

# ETUDE DE L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS A L'ECHELLE DU PAYS VICHY-AUVERGNE

## DIAGNOSTIC D'OPPORTUNITES

20 janvier 2011

Version 2



Rédacteurs	Fonction	Téléphone	Mail
Véronique RAVON	Directrice JyPée Organisation et Management Santé et territoires	06.74.35.33.08	veronique.ravon@diotima- conseil.com
Bénédicte VANDEWEGHE	Consultante JyPée Organisation et Management Santé et Territoires	06.20.53.23.08	benedicte.vandeweghe@diotima- conseil.com



CONSEIL RÉGIONAL  
AUVERGNE



## SOMMAIRE

<b>Cadre de l'étude –Principes du diagnostic</b>	4
1. Contexte de l'étude	5
2. Objectif de l'étude	13
3. Méthodologie du diagnostic	16
<b>Chapitre 1 : Diagnostic d'opportunités</b>	18
1. Objectif et indicateurs d'opportunité	19
2. Enjeux d'opportunité	20
<b>Chapitre 2 : Diagnostic de faisabilité</b>	69
1. Objectif et indicateurs de faisabilité	70
2. Méthodologie de travail	70
3. Quel niveau de mobilisation des acteurs territoriaux ?	73
4. Quelles initiatives, projets et réalisations recensés sur le territoire ?	76
5. Comment ce potentiel d'actions s'articule t'il avec les besoins du territoire, le PRS Auvergne, les attentes des jeunes PS.	94
<b>Chapitre 3 : Les propositions stratégiques</b>	97
1. Objectifs et conditions de réussite	98
2. Première proposition stratégique : le GES en Pays Vichy Auvergne	100
3. Deuxième proposition stratégique : réaliser des accompagnements STARTER	104
En conclusion, nos recommandations	107
<b>Annexes</b>	108

**A l'attention du lecteur**

*Pour faciliter la lecture :*

*Nous emploierons les dénominations suivantes :*

« CC » : Communauté de Commune,

« MG » : Médecins Généralistes,

« IDE » : infirmier libéral

« MK » : masseur kiné

« D » : dentiste

«MSP » : Maisons de Santé Pluridisciplinaires

# CADRE DE L'ETUDE

## PRINCIPES DU DIAGNOSTIC

# 1. Contexte de l'étude

• **Le territoire d'étude est un territoire « multiple »**

Deux niveaux distincts doivent être considérés pour décrire le territoire d'étude et en appréhender la réalité et le potentiel.

Ces 2 niveaux restituent chacun une réalité différente propre au territoire d'étude, qui se superposent et se complètent.

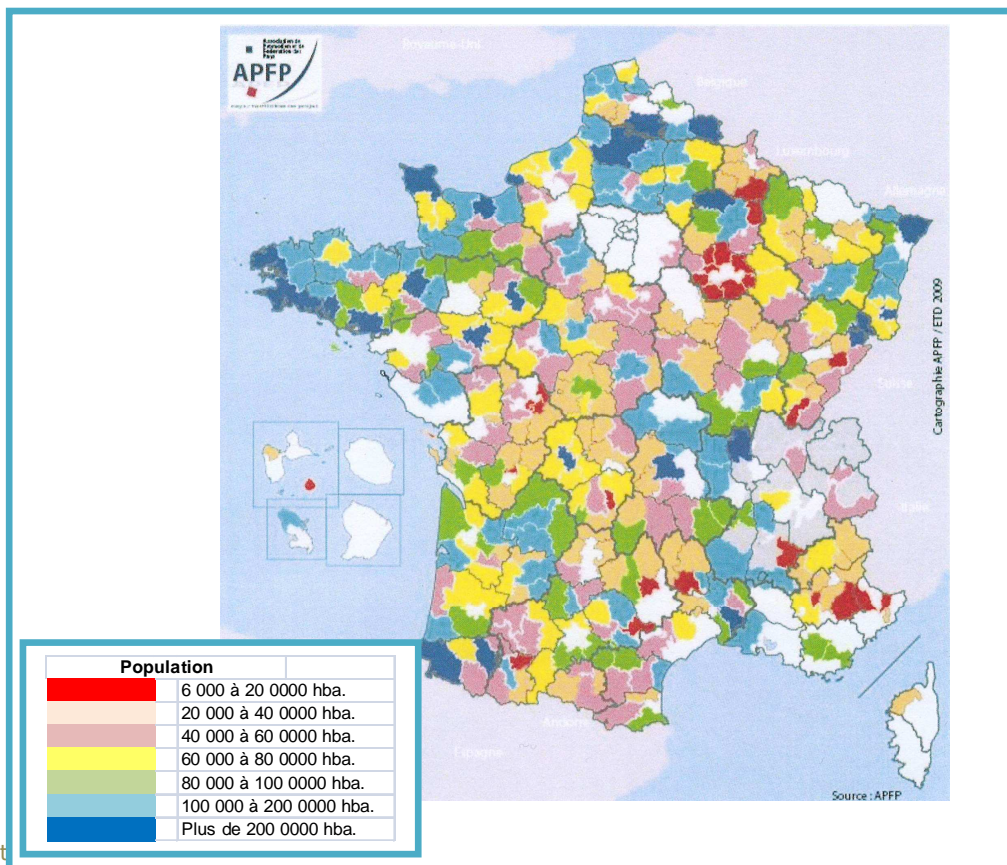
## Le 1er niveau : la population et la géographie

Le Pays Vichy Auvergne compte 157 148 habitants sur un territoire de 2998 km<sup>2</sup>.

► Sources : Population INSEE Tableau de Bord Auvergne Nov. 2010- Carte Pays Vichy Auvergne

En effectif, il est le 2<sup>nd</sup> Pays d'Auvergne, derrière le Pays du Grand Clermont (400 583 habitants en 2007 – Source INSEE 2007), et il compte également parmi les pays les plus peuplés de France : avec une population moyenne de 70 000 habitants par Pays en 2010, le Pays Vichy Auvergne émerge dans la tranche des 25 % de Pays les plus peuplés.

► Source : APFP Panorama des Pays 2010



Pour autant, la répartition de la population s'effectue de manière très inégale sur le territoire, et s'organise selon 2 clés de répartition :

- . La diversité géographique, avec la coexistence d'une zone montagneuse au Sud Est, et de zones de plaines et de vallées sur le reste du Pays.
- . La coexistence de la zone urbaine importante de Vichy, pôle urbain majeur autour duquel s'organisent des zones rurales.

Près de la moitié de la population est localisée sur la communauté d'agglomérations de Vichy Val d'Allier soit sur 11 % de la superficie du Pays, et un peu plus d'un tiers sur les Communautés de Communes du Pays de Lapalisse, de Gannat, du Pays St Pourcinois et de Varennes-Forterre

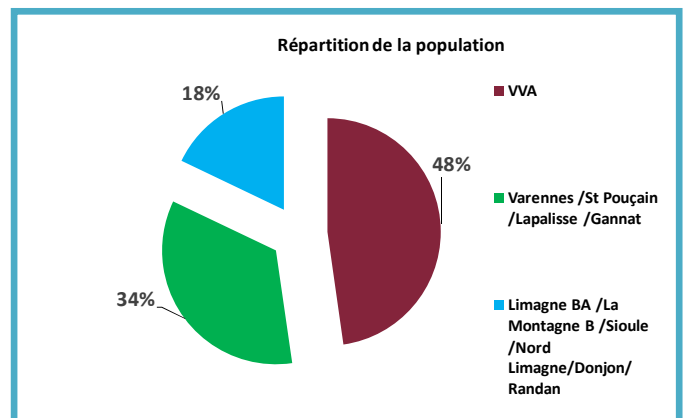
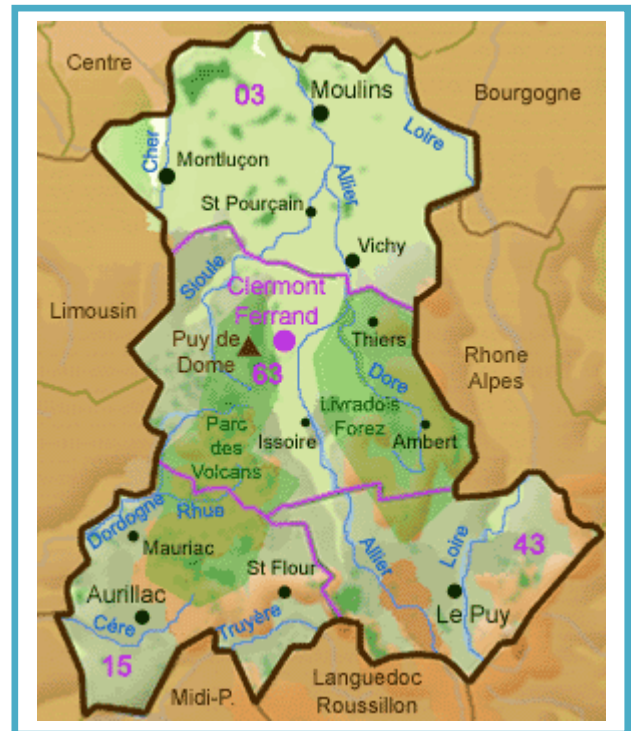
► Sources : INSEE RGP 2006 – Exploitation Diotima

En conséquence, la densité de population du Pays Vichy Auvergne, qui est en moyenne de 53 habitants au km<sup>2</sup>, varie entre 19 et 230, et s'établit à 26 hors la communauté d'agglomération VVA.

Le Pays Vichy Auvergne s'organise donc autour :

- . du pôle urbain de Vichy
- . de pôles intermédiaires autour de 4 gros bourgs structurants
- . de pôles ruraux autour de communes

L'attrait de centres urbains plus importants au Nord (Moulins) au Sud (Clermont-Ferrand) et dans une moindre mesure à l'Ouest (Montluçon) est également une composante influente sur la démographie, la répartition géographique et les flux en matière de santé.





## Le 2<sup>nd</sup> niveau : le découpage administratif du territoire

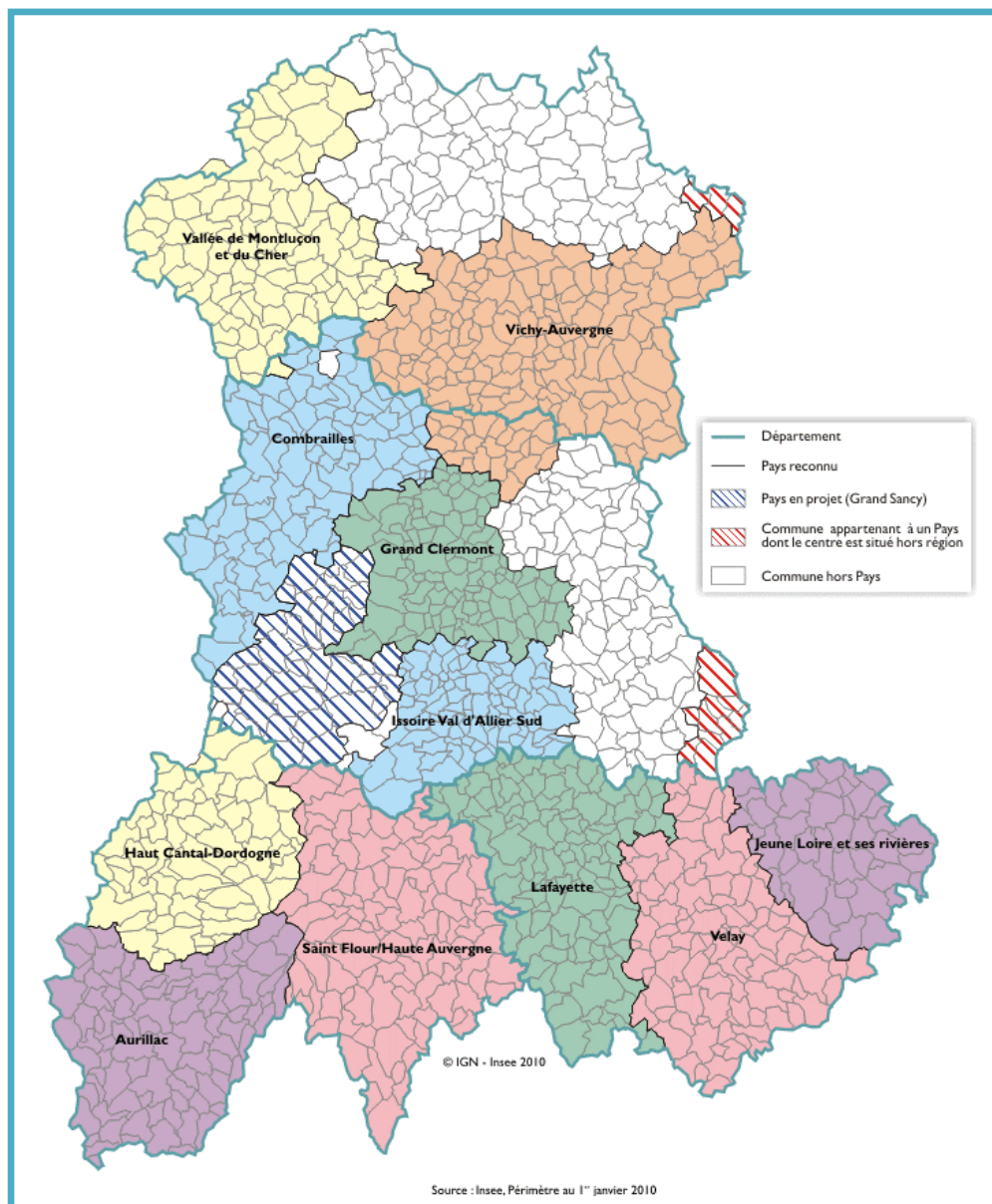
Composé de 166 communes, regroupant 10 communautés de communes, une Communauté d'Agglomérations et 3 communes isolées\*, le Pays Vichy Auvergne compte également parmi les Pays rassemblant le plus de communes (le nombre moyen de communes par Pays s'établit à 79.3 en 2010)

Par ailleurs, si le périmètre d'un Pays déborde assez peu souvent du cadre administratif départemental, c'est pourtant le cas du Pays Vichy Auvergne qui est situé « à cheval » sur 2 départements, l'Allier et le Puy de Dôme.

. 141 communes sont situées sur le département de l'Allier (83 %)

. 88 % de la population totale du Pays est ressortissante de l'Allier.

► *Source : INSEE RGP 2006 - Carte INSEE Les structures de Pays en Auvergne Janvier 2010 \*jusqu'en 2010*



Dans le cadre de la présente étude, cette particularité s'exprimera par la prise en compte de spécificités départementales, notamment en matière :

- De politiques départementales, en matière de transport, de NTIC, d'organisation de l'attractivité territoriale
- D'organisation des institutions médicales, avec des Ordres de MG, d'IDE, de MK, de dentistes sur les 2 départements

**Le territoire d'étude est fortement caractérisé :**

- par sa taille importante, en effectif et en superficie**
- par son « découpage » en niveaux multiples : deux niveaux territoriaux**
- par son hétérogénéité en matière de densité et d'espace de vie**

**Cette réalité laisse supposer :**

- des différences en matière de besoins de soins**, entre d'une part une population urbaine dense et proche des structures de soins et d'autre part une population moins nombreuse, plus dispersée sur un espace rural et plus éloignée des équipements de soins.
- une prédisposition du territoire d'étude pour abriter des dispositifs d'accès aux soins de 1<sup>er</sup> recours variés**
- une richesse potentielle en termes d'initiatives en matière de santé**



• **L'étude s'inscrit dans un contexte de rénovation de la stratégie régionale de santé**

En décembre 2010, l'ARS Auvergne définit un redécoupage de la région en **4 niveaux de structuration de l'offre de soins**<sup>1</sup> (les « territoires de santé »), qui constitue un zonage en 4 échelons pour structurer les réponses en matière de santé. Elle détermine également **2 enjeux majeurs** pour la région : le **vieillessement et l'accès aux soins**.

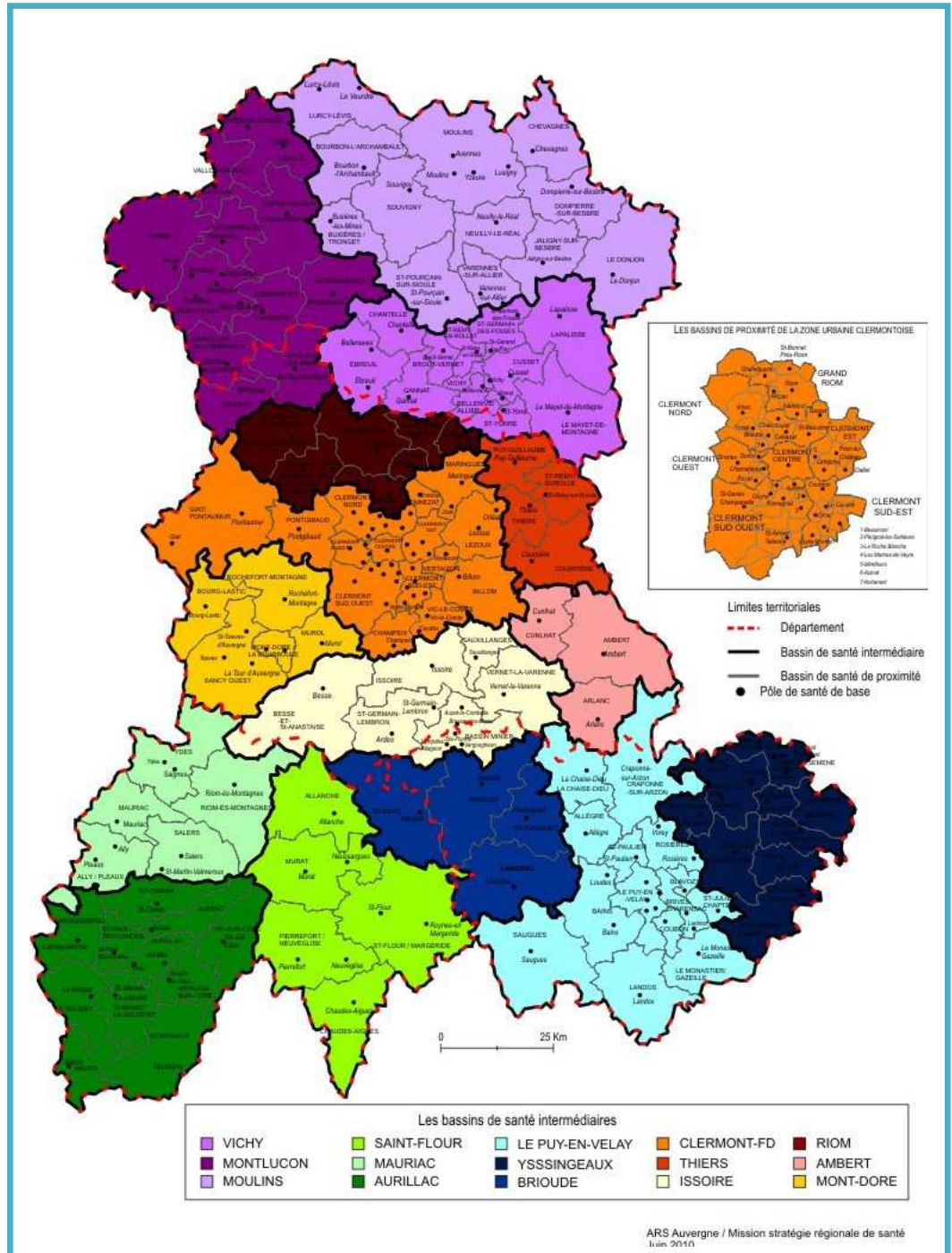
L'étude se situe dans ce contexte.

Chacune des 4 typologies de territoires de santé définies par l'ARS comporte une visée spécifique

- **Les bassins de santé de proximité** (123) constituent le premier niveau dédié à l'**observation**, en particulier de l'offre de premier recours pour prévoir et susciter les **installations et / ou modes d'organisation** des réponses de proximité ; le pivot naturel de ce niveau de découpage est le **médecin généraliste**.

- **Les bassins de coordination** (15) de l'offre de prévention, médico-sociale, ambulatoire et hospitalière ont pour finalité **d'organiser les parcours de soins**.

- **Les territoires de concertation** (4) sont le lieu d'implantation des conférences de territoires, au plan départemental de façon à **mettre en cohérence les programmes territoriaux de santé**, les



<sup>1</sup> ARS, 6 décembre 2010- « Portraits de santé : l'état des territoires d'Auvergne » ARS Décembre 2010  
Pays Vichy Auvergne Etude Santé –Janvier 2011

schémas médico-sociaux, les domaines de la sécurité sanitaire et de la permanence des soins.

- **Le territoire de définition des orientations stratégiques** est la région : c'est le lieu de **détermination des politiques, d'animation et de coordination**, sans préjudice des dispositions particulières régissant les schémas interrégionaux d'organisation sanitaire.

Dans ce nouveau cadre, le Pays Vichy est ainsi réparti sur les 2 bassins de santé intermédiaires de Vichy et de Moulins (avec une majorité de son territoire sur le Bassin de Vichy).

**L'étude s'inscrit dans le découpage en territoires de santé défini par l'ARS Auvergne, diffusé postérieurement au démarrage des travaux.**

**Dans ce contexte, elle visera, en repérant les spécificités et potentialités du territoire d'étude en matière d'offre de soins de 1<sup>er</sup> recours, à alimenter les réflexions et les débats à venir dans le cadre notamment des conférences de territoires et des travaux de I4ARS, en fournissant au Pays Vichy Auvergne un état des lieux à ses bornes.**

**Par le biais de cette étude, le Pays Vichy Auvergne se place résolument en contributeur de la réflexion régionale**

### ● Historique des démarches de santé

Le contexte général dans lequel s'inscrit la présente étude est marqué par une **évolution défavorable de la démographie de certaines professions de santé, qui laisse craindre une difficulté majeure pour assurer une offre de soins de 1<sup>er</sup> recours de qualité.**

**Face à ce constat, divers types d'actions ont jusqu'alors été engagées, correspondant à 3 stratégies types :**

- **Dans le cadre d'une stratégie d'évaluation, plusieurs études ont été successivement menées**, dans le but d'**évaluer la situation** en matière de santé, parmi lesquelles :
  - . « Le rapport sur la Démographie médicale prospective dans le département de l'Allier », initié par la Préfecture de l'Allier en 2007 : ce rapport dresse une cartographie des cantons du département et servira de référence en matière d'appui financier aux initiatives locales en matière d'organisation des soins de 1<sup>er</sup> recours
  - . « Le Rapport régional sur la démographie des professions de santé en Auvergne », diligenté par le Comité Régional de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé : ce rapport réalise un état des lieux démographique
  - . « L'Etat des lieux de l'offre de soins dans le massif central », réalisé par le DIACT en 2008
  - . « le Diagnostic des Services à la personne », réalisé par le Pays Vichy Auvergne afin de cibler ses actions dans le cadre de son Schéma de maintien et de développement des services publics.

- **Dans le cadre d'une stratégie de planification, des politiques locales ont vu le jour**, à diverses échelles du territoire, et touchant à des domaines variés, tels que par exemple :
  - . en matière de **cadrage de la méthodologie pour conduire un Projet territorial de Santé**  
Ainsi :
    - le rapport « Santé et Territoire : du Diagnostic à l'Action », rédigé en 2008 par le GRSP Auvergne, fournit un guide d'action à l'attention des porteurs de projets territoriaux,
    - le cahier des charges FICQS relatif aux MSP, élaboré en 2008
    - la politique du conseil régional conduite dans le cadre de ses prérogatives en matière d'Aménagement du Territoire, qui dès 2009 conditionne son appui financier aux projets de MSP à la réalisation préalable d'un schéma d'organisation des soins à l'échelle Pays.
    - le Référentiel régional, destiné à cadrer le soutien financier octroyé par la région aux créations de MSP
    - le Référentiel « Maisons de santé pluridisciplinaires éligibles à un soutien financier D.G.E. /D.D.R. en Allier », édité par le CG de l'Allier
  - . en matière d'**attractivité de jeunes PS**, avec notamment le programme Wanted piloté par le Conseil Général de l'Allier, et sa mission d'accueil<sup>2</sup>
  - . en matière de **soutien financier à des projets en matière d'organisation des soins**
    - avec une aide financière régionale expérimentale définie en 2007 pour les maisons de santé pluridisciplinaires (moyennant conformité à un référentiel inspiré du cahier des charges MSP du FICQS)
    - avec un soutien financier du CG de l'Allier dans le cadre de son programme « Cœur de Territoires »,
    - avec un appel à projet de création de MSP initié en 2009 par la MRS, pouvant déboucher sur un soutien financier conditionné : Sur environ 10 dossiers susceptibles d'aboutir, sous réserve d'un accompagnement dans la définition et la formalisation du projet de santé<sup>3</sup>, il a été recensé un projet relevant du périmètre du Pays Vichy Auvergne (Projet de Saint Pourçain) sur les 4 premiers projets officiellement soutenus. Ce processus est aujourd'hui toujours en vigueur, et piloté par l'ARS Auvergne.
- . **Dans le cadre d'une stratégie d'action, des initiatives locales pour organiser les soins de 1<sup>er</sup> recours sur leur secteur ont émergé**, portées par les PS et/ou des élus, **dont certaines ont fait l'objet d'un soutien spécifique** (cf Inventaire des initiatives et projets du Pays Vichy Auvergne en chapitre 2)

En synthèse et à ce jour au niveau régional, il y a lieu de considérer :

- la coexistence de 3 démarches en matière d'appui financier à l'organisation des soins de 1<sup>er</sup> recours :
  - **La démarche globale de l'ARS**, qui prolonge la démarche initiée par la MRS et le FICQS, en direction des MSP, par une évaluation systématique des projets, un accompagnement potentiel à l'élaboration du projet de santé, et la labellisation des ces maisons

<sup>2</sup> Aide non financière à l'installation de PS hors MG

<sup>3</sup> Conférence de Presse ARS du 21/1/2010



- **La démarche du Conseil Régional**, qui dans le cadre de sa politique d'aménagement du territoire (contrats « Auvergne + » 2ème génération) conditionne son soutien à la création de MSP à la réalisation de diagnostics de l'organisation de l'offre de soin à l'échelle du pays. Cette orientation est à considérer sous le jour nouveau du Comité de Sélection Régional des Projets de MSP, piloté par l'ARS et effectif depuis septembre 2010
  - **La démarche du Conseil Général de l'Allier**, qui continue, dans le cadre réformé par le cahier des charges national des MSP, à octroyer un soutien aux projets de création de MSP
- une orientation de fait en faveur de la création de MSP au titre de dispositif coopératif de soins de 1er recours<sup>4</sup>

A l'avenir, toutes ces stratégies et initiatives de soutien ont vocation à être organisées dans le cadre de la démarche d'élaboration du Plan Régional de Santé Auvergne, et des projets et schémas territoriaux qui en découleront en 2011 (dont le SROS ambulatoire).

Dans ce cadre de réflexion, l'ARS Auvergne a publié une monographie sur chacun des 15 bassins de santé intermédiaires<sup>5</sup>, afin de pourvoir en information les Conférences de Territoire ainsi que les porteurs potentiels de projet et de favoriser le développement de propositions « utiles ».

**Qu'est ce qu'un dispositif coopératif de soins de 1<sup>er</sup> recours ? (définition Diotima ©)**

Un dispositif est dit « coopératif » s'il remplit les conditions suivantes :

- il est basé sur la collaboration interprofessionnelle entre des PS
- il est assis sur une vision commune entre les acteurs qui le composent : cette vision commune s'exprime au travers d'un projet de santé, auquel les protagonistes adhèrent
- il fonctionne en mode « ouvert », c'est-à-dire qu'il recherche et favorise les coordinations avec des partenaires qui lui sont extérieurs.

Un tel dispositif peut prendre la forme d'une MSP, d'un Pôle de Santé, mais également de toute autre forme de « regroupement » remplissant les 3 conditions de coopérations ci-dessus, que ce regroupement s'exerce dans des murs ou hors les murs.

**L'étude portée par le Pays Vichy Auvergne a été initiée dans le cadre de la démarche du Conseil Régional, dans le but initial de proposer une stratégie territoriale d'organisation des soins de 1<sup>er</sup> recours.**

**A la lumière des orientations stratégiques définies récemment par l'ARS, l'étude vise aujourd'hui à permettre au Pays Vichy Auvergne de recenser, proposer et valoriser des initiatives et propositions d'organisation des soins de 1<sup>er</sup> recours dont l'opportunité, la faisabilité et la durabilité auront préalablement été évaluées**

**Le Pays Vichy Auvergne affiche la volonté de mettre cette étude à disposition de l'ensemble des acteurs intervenant en matière de santé.**

<sup>4</sup> Voir encadré

<sup>5</sup> « Les portraits de santé en Auvergne », ARS Décembre 2010

## 2. Objectif de l'étude

- **Les résultats attendus de l'étude**

Le Pays Vichy Auvergne souhaite contribuer à la réflexion qui est engagée au niveau régional, le plus utilement possible.

Aussi, au terme de l'étude, le Pays Vichy Auvergne souhaite

- Disposer d'une vision claire des forces et faiblesses de son territoire en matière d'organisation des soins de 1<sup>er</sup> recours
- S'appuyer sur cette vision pour réaliser la meilleure synthèse pour cadrer, soutenir et orienter les réflexions et actions des acteurs territoriaux

Il s'agit de répondre à 3 questions au cours de cette étude :

- **Quelles propositions stratégiques sont opportunes sur le Pays Vichy Auvergne ?**

Il s'agit d'appréhender à ce niveau d'étude les **besoins actuels du territoire** en matière de santé, tant du côté de l'offre que de la demande, et de les décliner en propositions stratégiques

- **Quelles propositions stratégiques d'organisation des soins de 1<sup>er</sup> recours seraient faisables ?**

Il s'agit ensuite de vérifier que les propositions formulées sont déclinables en actions opérationnelles, compte tenu des **ressources disponibles sur le territoire (ressources, mobilisation et adhésion des acteurs, réglementation...)**

- **Les propositions stratégiques énoncées sont-elles durables ?**

Il s'agit enfin de vérifier que la stratégie comporte les éléments nécessaires pour **répondre aux besoins futurs du territoire**. Ce questionnaire interroge notamment l'**attractivité** des projets et propositions à l'égard de jeunes professionnels de santé

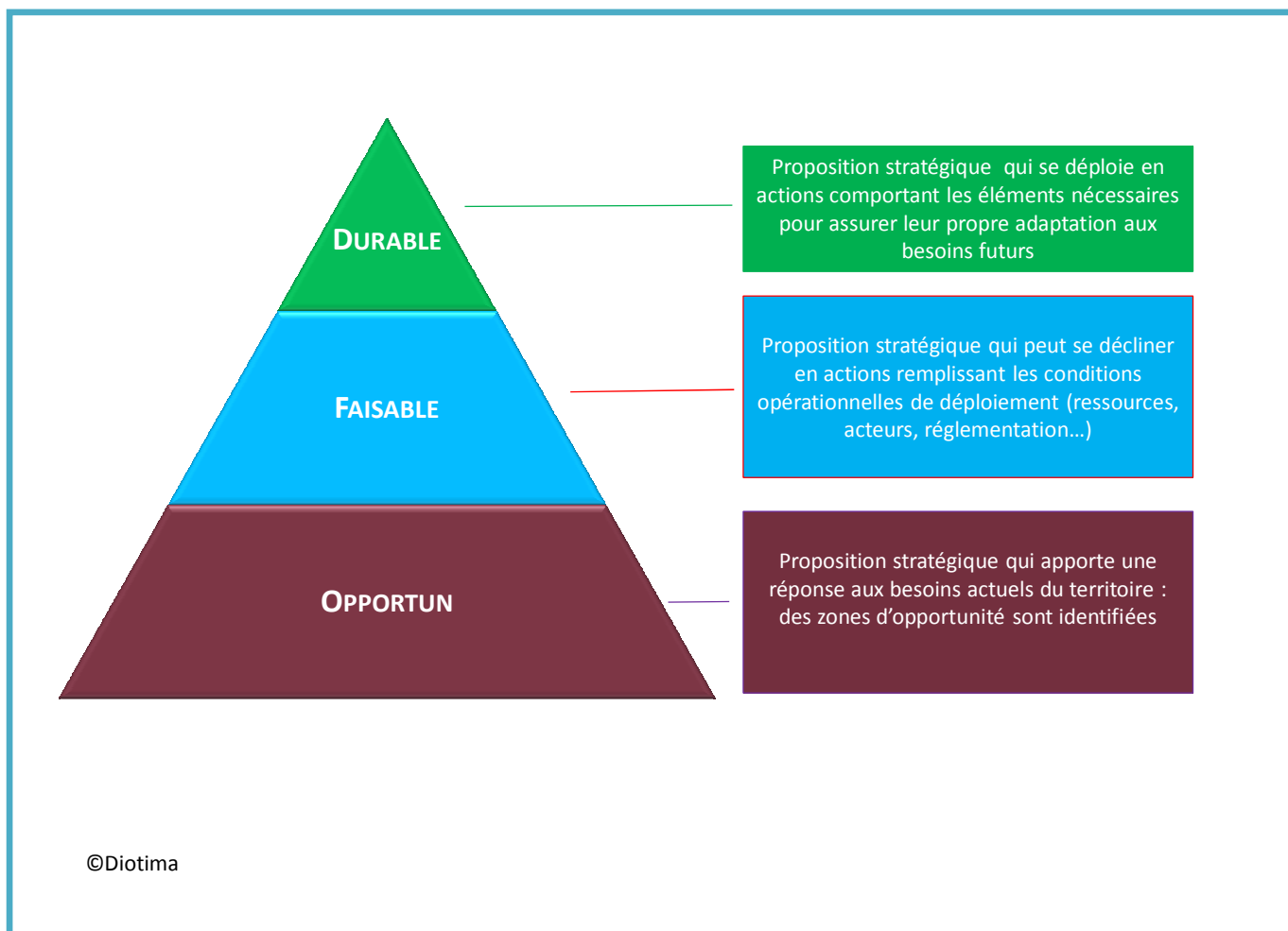
*En s'appuyant sur les travaux récents de l'ARS Auvergne\*, l'objet consiste à ce stade à « saisir » et spécifier une réalité locale, au regard d'indicateurs observés, pour identifier à quelles caractéristiques devrait répondre l'offre de soins de 1<sup>er</sup> recours sur le territoire considéré (état de l'offre sanitaire, perspectives démographiques des professionnels de santé, besoins de soins de la population non satisfaits ou susceptibles de ne plus l'être à court terme, ...)*

\* « Portraits de Santé –ARS-Déc. 2010

Les éléments d'investigation à l'appui de ces 2 questionnements sont pour partie de nature documentaire, mais pour la majeure partie issus d'entretiens, de questionnaires et de visites terrain. Ces éléments sont à la fois actuels et prospectifs. Il s'agit particulièrement de s'assurer de l'implication d'un nombre significatif de professionnels exerçant sur la zone desservie et de l'existence de perspectives d'élaboration de projet collectifs de santé.



Les notions d'**opportunité, faisabilité et durabilité** sont donc essentielles à saisir pour éclairer les acteurs destinataires de l'étude, et nécessitent par conséquent d'être précisées :



• **L'étude se déroule en 2 temps successifs**

- **un 1er temps alloué à l'inventaire, l'analyse et la proposition de propositions d'organisation des soins de 1<sup>er</sup> recours**
  - ⇒ **c'est l'objet du présent Diagnostic**, qui fournira la matière pour formuler des propositions en matière de soins de 1<sup>er</sup> recours, opportunes, faisables et durables
- **un 2nd temps réservé à l'échange et à la concertation, avec les acteurs territoriaux, pour décliner les axes stratégiques proposés en actions opérationnelles structurées**
  - **ce sera l'objet des travaux de groupes**, confiés à des GRA, qui seront le moyen de bâtir des propositions « faisables » et « durables » à la question de l'accès aux soins et de fait faciliteront la mise en mouvement des acteurs et la cohérence des initiatives territoriales, et donc leur intégration dans les politiques régionales

**Groupes de « réflexion action» (GRA)**

**Composition :** un GRA regroupe des acteurs, personnes ressources qui, sur une zone géographique et/ou autour d'une thématique ciblée, peuvent par leur connaissance du terrain apporter une contribution à une réflexion commune.

