et système de santé



L'E SANTÉ

Le développement des sites interactifs et leurs labélisations afin de donner une liste complète des sites fiables sur lesquelles les patients peuvent s'informer et demander des avis consultatifs.

LA TÉLÉMÉDECINE

Elle a pour vocation de soigner les malades à distance en établissant un diagnostic précis. En effet, la consultation à distance permet une garantie de permanence des soins. Pour cela une station de télémédecine doit être créée et reliée à un hôpital général, spécialisé ou à un CHU ce qui permettra de gagner du temps en orientant correctement le malade, gérant ainsi aux mieux l'urgence. Cela nécessite la mise en place d'appareils connectés dans le logement et des installations domotiques.

Elle peut être déclinée en différentes actes médicaux :

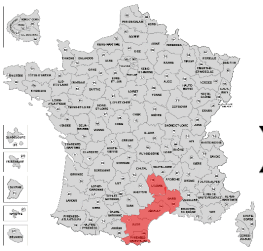
- Téléconsultation
- Télé-expetise
- La télésurveillance médicale
- La télé-assistance médicale

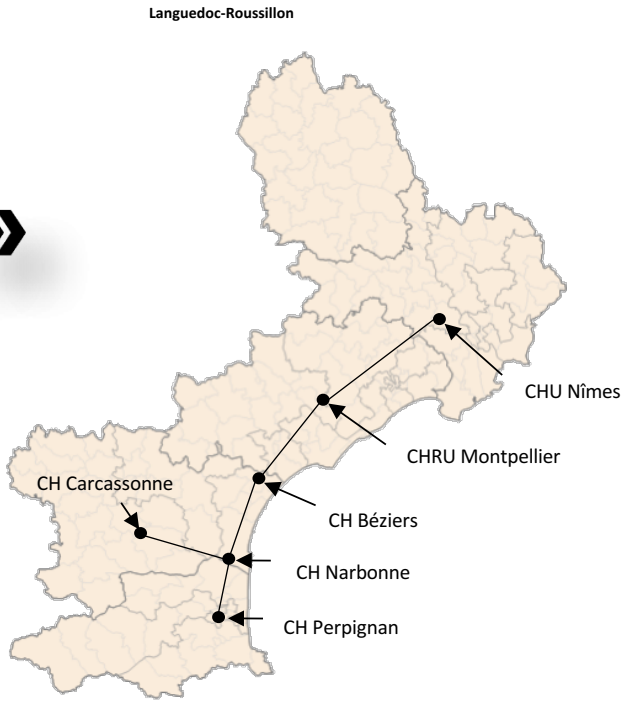
Atelier de développement local : Fiche 12

Accessibilité aux services de soins médicaux dans le Pays Pyrénées-Méditerranée

EXEMPLE : E-SANTÉ ET TÉLÉMEDECINE → CONTEXTUALISATION

LOCALISATION





DESCRIPTION DU TERRITOIRE

2,727 Millions d' habitants

11,3 médecins généralistes libéraux pour 10 000 habitants

Densité 99 habitants/km²

PÉRIMÈTRE CONCERNÉ : LA Région Languedoc-Roussillon

DESCRIPTION DE L'ACTION : LE PROJET TÉLÉ AVC lancé en 2012

Les objectifs du projet : L'objectif de cette plateforme est de proposer un service régional de télémédecine mis à disposition des établissements de santé et des professionnels de santé dans une cohérence régionale maîtrisée, à visée pérenne. Elle répond aux exigences du décret de télémédecine de la loi HPST de 2010 en connectant rapidement les centres demandeurs et experts dans ce projet pour :

CRÉATION D'UN MAILLAGE TERRITORIALE POUR UNE INTERVENTION TERRITORIAL RAPIDE pour la télé expertise pour la mise en commun des compétences

Garantir une sécurité des soins
Assurer une prise en charge de qualité
Garantir une disponibilité médicale 24h/24 et 7jrs/7
Garantir une activité de télé-radiologie conforme à la réglementation(hébergement de données de santé, traçabilité des acteurs et des actes, production et mise à disposition du compte-rendu radiologique avec entête de l'établissement …).