**Rôle :** les GRA constituent le niveau local de réflexion et de construction collective de solutions.

C'est au niveau des GRA que s'élaborent des solutions opérationnelles pour structurer une offre de santé coopérative.



### **Le présent Diagnostic constitue le Livre 1 de l'étude**

Il est réalisé au périmètre du Pays, et est présenté en **3 chapitres**, correspondant chacun à une étape d'analyse :

#### **Chapitre 1 : Diagnostic d'opportunité**

Partant des constats réalisés par l'ARS réalisés au niveau des bassins de santé intermédiaires, il s'agit de spécifier localement les besoins en matière d'offre et de demande de soins de 1<sup>er</sup> recours, en réalisant des focus au plus près du terrain du Pays Vichy Auvergne

#### **Chapitre 2 : Diagnostic de faisabilité**

Il s'agit de repérer les potentialités existantes sur le territoire (quels projets et initiatives ? quels porteurs ?) et de qualifier les projets recensés

#### **Chapitre 3 : Les propositions stratégiques**

Il s'agit enfin de qualifier les marges de manœuvre en terme d'actions susceptibles d'être déployées de manière opérationnelle et durable sur le Pays Vichy Auvergne, et pouvant alimenter la réflexion régionale.

**Un Livre 2 « Diagnostics Communautaires » sera établi** pour répondre au besoin spécifique énoncé par le Pays pour assurer une contribution utile aux réflexions territoriales et régionale : l'objectif est de décliner, aux bornes de chaque Communauté de Communes du Pays, des éléments ciblé du Diagnostic Pays, afin de favoriser la connaissance et la mise en mouvement des acteurs

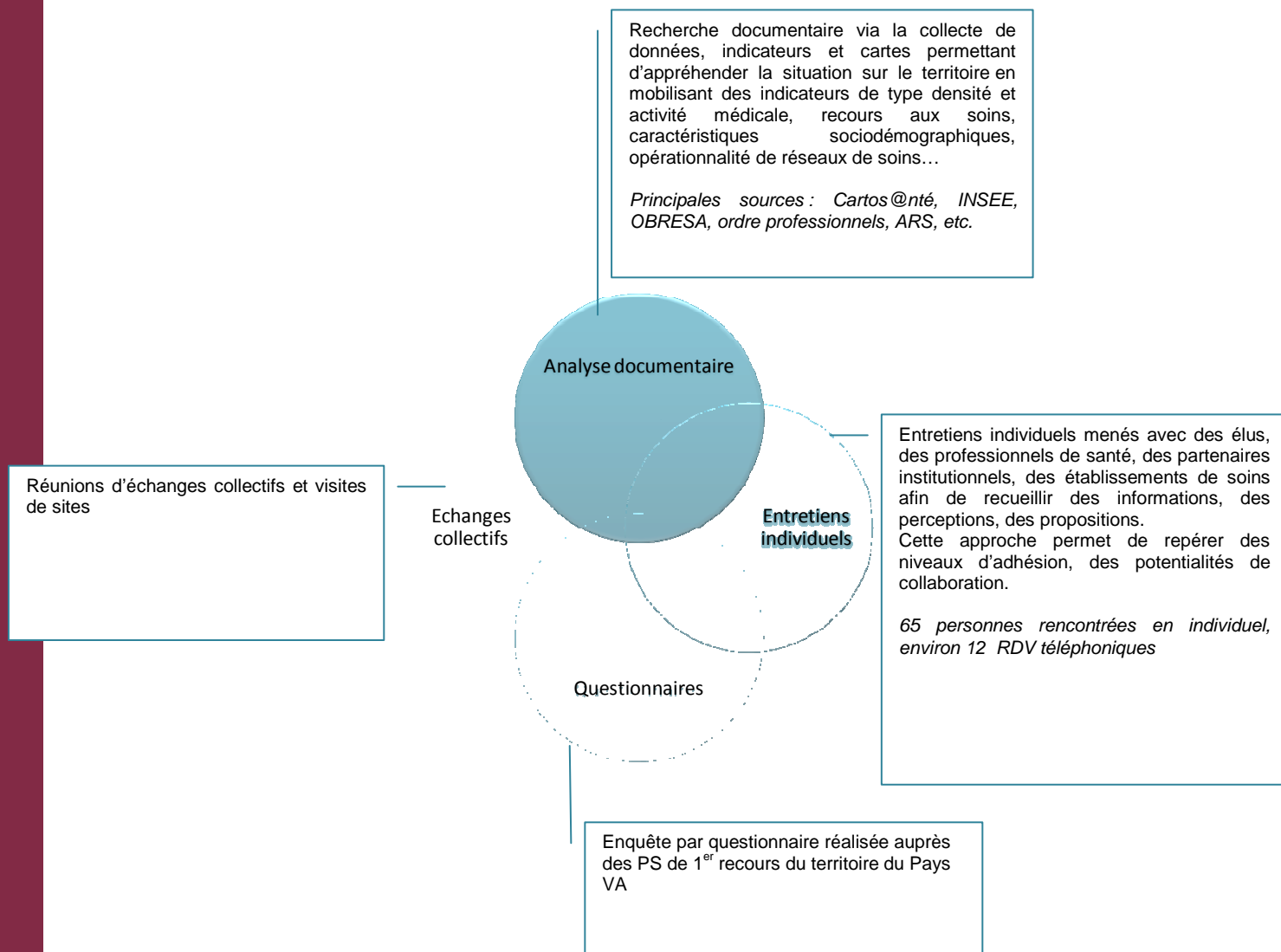
**Un Livre 3 recensant les propositions et enseignements issus des travaux post-diagnostic (travaux des GRA) sera rédigé** dans le 2<sup>nd</sup> temps d'étude

### 3. Méthodologie du diagnostic

La méthodologie répond à 3 objectifs

- Fournir une vision synthétique, dynamique et représentative d'une réalité complexe
- Observer une démarche d'investigation globale

Il a été procédé à une approche globale, en combinant 4 méthodes d'investigation.



- Objectiver l'évaluation

Pour évaluer l'opportunité, la faisabilité et la durabilité des propositions stratégiques qui seront formulées, **il a été sélectionné des critères, en se fondant notamment sur l'observation de projets réussis et en se référant à chaque fois que possible aux éléments de diagnostic fournis au niveau des bassins de santé intermédiaires fournis par l'ARS.**

Chaque chapitre correspondant à une étape **d'évaluation spécifique** comporte sa **méthodologie propre**, ses **critères d'évaluation spécifiques**, lesquels sont exposés en tête de chaque chapitre.

### Inventaire des critères d'évaluation

TYPE DE CRITERE	CRITERE RETENU	TYPOLOGIE DU CRITERE		
		OPPORTUNITE	FAISABILITE	DURABILITE
<b>Caractéristiques démographiques de la population</b>	<i>Densité des publics fragiles (personnes âgées, situation de précarité) : part de cette population dans la population totale, par rapport aux moyennes régionale et nationale et par rapport à la situation sur les bassins de santé intermédiaires</i>	<b>X</b>		
<b>Etat de l'offre sanitaire libérale</b>	<i>Activité moyenne des médecins généralistes, par rapport à la moyenne régionale et par rapport à la situation sur les bassins de santé intermédiaires</i>	<b>X</b>		
	<i>Proportion des médecins généralistes âgés de plus de 55 ans</i>	<b>X</b>		
	<i>Densité de MG, par rapport à la moyenne régionale</i>	<b>X</b>		
	<i>Activité moyenne des PS, hors MG, par rapport à la moyenne régionale et par rapport à la situation sur les bassins de santé intermédiaires</i>	<b>X</b>		
	<i>Proportion des PS, hors MG, âgés de plus de 55 ans</i>	<b>X</b>		
<b>Proximité des soins</b>	<i>Temps d'accès à un médecin généraliste</i>	<b>X</b>		
<b>Besoins de soins de la population</b>	<i>Besoins insuffisamment satisfaits ou susceptibles de ne plus être satisfaits à court/moyen/long terme : prévalence des ALD, mortalité prématurée</i>	<b>X</b>	<b>X</b>	
<b>Initiatives locales en matière de soins de 1<sup>er</sup> recours</b>	<i>Projets et adhésion des acteurs locaux en matière de structuration de l'offre de soins de 1<sup>er</sup> recours</i>			
	<i>Typologie</i>			
	<i>Qualification de ces initiatives au regard :</i>			
	<i>-des besoins de soins de la population, de l'état de l'offre sanitaire</i>	<b>X</b>	<b>X</b>	
	<i>-de leur compatibilité avec les attentes de jeunes PS, notamment de jeunes MG</i>		<b>X</b>	<b>X</b>
<b>Projets sanitaires avoisinant le territoire d'étude</b>	<i>Sensibilité potentielle d'une zone à un projet médical (MSP ou cabinet de groupe), située hors du territoire d'étude</i>			<b>X</b>
<b>Besoins des différents offreurs de soins</b>	<i>Attentes exprimés à l'égard de l'organisation des soins de 1<sup>er</sup> recours par les MG, établissements de soins, MSP... Evaluation des conditions de réussite posées par l'ensemble des acteurs</i>	<b>X</b>	<b>X</b>	

# CHAPITRE 1

## DIAGNOSTIC D'OPPORTUNITES

## 1. Objectif et indicateurs d'opportunité

---

L'analyse d'opportunité dresse un état des lieux global de la situation du territoire d'étude au regard de ses caractéristiques en matière de géographie, démographie, économie, et dispositifs de santé : **un certain nombre de critères précis seront retenus pour procéder à cette évaluation.**

**Ces critères sont les suivants :**

- . les caractéristiques démographiques de la population et les besoins de santé qui en découlent,
- . l'état de l'offre libérale en médecine générale,
- . l'état de l'offre libérale en soins infirmiers, dentistes et masseurs-kinésithérapeutes,
- . la répartition et la proximité des soins.

**Pour chaque critère retenu, des indicateurs précis sont posés :**

- **Les caractéristiques démographiques de la population**
  - *Densité des publics fragiles (notamment personnes âgées, situation de précarité) : part de cette population dans la population totale, par rapport aux moyennes régionale, nationale*  
En effet, cette population nécessite une offre de soins particulière, soit en termes de prévention et dépistage, soit qu'elle soit plus sujette à des maladies chroniques et à des poly-pathologies.
- **Besoins de soins de la population**
  - *Prévalence des affections de longue durée (ALD)*
  - *Taux de mortalité prématurée et évitable, par rapport aux moyennes régionale et nationale*  
Ces besoins seront confrontés aux perceptions des PS, au regard des priorités sanitaires qu'ils identifient dans le cadre de leur exercice professionnel.
- **L'état de l'offre libérale en matière de soins de 1<sup>er</sup> recours**
  - *Activité des MG, IDE, MK et dentistes, par rapport à la moyenne régionale*  
Il s'agit d'apprécier le niveau d'activité des PS, sachant qu'un niveau d'activité trop élevé a 2 conséquences pouvant amplifier ou conduire à un déficit de soins :
    - une moindre qualité sanitaire globale, du fait d'un recours aux soins plus long,
    - une désaffection possible des PS restants, qui se trouvent en situation de surcharge
  - *Proportion des MG, IDE, MK et dentistes âgés de plus de 55 ans*  
Il s'agit d'apprécier le poids des départs à la retraite de PS sur l'offre de soins, en calculant pour chaque profession le pourcentage de PS de plus de 55 ans par rapport à l'effectif total de la profession
  - *Densité des MG, IDE, MK et dentistes, par rapport à la moyenne régionale*
- **Couverture des autres offreurs de soins (MSP, établissements de soins, réseaux de santé...) et proximité des soins**

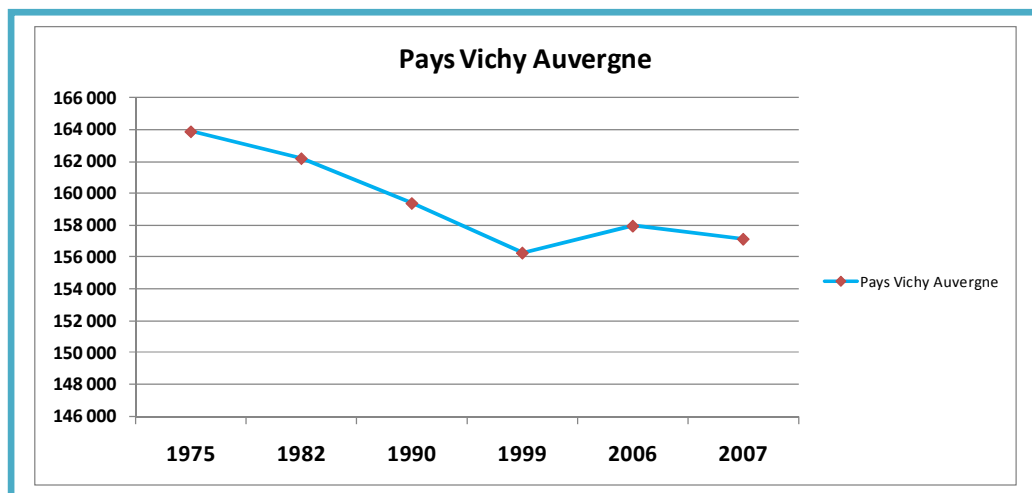
**Une échelle d'opportunité sera dressée en fin de chapitre afin d'identifier certaines zones du pays Vichy Auvergne induisant un degré d'urgence à agir.**

## 2. Enjeux d'opportunité

### 2.1. Un territoire d'étude en amorce de reprise démographique ?

- Une amorce de reprise démographique encore timide...

Après une baisse régulière, le Pays Vichy Auvergne semble stabiliser sa population, et amorcer une légère reprise, phénomène d'autant plus remarquable que le Pays connaissait une déprise démographique continue depuis la fin des années 1960.



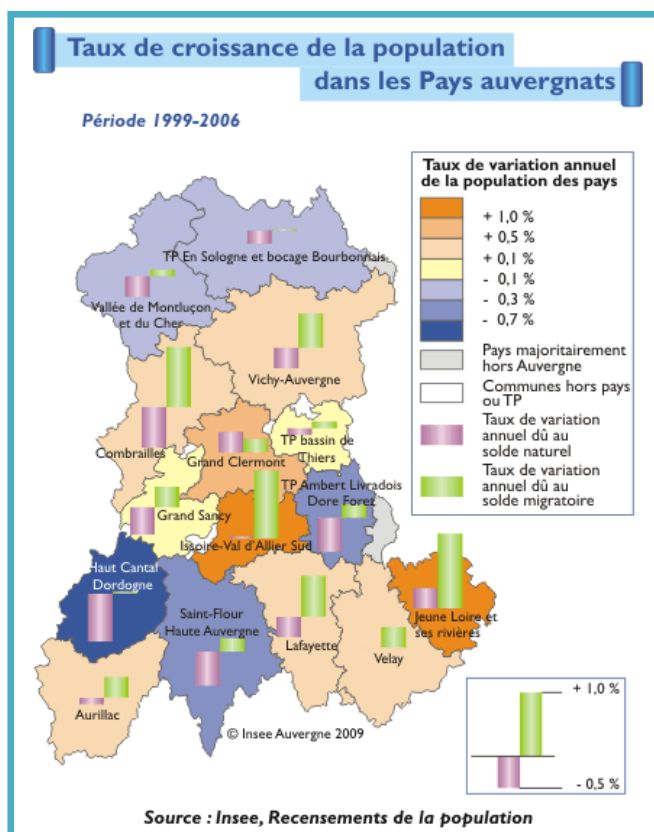
► Source : INSEE RGP 2006-  
Exploitation Diotima

Depuis 1999 en effet, la hausse annuelle de population due à l'excédent migratoire est supérieure à 0,5 %, soit plus du double de celle constatée en moyenne en Auvergne, alors que le solde naturel demeure défavorable.

Une partie de la croissance démographique du Pays trouve son origine dans l'extension de la périurbanisation clermontoise sur une partie de son territoire.

Deuxième Pays auvergnat par sa population (près de 158 600 habitants en 2007), le Pays Vichy-Auvergne a bénéficié d'une attractivité importante comparable à celle du Pays de la Jeune Loire et ses rivières. L'excédent migratoire annuel est respectivement trois et dix fois plus élevé que ceux constatés sur les périodes 1982-1999 et 1968-1982. Ce développement de l'attractivité est cependant trop récent pour infléchir le vieillissement prononcé de la population dû au départ massif de jeunes adultes dans les années 70 et 80.

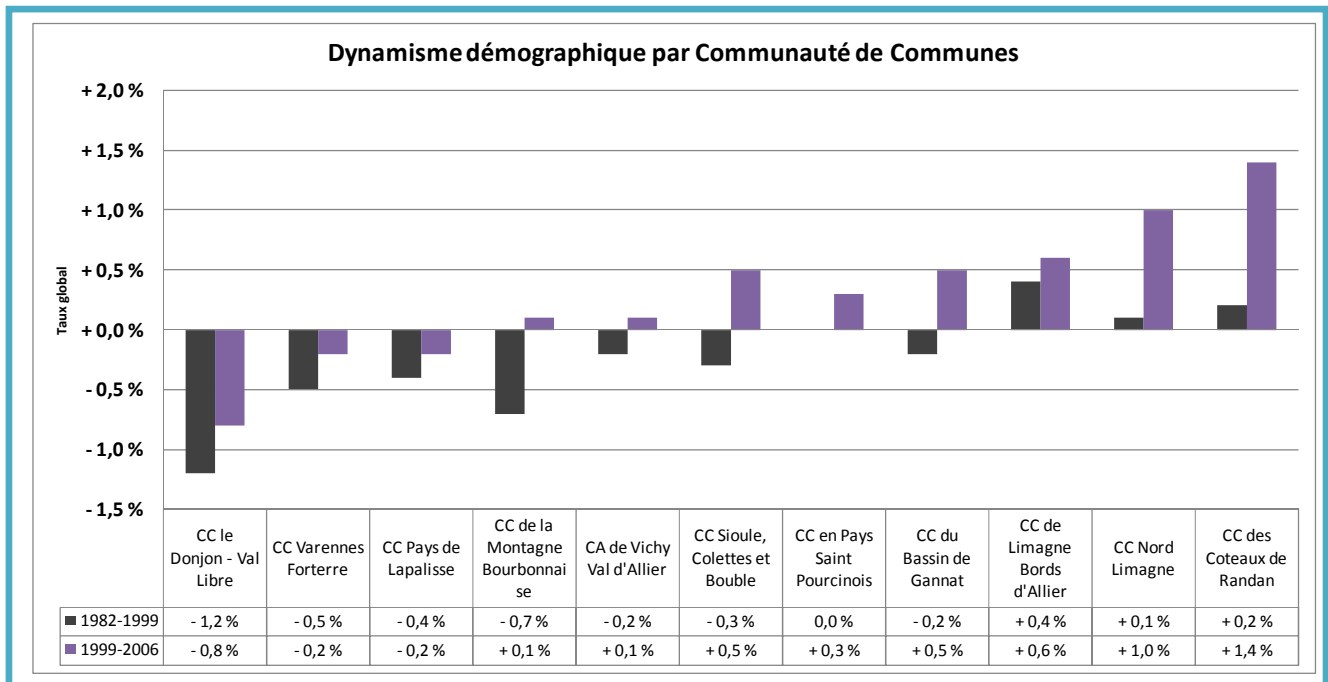
► Source : INSEE - Lettre 54 septembre 2009



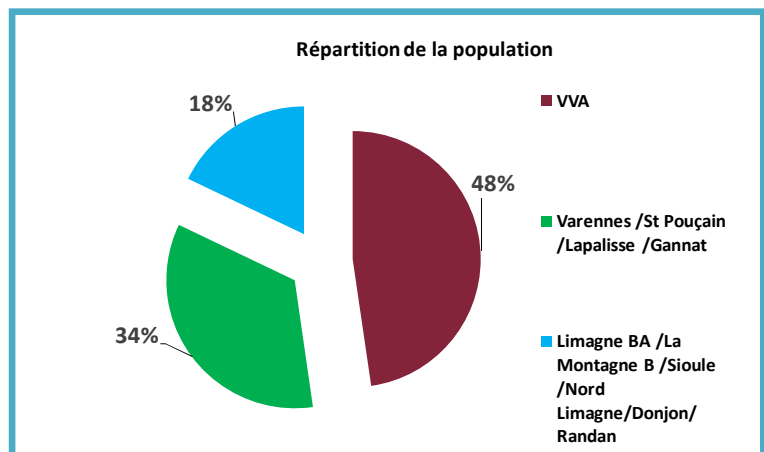


Ce constat recouvre cependant des réalités assez contrastées, qui conduisent à repérer 3 groupes de Communautés de Communes :

- **Un groupe en expansion démographique**, situé au Sud Ouest du Pays, qui compte les 3 communautés de Communes de Limagne Bords d'allier, Nord Limagne et Coteaux du Randan. Dans ce groupe, l'évolution démographique négative liée au vieillissement de la population est compensée par un apport migratoire, typique d'une tendance à un mouvement de périurbanisation observé en Auvergne.
- **Un groupe en déprise démographique**, situé au Nord Est du Pays, qui compte les 3 communautés de Communes du Pays de Lapalisse, du Donjon et de Varennes Forterre. Dans ce groupe, l'arrivée de nouvelles populations limite le déficit naturel lié au fort vieillissement de leur population mais ne peut le compenser totalement.
- **Un groupe en reprise démographique plus ou moins marquée**, qui compte les 5 communautés de Communes du Pays Saint Pourcinois, Bassin de Gannat, Sioule Colette et Bouble, Montagne Bourbonnaise et la Communauté d'Agglomération Vichy Val d'Allier



Source : INSEE RGP 2006 –Auvergnepro –Exploitation Diotima



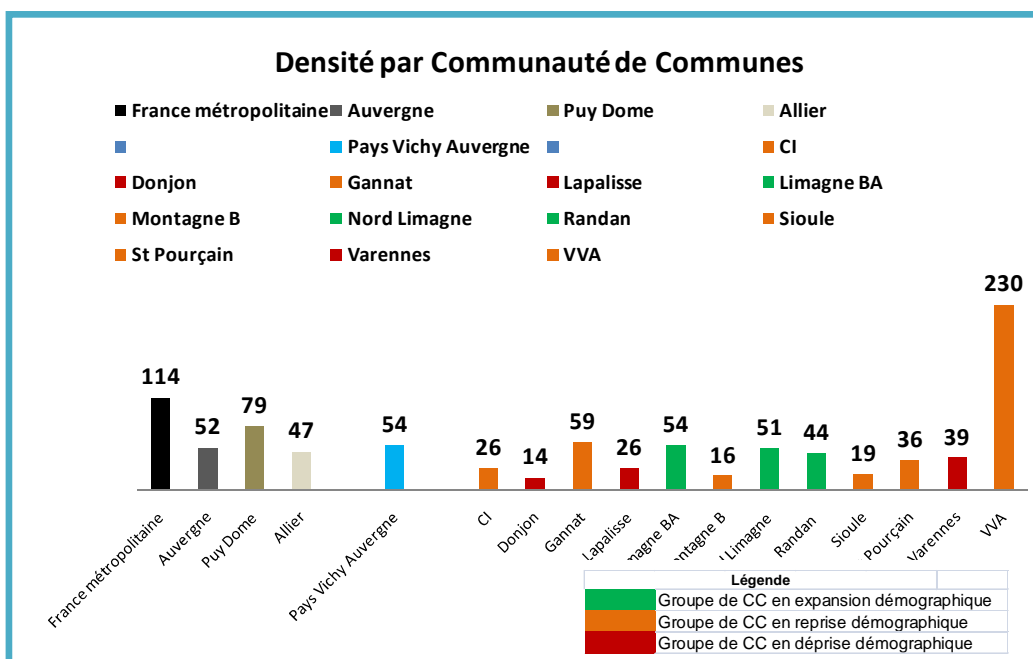
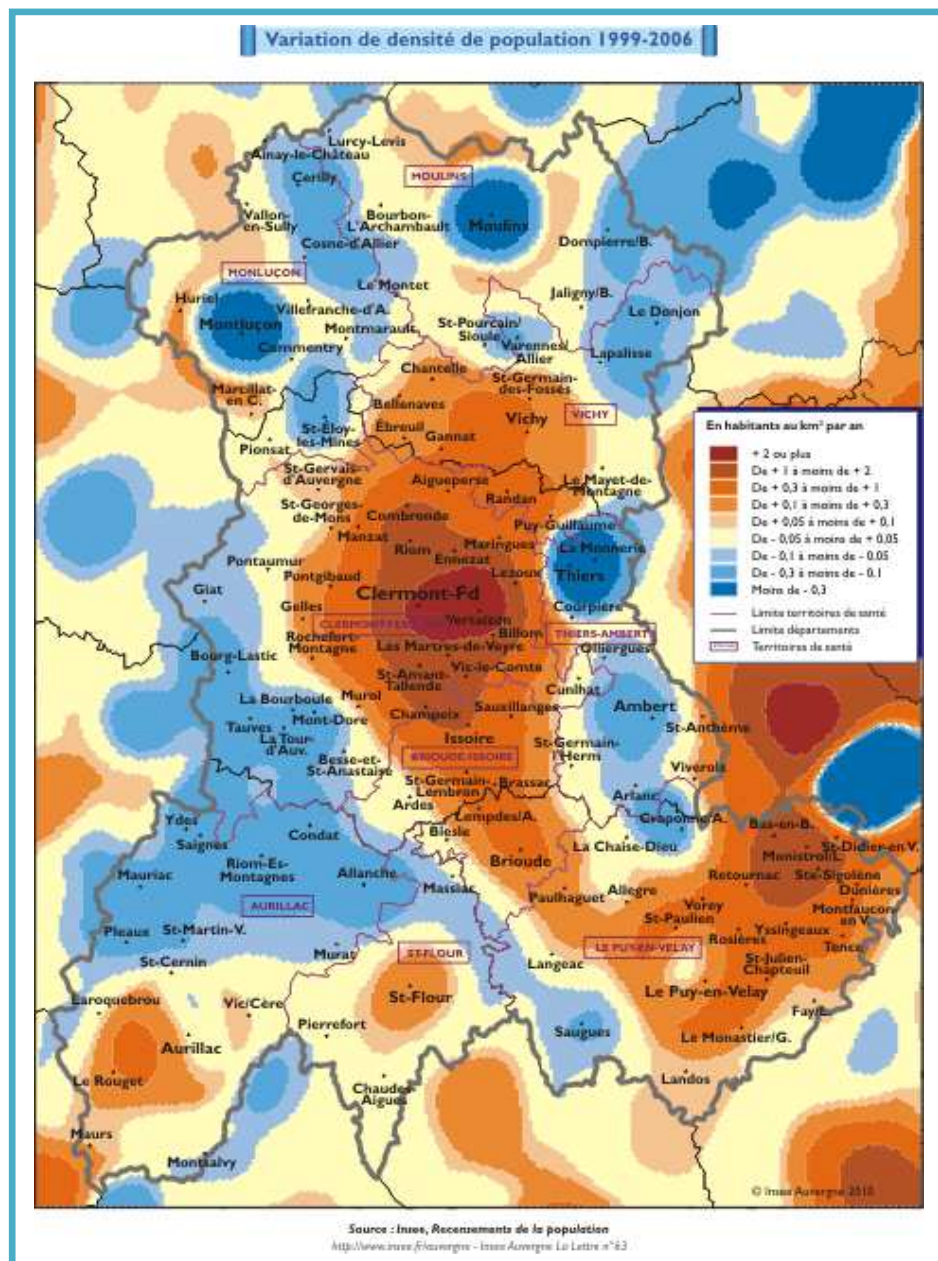
La variation de densité démographique observée sur la carte ci contre illustre parfaitement les disparités démographiques constatées plus haut, et notamment une zone au Sud du Pays sujette au phénomène de péri-urbanisation clermontoise

Source : Carte variation densité INSEE

De manière générale, la densité observée sur le Pays Vichy Auvergne (54 hab. / km<sup>2</sup>) est comparable à celle de la région Auvergne (51 hab. / km<sup>2</sup>)

Les communautés de communes en déprise démographique (Lapalisse, Le Donjon, Varennes Forterre) sont également celles où la densité est parmi les plus faibles

Source : INSEE RGP 2006- Exploitation Diotima

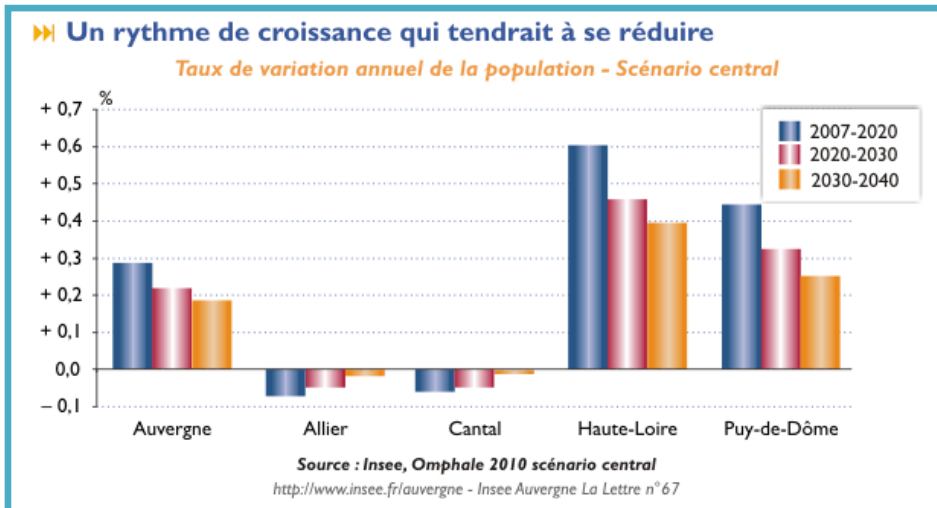


- Une amorce de reprise démographique qui n'est pas acquise au vu des derniers scénarii tendanciels de prospectives démographiques.

À l'horizon 2040, selon le scénario central<sup>6</sup> qui reconduit les tendances démographiques observées sur la période 2000-2008, l'Auvergne comptabiliserait 1 447 600 habitants soit 8 % de plus qu'en 2007. La hausse profiterait à la Haute-Loire et au Puy-de-Dôme qui sont les départements auvergnats les plus attractifs.

Le Cantal et l'Allier devraient en revanche faire partie de la dizaine de départements déficitaires à moins que leur taux de fécondité ne continue sa progression.

Source : INSEE Lettre 67-Décembre 2010

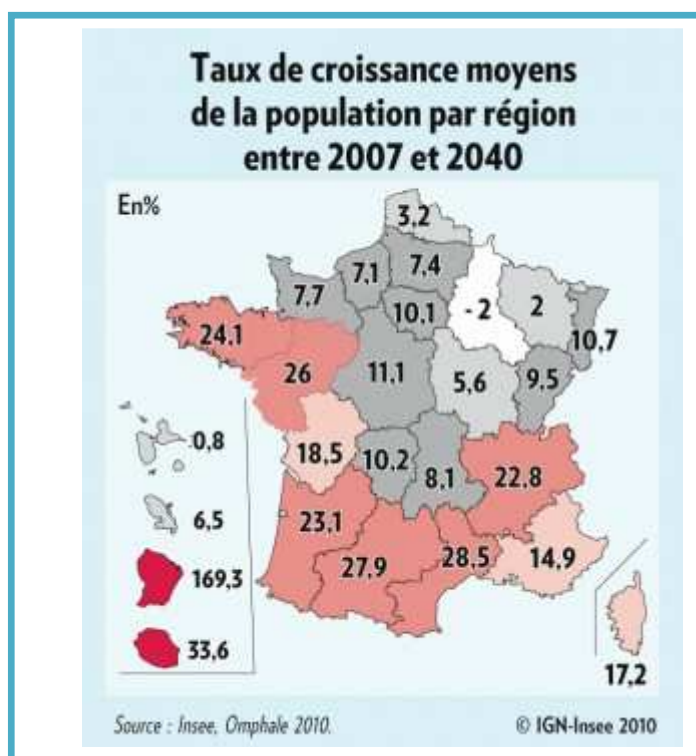


Le dynamisme démographique sur le territoire d'étude devrait donc être plutôt contrasté, contenue entre 2 tendances :

-Une attractivité croissante de l'agglomération clermontoise, qui pourrait se traduire par un accroissement de la population du Puy-de-Dôme qui pourrait compter 76 600 habitants de plus qu'en 2007 (+ 12 %). Ainsi 70 % de la croissance régionale serait due au dynamisme démographique puy-dômois. Ce taux pourrait atteindre 15 % dans l'hypothèse du scénario « fécondité haute ».

-Une situation plus difficile sur le département de l'Allier (à l'instar du Cantal), dont le renouveau attractif constaté ces dernières années ne serait pas suffisant pour contrecarrer la décroissance démographique.

De 2007 à 2040, selon le scénario central, l'Allier perdrait 2 % de sa population, et avec le Cantal feraient ainsi partie des sept départements français orientés à la baisse ces trente prochaines années.



Compte tenu des hypothèses du scénario central, de 2030 à 2040 la population de l'Allier et du Cantal serait stable alors qu'elle diminuerait de 0,06 % par an entre 2007 et 2020. Selon le scénario « fécondité haute », la population de l'Allier et

<sup>6</sup> Les projections selon le « scénario central » reposent sur les hypothèses suivantes : la **fécondité** de chaque territoire est maintenue à son niveau de 2007, qu'il s'agisse de l'indice conjoncturel de fécondité (ICF) global ou des quotients de référence par âge de la mère ; la **mortalité** de chaque territoire baisse au même rythme qu'en France métropolitaine où l'espérance de vie atteindrait 83,1 ans pour les hommes et 88,8 ans pour les femmes en 2040 ; les **quotients migratoires entre régions métropolitaines**, calculés entre 2000 et 2008, sont maintenus constants sur toute la période de projection. Ils reflètent les échanges de population entre une région et chacune des autres, y compris celles d'outre-mer.

du Cantal augmenterait de 1 % entre 2007 et 2040. Combinée avec une progression encore plus importante des gains d'espérance de vie (scénario « population haute») la hausse pourrait atteindre 4 %.

L'hypothèse de reprise démographique sur le territoire d'étude reste donc fragile.

**Projections de population selon le scénario retenu- Source : Insee, Omphale 2010**

	Population recensée en 2007	Population projetée en 2040		
		Scénario central	Population basse	Population haute
<b>Auvergne</b>	<b>1 339 200</b>	<b>1 447 600</b>	<b>1 361 500</b>	<b>1 537 500</b>
<b>Allier</b>	343 100	337 700	318 000	358 300
<b>Cantal</b>	149 100	147 100	139 100	155 500
<b>Haute-Loire</b>	220 400	259 600	245 800	273 900
<b>Puy-de-Dôme</b>	626 600	703 200	658 600	749 800

**Sur le territoire d'étude, l'amorce de reprise démographique reste à confirmer**

## 2.2. Les spécificités démographiques de la population génèrent des besoins de soins spécifiques.

Les spécificités démographiques génèrent des besoins différenciés en termes de recours aux soins et à l'offre en matière de santé en général.