ACTEURS MIS EN RELATION : CH de Carcassonne, CH de Narbonne, CHU de Nîmes, CHRU de Montpellier, CH Béziers, CH Perpignan, ARS Languedoc-Roussillon

MODE CONTRACTUEL : Convention entre les centre hospitalier et un prestataire privé IDO-IN/CGTR qui est le 1er opérateur national de télémédecine.

MONTAGE FINANCIER : Financé par appel à projet en rapport à différentes dotations de l'Etat et de l'Europe :

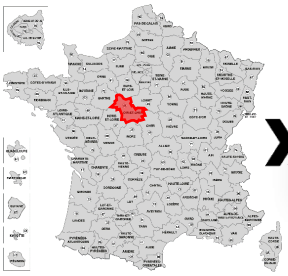
- FIQCS = Financement d'actions de coordination des soins
- ONDAM = objectif national des dépenses d'assurances maladie
- FEDER = Fonds européen de développement économique régional

Atelier de développement local : Fiche 13

Accessibilité aux services de soins médicaux dans le Pays Pyrénées-Méditerranée

CONTEXTUALISATION

LOCALISATION



La Commune Saint-Georges-sur-Cher

DESCRIPTION DU TERRITOIRE

2 800 habitants

6,3 médecins généralistes libéraux pour 10 000 habitants

Densité 109 habitants/km²

PÉRIMÈTRE CONCERNÉ : **LA COMMUNE DE SAINT-GEORGES-SUR-CHER**

DESCRIPTION DE L'ACTION : Mise en place de PAÏS : PLATEFORME ALTERNATIVE D'INITIATIVE EN SANTÉ en 2009

PAIS est une plateforme qui propose une organisation mutualisée pour soigner sur place les petites urgences et désengorger l'hôpital. Concrètement le principe du dispositif repose sur l'engagement d'un petit groupe de médecins à assurer des astreintes par rotation pour gérer les imprévus.

Plusieurs volets concernant cette plateforme :

Chaque médecin adhérant au dispositif Païs assure des journées d'astreinte selon un rythme prédéfini « ligne de trajet « santé », et pour cela, il mutualise les informations de ses clients avec ceux des autres médecins adhérents du territoire, le médecin reçoit un paiement forfaitaire de 100 euros par astreinte, auquel s'ajoutent les consultations payées par les patients la professionnalisation du secrétariat : avec une aide à l'embauche d'une secrétaire commune pour l'ensemble des médecins de 430 euros par mois et par médecin. La secrétaire est en outre formée au SAMU 41 au centre hospitalier de Blois pour apprendre à filtrer les appels. Dès lors, le médecin n'est plus constamment dérangé pendant ses consultations ce qui libère du temps médical et personnel

Un troisième volet de Païs porte sur les actions de prévention et de formation que le médecin s'engage à réaliser auprès du personnel des maisons de retraite du territoire. Le coût de ces formations est pris en charge par le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires de l'Assurance maladie (FNPEIS)

ACTEURS MIS EN RELATION : L'agence régionale de santé (ARS région Centre), Conseil général, médecins généralistes libéraux; collectivité, centre hospitalier de Bois

MODE CONTRACTUEL : L'adhésion de la plateforme Pais pour les différents médecins et une Convention entre le centre hospitalier de Blois et de la commune, Versement d'une subventions aux centres hospitaliers pour préserver le pérennité et le développement de la plateforme Païs

MONTAGE FINANCIER : La plateforme coûte 80 000 euros par an pour un secteur d'environ 16 000 habitants. Dans c'est 80 000 euros, les Intercommunalités prennent en compte les indemnités des médecins, l'assurance maladie finance les frais de formation, l'ARS paie une secrétaire : 100% première année / 67% la deuxième année et 63% les années suivantes

CONCLUSION

Au regard des normes retenues, le PPM n'est pas un désert médical. Mais il présente une très inégale répartition de l'offre en soins et de forts déséquilibres. Le Haut Vallespir et les Aspres sont en particulièrement en manque de spécialistes et de médecins. En plus, l'accessibilité est limitée en raison de temps de trajets longs pour bénéficier de soins.

Des risques notables de dépendance des populations vieillissantes du PPM sont à noter. Ainsi qu'une insuffisance de médecins généralistes, qui tendent à diminuer pour les prochaines années. Au final, il faut agir sur les communes à risques (qui peuvent collaborer entre elles) afin de favoriser la venue de médecins et harmoniser leur offre de professionnels.

Les politiques de santé sont marquées par un processus de territorialisation, les acteurs locaux ont la possibilité accrue de mener des projets locaux de santé. La réforme du système de santé survenue depuis 2012 constitue une opportunité car elle ouvre une évolution des zonages et un renouvellement du Projet Régional de Santé de l'ARS. Néanmoins, à l'échelle du PPM, si les élus sont de plus en plus sensibles à la problématique de l'accessibilité aux soins, l'action locale peut s'enrichir à différentes échelles. A l'échelle municipale, la santé peut être considérée comme une thématique transversale en lien avec l'aménagement du territoire. A l'échelle supra-communale les projets ont des difficultés à émerger du fait des actuels zonages. Une coordination des acteurs pourrait offrir de nouvelles perspectives.

Enfin, de nombreux outils existent pour favoriser l'accès aux soins, comme le montrent les retours d'expérience sur d'autres territoires. Le PPM est un territoire attractif (héliotropisme, diversité des espaces) où des expériences déjà existantes ailleurs peuvent être transposées.

Conclusion

A — ATOUTS

- Offre de santé importante dans les plus grandes villes
- Présence de différents spécialistes de santé
- Sensibilité des élus à la problématique de santé

F — FAIBLESSES

- Inégale répartition de l'offre en soins
- Vieillissement de la population médicale
- Absence d'offre de formation universitaire et de CHU
- Absence de Contrat Locaux de Santé