- Une population âgée, et vieillissante

### La part de personnes âgées de 60 ans et plus va croître

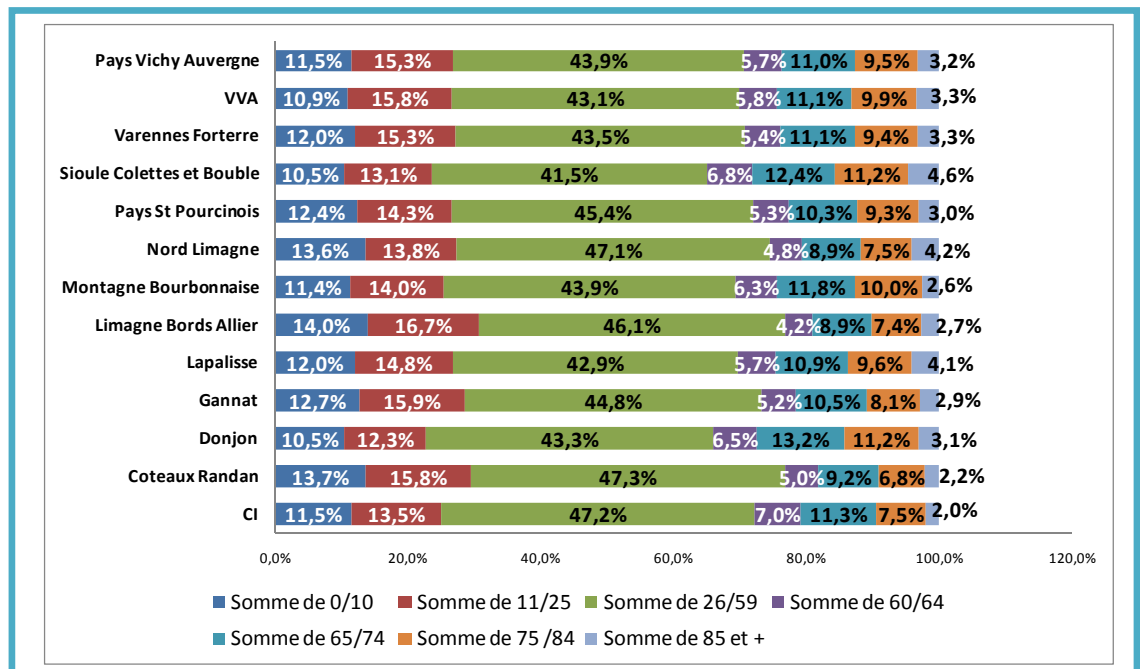
De manière générale, la région Auvergne est une région qui vieillit.

**L'ARS Auvergne a d'ailleurs posé le vieillissement de la population comme un enjeu majeur de son PRS.**

Par rapport à la structure d'âge française, l'Auvergne se caractérise par une sous-représentation importante de toutes les classes d'âges avant 45 ans, avec un déficit marqué chez les jeunes, et une surreprésentation des seniors. Dans l'Allier, la surreprésentation des plus de 70 ans est très accentuée. L'observation des données sur la Pays Vichy Auvergne laisse apparaître que la proportion de population âgée de 60 ans et plus dépasse 30 % sur 5 Communautés de Communes : Donjon, Sioule Colettes et Bouble, Vichy Val d'Allier, Montagne Bourbonnaise et Pays de Lapalisse. A nouveau, ce sont les Communautés de Communes de Randan, Limagne Bords d'Allier et Nord Limagne qui présentent les taux les plus faibles.

Source : INSEE RGP  
2006-Exploitation

Diotima

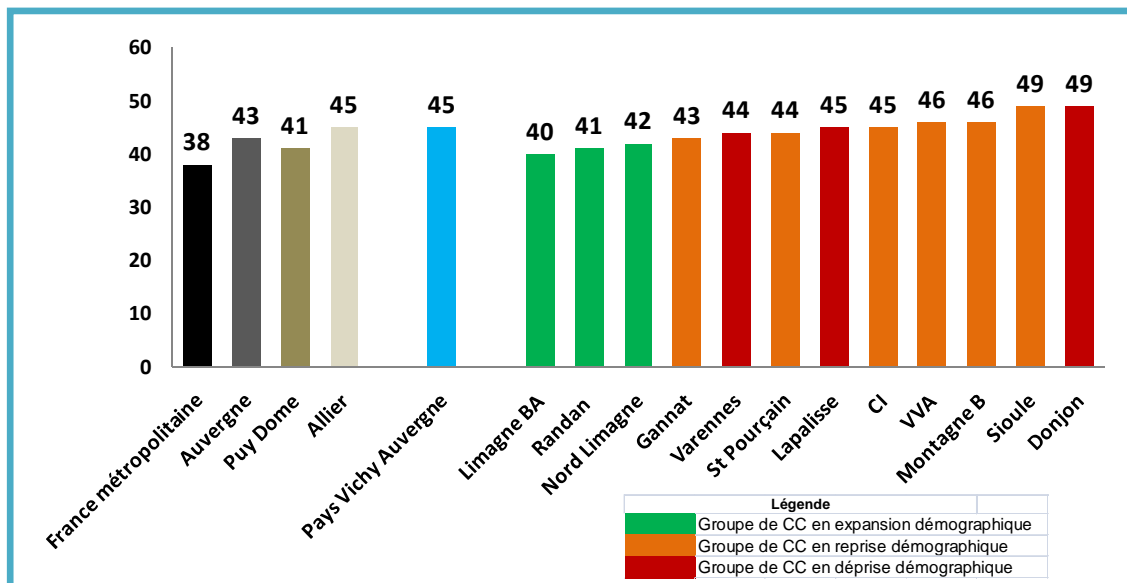


L'âge médian<sup>7</sup> et l'indice de vieillissement sont également des indicateurs particulièrement significatifs.

<sup>7</sup> Age médian : l'âge médian est l'âge qui sépare les effectifs d'une population en deux groupes égaux.



En 2007, en région, l'âge médian est de 43 ans, contre 38 au niveau national. L'âge médian est de 45 ans sur le Pays de Vichy, témoignant d'une proportion d'habitants âgés plus importante que sur l'ensemble de la région.

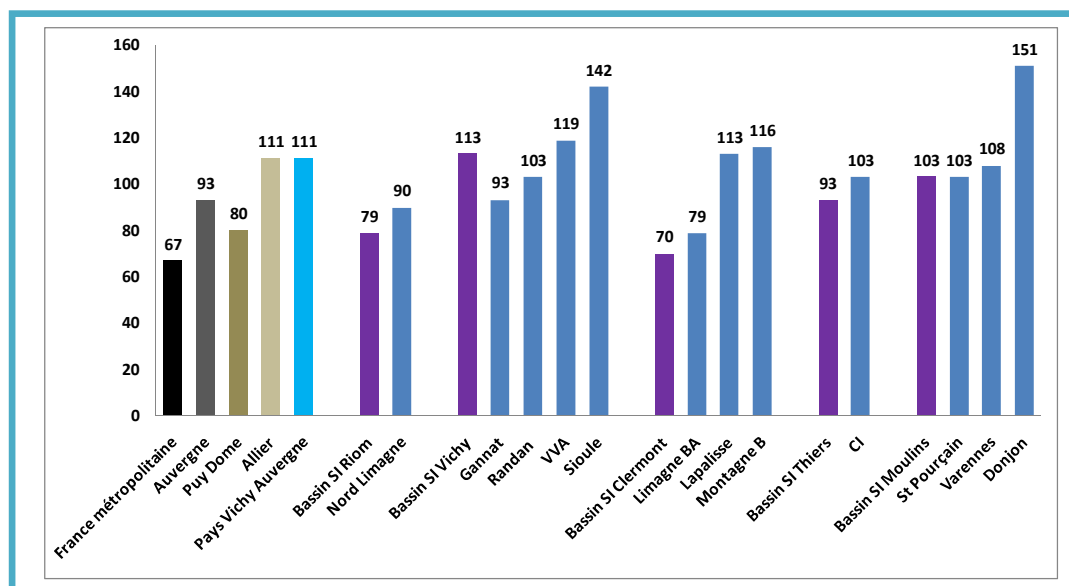


Source : INSEE RGP 2006-Exploitation Diotima

**L'indice de vieillissement**<sup>8</sup> illustre quant à lui l'état d'équilibre entre les habitants de plus de 65 ans et les jeunes populations de moins de 20 ans : cet indicateur renseigne sur la structure de la population, et permet d'augurer de tendances longues.

Sur le territoire d'étude, le rapprochement des indices de vieillissement des Communautés de Communes et de ceux des bassins de santé de proximité définis par l'ARS dont elles sont ressortissantes (bien que leurs « frontières » ne coïncident pas toujours avec exactitude avec les découpages ayant prévalu à la définition des bassins de santé de proximité) laissent apparaître :

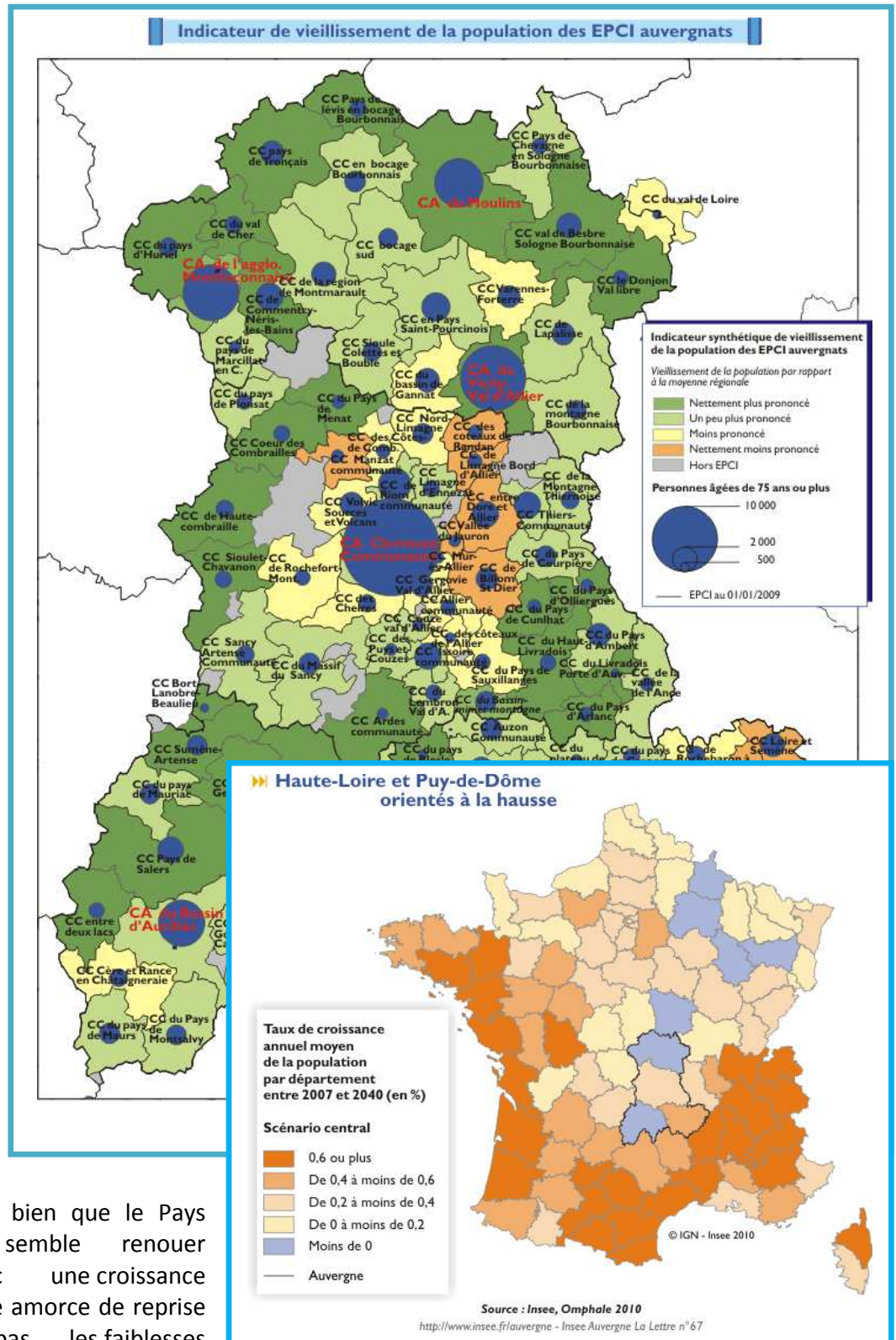
- Que sauf pour ce qui concerne les zones les plus au Sud (bassins de santé de Clermont, de Riom, de Thiers) les indices de vieillissement des bassins de santé sont plus élevés que l'indice régional, et les indices des Communautés de Communes y sont également plus importants.
- Que la situation est particulièrement préoccupante sur les Communautés de Communes de Sioule et Donjon



<sup>8</sup> L'indice de vieillissement correspond ici au nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans



Source : INSEE Lettre 58-  
Janvier 2010



Il semble donc que, bien que le Pays Vichy Auvergne semble renouer actuellement avec une croissance démographique, cette amorce de reprise ne réformerait pas les faiblesses structurelles en matière démographique (faible fécondité, départ de ses jeunes et moyenne d'âge élevée de la population) et ne suffirait pas à inverser la tendance au vieillissement.

De manière générale, en s'appuyant sur les études réalisées par l'INSEE, il apparaît qu'en 2040, selon le scénario de projection central<sup>9</sup>, l'âge moyen en France passera de 39,1 ans en 2007 à 43,6 ans en

<sup>9</sup> Source s : INSEE Lettre 63 Décembre 2010, Janvier 2010 –INSEE Première - N°1326, DÉCEMBRE 2010, la population des régions en 2040

2040. En Auvergne, l'âge moyen passerait de 42.2 ans à 46.3 ans ; le nombre d'Auvergnats de 60 ans ou plus augmenterait de 49 % par rapport à 2007, et l'augmentation serait particulièrement forte pour la tranche d'âges excédant 80 ans ou plus (+ 28 % de 2007 à 2020 avec l'arrivée dans cette tranche d'âge des générations de l'entre-deux-guerres ; à partir de 2026 lorsque les premières générations des papy-boomers atteindront 80 ans, la progression du nombre d'octogénaires devrait encore s'accélérer).

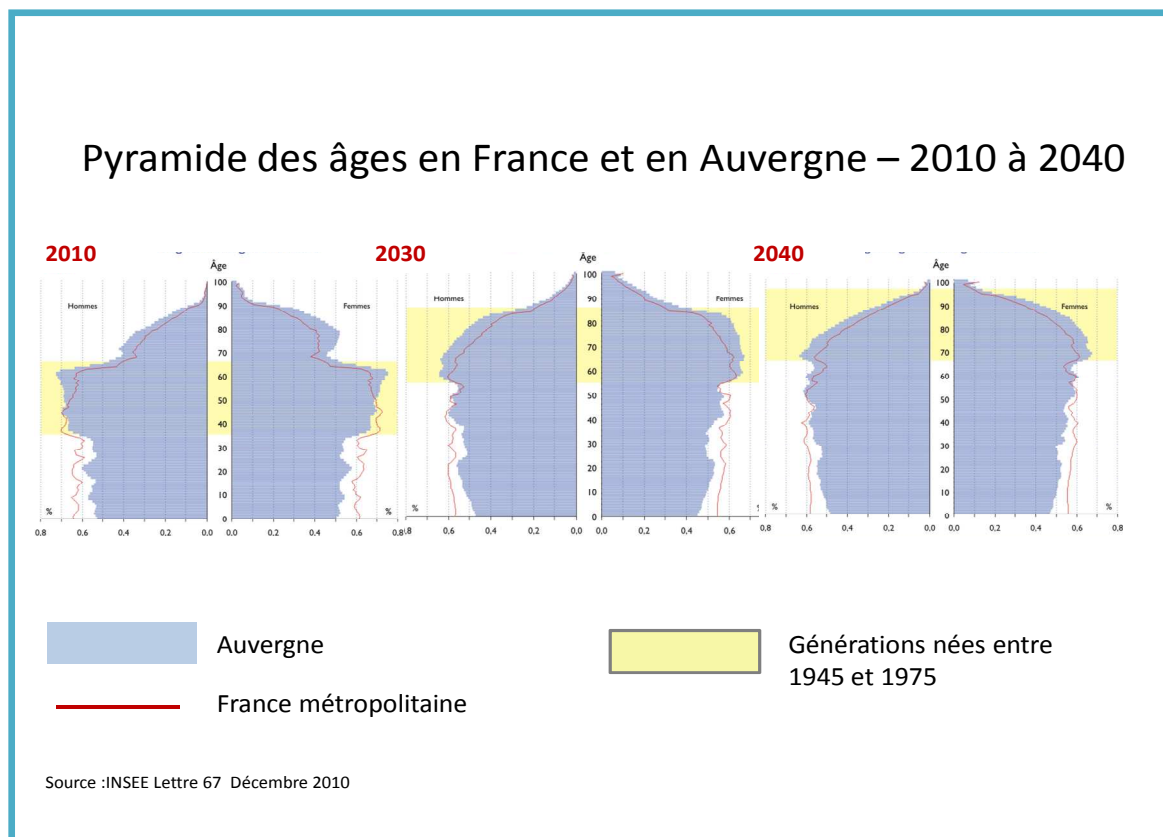
En 2040, 168 000 seniors âgés de 80 ans ou plus résideraient dans la région. Ils seraient alors deux fois plus nombreux qu'en 2007 (+ 103 %). Cette hausse serait inférieure à la moyenne nationale (+ 129 %). Elle varierait de + 78 % et + 92 % dans l'Allier et le Cantal à + 119 % dans la Haute-Loire et le Puy-de-Dôme.

Dans le même temps, le nombre de seniors de 60 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans s'élèverait progressivement.

Source : INSEE – Lettre 58-Janvier 2010-Lettre 67 Décembre 2010

**Taux de variation de population 2007-2040 selon le scénario retenu - Source : Insee, Omphale 2010**

	Scénario central	Population basse	Population haute	Fécondité		Espérance de vie	
				Basse	Haute	Basse	Haute
<b>Auvergne</b>	<b>+ 8</b>	<b>+ 2</b>	<b>+ 15</b>	<b>+ 6</b>	<b>+ 11</b>	<b>+ 6</b>	<b>+ 10</b>
<b>Allier</b>	- 2	- 7	+ 4	- 4	+ 1	- 3	+ 0
<b>Cantal</b>	- 1	- 7	+ 4	- 3	+ 1	- 3	+ 1
<b>Haute-Loire</b>	+ 15	+ 12	+ 24	+ 15	+ 20	+ 16	+ 20
<b>Puy-de-Dôme</b>	+ 12	+ 5	+ 20	+ 9	+ 15	+ 11	+ 14



**On peut considérer que les tendances prospectives réalisées sur les départements de l'Allier et du Puy De Dôme se retrouveront sur le Pays Vichy Auvergne**

Le vieillissement de la population est appelé à se poursuivre : la part des personnes les plus âgées dans la population augmentant, les besoins actuels identifiés en matière de santé vont également croître.

Or, avec le vieillissement, augmente le risque de contracter des **maladies invalidantes**, facteurs de perte d'autonomie et donc de dépendance. De ce fait, le taux de dépendance varie et augmente fortement avec la progression en âge : inférieur à 3 % pour les personnes âgées de 60 à 74 ans, il s'élève à 9 % entre 75 et 84 ans pour atteindre 30 % au-delà<sup>10</sup>.

L'arrivée en âge avancé des générations nées après la première guerre mondiale va renforcer les effectifs des personnes âgées de 80 ans ou plus, particulièrement sujettes à la dépendance. À cela vont s'ajouter les générations nombreuses issues du baby-boom qui franchissent le seuil des 60 ans.

En 2005, en Auvergne, le taux de dépendance s'élève à 7,3 % pour la population âgée de 60 ans ou plus, soit un peu plus que le taux métropolitain estimé à 6,7 %. Les zones les plus rurales connaissent les taux les plus élevés (notamment 7,8 % et 7,7 % pour le Cantal et la Haute-Loire, 7,5 % pour l'Allier et 6,8 %, le Puy-de-Dôme).

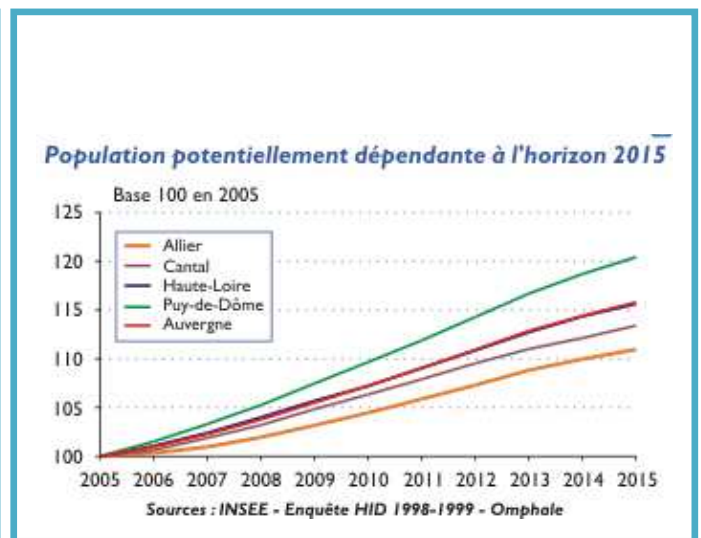
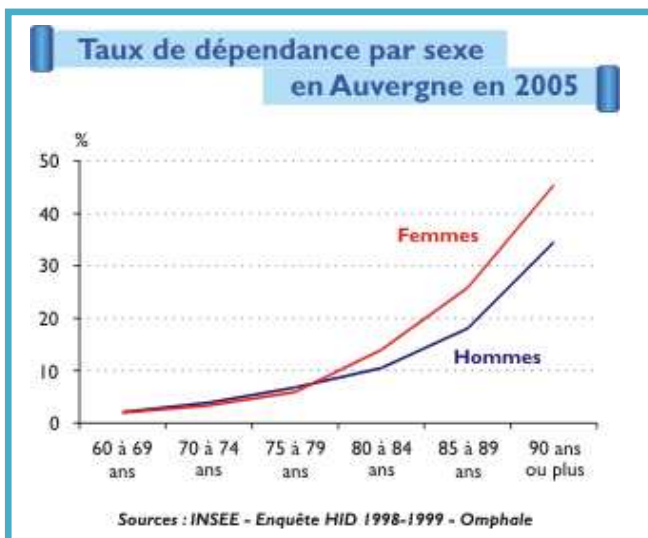
Alors qu'en 2007 la part des 60 ans ou plus atteint 25.6 % de la population auvergnate et 29.3 % pour le Pays de Vichy, (21.6 % pour la métropole)<sup>11</sup>, cette part devrait croître à hauteur des projections démographiques pour 2040<sup>12</sup> de 49 % en Auvergne (+32 % en Allier, +56 % en Puy de Dôme).

### Taux de variation de la population 2007-2040 par grande tranche d'âge

Source : Lettre 63 INSEE- Source : Insee, Omphale 2010 Scénario central

	France	Auvergne	Allier	Cantal	Haute-Loire	Puy-de-Dôme
<b>Ensemble</b>	<b>+ 15</b>	<b>+ 8</b>	<b>- 2</b>	<b>- 1</b>	<b>+ 18</b>	<b>+ 12</b>
<b>De 0 à 19 ans</b>	+ 4	- 0	- 10	- 11	+ 8	+ 4
<b>De 20 à 59 ans</b>	- 0	- 9	- 18	- 22	- 2	- 3
<b>60 ans ou plus</b>	+ 67	+ 49	+ 32	+ 42	+ 66	+ 56
<b>dont 80 ou plus</b>	+ 131	+ 103	+ 78	+ 92	+ 119	+ 119

Graphes : Source INSEE Lettre 41 Mars 2007) ▼



<sup>10</sup> Lettre INSEE 41-Tendances réalisées à partir des résultats de l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendances

<sup>11</sup> INSEE RGP 2007

<sup>12</sup> INSEE Evolution démographique à horizon 2040-Lettre 63 décembre 2010

**Sur le territoire d'étude, le vieillissement de la population pourrait être lourd de conséquences en matière de santé, car impliquant des évolutions :**

- en termes d'augmentation de la demande de soins en général** : prise en charge de poly-pathologies, patientèle de plus en plus dépendante et/ou moins mobile.
- en termes d'ajustement des prises en charge et des parcours de soins, adaptés à une population âgée, et vieillissante (prise en charge de proximité, notamment à domicile)**

**Les zones paraissant à ce titre les plus impactées seraient les Communautés de Communes du Donjon, du Pays de Lapalisse, Sioule Colettes et Bouble, VVA et la Montagne Bourbonnaise : le profil démographique de « déprise démographique », sur Le Donjon et Lapalisse, accentue encore ce constat.**

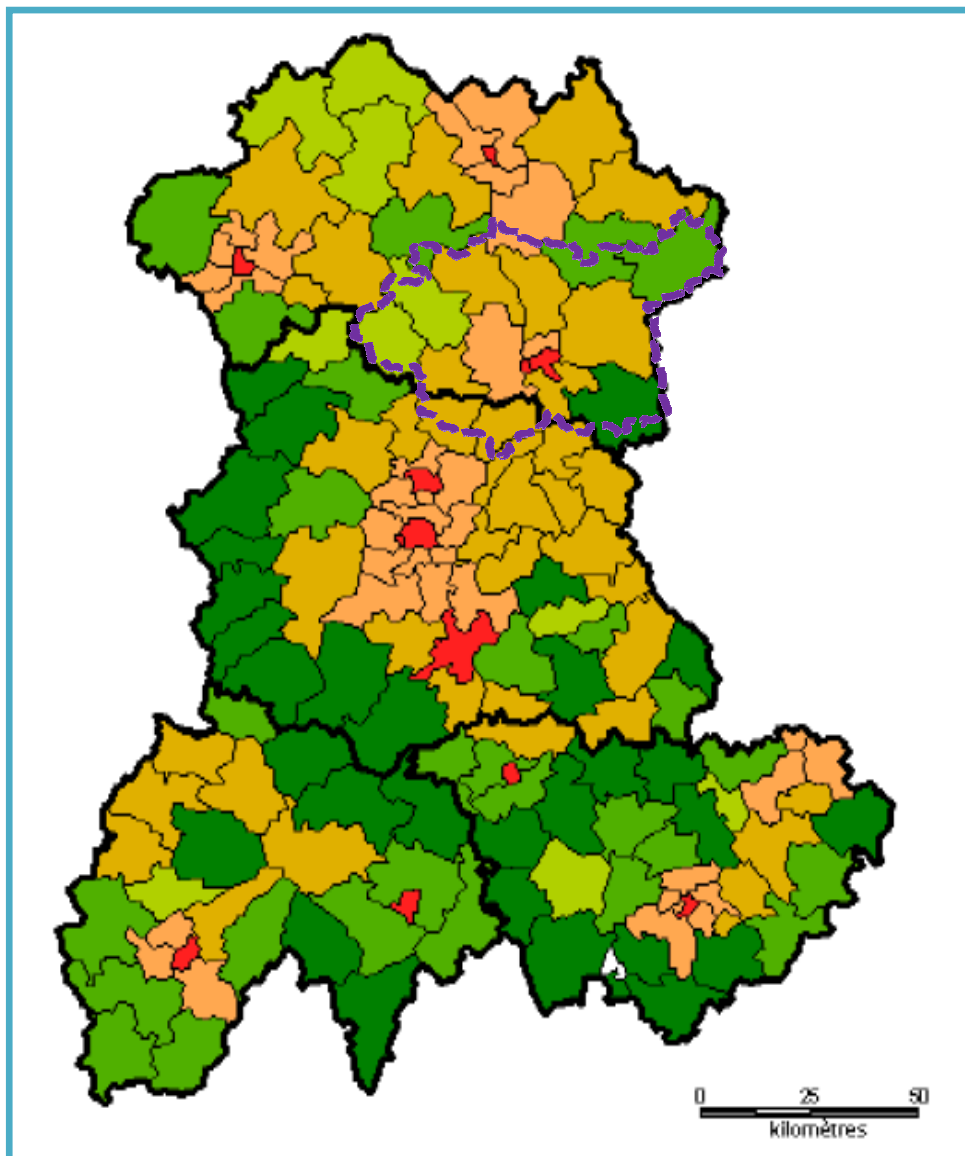
● **Un profil territorial dual, témoin de la cohabitation de 3 profils populationnels**







Au regard des indicateurs posés par la Plateforme de l'OBRESA<sup>13</sup>, le Pays Vichy Auvergne présente une réelle dualité, entre :

- **Un 1<sup>er</sup> groupe**, comptant une population plutôt en situation défavorisée, notamment aux extrémités Nord Est et Sud Est du pays (CC Donjon, Montagne Bourbonnaise), correspondant à environ 10 % de la population du Pays.
  - ⇒ *Ce groupe correspond aux classes 1 et 2 (cf carte ci dessous), et compte une population plutôt composée d'agriculteurs, de personnes âgées, de logements sans confort et de foyers non imposables. Les temps d'accès aux urgences y sont plus longs que dans l'ensemble du territoire. La mortalité générale et prématurée y est plus élevée que dans la région, une surmortalité est observée pour certaines pathologies cancer, maladie cardiovasculaire, suicide).*
- **Un 2<sup>ème</sup> groupe**, rassemblant une population globalement plutôt favorisée au Sud du Pays, correspondant environ à la Communauté d'Agglomération Vichy Val d'Allier pour près de 50 % de la population du pays
  - ⇒ *Ce groupe correspond aux classes 5 et 6 (cf carte ci dessous), et compte une population plus contrastées de catégories sociales favorisées (cadres, employés...) et de populations en situation de précarité. Le temps d'accès aux urgences est court, ces zones sont plutôt bien dotées en équipement sanitaire. La mortalité prématurée y est plus faible.*
- **Un 3<sup>ème</sup> groupe**, représentant une population plutôt modeste, sur le reste du territoire d'étude, correspondant à environ 40 % de la population
  - ⇒ *Ce groupe correspond aux classes 3 et 4 (cf carte ci dessous), et compte une population plutôt composée d'une part plus importante de catégorie « ouvrier », mais aussi de personnes âgées et de bénéficiaires AAH (classe 3). une surmortalité prématurée est observée (cancers, alcool, cardiopathie ischémiques). Les temps d'accès aux urgences sont plus élevés pour la classe 3.*

<sup>13</sup> Les inégalités cantonales de santé en Auvergne-2004



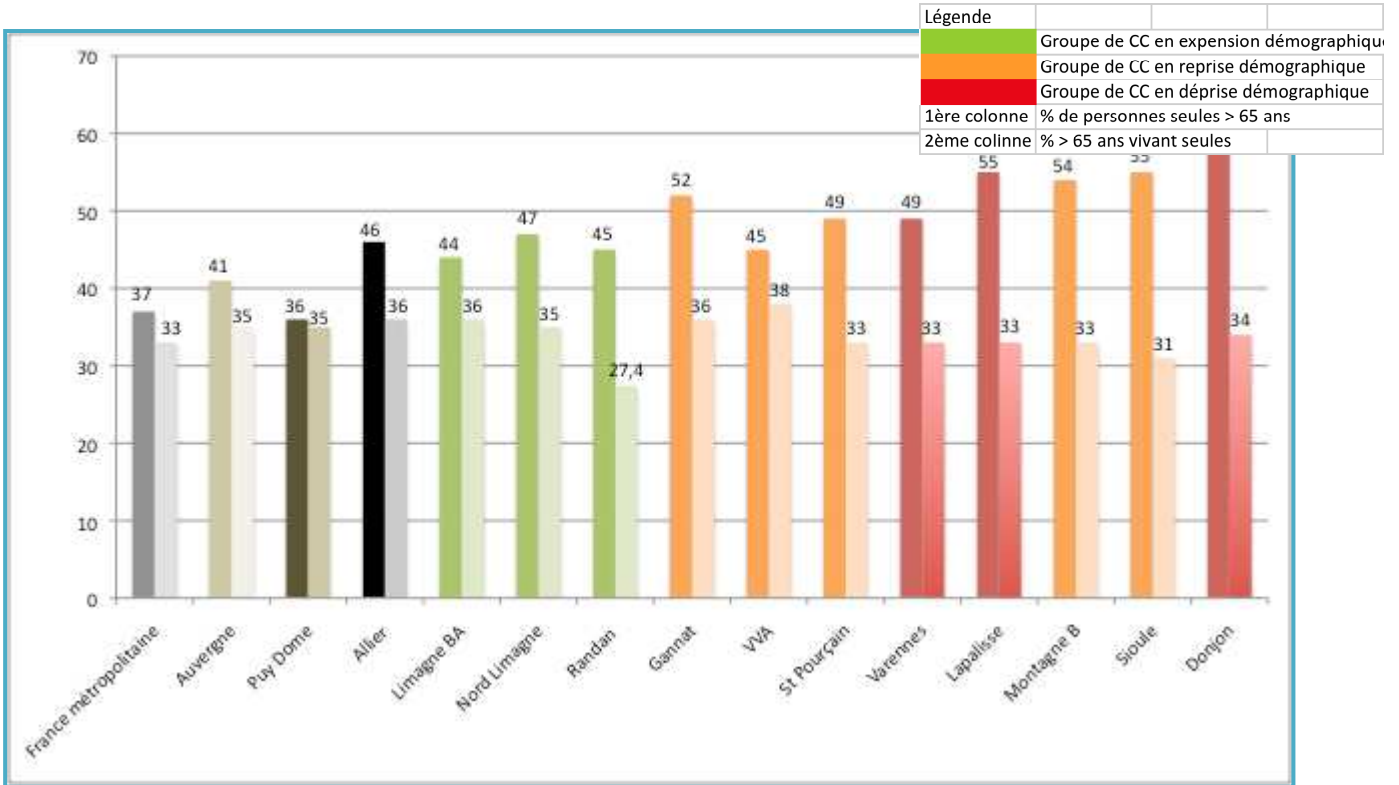


Légende	
	Classe 1 des cantons ruraux confrontés à une surmortalité
	Classe 2 des cantons ruraux, sous-équipés mais connaissant une sous-mortalité
	Classe 3 des cantons âgés et éloignés des structures de soins, touchés par la mortalité prématurée
	Classe 4 des cantons à dominante ouvrière, touchés par la surmortalité
	Classe 5 des cantons périurbains connaissant une sous-mortalité
	Classe 6 des cantons urbains, bien dotés en professionnels de santé

Sources : INSERM CépiDc, INSEE, CNAF, CCMSA, DREES, DARES, Conseils généraux, DRASS

Les disparités sociales peuvent également s'appréhender par le **taux d'isolement des personnes âgées**, qui se mesure par le **taux de personnes âgées de plus de 65 ans vivant seules**, ainsi que le **taux de personnes seules ayant plus de 65 ans**, celles-ci pouvant porter un besoin spécifique en termes de prise en charge.

De manière générale, les personnes âgées sont plus souvent en situation d'isolement en région Auvergne que sur l'ensemble du périmètre national métropolitain.



Source : INSEE 2007, exploitation Diotima

La synthèse des éléments sociodémographiques permet d'aboutir au classement suivant :

	Densité	Dynamisme démographique	Indice de vieillissement (20/65 ans)	Age médian	% de population âgée de 60 ans et plus	Situation socio-sanitaire Classe OBRESA	% de personnes seules ayant + de 65 ans	% de personnes âgées de 65 ans et plus vivant seules
France métropolitaine	113,6		67	38	21,1		37	33
Auvergne	51,5		93	43	25,6		41	35
Puy Dome	78,6		80	41	22,97		36	35
Allier	46,7		111	45	28,81		46	36
Limagne BA	54	+	79	40	23,2	4	44	36
Nord Limagne	51	+	90	42	25,4	4	47	35
Randan	44	+	75	41	23,2	4	45	27,4
Gannat	59	=	93	43	26,7	4	52	36
VVA	230	=	119	46	30,2	6	45	38
St Pourçain	36	=	103	44	27,9	3,5	49	33
Varennes	39	-	108	44	29,3	4	49	33
Lapalisse	26	-	113	45	30,3	4	55	33
Montagne B	16	=	116	46	30,7	1	54	33
Sioule	19	=	142	49	34,9	3	55	31
Donjon	14	-	151	49	34	2	63	34

Groupe en situation "d'urgence socio-démographique"

Groupe en situation "de vigilance socio-démographique"

Groupe en situation socio-démographique proche du niveau régional

Sources : INSEE RP 2007-Améli -Obresa /Exploitation Diotima



Les indicateurs péjoratifs en termes de précarité et pauvreté (conditions de vie, précarité financière, niveau d'étude ...) ont une conséquence sur l'état de santé général, et donc sur les besoins de soins de la population (augmentation des maladies chroniques, diabète, pathologies psychiatriques...)

Les indicateurs de type socio-démographique (dynamisme démographique, densité, indice de vieillissement, âge médian, typologie socio-sanitaire de l'OBRESA, taux d'isolement des personnes âgées) permettent de réaliser un 1er classement des CC du territoire d'étude selon leur situation en matière de démographie, ceci en 3 groupes :

- un groupe en situation d' «urgence socio-démographique »
- un groupe en situation de « vigilance socio-démographique »
- un groupe en situation socio-démographique « proche du niveau régional »

Ce 1er classement induit des besoins plus ou moins importants, plus ou moins urgents en termes de prise en charge de proximité des populations âgées.