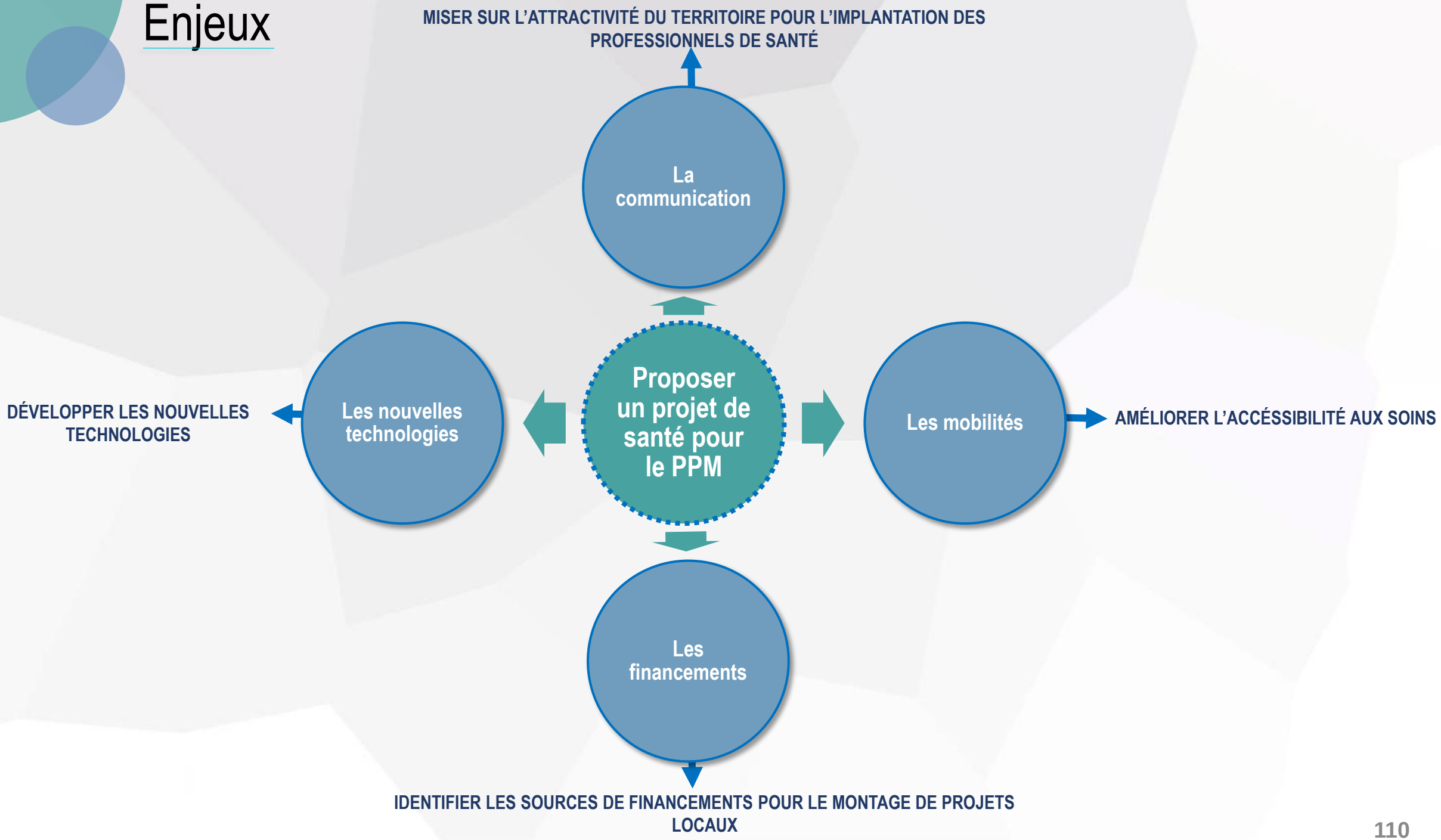
O — OPPORTUNITES

- Des expériences existantes transposables sur le territoire
- Des modes d'action variés à destination des collectivités territoriales
- Attractivité des Pyrénées- Orientales

M — MENACES

- Possible inadaptation du zonage au territoire
- Manque d'attractivité du territoire pour l'installation de jeunes médecins

Enjeux


MISER SUR L'ATTRACTIVITÉ DU TERRITOIRE POUR L'IMPLANTATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ
La communication
DÉVELOPPER LES NOUVELLES TECHNOLOGIES
Les nouvelles technologies
Proposer un projet de santé pour le PPM
Les mobilités
AMÉLIORER L'ACCÉSSIBILITÉ AUX SOINS
Les financements
IDENTIFIER LES SOURCES DE FINANCEMENTS POUR LE MONTAGE DE PROJETS LOCAUX

Annexes

Annexe 1 : Répartition géographique des communes au sein des Communautés de communes

Communauté de communes	Communes	Bassins de vie - demographie.medecin
Albères, Illibéris, Côte Vermeil	Argelès-sur-Mer;	Argelès-sur-Mer;
	St-Génis-des-Fontaines;	
	Palau-del-Vidre;	
	St-André;	
	Collioure;	Port-Vendres;
	Port-Vendres;	
	Banyuls-sur-Mer;	Banyuls-sur-Mer;
	Cerbère;	
	Montesquieu des-Albères,	Le Boulou
	Laroque-des-Albères;	Sorède
	Villelongue-dels-Monts;	
	Sorède;	
	Elne	St-Cyprien
	Bages	
	Ortaffa	
Vallespir	Céret;	Céret;
	Maureillas-las-Illas	
	Reynes;	
	St-Jean-Pia-de-Corts;	
	Taillet;	
	Vivès	
	Le Perthus	Le Boulou
	L' Albère	
	Les Cluses	
	Le Boulou	
Haut-Vallespir	Amélie-les-Bains Palalda;	Amélie-les-Bains Palalda;
	Le Bastide;	
	Montbolo;	
	St-Marsal;	
	Taulis	
	Arles-sur-Tech;	Arles-sur-Tech;
	Coustouges;	
	Corsavy;	
	Lamanère;	
	Le Tech;	
	Montferrer;	
	Prats-de-Mollo-la-Preste;	
	Serralongue;	
	St-Laurent-de-Cerdans;	
Aspres	Banyuls-dels-Aspres;	Le Boulou
	Tresserre;	
	Calmeilles;	Céret;
	Oms,	
	Caixas;	Thuir
	Camélas;	
	Castelnou;	
	Fourques;	
	Llauro;	
	Montauriol,	
	Passa;	
	Ste-Colombe-de-la-C;	
	Terrats;	
	Thuir;	
	Tordères;	
	Villemolaque;	
	Trouillas	
	Brouilla;	St-Cyprien
	St-Jean-Lasseille;	

*Source: http://demographie.medecin.fr/demographie

Annexe 2 : Accessibilité des communes en carence de médecins généraliste

Communes	Bassins de V.	Temps d'accès (en minutes)
Montesquieu des-Albères	Le Boulou	18
Les Cluses		7
L'Albère		20
Tresserre		10
Reynes	Céret	17
Taillet		32
Vivès		18
Coustouges		29
Corsavy		12
Oms		27
Calmeilles		32
La Bastide	Arles-sur-Tech	65
Le Tech		18
Montferrer		24
Serralongue		24
Lamanère		35
Ortaffa	St Cyprien	10
St-Jean-Lasseille		25
St-Marsal	Amélie les Bains P.	40
Taulis		31
Montbolo		14
Caixas	Thuir	31
Camélas		16
Castelnou		13
Fourques		16
Llauro		24
Montauriol		22
Passa		18
Ste-Colombe-de-la-C.		10
Terrats		10
Tordères		20

Moyenne	22
Médiane	20

Annexe 3 : Grille d'entretien du patient traceur

- Dans quelles communes habitez-vous ?
- Quels sont les moyens de transports empruntés ? Rencontrez-vous des difficultés ?
- Quels sont les traitements et examens suivis ? A quelle fréquence ?
- Votre médecin traitant vous suit-il dans votre parcours de soins ? Etes-vous suivi par différents spécialistes ? Rencontrez-vous des difficultés ?
- Parcours de soin : quels sont les différents établissements que vous avez côtoyés ? Lesquels ? Dans quelles villes ?
- Les professionnels de santé qui vous suit communiquent-ils entre eux ? Exercent-ils leur profession dans une maison de santé ?
- Connaissance de la méthode d'éducation thérapeutique ? Vous a-t-on expliqué, montré, fait faire certains gestes pour être plus autonome dans la gestion de votre maladie ?
- Avez-vous le sentiment aujourd'hui de pouvoir gérer votre maladie, anticiper les problèmes, adapter votre traitement à vos besoins ?
- Auriez-vous des suggestions à proposer pour améliorer le confort, votre bien-être et plus généralement votre prise en charge de la maladie ?

Spécialité	Destination	Moyen de transport	Temps de trajet	Objet de la visite	Prescription	Difficultés/ Observations	Année

Source pour la réalisation de la grille d'entretien : http://www.has-sante.fr, Annexe du guide Patient Traceur, Haute Autorité de la Santé (HAS), *Guide d'entretien avec le patient : recommandations et grille d'entretien*

Annexe 4 : Description des compétences des collectivités en santé et action sociale

Source : http://www.collectivites-locales.gouv.fr/files/files/Annexe_1_Tableau_des_competences_Communes___Departements___Regions_14012016.pdf

REPARTITION DES COMPETENCES
(Tableau synthétique 31 août 2015)
(les compétences nouvelles ou nouvellement libellées sont surlignées en jaune)
(les compétences supprimées sont présentées barrées)