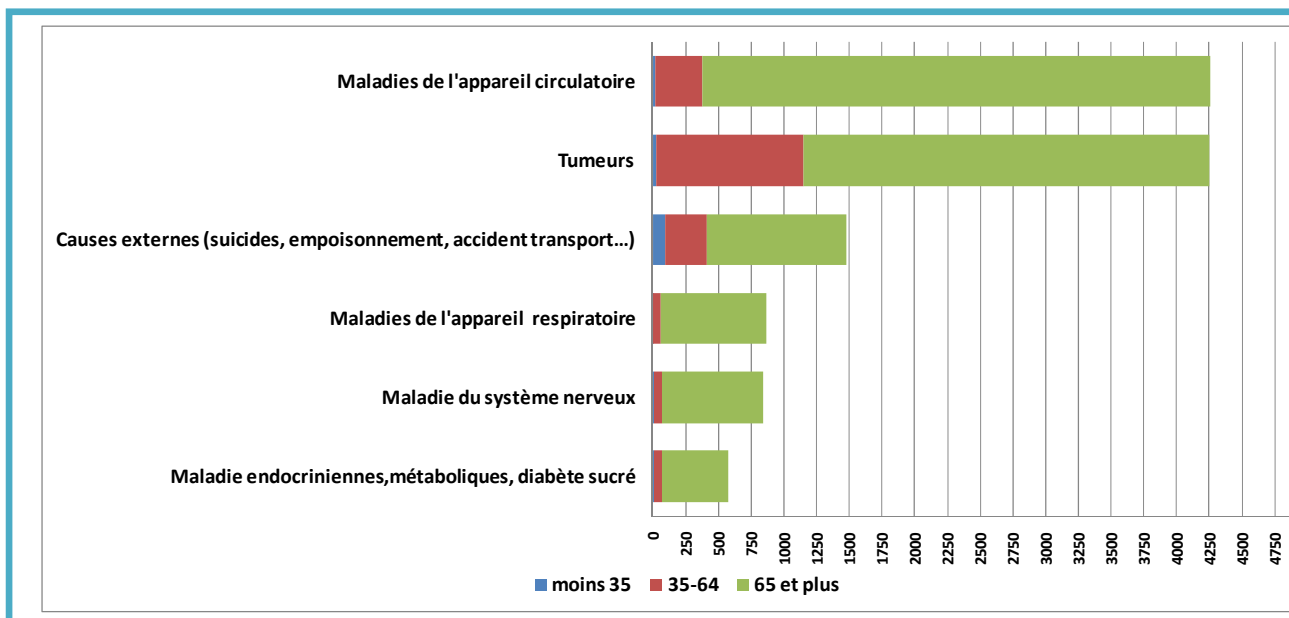
- L'état de santé de la population du territoire d'étude génère, et va générer, des besoins de soins importants

Ces besoins sont à mettre en regard des caractéristiques démographiques précédemment citées.

### Mortalité générale et prématurée

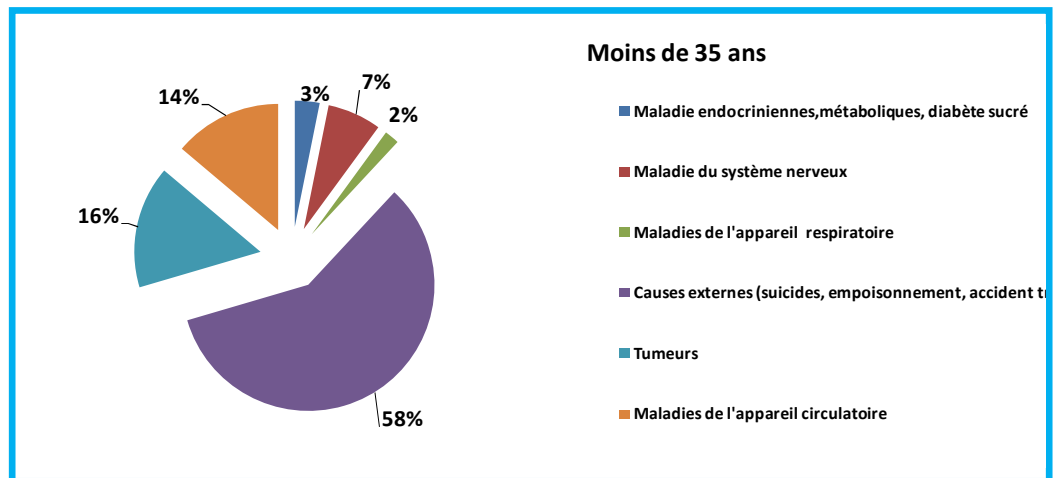
Plus de la moitié des décès survenus en 2008 sur la région Auvergne ont pour cause les tumeurs (29 %) et les maladies de l'appareil circulatoire (29 %), puis les causes externes.

Source : CepiDC-2008

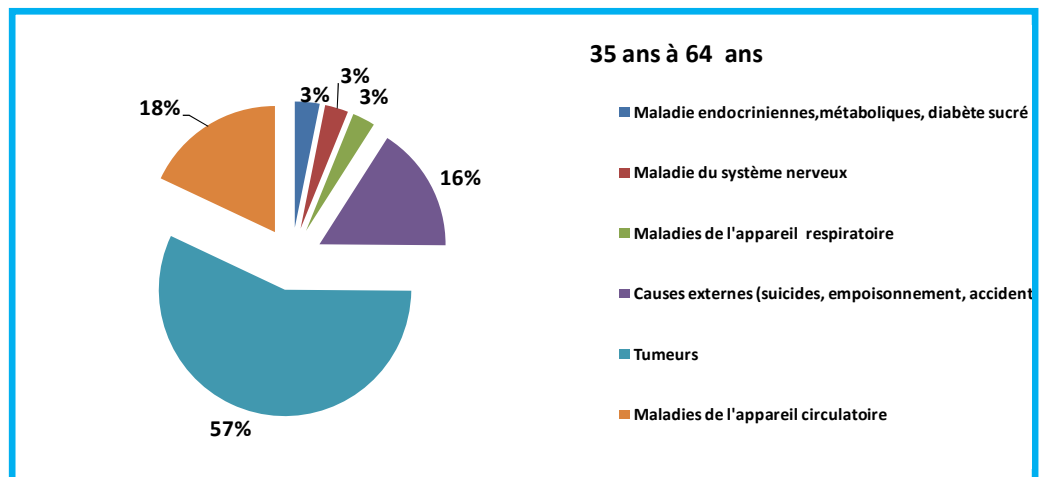


**80% des décès se concentrent sur 6 causes principales, dont l'observation par tranche d'âge révèle quelques disparités :**

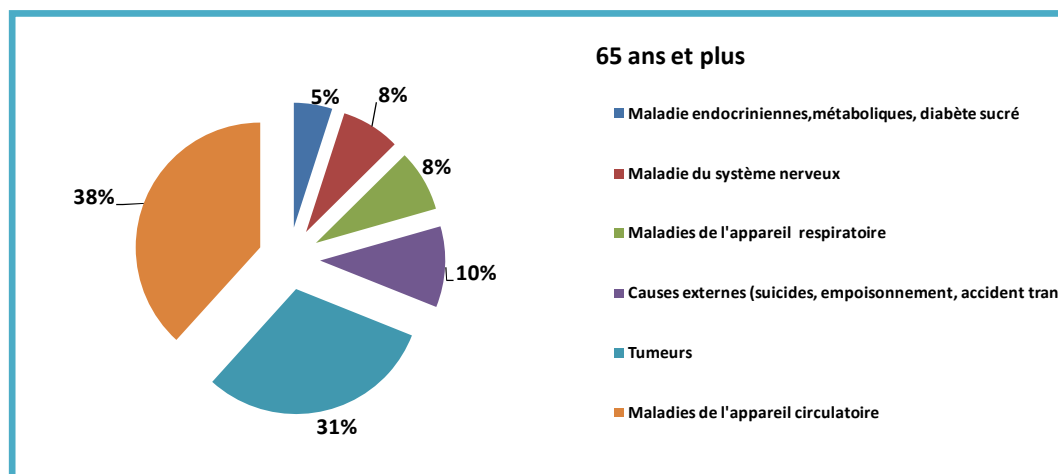
- La principale cause de mortalité chez les **moins de 35 ans** a trait à des **causes externes**, parmi lesquelles le suicide, les troubles, les accidents de la route



- La principale cause de mortalité chez les personnes âgées de **35 ans à 64 ans** a trait aux **tumeurs**



- La principale cause de mortalité chez les personnes âgées de **plus de 65 ans** a trait aux **maladies de l'appareil circulatoire**, suivies des **tumeurs**



Source : INSERM – CepiDc-2008

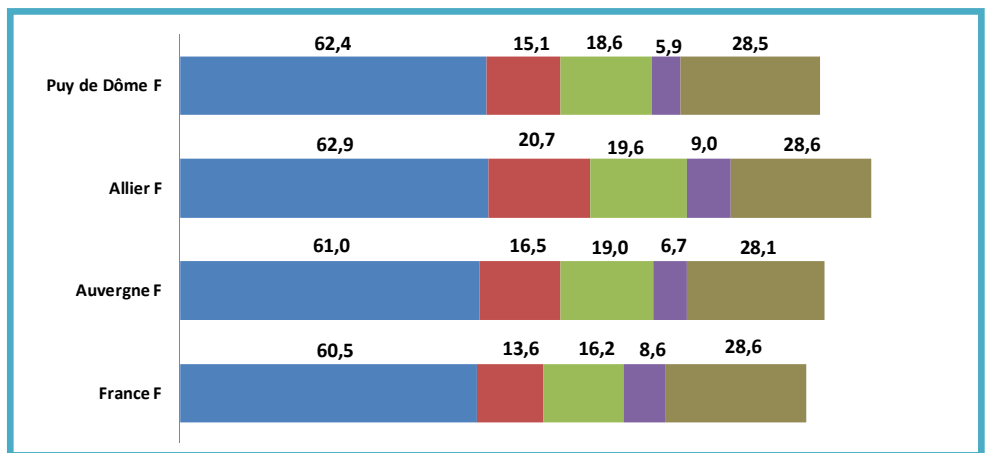
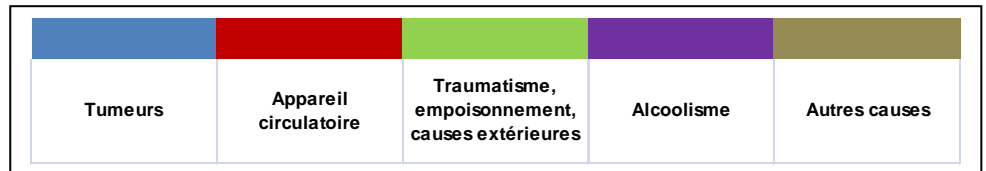
La mortalité prématurée<sup>14</sup> est définie en France comme la mortalité survenant avant 65 ans. Elle est en constante diminution en France.

Sur les années 2005-2007, la mortalité prématurée en Auvergne (307.8 pour les hommes, 131.3 pour les femmes) est plus élevée que celle observée en France<sup>15</sup> (285.9 pour les hommes, 127.5 pour les femmes), ceci pour les 2 sexes.

Les 4 grandes causes de décès prématuré entre 2005 et 2007 sont les tumeurs, maladies de l'appareil circulatoire, les traumatismes et empoisonnements et l'alcoolisme.

**La mortalité prématurée est un peu plus élevée sur le département de l'Allier que sur le Puy de Dôme**

**Plus de la moitié des décès prématurés seraient évitables, principalement en réduisant les comportements à risques et addictions, et également en favorisant des actions de prévention, de dépistage et d'éducation thérapeutique.**



Source : INSERM – CepiDc-2008



<sup>14</sup> Taux de mortalité prématurée pour l'année N dans la population P=100 000\* nombre de décès survenus avant l'âge de 65 ans dans la population P durant l'année N/effectif moyen de la population P de moins de 65 ans sur l'année N

<sup>15</sup> ORS-Taux standardisé de mortalité prématurée sur la période 2003-2005

## Affections de longue durée (ALD)

Le département de l'Allier, présente des taux de patients reconnus en ALD significativement élevés (pour 2/3 des ALD, les taux se situant dans le premier tiers des rangs nationaux). Notamment :

- L'Allier se trouve au **premier rang national** du taux d'affection de longue durée pour les **tumeurs malignes**.
- En ce qui concerne les **maladies chroniques** du foie et les cirrhoses, le département se place au **24ème rang national**.
- En ce qui concerne les **affections psychiatriques**, le département se place au **7ème rang national**.
- D'autre part, le département présente des taux préoccupants pour l'ensemble des ALD pour **maladies cardio-vasculaires** : accident vasculaire cérébral invalidant (5ème rang national), insuffisance cardiaque grave (14ème rang), artériopathie chronique (22ème rang), maladie coronaire (26ème rang), hypertension artérielle sévère (32ème rang)
- Le département se classe au 40ème rang national en ce qui concerne le taux d'ALD pour diabète.

Le département du Puy de Dôme est dans une situation légèrement moins préoccupante, puisque 12 taux d'ALD sur 30 se situent dans le premier tiers des rangs nationaux.

- Néanmoins, en ce qui concerne le taux d'ALD pour **affections psychiatriques**, le département se place au **6ème rang national**.
- En ce qui concerne le taux d'ALD pour **tumeurs malignes**, le département se place au **14ème rang**.
- En ce qui concerne les ALD pour **maladies cardio-vasculaires**, le département présente des taux préoccupants mais plus hétérogènes que le département de l'Allier: artériopathie chronique (5ème rang), insuffisance cardiaque grave (9ème rang), hypertension artérielle sévère (19ème rang) maladie coronaire (37ème rang), accident vasculaire cérébral invalidant (77ème rang national).
- En ce qui concerne le taux d'ALD pour **insuffisance respiratoire chronique** grave, le département se place au 32ème rang national.
- Enfin, le département se classe au 66ème rang national en ce qui concerne le taux d'ALD pour diabète.

**En conclusion, au regard de ces taux d'ALD, et pour les 2 départements concernés par le territoire d'étude, une attention toute particulière doit être portée à la prise en charge globale (prévention et soins) des tumeurs malignes, des maladies cardio-vasculaires, des affections psychiatriques et des conduites addictives liées notamment à l'alcool et au tabac.**

Classement par rang national (y compris DOM) taux standardisé pour 100 000 personnes de chacune des 30 affections pour l'Allier et le Puy de Dôme au 31/12/2009 - données régime général			
Code	Libellé de l'ALD 30	Rang Allier	Rang Puy de Dôme
30	Tumeur maligne	1	14
28	Suites de transplantation d'organe	2	19
2	Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	4	30
9	Forme grave des affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave	4	37
1	Accident vasculaire cérébral invalidant	5	77
23	Affections psychiatriques de longue durée	7	6
16	Maladie de Parkinson	9	45
26	Scoliose structurale évolutive	10	22
5	Insuf. cardiaque, tr. du rythme, cardiopathies valvulaires, congénitales graves	14	9
19	Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique	16	30
25	Sclérose en plaques	17	67
21	PAN, LEAD, sclérodermie généralisée	18	3
3	Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	22	5
11	Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	22	15
6	Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	24	38
22	Polyarthrite rhumatoïde	24	39
24	Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	25	48
13	Maladie coronaire	26	37
12	Hypertension artérielle sévère	32	19
27	Spondylarthrite ankylosante grave	32	34
4	Bilharziose compliquée	38	54
8	Diabète de type 1 et diabète de type 2	40	66
20	Paraplégie	41	88
18	Mucoviscidose	49	43
29	Tuberculose active, lèpre	50	97
14	Insuffisance respiratoire chronique grave	51	32
7	Déficit immunitaire primitif, infection par le VIH	58	53
15	Maladie d'Alzheimer et autres démences	62	71
17	Maladies métaboliques héréditaires	68	44
10	Hémoglobinopathies, hémolyses, chron. constitutionnelles et acquises sévères	86	47

Sources : Source AMELI, exploitation Diotima

**Pour infléchir ces tendances, des actions d'éducatives à la santé, de prévention, de dépistage précoce, de soins et d'éducation thérapeutiques afin d'éviter ou de minimiser l'effet de ces principales pathologies devront être conçues ou poursuivies, en collaboration entre l'ensemble de acteurs du monde de la santé, afin d'accompagner le parcours des victimes potentielles ou avérées de ces affections.**

**Il ressort des éléments de diagnostics déjà réalisé par l'ARS Auvergne sur les 15 bassins de santé intermédiaires que le territoire d'étude serait plus particulièrement concerné par ces mauvais scores de mortalité et morbidité an matière d'affection par maladies de l'appareil respiratoire et par cancer\*.**

**Enfin, une attention particulière quant à la prise en charge de jeunes populations de moins de 35 ans devrait être apportée, notamment en matière de prévention des suicides, de troubles psychiatriques et d'addiction, dont les taux sont significativement élevés sur le territoire concerné.**

*\*Conférence ARS 6 décembre page 15 –*

**De manière générale, il apparait pour le territoire du Pays Vichy Auvergne :**

- . une prévalence forte de **pathologies lourdes,**
- . des **caractéristiques sociales et sanitaires** qui justifient une **accentuation des pratiques de prévention et d'éducation thérapeutique, ainsi qu'un raccourcissement des délais de détection et de prise en charge**
- . des prospectives démographiques défavorables qui renforce la nécessité de maintenir et de développer une offre de soins de proximité pour répondre à un **besoin de soins en augmentation**

**Les travaux du PRS Auvergne énoncent clairement des enjeux allant dans ce sens : prise en charge du vieillissement, organisation de parcours de soins facilitant l'accès aux soins pour tous, efficience et qualité du système de santé.**

**De manière plus spécifique, le Pays Vichy Auvergne présente une typologie en 3 zones, qui présente des différences pouvant justifier une approche différenciée de l'organisation et de l'animation des soins de 1<sup>er</sup> recours**



## 2.3. L'état de l'offre de soins libérale est préoccupant sur le territoire d'étude

- **Panorama général**

### 3 approches pour restituer une réalité

L'offre de soins libérale ne s'apprécie valablement qu'en combinant plusieurs approches, pour aboutir à restituer le plus possible une capacité de réponse de soins à une population donnée, porteuse de caractéristiques spécifiques et de besoins différenciés en matière de soins :

- **Une approche « comptable »**, qui recense à une date donnée le nombre de PS en exercice par profession pour le mettre en regard des effectifs d'une population : il s'agit ici de considérer principalement les **effectifs** et la **densité**<sup>16</sup> par profession.
- **Une approche « dynamique »**, qui prend en compte divers éléments qualitatifs pour apprécier la qualité de la **corrélation dans le temps entre l'offre et la demande de soins**. En effet, **l'approche « comptable »** reste très indicative quant à l'adéquation entre offre et demande de soins, et nécessite d'être complétée pour apprécier la situation sur le terrain.

Ainsi, la prise en compte du **classement sociodémographique** par zone (cf classement réalisé page 32), prenant en compte la structure de la population et son profil socio-sanitaire, permet de relativiser utilement les indications de types « comptables » en intégrant la notion de besoins de soins à moyen et long terme.

Ainsi par exemple, l'observation de la **ventilation par âge au sein d'une profession de santé** permet d'apprécier la **durabilité** dans le temps de sa réponse vis-à-vis d'une population dont la structure par âge induit elle aussi une évolution potentielle de ses besoins :

- ⇒ ainsi, il a pu être observé que le **niveau d'activité** des PS peut par exemple se réduire légitimement avec l'âge, que la propension à faire évoluer son mode d'exercice peut parfois être moins facile avec l'âge, etc.
- ⇒ ainsi, les contextes sont de plus en plus complexes et les problématiques du territoire sont de plus en plus lourdes : ce constat nécessite donc des réponses de soins ciblées et coordonnées dans un cadre de recherche de qualité et d'efficacité<sup>17</sup>. Or, il est certain que le « comptage » ne suffit pas à renseigner sur l'orientation de l'exercice médical, et donc à travailler sur son **organisation** et son **animation future** dans le sens des enjeux et axes stratégiques posés : quelle part entre le soin, la prévention, l'éducation thérapeutique ? quelles « dispositions » et activité des acteurs en matière de coordination avec l'ensemble des offreurs de soins et des acteurs sociaux ?...

- **Une approche « humaine »**, qui prend en compte la perception des acteurs vis-à-vis des enjeux de santé, tels que vécus par eux dans leur exercice quotidien : l'analyse du **ressenti professionnel des PS de 1<sup>er</sup> recours** (via un questionnaire) permet d'identifier des tendances notamment en termes de priorités sanitaires et de fonctionnement du système de santé, qui permet utilement de préciser l'état de l'offre libérale sur le territoire d'étude

L'analyse réalisée ci-après s'appuie bien entendu sur les éléments de diagnostic posés par l'ARS : pour restituer utilement la réalité du territoire d'étude, il a cependant été procédé à un ciblage

<sup>16</sup> La densité est l'effectif rapportée à une population de 100 000 habitants.

<sup>17</sup> Axe stratégique transversal posé par le PRS Auvergne –ARS « Plan stratégique régional Auvergne » -Travaux d'avril à aout 2010

« comptable » et « dynamique » de l'état de l'offre de soins 1<sup>er</sup> recours sur le Pays Vichy Auvergne, complété par une analyse « humaine » de celle-ci au travers de l'exploitation de questionnaires diligentés auprès des PS du territoire d'étude. Cette analyse combinatoire sera complétée par un **inventaire des initiatives et volontés** dans le chapitre 2.

### Les principales caractéristiques de l'offre de soins posées par l'ARS

Le diagnostic de l'offre de soins réalisés par l'ARS conclut à une relative bonne couverture de l'offre de 1<sup>er</sup> recours sur la région Auvergne.

*« Globalement, la région apparaît moins dotée en professionnels de santé (libéraux ou salariés) que la moyenne française alors que les besoins de soins progressent du fait des avancées médicales, de l'interdépendance croissante des métiers dans la prise en charge de patients et du vieillissement de la population auvergnate. La région est néanmoins bien positionnée pour les professions de premier accès : médecins généralistes, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pharmaciens, chirurgiens dentistes. »*

Les nuances suivantes sont apportées concernant les départements de l'Allier et du Puy de Dôme :

*« Le Puy-de-Dôme, avec des valeurs proches ou supérieures aux moyennes nationales, est le mieux équipé, toute profession confondue. L'influence clermontoise, avec son plateau technique développé, se ressent fortement. »... « L'Allier connaît des situations variables selon le type de professionnels de santé avec une tendance néanmoins aux sous équipements, mais sa plus grande homogénéité territoriale semble équilibrer la répartition des effectifs. »*

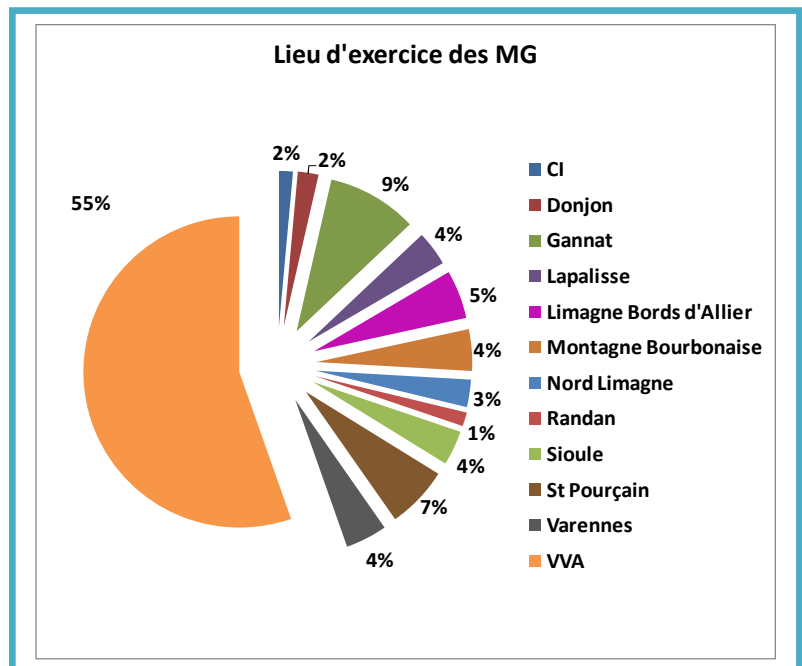
- Sur le périmètre d'étude, les indicateurs « comptables » des PS de 1<sup>er</sup> recours sont préoccupants

### Concernant les MG

A la date, concernant les 139 MG installées sur le territoire d'étude :

- 55 % d'entre eux exercent dans la CA de VVA
- L'âge des MG varie entre **29 et 72 ans**, pour une moyenne d'âge de **53.7 ans** (France et Auvergne : 52 ans<sup>18</sup>)
- Depuis 2006, on dénombre **9 installations** de MG, dont la moyenne d'âge est de **40.4 ans**
- **La moitié des MG ont 55 ans et plus** (respectivement en France et en Auvergne, 42 % et 43 % des MG ont 55 ans et plus<sup>11</sup>)

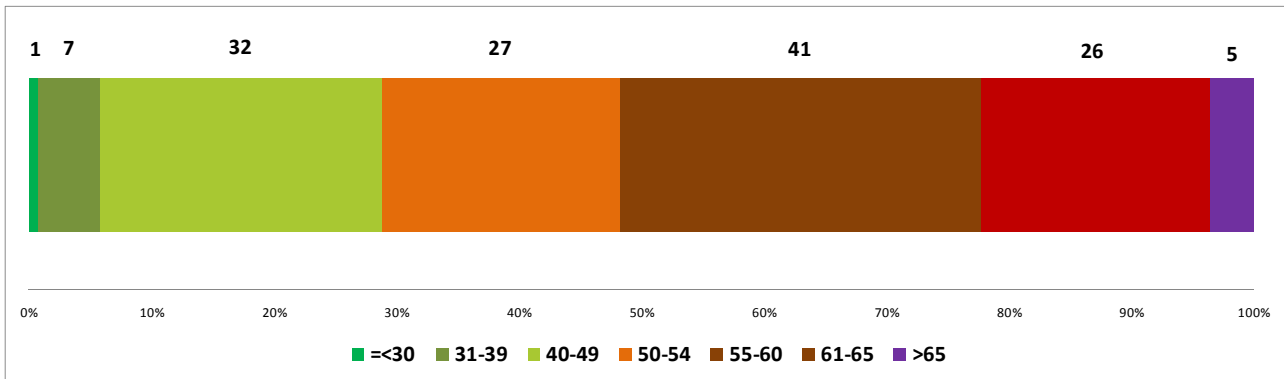
Source graphe : Ordre Médecins, exploitation Diotima-Atlas CNOM 2009



<sup>18</sup> Atlas de la démographie médicale en région Auvergne-CNOM-1/1/2009  
Pays Vichy Auvergne Etude Santé –Janvier 2011

## Ventilation par âge des MG libéraux sur le territoire d'étude

Source graphe : Ordre Médecins, exploitation Diotima-Atlas CNOM 2009



En partant de l'hypothèse que les MG cesseraient leur activité à 65 ans, et sans installation supplémentaire, il apparaît :

- qu'en 2020, l'effectif actuel de MG aurait baissé de 50 %, certaines CC se trouvant dans cette situation dès 2017
- que les MG encore en exercice auraient 56.8 ans en moyenne, 69 % ayant alors plus de 55 ans

Tableau prospectif des départs en retraite des MG (base 65 ans)-Source : Ordre Médecins-Exploitation Diotima

	Montagne Bourbonnaise	Varennes	Sioule	Donjon	Lapalisse	Limagne Bords d'Allier	Nord Limagne	Randan	Gannat	St Pourçain	CI	VVA	Total
Aujourd'hui	6	6	5	3	5	7	4	2	13	9	2	77	139
2011	5	6	5	3	5	6	4	2	12	8	2	72	130
2012	4	5	5	3	4	5	3	2	11	7	2	69	120
2013	4	5	5	2	4	5	3	2	10	7	2	65	114
2014	3	5	4	2	4	5	3	2	9	7	2	62	108
2015	3	5	3	2	4	5	3	2	8	7	2	61	105
2016	3	4	3	2	4	5	3	2	8	5	2	55	96
2017	3	4	2	2	4	5	2	2	8	5	2	50	89
2018	2	4	2	2	3	5	2	2	6	5	2	44	79
2019	2	4	2	1	2	5	2	2	6	4	2	42	74
2020	2	4	2	1	1	5	1	2	6	3	2	38	67
2021	2	4	2	1	1	5	1	2	6	2	2	36	64
2022	1	3	2	1	1	4	1	2	4	2	2	28	51
2023	1	3	2	1	1	4	1	2	4	2	2	28	51
2024	1	3	2	1		4	1	2	4	2	2	24	46
2025	1	3	2	1		4	1	2	4	2	2	18	40
2026	1	2	1	1		4	1	2	2	2	2	13	31
2027	1	2	1	1		4	1	2	2	2	2	12	30
2028	1	2		1		4	1	2	2	2	2	9	26
2029	1	2		1		4	1	1	2	2	2	7	23
2030	1	2		1		3		1	2	2	2	7	21
2031	1	2		1		3		1	2	2	1	6	19
2032	1	2		1		3		1	2	1	1	6	18
2033		1		1		3		1	1	1	1	2	11
2034		1		1		3		1	1	1	1	2	11
2035		1		1		2		1	1		1	1	8
2036		1		1		2		1	1		1	1	8
2037		1		1				1	1		1	1	6
2038		1		1				1			1	1	5
2039		1		1				1			1	1	5
2040				1							1	1	3
2041				1									1
2042				1									1
2043				1									1
2044				1									1
2045				1									1
2046													1

Légende :

L'effectif actuel en exercice sur la CC a baissé de 50 %

Le dernier MG en exercice sur la CC part en retraite

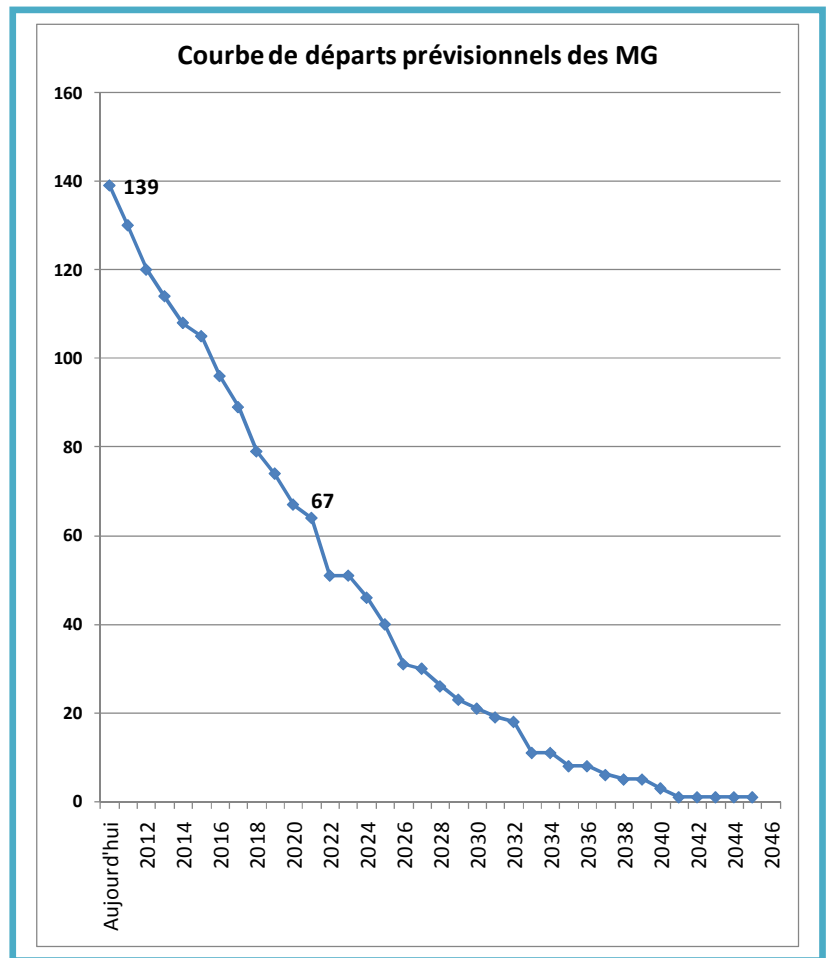
## Courbe d'échelonnement des départs à 65 ans

Sources : Ordre des Médecins - Exploitation Diotima

Sur la base du nombre d'installations enregistré depuis 2006, **le franchissement du seuil de 50 % de l'effectif actuel pourrait être reporté de 2020 à 2024**. Ce rythme correspond d'ailleurs au résultat enregistré à la date pour le **programme « Wanted<sup>19</sup> »**, déployé sur le département de l'Allier, qui fait état de 12 prochaines entrées de jeunes MG sur les 3 à 4 prochaines années, dont 50 % à 70 % pourrait concerner le territoire d'étude (1 entrée est déjà effective depuis 2010, les autres choix d'implantation énoncés par les étudiants sont encore indicatifs pour partie).

Sources : CG Allier-Exploitation Diotima

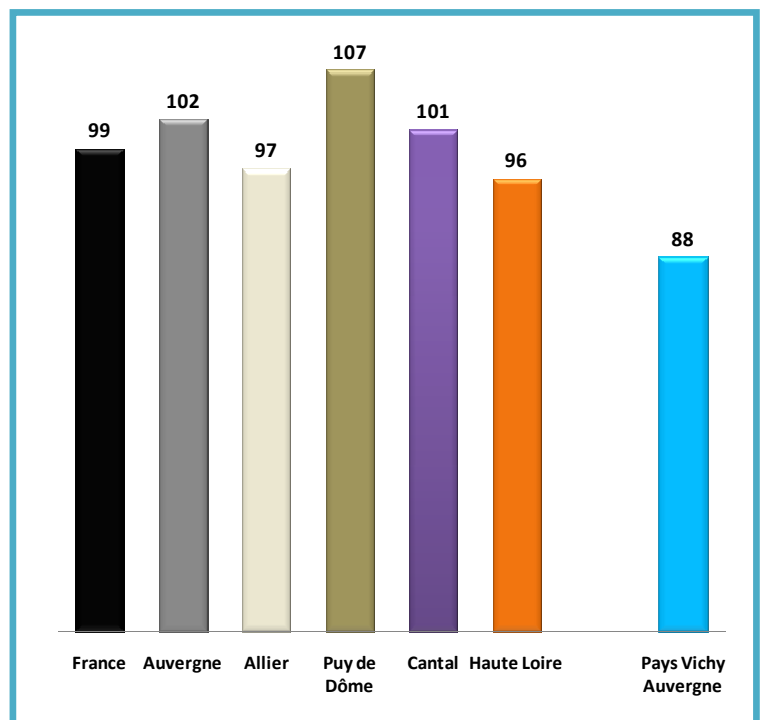
Programme Wanted : se reporter également au Chapitre 2



La densité des MG libéraux sur le territoire d'étude est inférieure à la densité constatée sur l'ensemble des départements auvergnats<sup>20</sup>.

Sources : ARS, Adeli au 1/1/2009-CNOM novembre 2010

et INSEE RGP 2007 : Exploitation Diotima

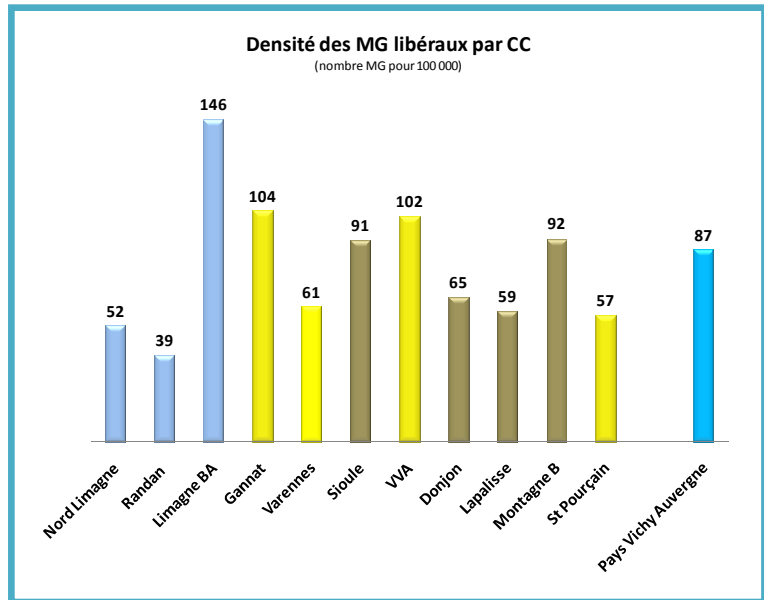
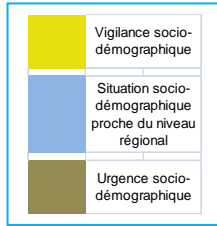


Sources : CNOM novembre 2010 et INSEE RGP 2007 : Exploitation Diotima

<sup>19</sup> Programme déployé par le département de l'Allier, afin de « recruter » de jeunes MG Libéraux : voir chapitre 2

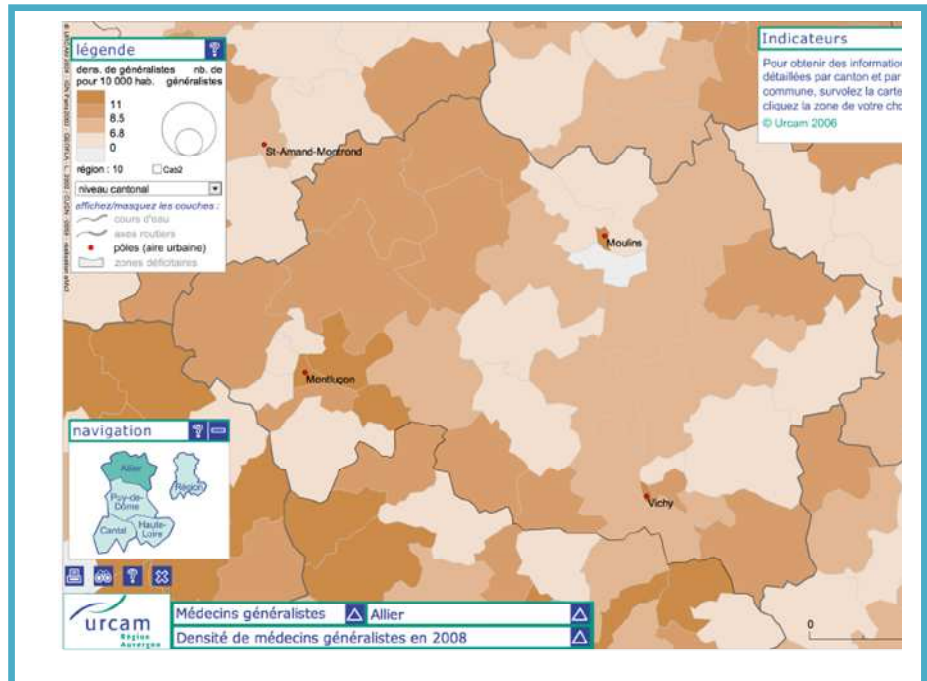
<sup>20</sup> Densité MG hors Pays Vichy : source ARS Portraits de santé « L'état des territoires d'Auvergne » Décembre 2010 – Calcul à partir des fichiers Adéli au 1/1/2009

Densité Pays Vichy Auvergne : calcul à partir des données fournies par l'Ordre des MG, novembre 2010



Sur la base de la classification des CC en groupes selon leur situation sociodémographique<sup>21</sup>, il apparaît une **sous-dotation**, comparativement à la moyenne du Pays Vichy Auvergne :

- pour les **CC de Lapalisse, Donjon** déjà en situation « d'urgence sociodémographique »
- pour les CC de **Nord Limagne et Randan** en situation sociodémographique proches du niveau régional
- pour la CC de **Saint Pourçain et Varennes** en situation de « vigilance sociodémographique »



En combinant les critères de densité<sup>22</sup>, d'activité et de structure d'âge propres aux MG, ainsi que la situation sociodémographique de chaque CC, il apparaît 2

types de profils territoriaux types, entre lesquels la situation connaît des nuances :

- le profil de territoire en déprise démographique, âgé, comptant des publics fragiles et présentant des besoins de soins importants et croissants, où les MG, en faible nombre et plutôt proches de la cessation d'activité, ont une activité importante : c'est le profil du Donjon ou de Lapalisse par exemple
- le **profil de territoire en expansion démographique**, sans fragilité particulière au regard de la structure d'âge ou de la situation économique de sa population, où les MG, en nombre satisfaisant et plutôt jeunes, ont une activité acceptable : c'est le profil de Limagne Bords d'Allier par exemple

<sup>21</sup> Voir page 35

<sup>22</sup> Les données mentionnées ci après ne comportent pas les CI : compte tenu de la taille de ce périmètre, les interprétations sont en effet jugées trop peu significatives pour être exploitées de manière fiable

CC	Groupe socio-démographique	% MG >55 ans	% MG >60 ans	Densité MG	Activité MG (1)
<b>Cotation</b>	<b>Groupe socio-démographique</b>	<b>Urgence : &gt; 50 % ont 55 ans et + ET 20 % ont plus de 60 ans Vigilance : entre 30 % et 50 % ont 55 ans et + OU 20 % ont plus de 60 ans</b>		<b>Urgence : &lt; Pays (88) Vigilance : entre 88 et Auvergne 102</b>	<b>&lt;Auvergne 4822:niveau régional &gt; Auvergne 4822 et 10 % Auvergne 5304:vigilance &gt; 10 % Auvergne 5304: urgence</b>
Limagne BA	Niv. Régional	29%	29%	146	Selon les cantons, entre <4276 et 4201
Nord Limagne	Niv. Régional	75%	25%	52	5926
Randan	Niv. Régional	0%	0%	39	<4276
Gannat	Vigilance	54%	31%	104	Selon les cantons entre 4511 et >5851
VVA	Vigilance	51%	19%	102	Selon les cantons entre 4129 et 6516
St Pourçain	Vigilance	67%	22%	57	Selon les cantons entre 3951 et >5851
Varennes	Vigilance	33%	17%	61	Selon les cantons entre 3951 et 6516
Lapalisse	Urgence	80%	20%	59	Selon les cantons entre <4276 et 5754
Montagne B	Urgence	67%	50%	92	Selon les cantons entre 4806 et 5862
Sioule	Urgence	60%	20%	91	Selon les cantons entre 5768 et > 5851
Donjon	Urgence	67%	33%	65	Selon les cantons entre <4276 et >5851

(1) :S'agissant de données cantonales difficilement agrégables par CC, l'indication du code couleur indique une tendance générale approximative

Source : Ordre Médecins 2010-RGP 2007-ARS Fichier Adéli 2009 /Exploitation Diotima

- Groupe en situation d' « urgence socio-démographique »
- Groupe en situation de « vigilance socio-démographique »
- Groupe en situation socio-démographique « proche du niveau régional »

### Concernant les IDE, MK et Dentistes

L'analyse « comptable » et « dynamique » de la situation pour les autres PS de 1<sup>er</sup> recours rend compte globalement des mêmes disparités entre les CC, avec quelques spécificités selon les professions.

Les données à l'appui de nos observations sont synthétisées dans le tableau page suivant, puis examinées par profession.





## Synthèse par CC des données d'âge, de densité et d'activité pour les IDE, MK et Dentistes du territoire d'étude

CC par niveau sociodémographique	% IDE >55 ans (1)	Densité IDE	Activité IDE (2)	% MK >55 ans (1)	Densité MK	Activité MK (2)	% D >55 ans (1)	Densité D	Activité D (2)
<i>Cotation</i>	<i>Urgence : &gt; 50 % ont 55 ans et + Vigilance : entre 30 % et 50 % ont 55 ans et +</i>	<i>Urgence : &lt; 20% Auvergne(96) Vigilance : entre 20 % Auvergne (96) et Pays (111)</i>	<i>&lt;Auvergne 17125:niveau régional &gt; Auvergne 17125 et 20 % Auvergne 20550 :vigilance &gt; 20 % Auvergne 20550: urgence</i>	<i>Urgence : &gt; 50 % ont 55 ans et + Vigilance : entre 30 % et 50 % ont 55 ans et +</i>	<i>Urgence : &lt; 20% Auvergne(66) Vigilance : entre 20 % Auvergne (66) et Auvergne (82)</i>	<i>&lt;Auvergne 35163:niveau régional &gt; Auvergne 35163 et 20 % Auvergne 42196 :vigilance &gt; 20 % Auvergne 42196: urgence</i>	<i>Urgence : &gt; 50 % ont 55 ans et + Vigilance : entre 30 % et 50 % ont 55 ans et +</i>	<i>Urgence : &lt; Pays (55) Vigilance : entre Pays (51) et 10 % Auvergne (62)</i>	<i>&lt;Auvergne 43349:niveau régional &gt; Auvergne 43349 et 20 % Auvergne 52018 :vigilance &gt; 20 % Auvergne 52018: urgence</i>
Limagne BA	≈ < 30 %	62	Selon les cantons, entre 13877 et 16412	≈ < 30 %	208	Selon les cantons, entre 30286 et 33665	≈ entre 30 % et 50 %	62	Selon les cantons, entre 46100 et >53725
Nord Limagne	≈ < 30 %	39	>16260	≈ < 30 %	52	29189	≈ < 30 %	39	entre 46100 et 53725
Randan	≈ < 30 %	117	13877	≈ < 30 %	78	30286	≈ > 50 %	20	> 53725
Gannat	≈ < 30 %	145	Selon les cantons entre 15976 et 20299	≈ entre 30 % et 50 %	72	Selon les cantons entre 32792 et > 42525	≈ > 50 %	48	Selon les cantons entre 40339 et >53725
VVA	≈ < 30 %	111	Selon les cantons entre 15976 et 21861	≈ < 30 %	150	Selon les cantons entre 30732 et 46348	≈ < 30 %	70	Selon les cantons entre < 37411 et 65915
St Pourçain	≈ < 30 %	108	Selon les cantons entre <13699 et 21953	≈ entre 30 % et 50 %	70	Selon les cantons entre <30805 et 46348	≈ entre 30 % et 50 %	44	Selon les cantons entre < 37411 et 65915
Varennes	≈ < 30 %	91	Selon les cantons entre <13699 et 21953	≈ < 30 %	81	Selon les cantons entre <30805 et 46348	≈ < 30 %	51	Selon les cantons entre < 37411 et 65915
Lapalisse	≈ < 30 %	83	Selon les cantons entre <13699 et 14809	≈ < 30 %	47	Selon les cantons entre > 42525 et 55357	≈ entre 30 % et 50 %	35	> 53725
Montagne B	≈ < 30 %	276	Selon les cantons entre 10451 et 15455	≈ < 30 %	153	Selon les cantons entre 30732 et 55357	≈ < 30 %	31	Selon les cantons entre 37411 et >53725
Sioule	≈ entre 30 % et 50 %	110	Selon les cantons entre 12866 et > 19 462	≈ < 30 %	91	Selon les cantons entre 35316 et >42525	≈ > 50 %	37	Selon les cantons entre 46100 et >53725
Donjon	≈ > 50 %	65	Selon les cantons entre <13699 et 13704	≈ entre 30 % et 50 %	43	Selon les cantons entre <30805 et >42525	≈ < 30 %	43	> 53725

(1) : des données récentes et agréables n'ayant pu nous être fournies, l'approche de la pyramide de ages a été réalisée par canton, avec un degré de précision moindre : en conséquence, sur la base des données cantonales, il est fourni ici uniquement une tendance générale, approximative, de la situation par code couleur uniquement  
(2) : s'agissant de données cantonales difficilement agréables par CC, l'indication du code couleur indique une tendance générale approximative

Sources : INSEE RP 2007-Améli -Obresa /Exploitation Diotima

Groupe en situation "d'urgence socio-démographique"

Groupe en situation "de vigilance socio-démographique"

Groupe en situation socio-démographique proche du niveau régional

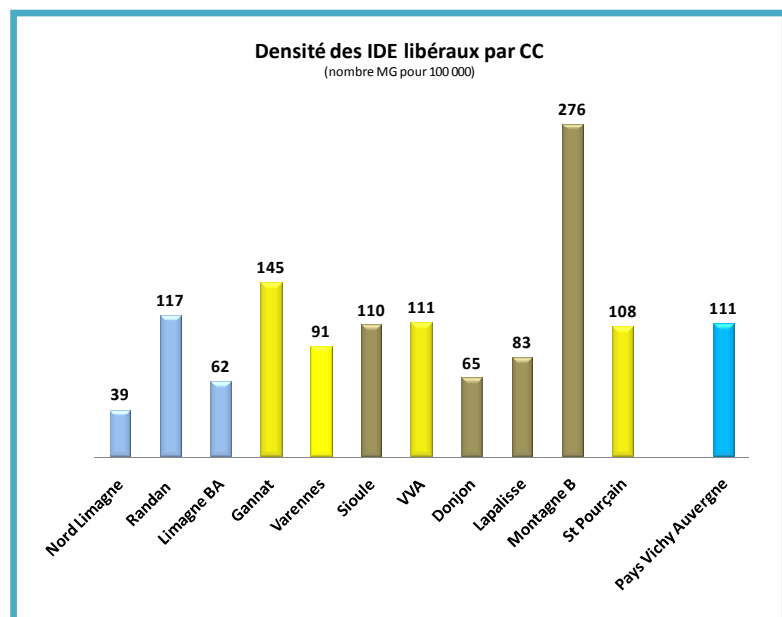
## Concernant les IDE

Sur le Pays Vichy Auvergne, la **densité des IDE est de 111, soit supérieure à la densité nationale (106)** et du même ordre que la densité auvergnate (113)<sup>23</sup>. D'un point de vue « comptable », la situation du Pays Vichy Auvergne semble donc plutôt satisfaisante : en le rapprochant de la structure sociodémographique du territoire d'étude, ce constat peut être nuancé dans les mêmes proportions que les différences populationnelles par tranche d'âge, **le Pays Vichy comptant en 2007, 29.3 % de personnes âgées de 60 ans** alors que cette proportion est de 25.6 % pour l'Auvergne et (21.6 % pour la métropole<sup>24</sup>.

Du fait de la relative mobilité des infirmiers qui interviennent tout à la fois sur plusieurs CC, **la densité des IDE par CC est un indicateur très approximatif**. Hormis la Montagne Bourbonnaise, le groupe des CC classées en « Urgence sociodémographique » présente une dotation en deçà ou tout au plus du niveau du territoire d'étude.

La dotation de la CC de la Montagne Bourbonnaise en IDE peut notamment s'expliquer par la part de leur activité beaucoup plus importante consacrée aux déplacements que sur les autres secteurs (45% de leurs revenus sont composés d'indemnités de déplacement contre 25% pour l'Allier)

Source : *Ordre Médecins 2010-RGP 2007-ARS Fichier Adéli 2009 - Cartos@nté /Exploitation Diotima*



Groupe en situation d' «urgence socio-démographique »  
 Groupe en situation de « vigilance socio-démographique »  
 Groupe en situation socio-démographique « proche du niveau régional »

En ce qui concerne la densité de la CC Nord Limagne, le nombre peu élevé d'infirmiers sur le secteur entraîne une consommation intra-zone très peu élevée (32,7%) et un déport notamment sur les secteurs de Riom et de Randan.

La structure d'âge des IDE n'appelle pas de vigilance particulière, sauf sur les CC de Sioule Colettes et Bouble et du Donjon où au moins 30 % des IDE ont au moins 55 ans.

12 SSIAD participent à l'offre de soins sur le territoire d'étude<sup>25</sup>.

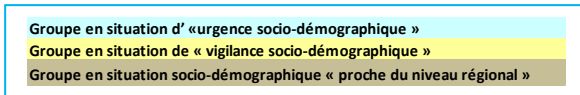
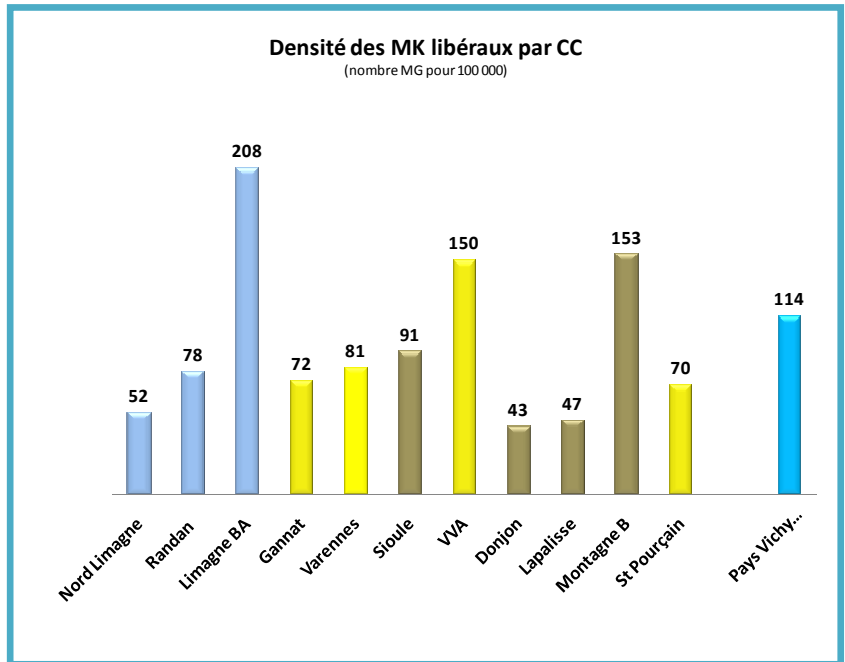
<sup>23</sup> Source Pays Vichy Auvergne : RGP 2007, fichier Améli-Données nationales et régionales : ARS, fichier Adéli 2009

<sup>24</sup> INSEE RGP 2007

<sup>25</sup> Source : cartos@nté

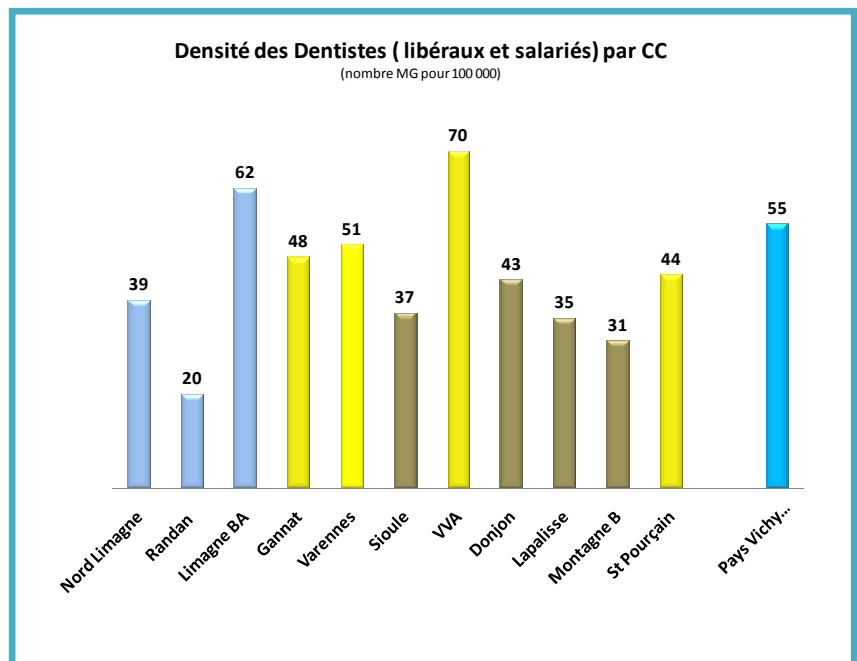
**Concernant les MK,** la « sous dotation » des CC de Lapalisse et du Donjon, déjà en situation « d'urgence sociodémographique », est significative.

Le nombre important de MK sur les secteurs Limagne Bords d'Allier et VVA permet une prise en charge acceptable sur les CC limitrophes moins dotées (Lapalisse, Randan).



Source : Ordre Médecins 2010-Ordre Dentiste 2010-RGP 2007-ARS Fichier Adéli 2009 - Cartos@nté /Exploitation Diotima

**Concernant les Dentistes,** la « sous dotation » par rapport au niveau Auvergnat est quasi générale et n'épargne que la CA de VVA et la CC de Limagne Bords d'Allier.



En synthèse, il peut être dressé une typologie en 3 profils territoriaux, dont les distinctions aux « frontières » sont tout de même assez ténues

- **Un 1<sup>er</sup> groupe**, en situation « d'urgence sociodémographique », comptant une population plutôt en situation défavorisée, une part importante de personnes âgées, dont une proportion très significative vit seul, une mortalité générale et prématurée plus élevée que dans la région<sup>26</sup> (cancer, maladie cardiovasculaire, suicide), et une dotation en MG préoccupante en termes d'âge, de nombre et d'activité. Ce groupe se caractérise souvent par une dotation modérée en IDE, MK et dentistes. Nous sommes dans un contexte de fort besoin de soins.
  - ⇒ *Ce groupe compte les CC de **Lapalisse, du Donjon, de Sioule et également de La Montagne Bourbonnaise** compte tenu notamment de ses caractéristiques démographiques (classement le plus défavorable en termes de précarité et pauvreté) et de l'âge de ses MG (voir page 41, Tableau prospectif des départs en retraite des MG, base 65 ans)*
  
- **Un 2<sup>ème</sup> groupe**, en situation de « vigilance sociodémographique » rassemblant une population globalement moins défavorisée que le 1er groupe, de composition plus hétérogène en termes de catégories sociales, avec une part de personnes âgées importante mais en deçà du niveau du groupe 1, dont la dotation en MG (en moindre proportion que le groupe 1), et souvent une dotation en IDE, MK et dentistes également plus favorables que le groupe 1.
  - ⇒ *Ce groupe compte les CC de **Vareennes, Gannat, Saint Pourçain et la CA VVA, Vareennes et Saint Pourçain** étant néanmoins en situation plus difficile que les 2 autres secteurs*
  
- **Un 3<sup>ème</sup> groupe**, en situation sociodémographique plus proche du niveau régional, qui se caractérise par une population plus jeune, et dans une situation globalement moins délicate en termes d'offre de soins pour des raisons différentes :
  - . soit que leur dotation propre soit plus favorable,
  - . soit que leur proximité de zones mieux dotées qu'elles leur permette de répondre, encore aujourd'hui, aux besoins de soins de la population : dans ce deuxième cas, notamment, les CC de Randan et Nord Limagne sont en situation précaire, car peu dotées en MG, IDE, MK et dentistes et potentiellement exposées à un « brusque déclassement » en zone de plus grande difficulté
  - ⇒ *Ce groupe compte les CC de **Nord Limagne, Randan et Limagne Bords d'Allier** : il advient pour ces zones de maintenir une offre de soins sur place ou à leurs abords*

**La carte page suivante présente les 3 zones du territoire d'étude**

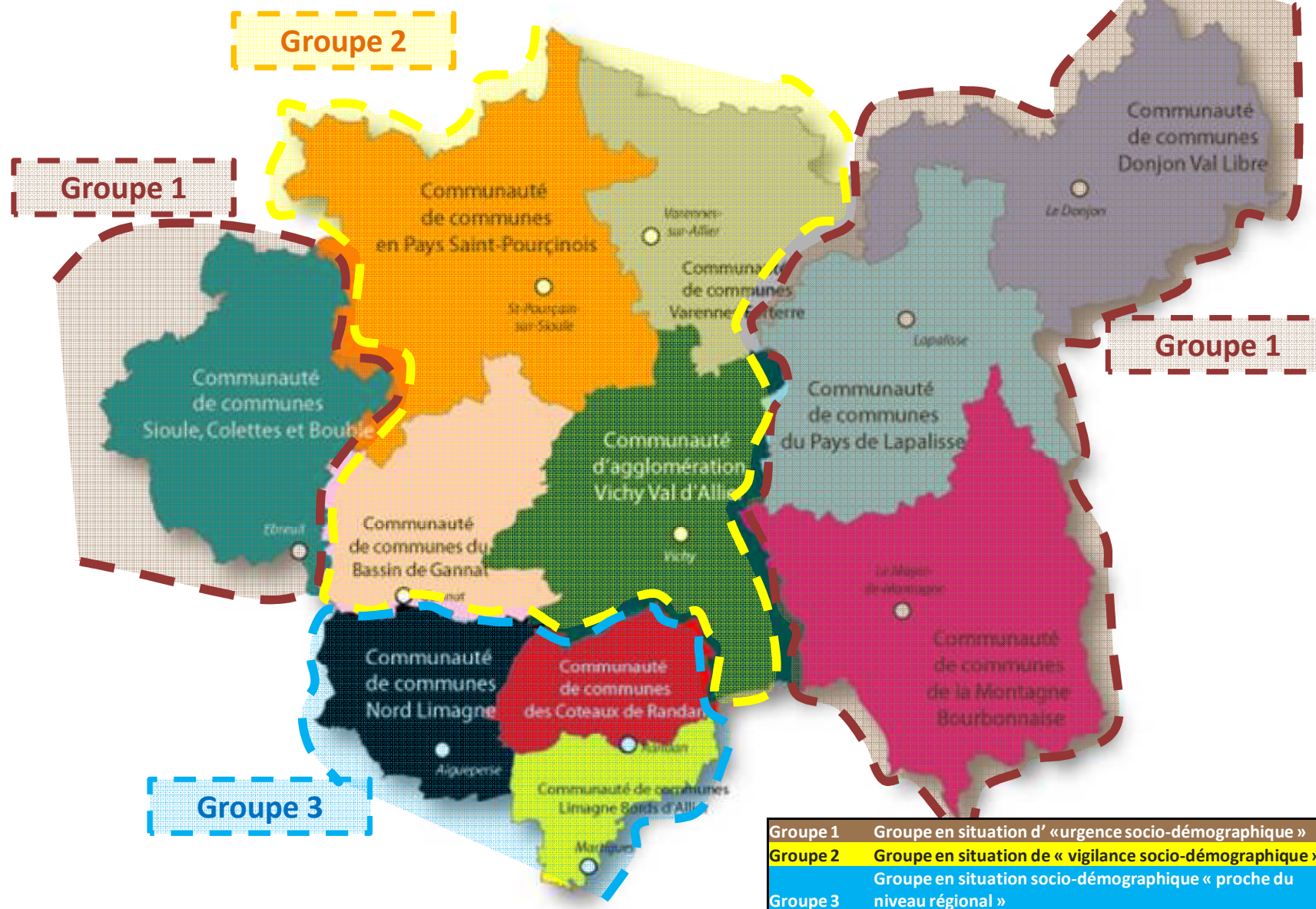
*(Source : Exploitation Diotima)*

<sup>26</sup> Voir classification Obresa





### 3 profils territoriaux au sein du Pays Vichy-Auvergne



- Sur le périmètre d'étude, les indicateurs « humains » indiquent des priorités d'actions claires pour les PS de 1<sup>er</sup> recours du territoire d'étude

La réalité de l'offre de soins de 1<sup>er</sup> recours peut utilement être complétée en prenant en compte les conditions d'exercice des PS, vues par eux-mêmes : ce qu'ils font, ce qu'ils voudraient faire, comment ils le font.

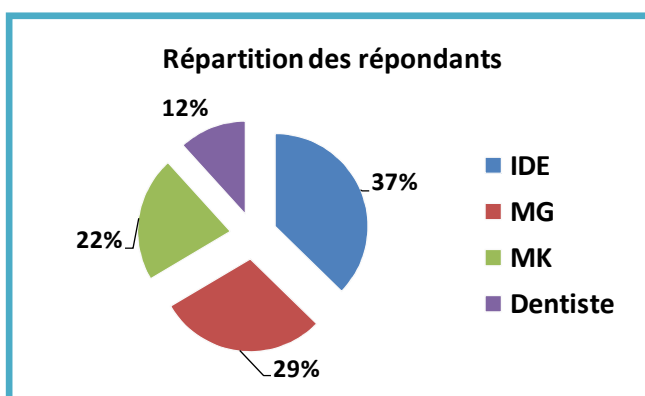
A ce titre, un questionnaire a été diligenté auprès de l'ensemble des MG, IDE, MK et dentistes du territoire d'étude, soit 576 professionnels.

Si le taux global de retour de 8 % est certainement insuffisant pour réaliser une exploitation représentative de l'ensemble des 20 items investigués, la qualité des réponses (complétude, précision) et leur congruence a cependant permis une exploitation significative sur plusieurs champs, notamment « les priorités d'actions perçues par les PS » et « l'engagement dans l'action des PS »<sup>27</sup>. La pertinence des tendances exprimées sur ces champs a d'ailleurs été validée lors des rencontres individuelles ou collectives organisés sur le terrain avec les PS<sup>28</sup>. Les **verbatim** inscrits par les professionnels dans le questionnaire ont été repris en annexe 1.

## Profil des répondants

43 % des répondants relèvent de la CA VVA, 52 % des autres CC

En termes de profession, les dentistes sont la profession la moins représentée en termes de réponse



Le répondant a en moyenne 49,6 ans, c'est un homme dans 57 % des cas.

### Questionnaire dispensé auprès des PS du Pays Vichy Auvergne : de quoi s'agit-il ?

Le questionnaire diligenté auprès des PS du territoire d'étude investigue 3 champs :

-les conditions d'exercice actuel (temps de travail, organisation, formation et accueil de stagiaires, activités collaboratives interprofessionnelles)

-les priorités d'action perçues par les PS à la lumière de leur exercice (priorités sanitaires, « ce qui fonctionne bien/ce qui est à améliorer »)

-l'engagement dans l'action des PS (ce qu'il faudrait faire pour améliorer la prise en charge des patients, ce que les PS sont prêts à faire)

Au global, le questionnaire comporte 20 questions

### Questionnaire dispensé auprès des PS du Pays Vichy Auvergne : pourquoi un taux de retour de 8 % ?

Il semble que le taux de retour des questionnaires puisse être rapproché de 3 facteurs :

-les conditions d'envoi initial se sont déroulées pendant les mouvements de grève (d'où des réceptions tardives par rapport à la date de retour mentionné dans le questionnaire)

-l'absence de mise à disposition d'enveloppe « T », pour des questions logistiques, a influé négativement sur la propension à répondre

- la démarche a parfois pu paraître floue, par rapprochement aux diverses démarches d'analyses menées ces dernières années et au manque de connaissance par les professionnels de l'existence et des missions du Pays

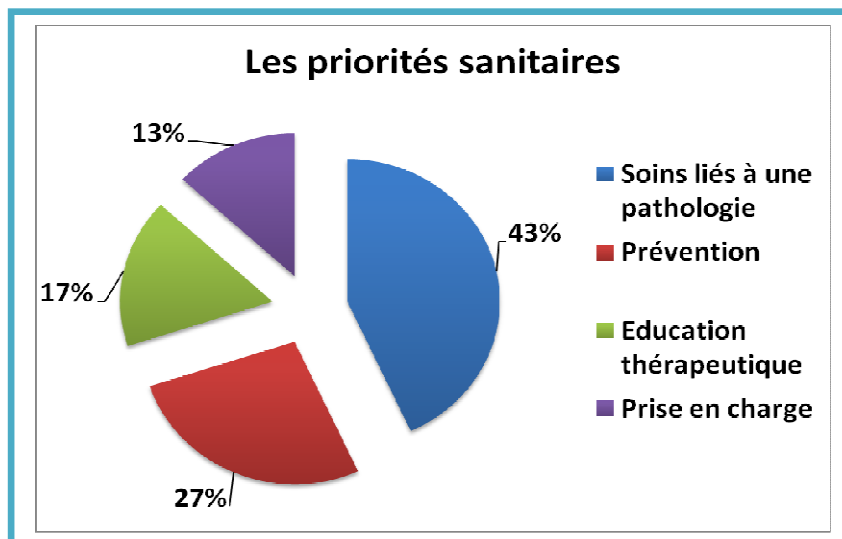
<sup>27</sup> Tous les graphes du chapitre 2 sont issus de l'exploitation du questionnaire PS par Diotima

<sup>28</sup> Rencontres individuelles, réunions, visites de sites

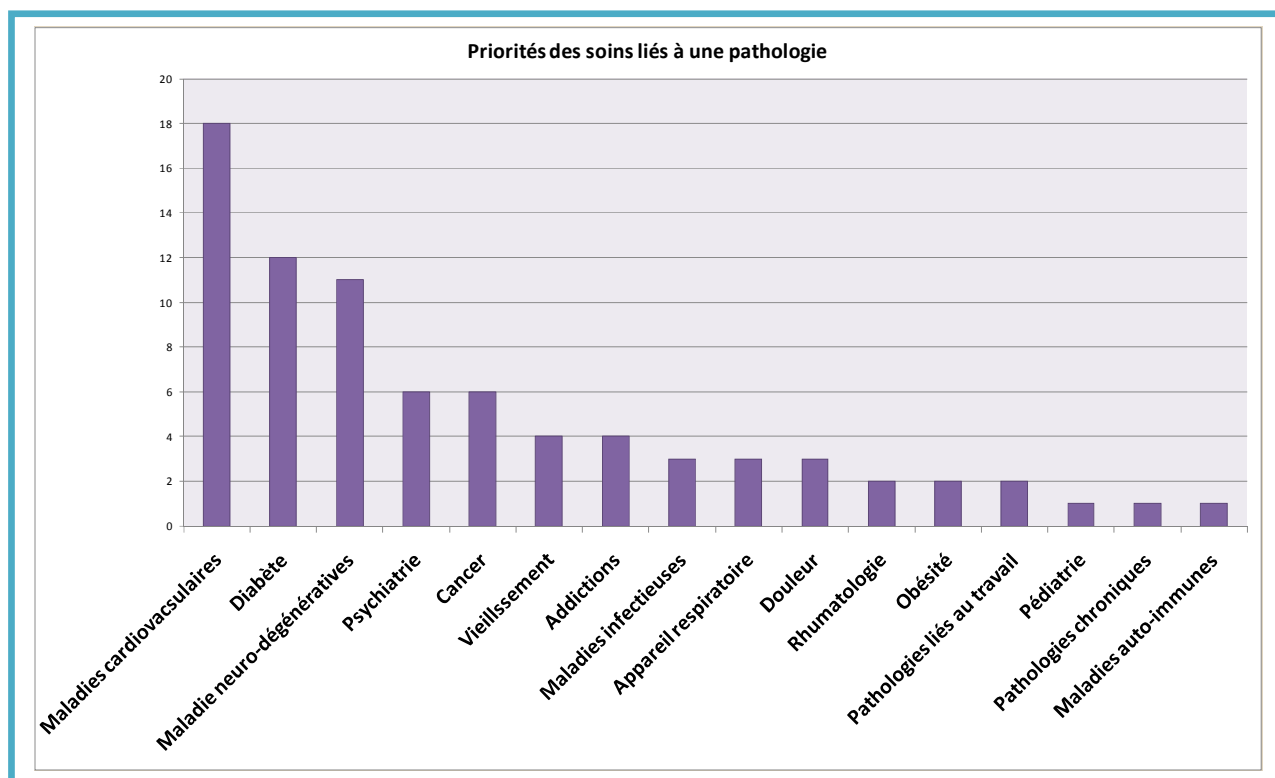


## Le regard des PS sur les priorités sanitaires du territoire d'étude

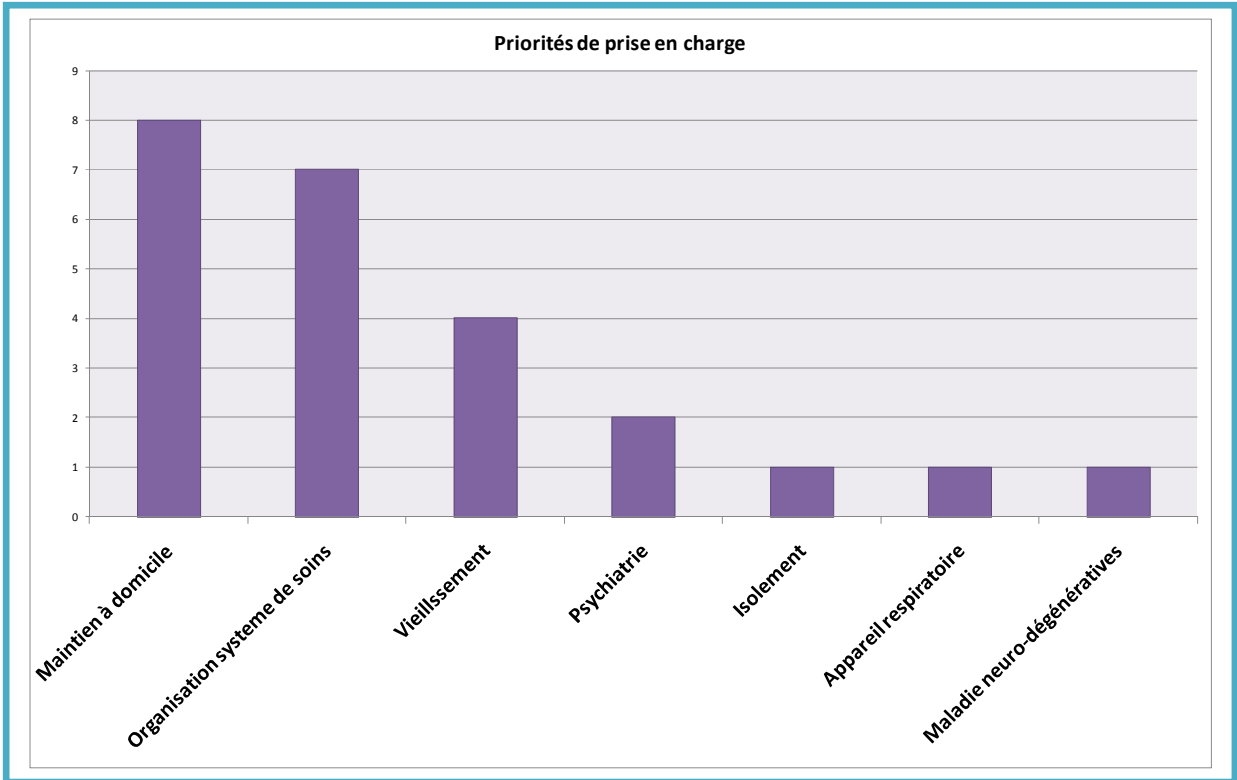
- Au vu de leur exercice professionnel, les PS répondants estiment que 44 % des actions prioritaires doivent concerner la prévention et l'éducation thérapeutique