COMMUNES (OU EPCI)	DEPARTEMENTS	REGIONS	ETAT
Action sociale et santé			
• L'animation d'une action générale de prévention et de développement social sur le territoire de la commune par le biais d'un CCAS ou CIAS. Pour les communes de moins de 1 500 habitants, possibilité de ne pas créer ou de dissoudre le CCAS et d'assurer la compétence sociale par un CIAS ou un service non personnalisé ; • L'attribution de l'aide sociale facultative (secours aux familles en difficulté, (non) remboursement des prestations)) ; • La constitution des dossiers de demande d'aide sociale et leur transmission à l'autorité compétente si leur instruction incombe à une autre autorité ; • La mise en place d'un fichier pour recueillir les informations utiles à l'intervention des services sociaux et sanitaires auprès des personnes âgées et des personnes handicapées (identité, âge, adresse du domicile …) ; • La possibilité de créer et de gérer un établissement ou service public à caractère social ou médico-social (centres d'accueil des enfants de moins de six ans, foyers destinés aux personnes âgées …) ; • La possibilité de construire ou de subventionner la réalisation d'infrastructures et équipements publics sanitaires (surtout en zone de montagne) dans un but de maintien des services ; • Les pouvoirs de police municipale en matière de sécurité et de salubrité, ainsi que certaines dimensions de la politique de l'habitat (résorption de l'insalubrité et des immeubles menaçant ruine …) ; • La gestion du fonds d'aide aux jeunes en difficulté ; • La participation à l'accueil des personnes dites « gens du voyage », dont l'habitat traditionnel est constitué de résidences mobiles ; • La participation aux travaux de la commission locale d'insertion sociale et professionnelle (CLI) ; • Le logement par : - L'autorisation, la mise en œuvre ou la subvention foncière d'actions ou opérations d'aménagement permettant la réalisation de logements locatifs sociaux pour répondre aux besoins en hébergement des personnes mal logées, défavorisées ou présentant des difficultés particulières ; - La possibilité de participer au financement du fonds de solidarité pour le logement (FSL) afin de venir en aide aux personnes qui se trouvent dans l'impossibilité d'assumer leurs obligations relatives au paiement du loyer, des charges et des	• la définition de la politique d'action sociale et médico-sociale du département en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'Etat, aux autres collectivités territoriales ainsi qu'aux organismes de sécurité sociale ; • l'élaboration et la mise en œuvre des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale ; • la coordination des actions sociales et médico-sociales menées sur le territoire départemental ; • l'autorisation de la création ou de la transformation des établissements et services sociaux et médico-sociaux fournissant des prestations relevant de la compétence du département et leur habilitation à tarifier les prestations fournies ; • la présidence du conseil d'administration des établissements publics spécialisés. **En matière sociale :** • Mettre en œuvre toute aide ou action relative à la prévention ou à la prise en charge des situations de fragilité, au développement social, à l'accueil des jeunes enfants et à l'autonomie des personnes. Il est également compétent pour faciliter l'accès aux droits et aux services des publics dont il a la charge. • La prise en charge des prestations légales d'aide sociale tels que : - l'aide sociale à l'enfance et aux familles ; - les aides aux personnes âgées ; - l'aide sociale à l'hébergement en foyer ; - la prestation de compensation du handicap (PCH) ; l'allocation personnalisée d'autonomie pour les personnes âgées à domicile (APA) ; - le revenu de solidarité active (RSA). • La conduite de l'insertion sociale et professionnelle des allocataires. • Le co-pilotage du plan d'alerte et d'urgence au profit des personnes âgées, des personnes handicapées ou en perte d'autonomie en cas de risques exceptionnels. • La tutelle administrative et financière sur le groupement d'intérêt public « GIP » tel que la maison départementale des	**Dans le domaine médico-social :** La définition des objectifs particuliers de santé, ainsi que la détermination et la mise en œuvre des actions correspondantes ; La participation aux différentes commissions exécutives des agences régionales de santé ; • La contribution au financement et à la réalisation d'équipements sanitaires pouvant intervenir dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville ; L'attribution d'aides pour l'installation ou le maintien des professionnels de santé dans les zones déficitaires en offres de soins **Dans le domaine social :** La définition de la politique de formation des travailleurs sociaux et d'insertion des jeunes ; L'organisation d'actions qualifiantes pour la mise en œuvre de la politique d'apprentissage et de formation professionnelle dans le cadre de la recherche d'emploi ou de la ré-orientation professionnelle ; Le financement des opérations programmées dans le cadre des Contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) pour développer l'accès aux soins, favoriser la prévention et assurer le suivi des publics fragilisés ; La possibilité de construire ou de subventionner la réalisation d'équipements sanitaires pour assurer le maintien des services en zones de montagne ; Promouvoir le développement social et sanitaire	**Aide sociale :** compétence d'attribution (Allocation simple d'aide sociale, allocation aux adultes handicapés et garantie de ressources aux travailleurs handicapés). Fonctionnement des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) et des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). **Établissements et services sociaux et médico-sociaux :** Schéma national d'organisation sociale et médico-sociale, Participation au schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale Autorisation et tarification de certains établissements sociaux et médico-sociaux ; Tarification de la partie « soins ». Contrôle et surveillance desdits établissements et services. **Action sociale :** Hébergement d'urgence et dispositif d'urgence sociale. Pilotage du plan d'alerte et d'urgence au profit des personnes âgées et des personnes handicapées en cas de risques exceptionnels **Santé :** Définition des objectifs de santé publique, des plans et programmes associés au niveau national et régional Prévention et gestion des menaces sanitaires graves Lutte contre la toxicomanie, protection de la santé mentale, Vaccination, de dépistage des cancers et lutte contre la lèpre, la tuberculose et les infections sexuellement transmissibles, dont le VIH. Création des établissements publics de santé. Définition des mesures de lutte anti-vectorielle. **Schéma national d'organisation sanitaire.** Participation au financement de l'investissement des établissements de santé. Contrôle et surveillance des établissements de santé relevant de l'État. Nomination des directeurs. Nomination des directeurs d'Agence régionale de l'hospitalisation. **Contrôle des organismes de sécurité sociale** une mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale, service à compétence nationale rattaché au directeur de la sécurité sociale, s'est substituée au préfet de région (DRASS) pour contrôler et évaluer l'activité, le fonctionnement et l'organisation