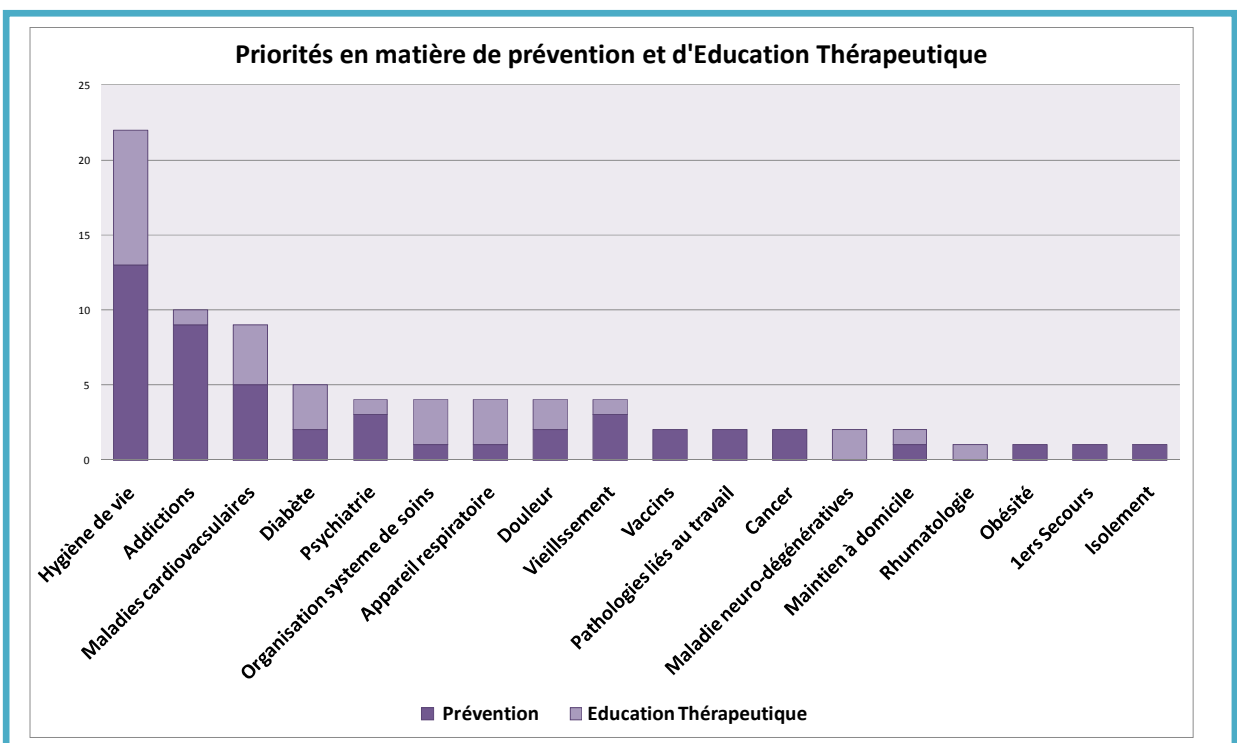
- Concernant les pathologies prioritaires, les PS citent les maladies cardiovasculaires, le diabète, les maladies neuro-dégénératives (Alzheimer, parkinson, SEP), la psychiatrie (dépression, stress, troubles du comportement...), le cancer, les troubles liés au vieillissement



- **Concernant les prises en charges prioritaires, les PS citent le maintien à domicile au 1<sup>er</sup> chef** (pathologies lourdes, personnes âgées, personnes handicapées, personnes présentant des troubles comportementaux...) **puis l'organisation du système de soins** (coordination lors des sorties d'hospitalisation, coordination lors de réalisation prothésiques, accès et coordination avec la médecine de spécialité, petites urgences...)

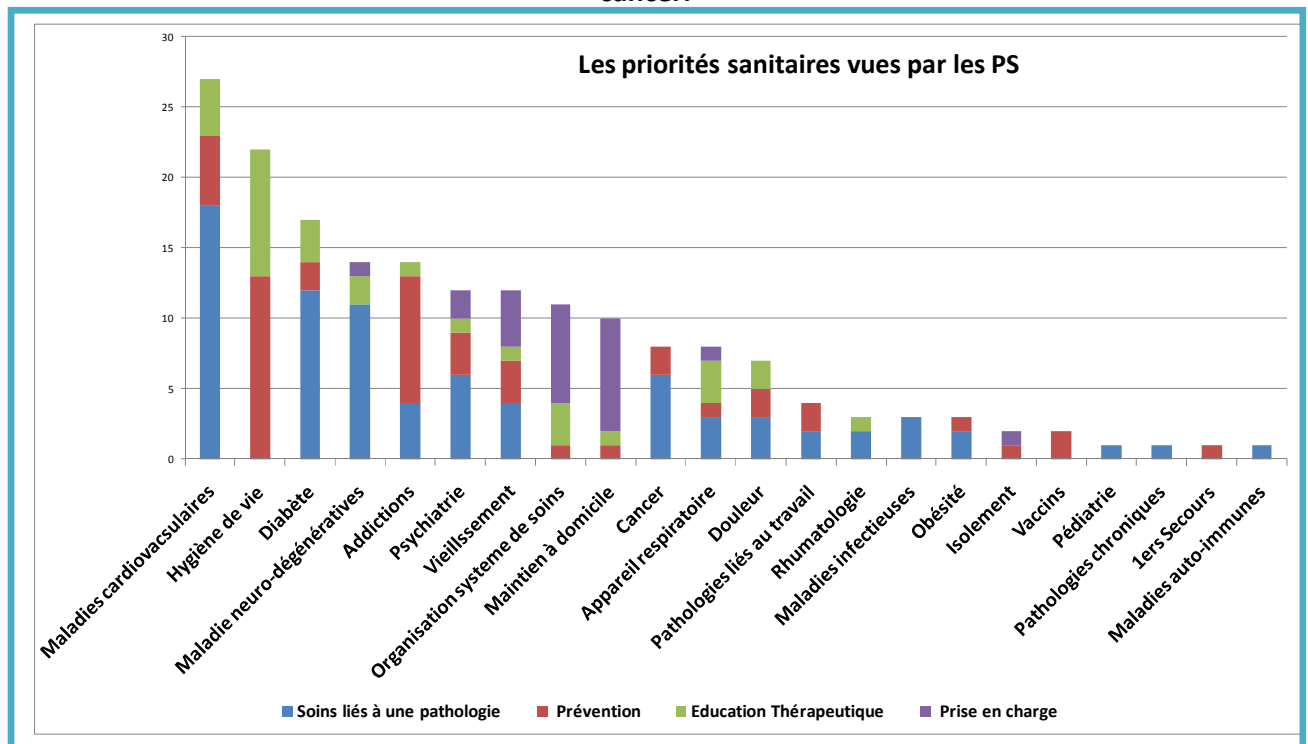


- **Concernant enfin la prévention et l'éducation thérapeutique, les priorités se portent sur l'hygiène de vie** (hygiène alimentaire, activités physiques, hygiène du corps, hygiène bucco-dentaire, ...), **les addictions** (alcool, tabac, drogues, notamment vis-à-vis de jeunes populations), **maladies cardiovasculaires, diabète, psychiatrie (hygiène mentale, gestion du stress), organisation du système de soins** (comment utiliser les urgences, connaissance des PS, comment éviter des consultations inutiles...)



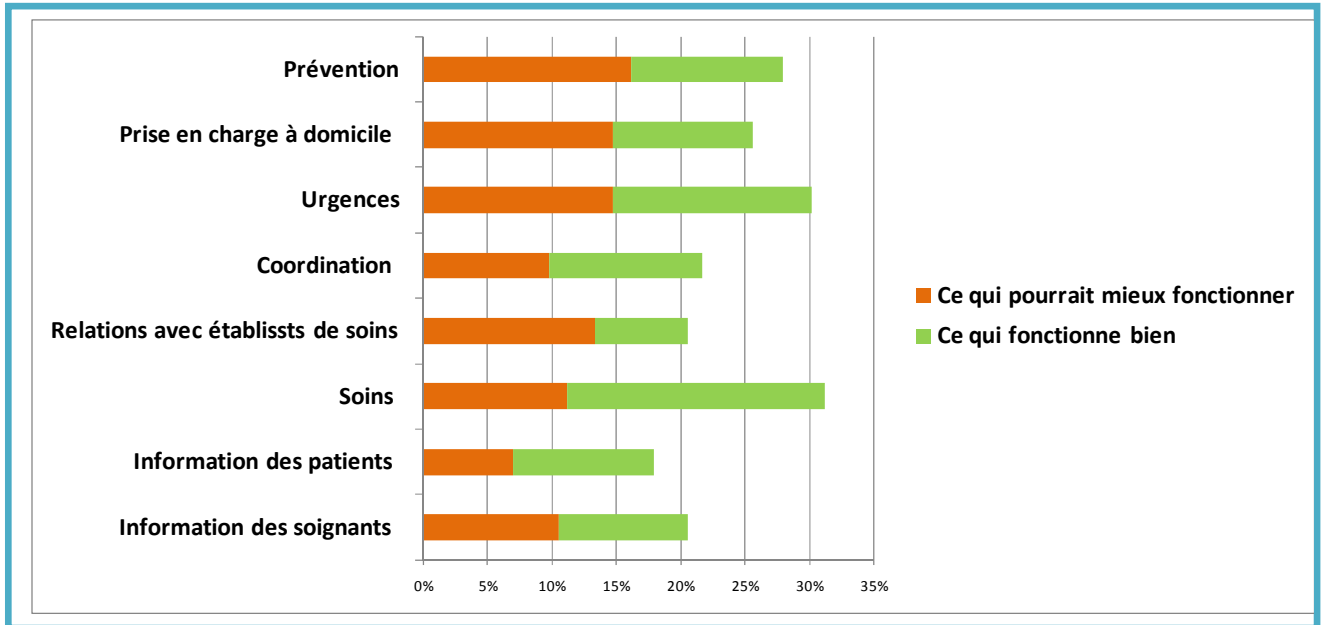
De manière plus globale, tous types d'actions confondues (soins, prise en charge, prévention, éducation thérapeutique), les 10 priorités d'actions définies par les répondants sont :

Les maladies cardiovasculaires, l'hygiène de vie, le diabète, les maladies neuro-dégénératives, les addictions, la psychiatrie, le vieillissement, l'organisation du système de soins, le maintien à domicile, le cancer.

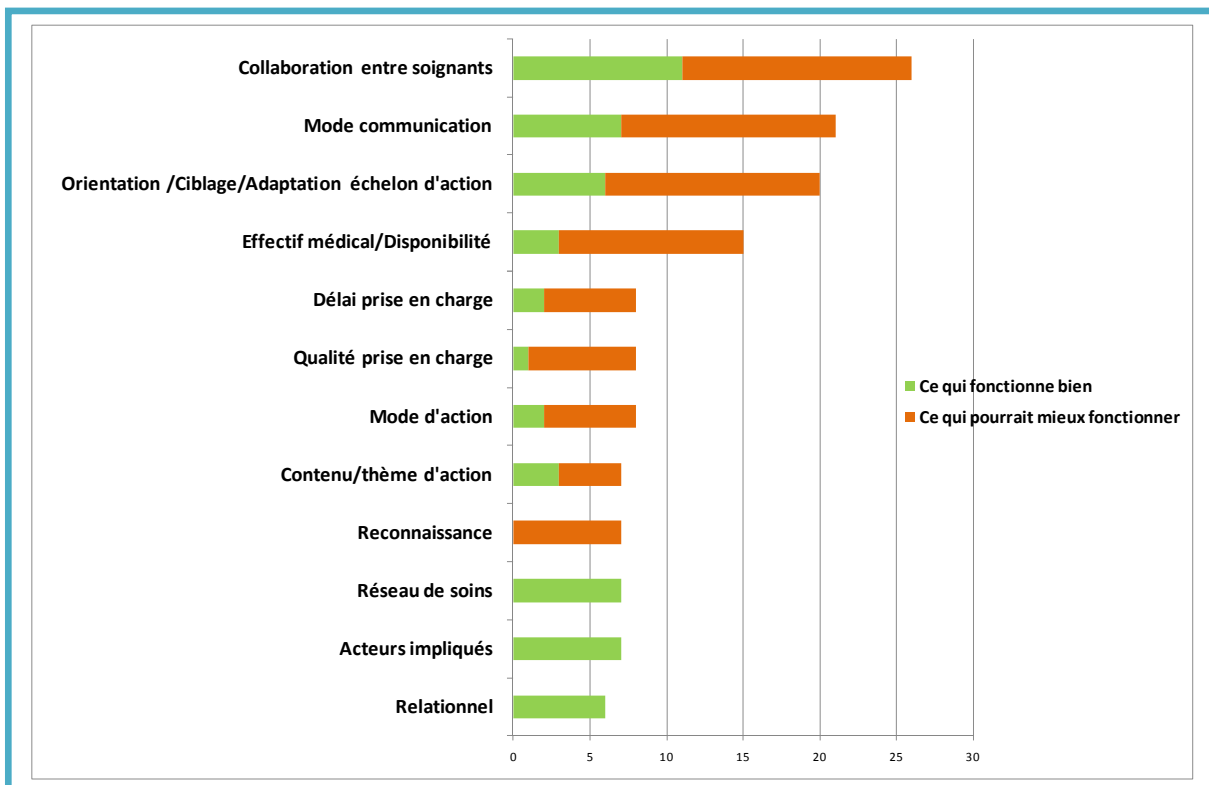


**Le regard des PS sur la prise en charge des patients sur le territoire d'étude : ce qui « fonctionne bien », ce qui « pourrait être amélioré »**

Les PS ont été interrogés sur **ce qui fonctionnait bien et sur ce qui était à améliorer dans le cadre de la prise en charge de leurs patients**. Pour les répondants, il ressort qu'afin d'améliorer la prise en charge des patients, il est prioritaire d'agir sur la **prévention**, la **sortie d'hospitalisation** et la **prise en charge à domicile**, les **urgences**, la **coordination** entre soignants et les **relations** avec les établissements de soins.



De manière générale, les facteurs principaux influant sur la qualité de la prise en charge sont précisés ci-après:



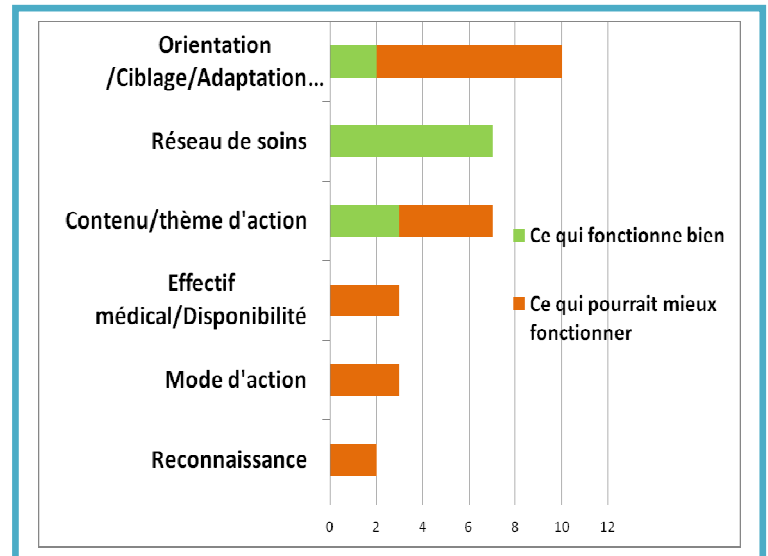
L'exploitation des réponses au questionnaire fournit des indications utiles en matière de pistes d'actions au niveau du territoire d'étude.

Ainsi **en matière de prévention**, l'analyse des réponses indique :

-que les dispositifs de dépistage (notamment ABIDEC, MTDents, sont positivement contributeurs aux actions de prévention, et que ceux-ci devraient être davantage sollicités

-que par contre devraient être améliorés :

- . le **ciblage des patients**, notamment vis à vis des jeunes populations,
- . l'organisation plus systématique d'actions de **prévention dans des environnements ciblés** (écoles, milieu d'entreprise...)
- . la prévention vis-à-vis de l'obésité et des addictions, et la prise en charge de **transport** pour des populations peu mobiles
- . **l'information des patients**, en soutien des actions et programmes déployés
- . la **formation des PS** en matière d'éducation thérapeutique
- . **l'effectif médical** notamment en pédicures, diététiciens, psychologues et la couverture médicale en milieu rural
- . la **rémunération** du temps des PS impliqués dans des actions de prévention

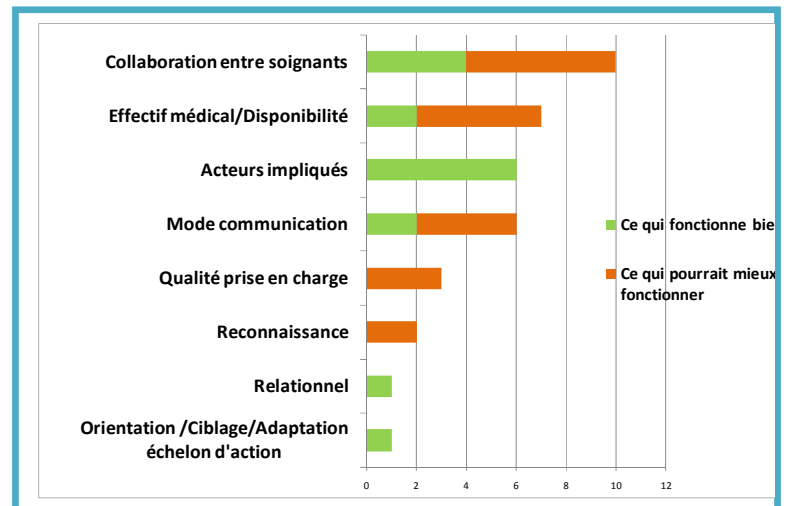


**En matière de sortie d'hospitalisation et prise en charge à domicile**, l'analyse des réponses indique :

-que le fonctionnement avec les acteurs tels que l'HAD, CLIC, SSIAD est positivement perçu. Cette perception est plus nuancée pour les zones les plus rurales

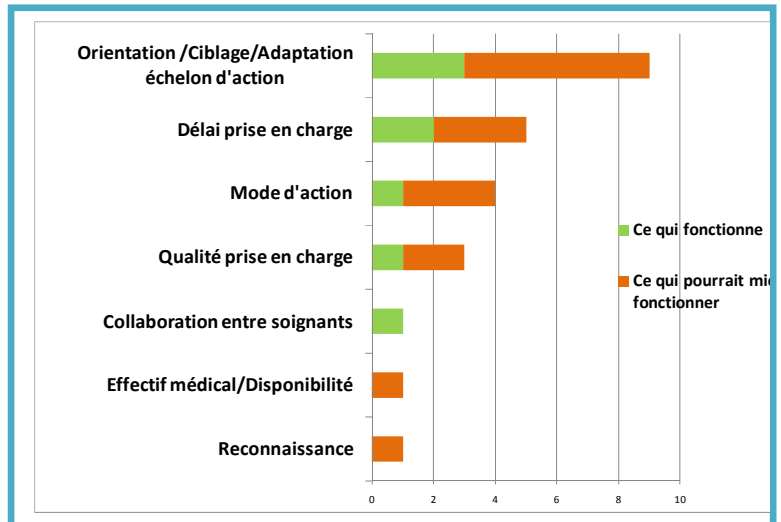
-que par contre devraient être améliorés

- . la **coordination entre les soignants** intervenants à domicile, afin de partager des informations autour du patient : le cahier de liaison, lorsqu'il est utilisé, procure satisfaction, et des modes de communication associés aux échanges d'information sont souhaités du point de vue des répondants pour améliorer la prise en charge à domicile. Des réunions interprofessionnelles sont souhaitées, afin d'évoquer les questions concernant les patients les plus lourds. Là encore, ces temps de coordination sont souhaités rémunérés.
- . la **sortie d'hospitalisation des patients**
- . **l'effectif en aide ménagère et aide soignantes**, la demande de prise en charge se traduisant par des besoins non couverts notamment en matière de nursing, et de surveillance (nuit notamment)

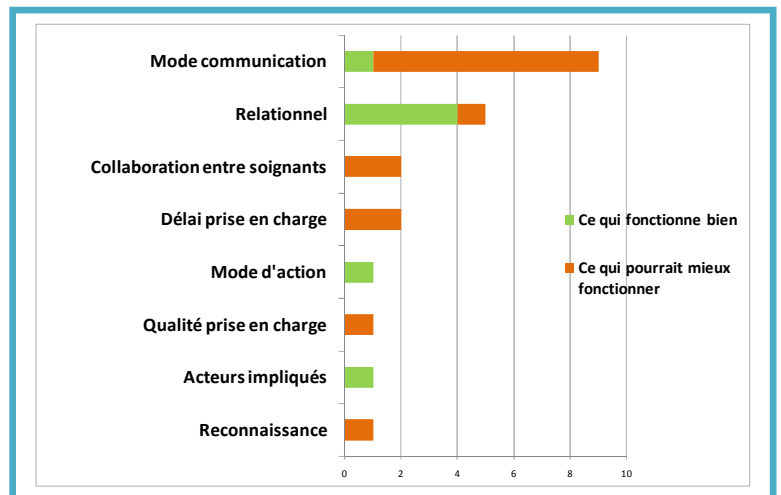


**En matière de gestion des urgences,** l'analyse des réponses indique :

- que **l'orientation des patients** est perçue comme plus ou moins satisfaisante : sur des questions identiques (intervention du 15, notion d'urgence vitale...) les perceptions sont partagées
- que les **délais d'attente sont longs**. A noter que cette perception vaut élargamment pour l'accès à la Médecine de Spécialité libérale



**En matière de relations avec les établissements de soins,** l'analyse des réponses indique qu'indépendamment de la relation globalement bonne, le mode de **communication entre établissement et équipe soignante** libérale est jugée très perfectible : pas ou peu d'information lors de la sortie (fiche de liaison établissement/ensemble de l'équipe soignante), partage du dossier, précision des prescriptions...

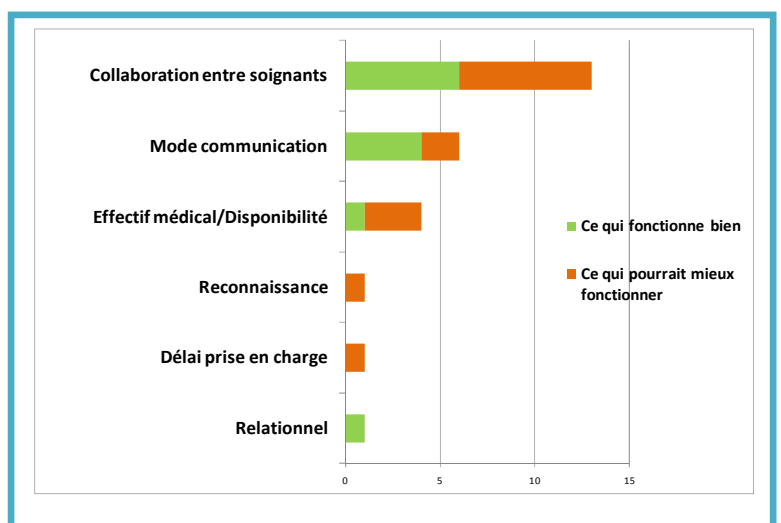


**La question de la coordination entre PS est une question transverse qui est le 1<sup>er</sup> facteur influent sur la qualité de la prise en charge :** il ressort des retours des répondants que les « ingrédients » d'une collaboration efficace pour une prise en charge du patient de qualité sont au nombre de 3 :

-**la connaissance et l'envie de collaborer entre soignants :** à noter que la disponibilité des acteurs est perçue comme un frein important.

-**les outils de partage :** Les répondants indiquent clairement la nécessité de mettre en place ou développer des outils de partage (dossier, staff, support de liaison).

Hormis le téléphone ou la messagerie électronique qui organisent un partage « 1 à 1 », les temps de partage interprofessionnels semblent se limiter au mieux au cahier de liaison. Il semble que les dentistes, aides soignantes et MK soient les « parents pauvres » de cette collaboration. Avec les établissements de soins, des modalités formelles de transmission d'information vers l'équipe soignante du patient sont également à rechercher (exemple : journal





d'hospitalisation)

**-les sujets de partage** : les pathologies lourdes, complexes ou impliquant l'intervention de plusieurs soignants au chevet du patient, ainsi que la sortie d'hospitalisation sont citées comme des thèmes de partage.

**L'exploitation des questionnaires soumis aux PS indique, au titre des pistes d'actions prioritaires en matière d'organisation des soins de 1<sup>er</sup> recours :**

**-le développement d'actions de prévention** : plus ciblées (addictions, obésité, jeunes populations..), impliquant les réseaux de soins thématiques, développées dans l'interprofessionnalité et moyennant des formations des soignants

**-l'amélioration de la sortie d'hospitalisation et de la prise en charge à domicile**, notamment en organisant l'information entre établissement de soins et équipe soignante et en structurant la collaboration au sein de l'équipe soignante (cahier de liaison, réunions interprofessionnelles)

**-l'amélioration de la prise en charge des urgences**, qui semble passer par une « relecture commune » des principes d'orientation et d'intervention actuels

Cette **vision « humaine »** de l'état de l'offre de soins libérale est précieuse en termes d'**évaluation** et d'**évolution possible** de l'organisation des soins de 1<sup>er</sup> recours.

**De manière générale, sur le territoire du Pays Vichy Auvergne, le ressenti professionnel des PS sur le terrain apparaît aligné avec les orientations définies par l'ARS Auvergne dans son PRS, qui préconise trois grands types d'action pour améliorer les résultats de la région en matière de santé\* :**

**1-faire évoluer les comportements de santé**, notamment en matière d'addictions et de nutrition

**2- développer les dépistages** : cancers, troubles sensoriels, pathologies bucco-dentaires, altérations des fonctions cognitives supérieures, altérations fonctionnelles, troubles psychiques

**3- favoriser la diversification et les complémentarités des réponses proposées à la population**

**La mise en opération de ces 3 orientations semble donc bien assise sur une vision partagée des priorités sanitaires, et son effectivité dépendra vraisemblablement plutôt de facteurs relatifs aux ressources mobilisables et notamment :**

**-de la mise à disposition d'outils** : de partages de connaissances et d'expériences, de communication entre PS et vis-à-vis de la patientèle, de formation en matière d'ET et en matière d'évaluation, de veille « terrain »...

**-du développement d'un exercice plus collaboratif entre soignants, établissements de soins, réseaux de soins thématiques** : pour permettre une plus grande efficacité, pour optimiser les ressources sur le terrain

**-de la dotation en moyens humains, ciblées sur des zones du territoire « moins dotées » en PS**

**-de la rétribution des temps non dédiés aux soins** : coordination, prévention et éducation thérapeutique

## 2.4. Répartition géographique des principaux offreurs de soins du territoire

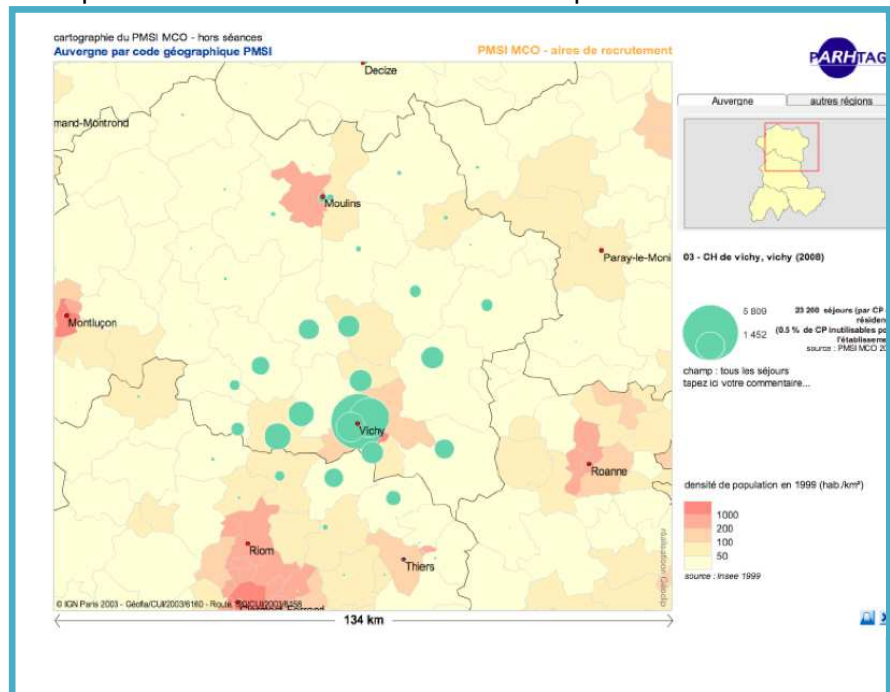
### 2.4.1. Les établissements de soins

- **La couverture des Etablissements de Soins**

L'offre de soins en médecine, chirurgie obstétrique sur le territoire d'étude est assurée par 2 acteurs.

Le Centre Hospitalier Jacques Lacarin de Vichy qui possède les capacités suivantes :

- médecine : 222,
- chirurgie : 98,
- gynéco-obstétrique : 41,
- psychiatrie : 142,
- moyen séjour : 97,
- long séjour : 160,
- soins à domicile : 12,



*Recrutement de la patientèle du centre hospitalier*

### **Analyse des activités et projets de l'hôpital**

Le service des urgences du CHV gère environ 30 000 passages par an, dont 30% environ conduisent à une hospitalisation. Ce service est largement surchargé par une patientèle qui ne relève pas des urgences (patientèle concernée de plus en plus âgée et parfois sans entourage familial facilitant la prise en charge) et qui n'a pas été bénéficiaire de la régulation libérale. Le projet d'installation d'une maison médicale de garde située sur Vichy n'a pu voir le jour.

Le CHV dispense des consultations décentralisées via le CMP sur Gannat, le Mayet de Montagne et Lapalisse. Celles-ci sont parfois réalisées par des infirmiers, les moyens médicaux de l'hôpital ne lui permettant pas de mettre à disposition des médecins.

Les projets du CHV plus spécifiquement en soutien de la prise en charge de premier recours (UTEP et Maison des Adolescents) sont décrits dans le chapitre 2.

### **Les collaborations menées par le CHV**

Pour certaines pathologies, le CHV travaille en collaboration avec le CHU ou le Centre de Lutte Contre le Cancer Jean Perrin de Clermont-Ferrand (mise à disposition ou formation de médecins).

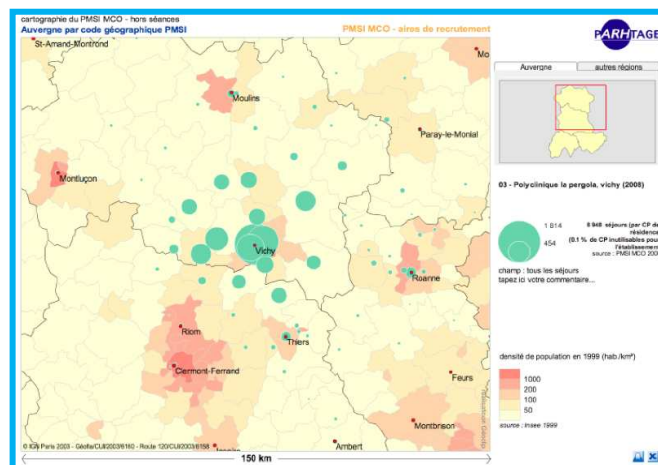
Les partenariats avec le CH de Moulins sont aussi nombreux : la cardiologie interventionnelle se fait sur le site de Vichy, intervention d'un neurologue Vichyssois pour effectuer les consultations et les actes au CH de Moulins et mise en place d'une astreinte départementale de chirurgie cardio-vasculaire.

Le CHV conduit également un projet de partenariat avec l'hôpital du Cœur du Bourbonnais (situé à Tronget) sur la prise en charge de l'obésité (cures de courtes durées à Tronget et coopération des équipes soignantes des 2 sites).

### Communication et actions vers les professionnels libéraux

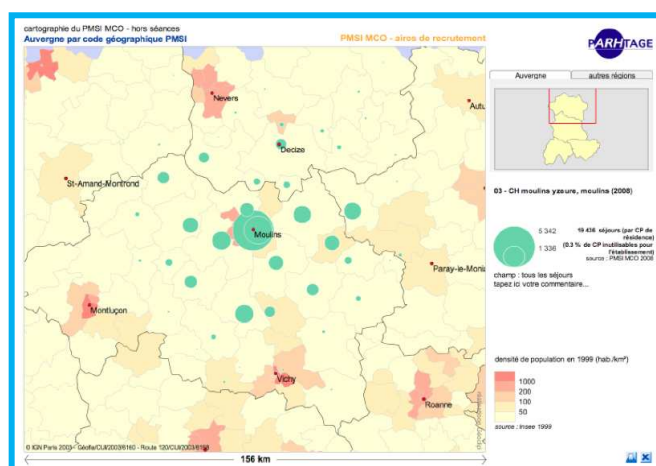
Le CHV conduit une action de mise en lien avec les médecins libéraux en mettant à leur disposition une adresse mail leur permettant d'échanger en matière de traumatologie avec les orthopédistes de l'hôpital et projette la réalisation d'un annuaire (format pratique et transportable) des services de l'hôpital. D'autres actions d'informations et de collaborations avec les prescripteurs libéraux permettraient peut-être d'infléchir le taux de fuite enregistré en chirurgie (30%).

D'autre part, le territoire de santé de Vichy abrite la Clinique La Pergola, située à Vichy dont la capacité est la suivante : 101 lits en chirurgie, 10 lits en médecine, 20 lits en SSR et 16 postes en ambulatoire.



Recrutement de la patientèle de la clinique

Les communautés de communes du Nord du Pays appartenant au bassin de santé intermédiaire de Moulins, une partie importante de leur population a recours au centre hospitalier de Moulins-Yzeure, titulaire de 373 lits/places en MCO, 258 en psychiatrie, et 52 en SSR.



Recrutement de la patientèle du centre hospitalier

## 2.4.2. L'offre en faveur des personnes âgées

*Source : PLAN STRATEGIQUE REGIONAL DE SANTE DIAGNOSTIC EN AUVERGNE PAR DOMAINE Document de travail au 2 novembre 2010.*

Il est constaté pour l'Auvergne un **taux régional d'équipement pour les personnes âgées** (130.5 lits en hébergement complet pour 1 000 habitants de 75 ans et plus), supérieur à la moyenne nationale. Toutefois, des disparités départementales existent, notamment dans **les départements de l'Allier et du Puy de Dôme, qui sont plus faiblement équipés que les deux autres départements de la région Auvergne.**

Le **taux d'équipement global en structures d'hébergement complet pour personnes âgées** est ainsi de 116 pour l'Allier, 129,2 pour le Puy de Dôme et 120,91 pour la France (au 1/1/2007). Le nombre de lits en hébergement complet pour personnes âgées installées au 19/08/2010 (lits maison de retraite, logements de logements foyers et lits d'hébergement temporaire) est de 5082 pour l'Allier et de 7615 pour le Puy de Dôme.

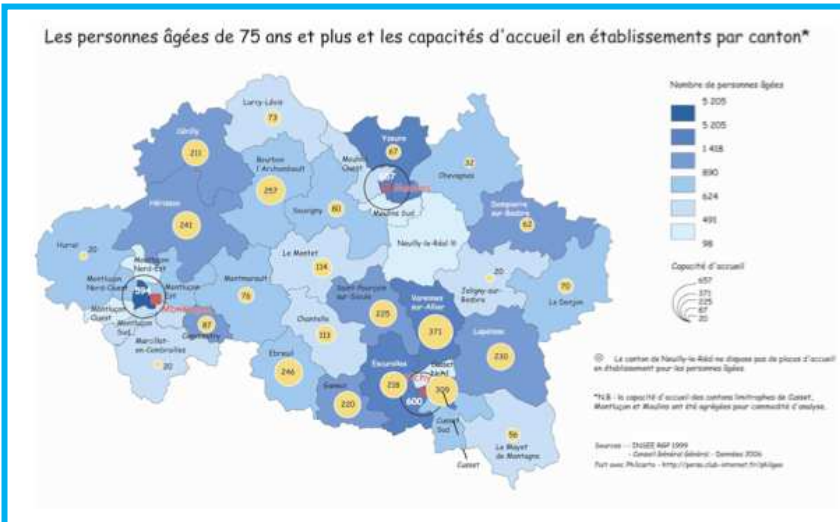
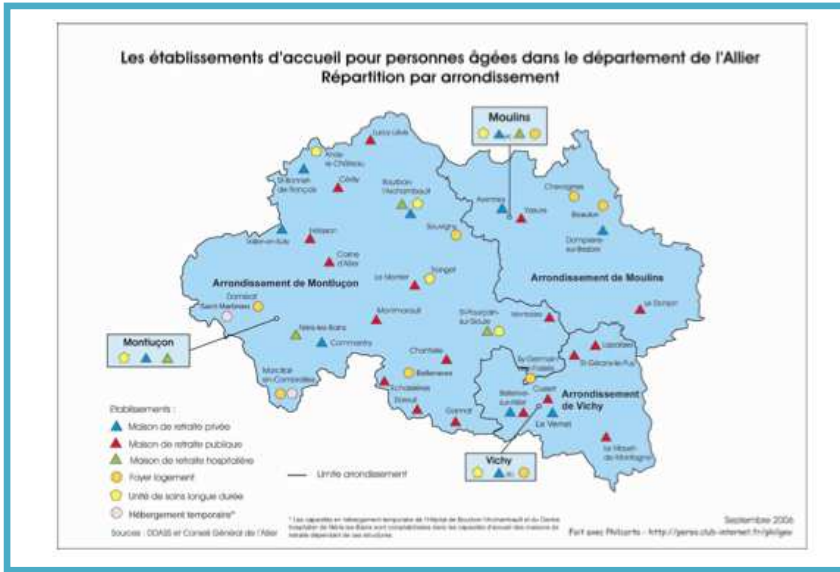
Le **taux d'équipement en lits médicalisés** est quant à lui de 108,5 pour l'Allier, 116,9 pour le Puy de Dôme et 93,11 pour la France. Le nombre de lits médicalisés (lits de section de cure médicale en maison de retraite et logements foyers, lits d'EHPAD, lits soins de longue durée) est de 4753 dans l'allier et 6888 dans le Puy de Dôme.

D'autre part, on constate en sus (*source Rapport ANAP 2010 sur le territoire de santé de Vichy*) **une sous-dotation de l'Allier et du territoire de santé de vichy en lits et places de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)** avec 1,45 lits/places pour 1000 habitants, contre 1,75 en région et 1,60 en France, ce qui entraîne un engorgement des services hospitaliers et des effets négatifs sur la qualité de la prise en charge des patients, potentiellement au niveau du retour à domicile. Est également relevé pour ces établissements SSR une pénurie de professionnels de santé qualifiés (MK, ergothérapeutes, etc.).

Le territoire de santé de Vichy est donc un des moins bien doté en SSR hospitalisation complète, d'où une des plus faibles consommations de soins SSR hospitalisation complète de la région (256j/1000 hab. en 2008 contre 512 en Auvergne), et un taux de fuite extra territoire de 48% en 2008.

Le territoire d'étude étant principalement situé sur le département de l'Allier, un focus a été réalisé ci-après sur l'offre en faveur des personnes âgées.

● La Couverture des EHPAD



Source : Schéma Départemental en faveur des personnes âgées 2007/2011

● L'offre en matière de services de soins à domicile (SSIAD)

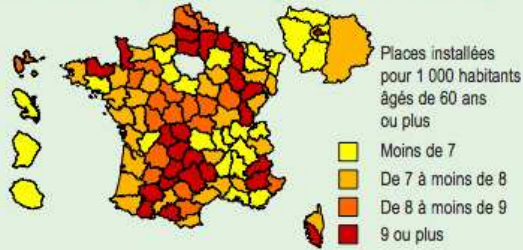
**Le taux d'équipement en places de SSIAD pour l'Allier est conforme à la moyenne : 17,9 pour 1000 hab. de 75 ans et + au 1/1/2008, contre 17,2 pour l'Auvergne et 17,4 pur la France.**

Le département de l'Allier compte 19 SSIAD pour 727 places recensées au 1<sup>er</sup> janvier 2005, soit 1/3 des places de la région Auvergne. Les aides-soignants représentent la catégorie professionnelle la plus nombreuse intervenant au sein des SSIAD (75% des permanents et 85% des non permanents en 2005, source Photostat DRASS Auvergne). Les interventions se répartissent en interventions liées à l'hygiène et au confort, au traitement et à la surveillance, à l'élimination, à la mobilisation, aux soins relationnels et éducatifs et à l'alimentation.



CARTE 1

Répartition des départements selon le taux d'équipement des SSIAD par rapport au nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus

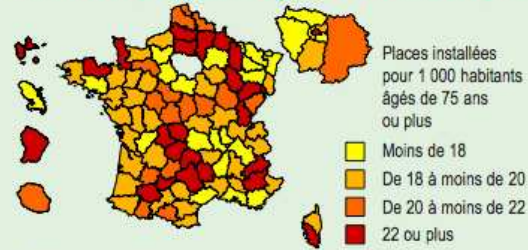


Champ • France entière.

Sources • Enquête SSIAD 2008, DREES.

CARTE 2

Répartition des départements selon le taux d'équipement des SSIAD par rapport au nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus



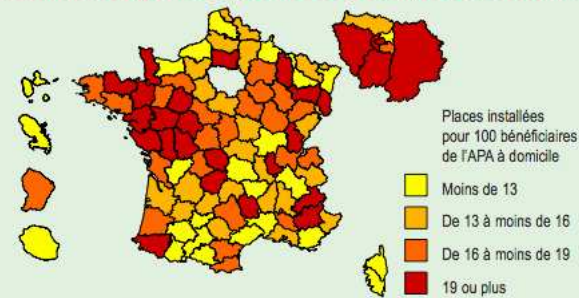
Champ • France entière.

Sources • Enquête SSIAD 2008, DREES.

Les services de soins infirmiers à domicile en 2008

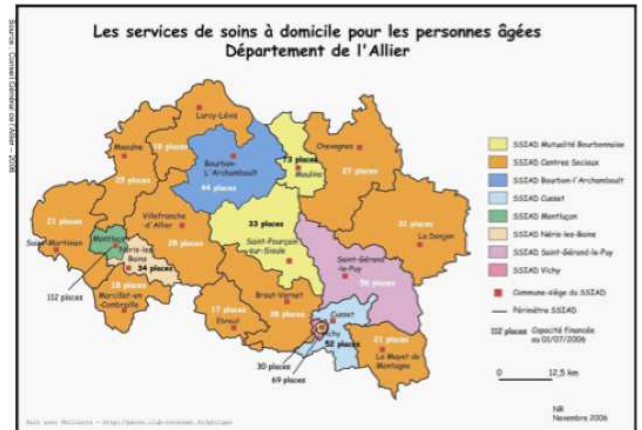
CARTE 3

Répartition des départements selon le taux d'équipement des SSIAD par rapport au nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile



Champ • France entière.

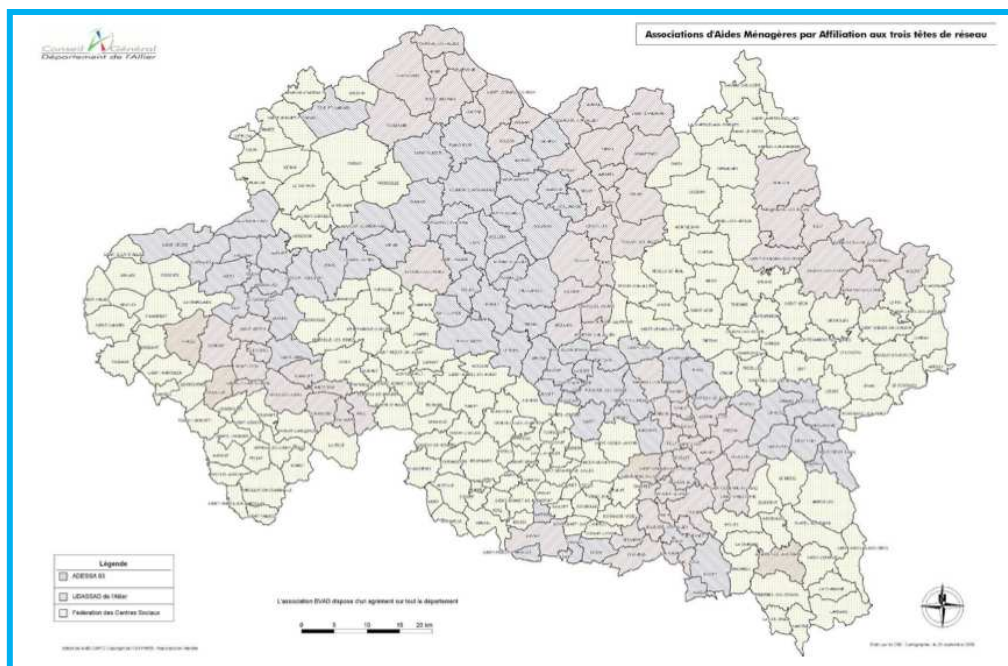
Sources • Enquête annuelle Aide sociale et enquête SSIAD 2008, DREES.





- **Les services d'aide à domicile**

Sur le département de l'Allier l'aide à domicile s'est structurée autour de quatre « têtes de réseau » (ADESSA 03, UNA 03, l'Association d'aide à domicile des Centres Sociaux de l'Allier et l'ADMR Allier Vichy). En 2006, toutes les associations locales (33 CCAS et associations en janvier 2010, 5 restant hors réseau à cette date) se sont en effet « fédérées » et ont mutualisé leurs moyens par convention avec les partenaires. 7 structures privées lucratives ayant l'agrément qualité au mois de janvier 2010 interviennent également sur le territoire de l'Allier.

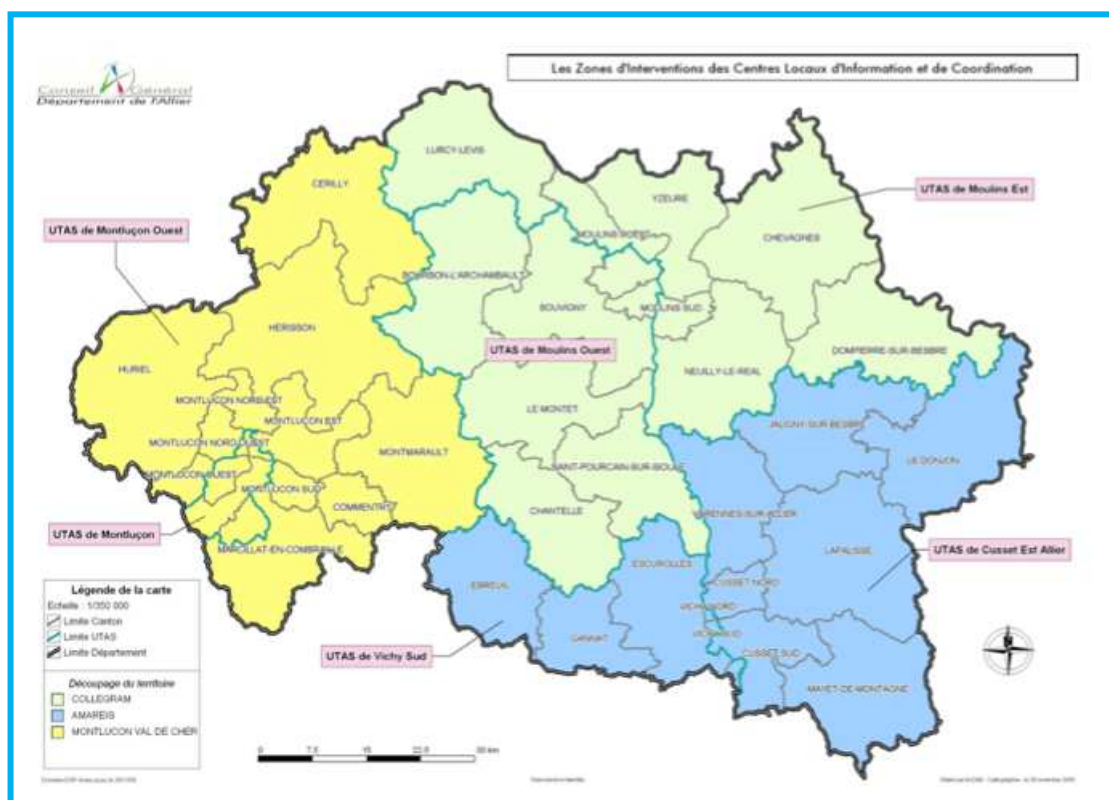


• Les CLIC

Les CLIC dans l'Allier sont au nombre de 3 :

- Le CLIC de la Vallée de Montluçon et du Cher qui couvre l'UTAS de Montluçon et Montluçon Ouest Allier soit 92 communes créé en 2005
- Le CLIC A. MA. RE.IS installé à Vichy et qui couvre 13 cantons, et la communauté de communes de Lapalisse
- Le CLIC AMAGE intervient sur 12 cantons (arrondissement Moulinois), et a été créé en octobre 2008.

L'ensemble des communautés de communes du territoire d'étude est donc couvert par un CLIC. Les CLIC de l'Allier ont adhéré à une Charte de partenariat relative à leur bon fonctionnement et des conventions sont signées annuellement avec le Conseil Général précisant les engagements de chacun, les obligations et la durée de la convention.



### 2.4.3. Les réseaux thématiques et structures de dépistage

- Les réseaux de santé et les structures de dépistage intervenant sur le territoire du Pays

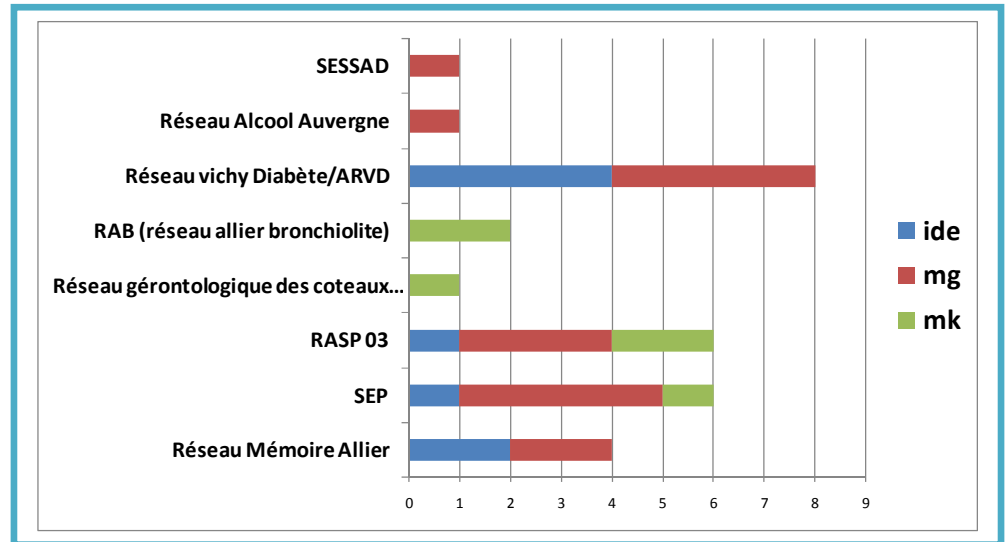
#### Les réseaux de santé financés par le Fiqcs Auvergne

(Source : ARS Auvergne)

Thématique	Nom du réseau	Bassin de santé	Finalité
Périnatalité	Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne (RSPA)	Auvergne	Organiser le dispositif de prise en charge du nouveau-né et de la mère dans le cadre d'un réseau régional unique ouvert à tous les acteurs concourant à la prise en charge médicale, psychologique, sociale et au suivi de la grossesse et du nouveau-né
Cancérologie	ONCAUVERGNE	Auvergne	Coordonner des opérateurs de santé à l'échelle régionale en permettant : <ul style="list-style-type: none"> <li>- le partage des connaissances (formations, référentiels et protocoles...),</li> <li>- la mise en commun des compétences, des ressources techniques et des moyens, pour améliorer la qualité des pratiques au service d'une prise en charge globale des patients atteints de cancer</li> </ul>
Neurologie: Sclérose en plaques	Réseau SEP Auvergne	Auvergne	Améliorer la prise en charge globale au plus près du lieu de vie des patients atteints de sclérose en plaques et développer une approche multidisciplinaire commune homogène du diagnostic et des soins de ces patients
Diabétologie	Réseau Vichy Diabète	Allier	Mise en place d'une éducation thérapeutique structurée et coordonnée pour les patients diabétiques de type 1 et de type 2 permettant ainsi un meilleur suivi d'un point de vue clinique et para-clinique
Soins palliatifs	Réseau d'Accompagnement et de Soins Palliatifs de l'Allier (Rasp 03)	Allier	Développer et améliorer l'accompagnement et les soins palliatifs à domicile
Gérontologie : Alzheimer et maladies apparentées	Réseau Mémoire Allier	Allier	Améliorer la prise en charge des patients atteints de "troubles de mémoire" habitant dans le département de l'Allier
Addictologie	PARAD	Puy de Dôme	réseau de soutien, de coordination professionnelle et d'amélioration de la qualité des soins pour les professionnels de santé comme pour les patients "addictifs"
Soins Palliatifs	Palliadôm	Puy de Dôme	Permettre à tout patient dont l'état de santé le requiert, quel que soit son âge et sa pathologie, de bénéficier de soins palliatifs coordonnés et continus au domicile, conformément à sa volonté et en accord avec sa famille et/ou ses proches

Au vu des retours de questionnaires adressés aux PS, 45 % des répondants déclarent être membre d'un réseau de soins thématique<sup>29</sup>, parmi lesquels les MG et IDE à hauteur de près de 60 %, les MK à hauteur de 50 %. Aucun dentiste parmi les répondants ne déclare être membre d'un réseau.

Les réseaux les plus cités par les PS répondants sont le **Réseau Vichy Diabète**, le **Réseau d'accompagnement et de soins palliatifs (RAS 03)** ainsi que le **Réseau Sclérose en Plaques (SEP)**<sup>30</sup>



### Les structures de dépistage du Cancer

L'ABIDEC, centre de coordination du dépistage des cancers dans l'Allier organise les campagnes de dépistage des cancers du sein, du colon et du col de l'utérus dans le département. Son action entre dans le cadre du PLAN CANCER (axe Dépistage) défini par le gouvernement

L'ARDOC propose aux femmes et aux hommes des départements du Cantal, de la Haute Loire et du Puy de Dôme un dépistage gratuit, simple et rapide.

Depuis fin 2009, L'ABIDEC, et l'ARDOC créent une synergie régionale en fonctionnant de concert, en particulier sur le dépistage organisé du cancer du col utérin.

**Au vu de l'analyse des questionnaires adressés aux PS, ABIDEC semble un dispositif globalement apprécié des PS**

<sup>29</sup> Chiffre à considérer néanmoins avec prudence, compte tenu du taux de retour des questionnaires PS

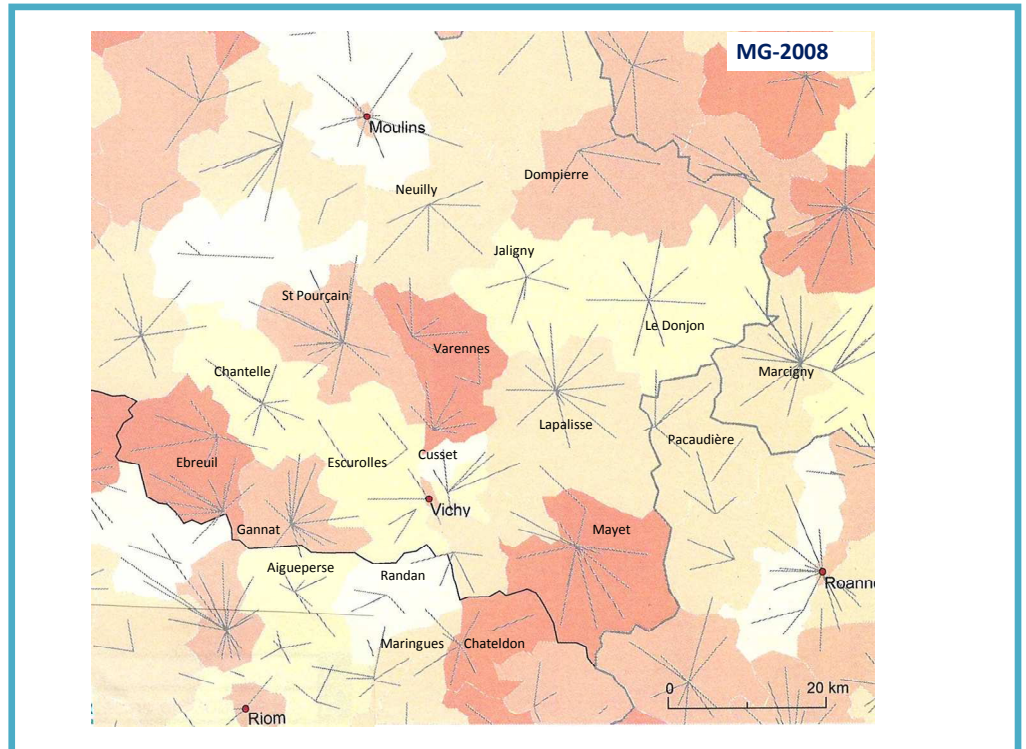
<sup>30</sup> SESSAD : Les Services d'Education et de Soins Spécialisés A Domicile (SESSAD) ont pour missions d'apporter en lien avec la famille et les partenaires concernés, un soutien et un accompagnement personnalisé à l'intégration scolaire et à l'acquisition de l'autonomie des jeunes handicapés. L'intervention des professionnels de ces services, reposant sur des équipes pluridisciplinaires, a lieu le plus souvent dans les locaux du SESSAD, dans l'établissement scolaire ou encore au domicile familial.

## 2.4.4. Proximité des soins

- **Temps d'accès à un médecin généraliste**

Les communes dont la distance au généraliste le plus proche est la plus élevée (au-delà de 15 km) appartiennent aux CC relevant du groupe 1 (« situation d'urgence sociodémographique » )

Cette situation pose la question de l'accès aux soins sous 2 angles : l'accès pour les personnes à mobilité réduite et les difficultés de maintien à domicile



Cette situation renforce typologie du territoire en 3 profils territoriaux

## 2.5. En conclusion, il est dressé une échelle d'opportunité caractérisant des zones du territoire d'étude au regard d'une urgence à agir

Cette échelle est indicative, et constitue avant tout une base de réflexion



**Sur le territoire d'étude, les enjeux en matière d'organisation des soins de 1<sup>er</sup> recours sont liés à la structure de la population, à son état de santé et à la démographie médicale, et nécessitent une meilleure coordination, une prise en charge des personnes âgées croissante, et la mise en place d'actions de prévention précoce, de dépistage, d'éducation thérapeutique.**

**Les PS ont une vision précise des priorités d'action.**

**Les enjeux seront d'autant mieux pris en compte qu'ils seront adaptés à la typologie des zones du territoire, recensées sous 3 profils distincts.**



## CHAPITRE 2

# DIAGNOSTIC DE FAISABILITE

## 1. Objectif et indicateurs de faisabilité

---

Au terme du livre 1, il a pu être dressé une échelle d'opportunité, permettant de hiérarchiser les zones du territoire d'étude en fonction de l'urgence à agir induite par leurs caractéristiques démographiques, sociales et sanitaires.

Il s'agit maintenant de recenser le potentiel d'action du territoire d'étude, au regard des initiatives des acteurs territoriaux et projets locaux.

L'étude de faisabilité aboutit :

- à évaluer les potentialités existantes sur le territoire, et à qualifier les projets recensés,
- à apprécier les projets et initiatives locales par rapport aux besoins du territoire en matière de soins et au regard de l'échelle d'opportunité dressée au chapitre précédent.

**Les critères retenus, essentiellement d'ordre humain, sont assis sur des indicateurs:**

- **Attentes des acteurs du territoire, notamment des PS de 1<sup>er</sup> recours**  
Cet indicateur est fondamental, puisqu'il conditionne la faisabilité de tout projet territorial en matière de soins de 1<sup>er</sup> recours : il est en effet repéré ici les principaux facteurs qui génèrent « l'engagement dans l'action » des PS
- **Typologie des initiatives et projets en matière de soins de 1<sup>er</sup> recours**  
Il est ici recensé et qualifié les projets territoriaux en matière de santé
- **Prise en compte des besoins de santé**  
Il s'agit de confronter les attentes des PS et les types de projets recensés, avec :
  - *Les besoins de santé du territoire, et particulièrement les besoins insuffisamment satisfaits ou susceptibles de ne plus être satisfaits à terme*
  - *Les attentes des jeunes PS, afin de repérer le potentiel d'attractivité des projets recensés*
  - *Les orientations définies dans le PRS Auvergne ainsi que dans les cadrages nationaux*

## 2. Méthodologie de travail

---

**Il n'existe pas de « répertoire » des projets sur le territoire d'étude** : il a donc été consacré un temps très important à l'**écoute** des différents acteurs, pour repérer les attentes, initiatives et projets sur le territoire d'étude. A cet effet :

- Des temps d'échanges ont été organisés
- 3 questions ont guidé les investigations pour qualifier le potentiel d'action du territoire d'étude

• **Les vecteurs principaux de communication et d'échanges**

Type communication	Cible principale	Objectif
Réunions avec les agents de développement des CC		<p>Informer des objectifs de l'étude, situer les enjeux, repérer des caractéristiques territoriales</p> <p>Informer des étapes puis de l'avancement de l'étude</p>
Rencontres/contacts individuels avec des PS		<p>Comprendre les modes d'exercice actuels, repérer les besoins, initiatives et projets, caractériser les projets</p>
Rencontres/contacts individuels avec des élus		<p>Evaluer la perception du contexte, repérer les projets et initiatives</p> <p>Identifier des niveaux d'adhésion, des leviers d'action, des ouvertures</p>
Lettres, plaquette, affiches		<p>Informer des enjeux et de l'avancement de l'étude</p> <p>Susciter l'intérêt et la prise de contact</p> <p>Mobiliser autour du questionnaire PS</p>
Rencontre avec des partenaires institutionnels		<p>Comprendre les attentes et le cadre de l'organisation des soins de 1<sup>er</sup> recours sur le territoire</p> <p>Connaître les projets territoriaux</p>
Questionnaire auprès des PS		<p>Comprendre les attentes et besoins par rapport à l'organisation des soins de 1<sup>er</sup> recours</p>
Entretien avec des associations, offreurs de soins du territoire		<p>Evaluer la perception du contexte, repérer les projets et initiatives</p> <p>Identifier des champs de partenariats et de coopération</p>
Réunions collectives avec des PS sur des CC		<p>Evaluer la perception des enjeux et du contexte par les PS sur certaines parties du territoire: « Si rien ne change, que se passera-t-il sur votre territoire ? »</p> <p>Faciliter le démarrage de réflexion collective (« Opération Starter »)</p> <p>Informer des conditions de réussite d'un projet d'organisation des soins de 1<sup>er</sup> recours, informer des processus de décision régionaux, répondre à des questionnements</p>
Réunion Rencontre Santé avec des élus (22 décembre 2010)		<p>Echanger autour des questions de l'organisation des soins de 1<sup>er</sup> recours</p> <p>Susciter des interrogations, faciliter le partage d'information au sein du territoire d'étude</p>

- **Les 3 questions pour qualifier le potentiel d'action du territoire d'étude**

**Quel est le niveau de mobilisation des acteurs locaux (PS et Elus) pour les questions de santé ?**

Il s'agit d'évaluer les leviers de mobilisation des acteurs : qu'est ce qui incite les acteurs à réfléchir autour des questions de santé, et comment procèdent-ils ?

Cet exercice s'appuie sur l'exploitation des questionnaires aux PS d'une part, sur le contenu des échanges organisés avec élus et PS d'autre part

**Quels sont les projets et initiatives du territoire ?**

Au terme des entretiens et rencontres, un travail d'analyse et de synthèse est réalisé afin d'aboutir à un inventaire des projets souhaités, initiés ou portés sur le terrain.

Cet exercice ne constitue en aucun cas un inventaire exhaustif, mais plutôt un repérage significatif de la variété, de la portée et de la typologie des initiatives et projets.

**Comment ce potentiel d'action s'articule-t-il avec les besoins du territoire, le PRS Auvergne, les attentes des jeunes PS ?**

### 3. Quel est le niveau de mobilisation des acteurs territoriaux ?

La question de la faisabilité interroge le niveau de mobilisation des acteurs locaux : cette évaluation est réalisée notamment via l'exploitation du questionnaire pour les PS, et utilement complétée par l'analyse des rencontres organisées avec élus et PS.

- De manière générale, les acteurs partagent la conviction d'actions à mener sur le territoire en matière d'offre de soins de 1<sup>er</sup> recours

En multipliant les approches de prises de contact terrain (questionnaires PS, rencontres individuelles et semi collectives, visites terrain, réunions), il a pu être repéré des tendances de fond suffisantes pour appréhender la réalité territoriale de manière satisfaisante et exploitable.

#### L'exploitation du questionnaire PS<sup>31</sup>

En 1<sup>ère</sup> approche, le taux de retour des questionnaires adressés aux PS pourrait amener à conclure à un faible intérêt des PS pour les questions d'organisation territoriale des soins de 1<sup>er</sup> recours.

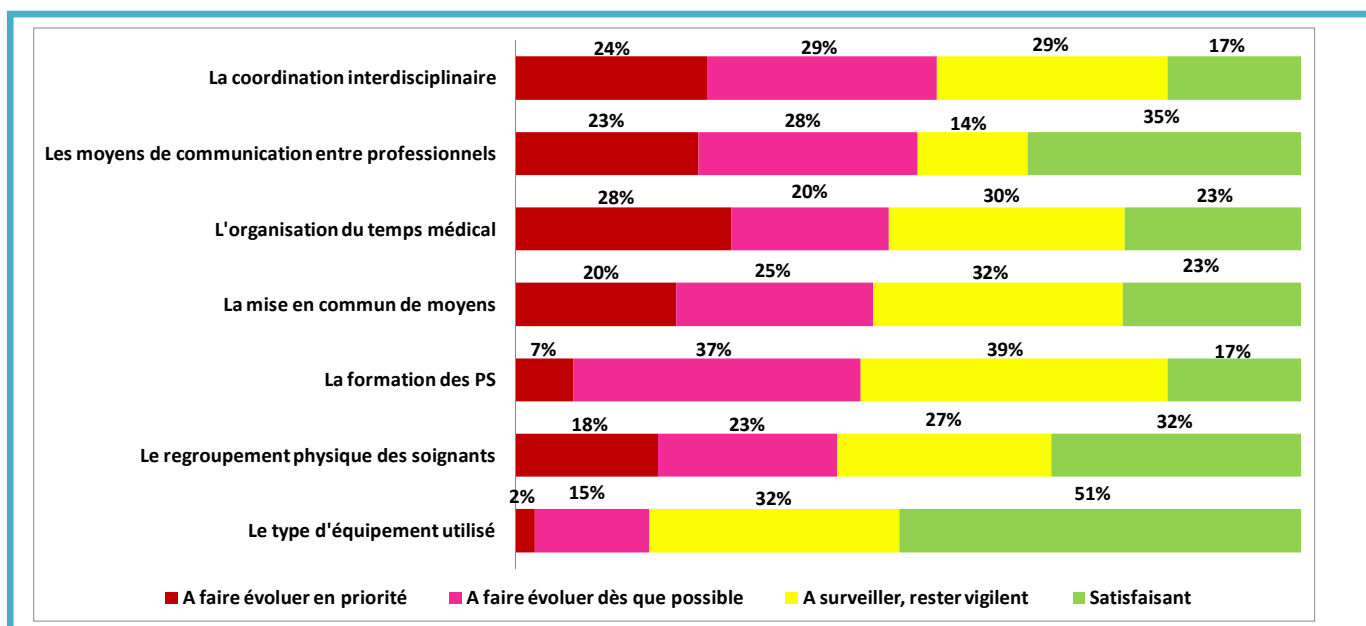
Or, comme déjà évoqué, la qualité des réponses formulées d'une part, puis leur convergence avec les propos recueillis en entretiens individuels et réunions collectives constituent au contraire une base tout à fait significative.

Questionnés sur leur position par rapport à l'étude menée sur le Pays Vichy Auvergne en matière d'organisation des soins de 1<sup>er</sup> recours, les réponses au questionnaire PS indiquent :

- Que 58 % des répondants souhaitent participer à la réflexion
- Que 77.5 % des répondants sont disposés à participer à d'éventuelles réunions d'échanges, dans le cadre de travaux de réflexion

Ces 2 taux sont significatifs d'un intérêt global autour de la question de l'organisation des soins de 1<sup>er</sup> recours.