frais relatifs à la fourniture d'eau, d'énergie et de services téléphoniques ; • La protection générale de la santé publique et de l'environnement par : - L'organisation et le financement des services municipaux de désinfection et des services communaux d'hygiène et de santé chargés entre autres de : - l'organisation des campagnes de vaccination gratuite ; la salubrité des habitations, des agglomérations et de tous les milieux de vie de l'homme ; l'alimentation en eau destinée à la consommation humaine ; l'évacuation, le traitement, l'élimination et l'utilisation des eaux usées et des déchets ; • Le devoir d'alerte et de veille sanitaire par le signalement sans délai des menaces imminentes pour la santé de la population et par la transmission à l'Institut de veille sanitaire d'informations nécessaires à l'exercice de ses missions ; • La participation aux différentes commissions des agences régionales de santé ; • La possibilité d'attribution d'aides pour l'installation ou le maintien de professionnels de santé dans les zones déficitaires en offres de soins. • La possibilité de participer aux conseils de surveillance des établissements de santé. • Le financement partagé avec les départements de la lutte anti-vectorielle.	personnes handicapées qui exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille. • La surveillance et le contrôle des établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans. • L'action sociale en faveur : - des enfants et jeunes en difficulté (participation aux actions d'éducation des mineurs et prévention des mauvais traitements à leur égard) ; - des personnes âgées ; - des personnes handicapées (prise en charge des frais d'hébergement en foyer et de transport individuel des élèves et étudiants handicapés vers les établissements scolaires et universitaires …). • Les actions visant à : prévenir l'exclusion sociale et en corriger les effets pour lutter contre la pauvreté, la précarité et la marginalisation ; définir les besoins et attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier ceux des personnes et des familles vulnérables ; faciliter l'insertion ou la promotion sociale des jeunes en difficulté et des familles exclues, surtout dans les zones urbaines sensibles et dans les lieux où se manifestent des risques d'inadaptation sociale (accompagnement des aides générales au logement et à la fourniture d'eau et d'énergie, aide aux organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées …). • La mise en œuvre de la mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP) instituée par la loi du 5 mars 2007 sur la protection juridique des majeurs. En matière médico-sociale : • La protection médico-sociale de la famille et de l'enfance à travers : l'organisation et la surveillance des services de santé maternelle et infantile ; les activités de protection de la santé maternelle et infantile à domicile ; l'agrément des assistants familiaux ; l 'agrément, le contrôle, la formation et l'accompagnement des assistants maternels ; l'autorisation de l'accueil familial. • La possibilité, au moyen d'une convention avec l'État, de conduire des actions de vaccination gratuite, de dépistage des cancers, de lutte contre la lèpre, la tuberculose et les infections sexuellement transmissibles. • La participation aux différentes commissions des agences régionales de santé, ainsi qu'à la mise en œuvre des programmes régionaux de santé. • La possibilité de construire ou de subventionner la réalisation d'infrastructures et équipements publics sanitaires (surtout en zone de montagne) dans un but de maintien des services. • Le devoir d'alerte sanitaire (similaire à celui des communes). • La mise en œuvre de la lutte anti-vectorielle et son financement, avec les communes du territoire. • La possibilité de gérer des laboratoires départementaux d'analyses.		des organismes locaux de sécurité sociale.