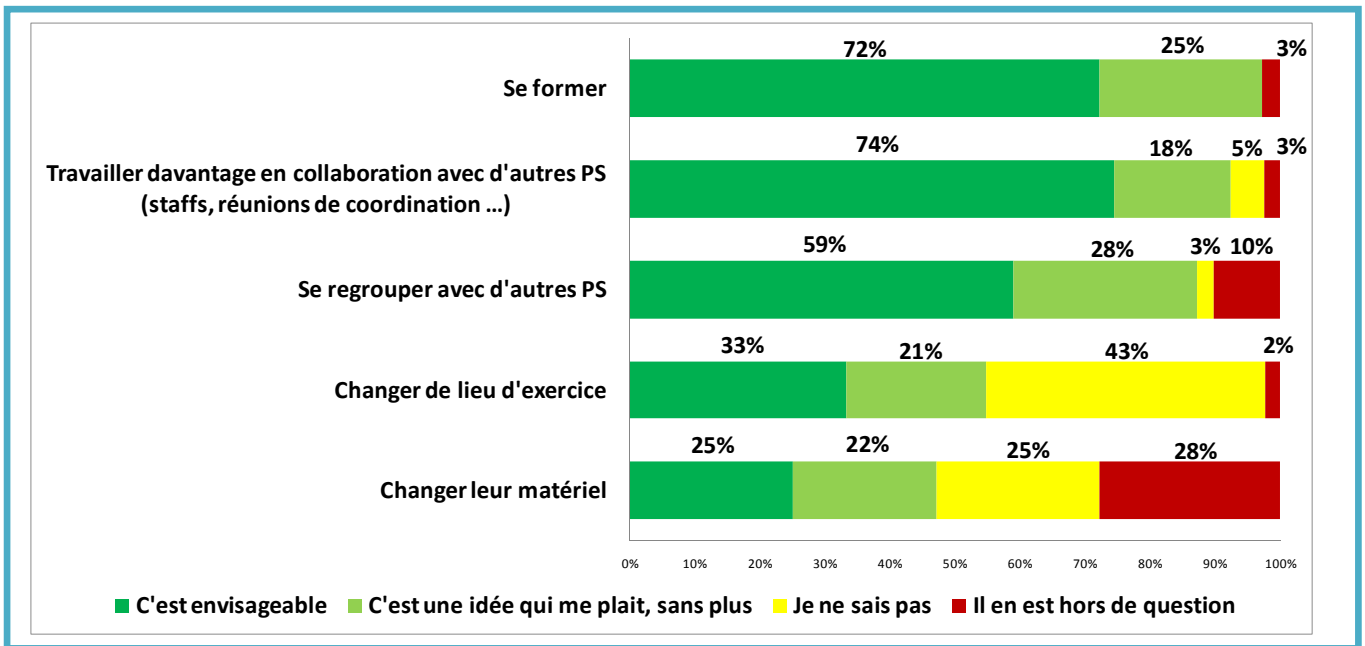
Les PS répondants considèrent par ailleurs que les 3 thèmes prioritaires de travail dans le champ de



<sup>31</sup> Les graphes de ce paragraphe ont été réalisés par Diotima, sur la base des retours de questionnaires PS

l'organisation des soins de 1<sup>er</sup> recours sur le territoire d'étude sont la **coordination interdisciplinaire**, les **moyens de communication entre soignants** et **l'organisation du temps médical** : ce ressenti est confirmé dans le cadre des rencontres réalisées sur le terrain.

Pour améliorer leurs conditions d'exercice et la prise en charge de leurs patients, les PS répondants sont prêts à **se former**, à **travailler de manière collaborative**, à **se regrouper** : tout ceci sous condition d'efficacité (pas de « réunionnite » mais des thèmes de travail ciblés, des actions de formation locales) et sous réserve de trouver du temps disponible.



### Les rencontres terrain

Les rencontres organisées sur le terrain avec les PS et/ou les élus mettent en évidence 2 thématiques mobilisatrices:

- **la démographie médicale** : sur bon nombre de CC en effet, des MG ont cessé leur activité ces dernières années, ce qui a suscité des interrogations sur l'attractivité des territoires à l'égard de jeunes PS

- **l'organisation de la permanence des soins**: il apparaît que le fonctionnement de la permanence des soins est en effet mal connu, notamment des élus, et peu médiatisé.

De manière générale, il est également relevé une certaine méconnaissance :

-du rôle respectif des élus et des professionnels de santé (« Que faire ensemble ? »)

#### Rencontres terrain

-65 personnes rencontrées en individuel ou semi-collectif

-5 visites de sites : St Pourçain, Varennes, Le Donjon, Le Mayet le montagne, Gannat

-3 Réunions avec les PS

-1 rencontre Elus



## Comment s'organise la réflexion sur le terrain

3 tendances caractérisent l'organisation de la réflexion

**-en matière de connaissance**, il est relevé un certain déficit :

- . en matière d'offre de soins de 1<sup>er</sup> recours sur les CC, ainsi qu'en matière de besoins de soins, la connaissance du contexte est appréhendée de manière plutôt « intuitive » (« *Est-on dans une situation favorable, préoccupante, critique... ?* », « *Et comparativement à d'autres CC, comment se situe-t-on ?* »)
- . en matière de projets ou organisations en place sur d'autres Communautés de Communes
- . en matière de marges de manœuvre pour mettre en place une organisation de soins de 1<sup>er</sup> recours : quels types d'organisation (au-delà d'une MSP...) ? quelles législations et cadres de références ? Quelles conditions de réussite d'un projet de santé ?

**-en matière de périmètre de réflexion**, la mobilisation s'organise à l'échelle de la CC et dans la majeure partie des cas la question est amenée par les élus : il n'existe pas de réflexion inter-CC concernant l'organisation des soins de 1<sup>er</sup> recours (hormis le cas du projet de pôle de Saint-Pourçain). Les élus, comme les professionnels de santé du Pays, ayant dans la majorité des cas une vision aux bornes du territoire de leur CC, le réflexe de maillage des initiatives n'est pas toujours de mise en matière de santé. Pour autant, la dynamique existe sur d'autres thématiques.

**-en matière de passage à l'action** se posent les questions de méthode et d'accompagnement : une fois la conscience acquise de la nécessité d'agir, le processus peine à s'engager. Il semble que les acteurs locaux connaissent assez mal les processus de décision et les appuis possibles de la part des partenaires institutionnels. De manière générale, les questions à ce stade sont du type : « *Par où commencer ?* », « *Comment faire pour aider les PS ?* », « *Que faut-il faire pour être aidé quand on a des idées ?* », « *Qui fait quoi entre ARS, région, département ?* »

**De manière générale, sur le territoire d'étude, des envies d'agir, des idées, des bonnes volontés existent sur l'ensemble du Pays**

## 4. Quels sont les initiatives, projets et réalisations recensés sur le territoire ?

Les initiatives, projets et réalisations repérés sur le territoire d'étude peuvent être répertoriés selon une classification organisée autour de 2 axes :

- **un axe « Organisation »** : cet axe permet de classer les initiatives, projets et réalisations selon que leur caractéristique est d'organiser une structure plutôt à partir d'un lieu physique ou plutôt à partir d'un processus. A une extrémité de cet axe, on trouve les regroupements de PS, à l'autre les outils
- **un axe « Hommes »** : cet axe permet de classer les initiatives, projets et réalisations selon que les acteurs exercent leur activité selon un mode collaboratif ou non. A une extrémité de cet axe, on trouve les initiatives, projets et réalisations concernant un individu ou une juxtaposition d'individus fonctionnant « en silo » (objectif : regroupement), à l'autre les initiatives, projets et réalisations concernant une ou plusieurs équipes fonctionnant de manière collaborative (objectif : création de synergie)

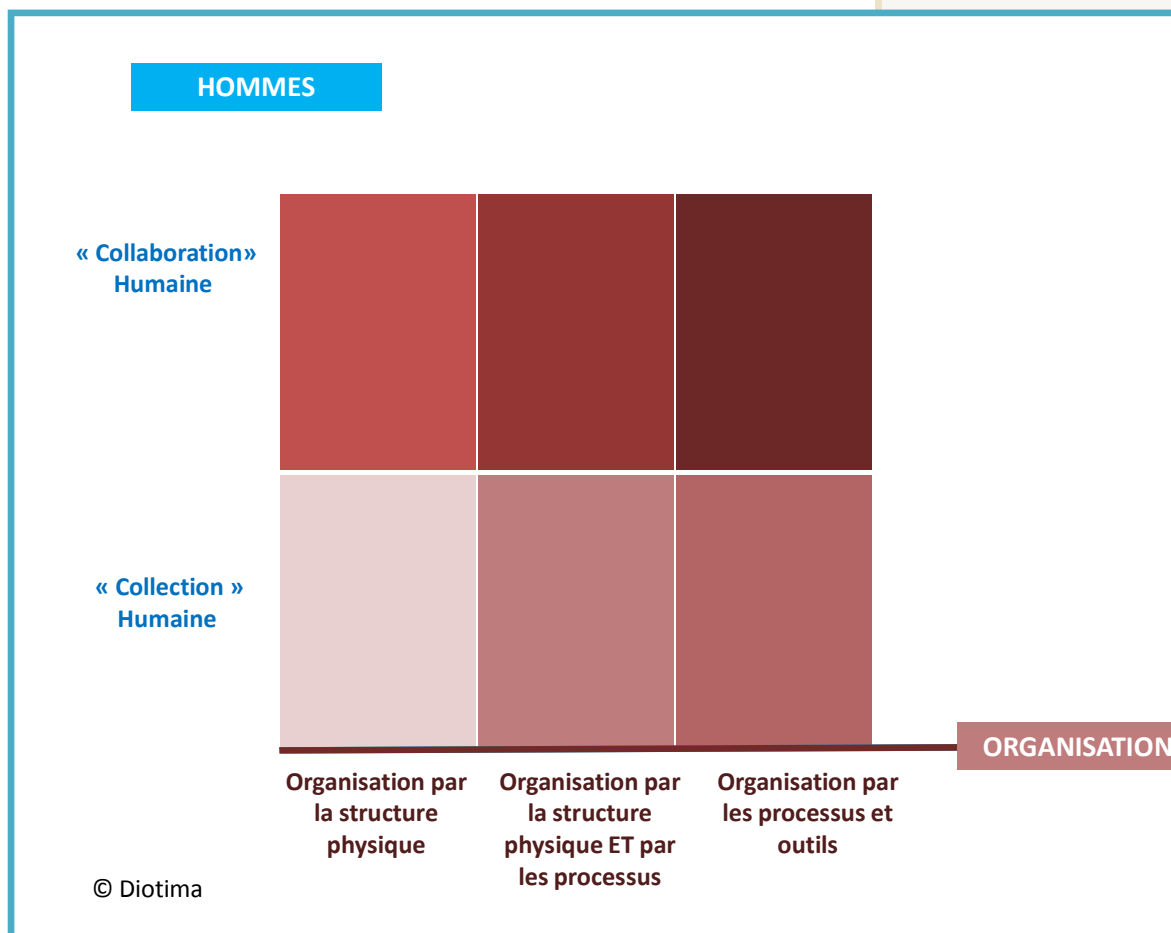
### Classement des actions territoriales en « initiatives », « projets » et réalisations

Ce classement permet de répertorier les actions selon leur niveau d'aboutissement

Les « Initiatives » sont des idées, qui ont un porteur et un objectif identifié, mais dont la phase de mise en œuvre n'est pas encore structurée.

Les « Projets » sont des initiatives en voie de réalisation : ils comportent un porteur, un objectif, un plan de travail, un délai et des ressources définies.

Les « Réalisations » sont des actions abouties qui sont opérationnelles



## 4.1. Les initiatives, projets ou réalisation à dominante « Organisation »

### • Les Réalisations

#### **Une réalisation à Gannat, « le Centre médical de Gannat » candidat aux nouveaux modes de rémunération**

Un centre médical d'initiative privée regroupant 6 MG, 4 IDE, 5MK et une diététicienne a été créé en 2004.

A ce jour les MG partagent leurs dossiers informatisés. Ils assurent la continuité des soins de 8H à 19H et réservent des plages libres (environ 30%) pour les RV urgents de leur patientèle. Les appels de la patientèle sont régulés (3 niveaux d'urgence) par le secrétariat qui a été spécifiquement formé et respecte un protocole élaboré par les MG. Les plages réservées aux consultations d'urgences sont susceptibles de varier au cours de l'année (épidémies, etc.) afin de réguler les flux de patients.

Le réseau Vichy Diabète est hébergé par le centre médical pour l'organisation de réunions collectives. Le centre médical ayant candidaté aux NMR (module 1 coordination), les professionnels souhaitent déployer leur projet de santé autour de réunions formalisées sur les cas patients (staffs), la mise en place d'une fonction de coordination (peut-être une IDE), un accès partagé au DPI. Le détail du projet de santé reste à formaliser.

Le centre médical reçoit 4 à 5 internes en MG + 1 externe en MG par an (2 MG sont titulaires d'un DU en pédagogie médicale et 5 MG sur 6 sont généralistes enseignants) et souhaite accueillir un chef de clinique à mi-temps. Cet accueil permettra de donner au centre médical une orientation de formation universitaire. L'enjeu pour les professionnels du centre étant d'obtenir la labellisation par le Collège National des généralistes enseignants de Service Universitaire de médecine générale Ambulatoire (SUMGA).

Les coopérations avec les médecins du secteur sont nombreuses : partage du secteur de garde, accueil des stagiaires en médecine générale, organisation d'un groupe de pairs (en fonctionnement depuis 5 ans).

**Recommandations :** élargir la réflexion à l'ensemble du territoire Gannat/Ebreuil/Broût-Vernet pour anticiper les questions de démographie médicale et la capacité de prise en charge médicale des patients afin d'éviter l'effet de désertification à terme lié au départ prochain des MG n'appartenant pas à la maison médicale (Gannat, Broût-Vernet, Ebreuil). Travailler sur la coopération interprofessionnelle dans le cadre de la candidature aux NMR.

#### **Une réalisation sur Le Donjon, « la Maison de Santé du Donjon » : une réalisation immobilière financée à l'origine sans projet de santé, aujourd'hui en cours de formalisation ...**

La maison médicale du Donjon a été inaugurée ce 18 septembre 2010. Cette réalisation, à l'origine portée par un MG depuis lors parti en retraite, a eu pour objet d'organiser le regroupement de PS ; Ce jour, ce regroupement concerne 3 MG, dont un jeune MG récemment installé depuis 2010, 2 dentistes et 3 IDE. Le bâtiment, équipé pour dispenser des soins de balnéothérapie, n'accueille pas pour l'heure de MK, lesquels sont installés en ville.

Jusqu'à présent, ce regroupement ne s'appuie pas sur un projet de santé et ne met pas en œuvre de pratiques collaboratives interprofessionnelles. Les MG ont cependant engagé un travail de

formalisation d'un futur projet de santé, projet porté par le jeune MG.

Parmi les axes du volet de prise du projet de santé, il est identifié la prise en charge des maladies chroniques, notamment des affections cardiovasculaires et rhumatismales. Des actions de prévention et d'éducation thérapeutique seraient également dispensées : une orientation en matière de cancérologie est souhaitée par les MG. Les 1ers protocoles ont été élaborés par les MG

Le souhait des MG est d'élargir la réflexion sur le projet de santé aux autres PS de la Maison, et d'intégrer, dans le cadre de consultations avancées d'autres PS et acteurs de soins (pédicure, orthophoniste, CMP ...); il est d'ailleurs prévu que la consultation de CMP déménage dans l'ancienne trésorerie en face de la maison médicale, projet qui permettrait de faire de cette plateforme une antenne de CH de Moulins Yzeure. Le CH est demandeur de travailler avec Le Donjon, en vue d'organiser des consultations spécialisées, notamment de cardiologie.

Le transport des patients est présenté comme une préoccupation importante sur le secteur

Il est prévu de présenter le projet de santé à l'ARS

**Recommandations** : élargir au-delà des MG une communauté médicale désireuse de travailler sur un projet de santé pour le territoire, en collaboration avec le projet de Lapalisse et éventuellement celui de Dompierre, et en lien étroit avec l'hôpital de Moulins pour développer les consultations avancées (partenariat spécifique avec Lapalisse sur ce point ?)6Travailler les outils coopératifs (type DMP) afin d'asseoir la collaboration et l'interprofessionnalité de manière opérationnelle

### Le Pôle médico-social de Varennes sur Allier

Un pôle médicosocial a été créé en 2009 à Varennes Forterre, après une 1<sup>ère</sup> tentative de création de MSP, portée par les élus et également par un jeune MG ; ce projet n'a pas satisfait à l'époque aux critères du cahier des charges régional. En conséquence, la CC a décidé de rénover un bâtiment rénové, en centre ville, afin de favoriser l'accueil des PS du secteur. Ces locaux accueillent aujourd'hui 1 MK ostéopathe installé depuis juin 2010, une psychologue installée depuis octobre 2010, 2 dentistes et un pédicure podologue. Le bâtiment peut accueillir de nouveaux PS dans sa configuration actuelle, et bénéficier d'une extension compte tenu du terrain encore disponible.

La CC, non considérée comme zone fragile dans le cadre de l'étude sur la démographie médicale effectuée par la DDASS en 2006, ne bénéficie pas du programme Wanted en 2010, et organise de manière active une prospection afin de renforcer son offre de soins de 1<sup>er</sup> recours par l'intégration de nouveaux PS, notamment de MG. En effet, 31 % des MG en place ont plus de 55 ans, et leur activité est en outre tournée significativement vers les EHPAD en place sur le territoire.

**Recommandations** : remobiliser la communauté médicale pour faire évoluer le pôle médical vers une organisation de soins coopérative, assise sur un projet de santé, plus attractive pour de jeunes MG. Travailler également les coopérations possibles avec St Pourçain.

### La Maison des services du Mayet de Montagne

Une maison des services accueillant 22 services hors professionnels de santé (service de maintien à domicile), un cabinet de 7 infirmiers, 1 cabinet de 2 MK (salle de balnéo et de musculation), une consultation de CMP (adultes et enfants), une permanence de la médecine du travail, à proximité d'un centre social lui même menant des actions en termes de santé a été portée par la communauté de

communes. Tant la communauté de communes que la mairie sont prêts à accueillir les professionnels au sein des locaux rénovés existants. Les MG du secteur ont été contactés pour intégrer les locaux (aucune mobilisation pour les 2 réunions organisées par les élus, entre temps 2 MG se sont installés dans des locaux de la mairie). Un contrat Wanted a été signé, mais pour l'heure, le jeune médecin ne s'est pas encore installé.

**Recommandations :** promouvoir le travail en coopération de tous les effecteurs de soins de premier recours et/ou sociaux et médico-sociaux sur un projet de soins tourné vers les publics prioritaires du secteur (personnes âgées notamment, mais aussi personnes souffrant de handicap) afin d'offrir aux jeunes professionnels susceptibles de s'installer un contexte de travail attractif, pluri-professionnel et sécurisé, en sus de locaux nouvellement aménagés (et qui présentent un acquis et un potentiel très intéressants). La maison des services pourrait accueillir des réunions de l'ensemble des professionnels pour assurer le partage du diagnostic du secteur à moyen/long terme (outils de communication pour travailler sur la mobilisation des PS à élaborer)... et échanger sur les modalités de coopérations et les actions à même de renforcer l'attractivité du secteur pour de jeunes professionnels. L'effet « locomotive » du projet de Lapalisse pourrait également être mis en avant (réunions communes).

### **Pôle de Santé de Randan**

La commune de Randan a réhabilité un bâtiment en centre ville afin d'accueillir des PS. A ce jour, 1 MG, 3 MK, 2 cabinets d'IDE (5 IDE au total), 1 ambulancier, 1 podologue et 1 nutritionniste occupent ces locaux, qui sont fonctionnels depuis 18 mois.

Chaque PS est autonome dans son fonctionnement : il n'existe pas de projet de santé, et les PS exercent sans autre mutualisation que les locaux.

Le contact pris sur place s'avère porteur d'évolution : l'idée de s'organiser autour d'un projet de santé, de développer la coopération au sein des PS du pôle, voire d'investiguer des pistes de collaboration avec d'autres secteurs, peut déboucher moyennant de mobiliser les PS en place. Il n'est pas exclu que le départ récent en retraite d'un des MG du pôle favorise la réflexion, en soulevant la question de l'attractivité de la structure

**Recommandation :** inclure Brugheas dans la réflexion et organiser en ce sens une réunion interprofessionnelle des acteurs en santé et médico-sociaux du bassin de proximité (et éventuellement des candidats à l'installation) pour évoquer le diagnostic des besoins du bassin et les réponses éventuelles à y apporter, ainsi que les questions de méthodologies de projet, les partenariats éventuels à mettre en place et les maillages à investiguer avec les initiatives limitrophes.

### ● **Les Projets**

#### **Le projet de création d'un Pôle de santé du Pays Saint-Pourcinois**

Le projet consiste en la mise en place d'une maison de santé hébergée par l'hôpital local cœur du Bourbonnais et un projet territorial de santé porté par un pôle, dont les PS se sont constitués en association loi 1901 (une maison médicale héberge dorénavant et déjà à ce jour 4 MG, 2 D et 2 IDE).

Le projet médical a été rédigé en 2008 par les professionnels de santé (23 adhérents identifiés à ce jour) en lien avec l'hôpital local (mutualisation, sécurité, continuité, gain de temps, prise en charge des

urgences, projets de télémedecine...) pour un projet couvrant le territoire de la communauté de communes ainsi que les communes de Tronget et du Montet. Le CLIC Amage participe dorénavant et déjà à la coordination gérontologique organisée par les professionnels de santé. Le projet a été retenu par le comité régional de sélection des projets de MSP en septembre 2010 (et a donc suivi le processus de sélection et d'accompagnement porté par l'ARS). Le projet de santé et la charte éthique ont été présentés à l'ensemble des professionnels de santé du secteur le 9 novembre 2010.

Les professionnels porteurs du projet sont en cours d'élaboration et de test du système d'informations partagées (informatique communicante ouverte sur l'extérieur de la MSP) et utilisateurs de la messagerie médicale sécurisée Apicrypt.

### **Le projet de création d'une MSP à Bellenaves**

L'idée de créer une MSP est née en 2008, et a suscité l'organisation de 4 réunions de travail avec les professionnels (2MG, 1 MK, 1D, 2 IDE, un médecin du travail et 1 podologue) depuis la fin 2008 avec le soutien de la municipalité.

Il s'agit de créer une maison de santé pluri-professionnelle pour un territoire de 2500 habitants. Les professionnels se sont engagés en ce sens dans une lettre d'intention datée du 12 juin 2009 qui présentait les objectifs du projet :

- regroupement des professionnels en un lieu unique
- favoriser l'accès aux soins
- partager un secrétariat
- ancrer sur le territoire une entité durable
- maintenir l'autonomie de fonctionnement de chaque professionnel
- assurer un meilleur suivi des patients et permettre une économie de moyens

Le projet immobilier est dorénavant et déjà lancé : une étude de faisabilité d'un bâtiment sur un terrain identifié a été réalisée et le portage du projet reviendra à la commune.

Le lancement « officiel du projet » a eu lieu le 6 décembre 2010 avec le soutien méthodologique du Conseil Général de l'Allier (en lien avec les orientations de l'ARS, à laquelle devra être soumis le projet de santé). Lors de cette réunion, des perspectives de collaborations avec le pôle de Saint-Pourcinois ont été envisagées.

**Recommandations** : structurer le projet et travailler sur le contenu du projet conformément au CDC national en travaillant avec l'ensemble des acteurs en santé du secteur et en collaboration avec les projets de structuration de l'offre de soins adjacents :

- notamment avec Saint-Pourçain pour investiguer, au delà de la garde et de la continuité des soins : le partage d'outils (communication notamment), l'élaboration et la mise en place d'actions de prévention et/ou d'éducation thérapeutique,
- mais aussi en recherchant la collaboration avec Ebreuil, Gannat et Broût-Vernet.

### **Un projet de création de MSP à Lapalisse**

Une étude sur la démographie médicale effectuée par la DDASS en 2006 identifiait le secteur comme fragile.

Face à ce constat les élus ont envisagé la possibilité de création d'une MSP. Plusieurs réunions ont eu lieu avec les professionnels du secteur entre mars 2009. En juin 2010, l'ARS n'a pas retenu le projet du fait de la non formalisation d'un projet de santé. Les élus ont inscrit le projet de MSP dans le contrat Auvergne + (accord de principe, montant définitif en fonction du résultat de l'étude et le 29 juin 2010 : Les élus ont inscrit le projet de MSP dans le contrat de territoire signé avec le conseil général de l'Allier



La CC souhaite être maître d'ouvrage du projet et être propriétaire des locaux de la MSP.

Une réunion de travail a eu lieu le 3 novembre 2010 regroupant les élus et 24 professionnels de santé ou acteurs dans le domaine de la santé ou du médico-social. Une présentation des modalités d'élaboration du projet de santé a été effectuée par Diotima et les professionnels se sont accordés sur une méthodologie de projet leur permettant d'aboutir à la formalisation d'un projet de santé pour leur territoire (nomination d'un chef de projet, constitution d'un comité de pilotage, planification de travaux).

Un premier comité de pilotage du projet est programmé pour le 20 janvier 2011, en vue d'une présentation de cette initiative à l'ARS. 5 réunions de travail se sont déjà tenues, et ont permis de dresser les contours d'un projet de santé (un travail a été réalisé ciblant des prises en charge spécifiques par l'équipe de manière interdisciplinaire : diabète, maladie Alzheimer, conduites addictives etc.)

Dans un 2<sup>nd</sup> temps, il pourrait être recherché des axes de coopérations avec des territoires limitrophes (Le Donjon, Le Mayet de Montagne)

### **Un projet aux frontières du Pays : la création d'une MSP sur Montmarault**

Une réflexion commune élus/PS sur l'offre de soins sur le secteur a permis de concevoir un projet de MSP sur la commune de Montmarault (équipe de PS de 3 MG, 2 IDE et 1 orthophoniste) dont la construction devrait s'achever fin 2011. Les axes forts du projet de santé en cours d'élaboration sont les suivants :

- système de continuité des soins médicaux en dehors des périodes de garde
- maintien de l'offre de soins actuelle (inscription dans le dispositif WANTED, accueil de stagiaires en lien avec l'EHPAD et l'Hôpital Cœur du Bourbonnais) et élargissement de la prise en charge offerte (pédicure, diététicienne, psychologue, etc.)
- rapprochement avec l'HCB sur les questions de gériatrie (projet d'un réseau gérontologique), de l'EHPAD de Montmarault et des réseaux mémoire et de soins palliatifs, le CLIC, le SSIAD
- partage des informations entre professionnels
- collaboration étroite avec le réseau santé périnatalité d'Auvergne
- conduite d'actions de prévention et de prise en charge des pathologies chroniques
- formation continue et interprofessionnelle (hébergement de l'association de formation continue du Bocage Bourbonnais, groupes de pairs, staffs interprofessionnels, etc.)

#### ● **Les Initiatives**

### **L'initiative émergente du Pôle de santé de Brugheas**

Les professionnels paramédicaux de la commune de Brugheas (2 IDE et 1 MK) souhaitent pouvoir se regrouper dans un lieu unique et travailler sur un projet de santé en collaboration avec les professionnels de santé du secteur (Bellerive-sur-Allier, Hauterive, Serbannes, voire Randan...). Ils souhaitent favoriser l'accueil d'un médecin généraliste sur le secteur et éventuellement d'autres paramédicaux. Le maire de Brugheas souhaite apporter son soutien logistique au projet (soutien d'un projet privé ou maîtrise d'ouvrage d'un bâtiment neuf ?).

**Recommandation** : organiser la réflexion au-delà du périmètre de Brugheas, dans l'idée de définir un axe de structuration plus large et plus en rapport avec la situation du secteur. Dans cette optique, il pourrait être organisée une réunion interprofessionnelle des acteurs en santé et médico-sociaux du bassin de proximité (et éventuellement des candidats à l'installation) pour évoquer le diagnostic des besoins du bassin et les réponses éventuelles à y apporter, ainsi que les questions de méthodologies de projet, les partenariats éventuels à mettre en place et les maillages à investiguer avec les initiatives limitrophes (Randan).

### **L'initiative émergente de création d'une MSP à Aigueperse : une initiative dont les objectifs sont encore insuffisamment partagés**

Dans le cadre du projet de rénovation/extension de l'EHPAD, un médecin généraliste de la commune a manifesté le souhait de mettre en place un MSP dans d'anciens locaux de l'EHPAD destinés à la destruction. Les élus pour leur part relèvent que cette initiative est isolée, et impacte le projet architectural de l'EHPAD en le privant d'une « ouverture sur la ville ». Le Directeur de l'EHPAD quant à lui n'est pas opposé à cette possibilité (don du bâtiment pour un euro symbolique). Les EHPAD d'Effiat et d'Aigueperse (500 lits en tout) bénéficient d'une même Direction, qui a mis en place un système d'astreinte hebdomadaire commune aux 2 EHPAD de 19H à 8H pour les MG salariés de l'EHPAD (qui sont également libéraux sur Aigueperse, + 1 MG non salarié de l'EHPAD volontaire pour l'astreinte). Ce système propre aux 2 établissements (accompagné de la présence d'une IDE de nuit et d'une pharmacie intégrée sur Aigueperse) permet d'accélérer les prises en charge et fluidifier les parcours des résidents.

Des actions d'accompagnement des familles dont un membre souffre de la maladie d'Alzheimer sont prévues en 2011 (création du PASA, accueil de jour pour les patients victimes d'Alzheimer au sein de l'EHPAD).

D'autre part, l'EHPAD organise (mise à disposition de compétences d'ergothérapeute et de diététicienne) en lien avec la communauté de communes (appui logistique) des journées d'information et des ateliers dont le temps fort est la semaine bleue (semaine nationale des retraités). Les MK libéraux ont participé à ces ateliers.

**Recommandations** : les choix devant se faire rapidement (destruction du bâtiment en 2012), il conviendrait d'organiser une réunion de l'ensemble des professionnels de santé d'Aigueperse et des environs, des élus et de la Direction de l'EHPAD dès le début de 2011, afin d'échanger :

-sur l'éventualité de cette MSP : quel portage professionnel, quels objectifs de santé, quelle compatibilité avec le projet immobilier de rénovation de l'EHPAD ? Quel maillage potentiel avec les initiatives limitrophes ? (Randan, Gannat)

-sur les champs de partage avec l'EHPAD, au delà du dispositif d'astreinte (télémédecine, lien avec les réseaux mémoire, de soins palliatif ou diabète, formation du personnel, orientation gériatrique des PS intervenants, accompagnement de pathologies chroniques, en lien avec le personnel salarié de l'EHPAD -diététicienne, pédicure-, actions complémentaires de santé publique en lien avec les collectivités, etc.).

NB : dans la toute récente maison Nord Limagne sont installés la PMI, le CMP et le service de transports à la demande pour le territoire.

### **L'initiative des élus de Broût-Vernet**

Afin d'anticiper le départ prochain et simultané de 2 MG en 2013 et du 3<sup>ème</sup> en suivant, la mairie souhaite mettre à disposition des locaux communaux pour 2 jeunes MG. La municipalité travaille en partenariat sur ce projet avec le Conseil Général dans le cadre du dispositif WANTED et a réuni l'ensemble des professionnels de santé de la commune plusieurs fois sur le sujet. Les médecins du futur pôle de Saint-Pourçain ont proposé d'accueillir les jeunes MG ayant un projet d'installation et de leur présenter le projet de santé du pôle, en vue de faciliter leur installation ainsi que leur adhésion par la suite s'ils le souhaitent.

### **Une initiative aux frontières du Pays : la création d'une MSP sur Dompierre**

Depuis 2007, la commune de Dompierre porte la volonté de créer une MSP, afin de développer l'attractivité de son territoire. Une association s'est d'ailleurs créée sur le territoire (« Dompierre Avenir Santé », avec des particuliers) afin de soutenir cette initiative. Bien que les IDE, MK orthophoniste et pédicure se déclarent intéressés par la perspective de création d'une structure de type coopérative, l'initiative n'a toujours pas débouché à ce jour, et se présente avec plus d'acuité compte tenu du départ imminent d'un des MG porteur. Le territoire souhaite s'inscrire dans le programme Wanted, et fait une priorité du recrutement d'un jeune MG.

Les élus se déclarent faire de la formalisation d'un projet de santé un préalable à toute création de MSP. Le maire envisage très positivement la perspective d'investiguer des pistes coopératives avec d'autres territoires : la question pourrait faire l'objet d'un échange structuré avec Le Donjon, sachant que le territoire de Dompierre est peut être plus naturellement tourné vers l'Ouest que vers l'Est.

2 cartes sont produites ci-après, qui positionnent les initiatives, projets et réalisations à dominante « Organisation », puis qui indiquent les axes de coopération à investiguer entre les territoires : ces cartes se réfèrent à la légende ci-dessous

### Légende

Avancement de la réflexion		Initiative	Projet	Réalisation
Nature de l'organisation				
Immobilier				
Coopératif				
Coopératif et Maillé				





**De manière générale, sur le territoire d'étude, les réalisations, projets et initiatives sont extrêmement variés dans leur portée, puisque se côtoient :**

- des réalisations d'abord immobilières** (Randan, Le Donjon), basées sur le regroupement de PS et encore dépourvues de projets de santé
- des réalisations de type médico-sociales** (Mayet-de-Montagne, Varennes), qui s'attachent d'abord à organiser les conditions d'accueil à destination de futurs PS
- des initiatives en matière d'organisation des soins de 1<sup>er</sup> recours, en phase de maturation**, à l'origine plutôt orientés vers la création de MSP (Lapalisse, Gannat, Bellenaves...) ou de regroupement interprofessionnel (Brugheas), et en phase d'élargissement de la réflexion vers des organisations de type Pôle de Santé
- un unique projet d'organisation des soins de 1<sup>er</sup> recours, de type coopératif (pôle de santé de Saint Pourçain)**, assis sur un projet de santé défini, et en collaboration avec un établissement de soins

Cependant, cette variété comporte un déficit :

- en termes de maillage** : les actions sont plutôt initiées, développées et déployées à l'échelle de la CC, et des synergies pourraient être utilement recherchées en travaillant la coordination inter-CC. Un repérage des potentiels de coopération à investiguer est présenté sur la carte page suivante.
- en termes d'accompagnement** : de nombreuses initiatives et réalisations pourraient utilement évoluer vers des organisations plus coopératives, assises sur un projet de santé, et donc potentiellement plus efficaces pour les patients et attractives pour de jeunes professionnels. Des réflexions sont engagées dans le sens d'évolution des structures existantes vers des organisations coopératives au Donjon et à Gannat ; des initiatives et projets ont été repérés (cf carte page précédente) à Bellenaves, Broût Vernet, Brugheas, Lapalisse et Aigueperse, qui nécessitent un accompagnement adapté.





## Potentiel de coopération à invesiguer



## 4.2. Les initiatives, projets ou réalisations à dominante « Processus »

Sont recensés ici les outils, processus ou réseaux à échelle départementale ou régionale en soutien des offreurs de santé de proximité.

- **La prise en charge d'une patientèle spécifique ou l'amélioration de la PEC des patients**

**Les réseaux thématiques : des réalisations particulièrement actives en soutien de la prise en charge des PS de premier recours.**

Les réseaux financés par le FICQS ont été présentés au Chapitre 1. Parmi ceux-ci, il est décrit 3 réseaux, particulièrement cités par les PS (cf exploitation questionnaire PS) et dont le fonctionnement est précisé à titre illustratif

### - **Le Réseau de santé périnatal d'Auvergne (RSPA)**

Il s'agit d'un **réseau ville hôpital** évoluant vers un réseau de santé médico-psycho-social. Un dossier informatisé d'obstétrique pour tous les professionnels de la périnatalité d'Auvergne a été déployé fin 2008.

Les objectifs du réseau sont les suivants:

- . Améliorer la qualité de la prise en charge des femmes enceintes et de leur(s) enfant(s)
- . Assurer aux usagers qu'ils soient pris en charge dans 1 niveau de soins adapté à leur niveau de risque ou à celui de l'enfant à naître
- . Optimiser la circulation des informations médicales dans l'intérêt des patients
- . Favoriser le maintien du lien familial ou social des nouveaux nés et de leur mère
- . Mettre en place après évaluation, des actions ciblées d'éducation sanitaire de formation permanente, etc.

### - **Le Réseau Vichy Diabète réseau très structurant pour la région.**

Le réseau Vichy diabète exerce son activité sur le territoire de santé de Vichy depuis 2003 et s'implante depuis quelques années sur Moulins.

Son activité prend deux formes distinctes :

- un **programme d'éducation thérapeutique** pour les patients diabétiques mis en œuvre par des professionnels de santé libéraux formés par le réseau (25 % des MG, 80% des IDE, 100% des pédicures et des diététiciennes du secteur de Vichy). Le programme a été élaboré avec le concours d'un groupe de travail composé de professionnels de santé libéraux et suite à l'analyse d'une enquête auprès des patients
- des **ateliers de groupes éducatifs** (préparation de repas, pratique sportive) délocalisés sur différents points du territoire (Bellerive sur Allier, CCAS de Vichy, etc.)

Les modalités d'inclusion dans le réseau sont multiples : les médecins généralistes ou spécialistes recevant des patients diabétiques, le service d'endocrinologie de l'hôpital de Vichy, ou les patients eux-mêmes.

Les professionnels de santé adhérant au réseau utilisent un dossier informatisé (suivi des séances

d'éducation, suivi des paramètres biologiques) qui permet notamment au réseau d'évaluer les résultats de son action (améliorations des paramètres biologiques de la patientèle notamment).

Le réseau s'affiche clairement en position de **partenaire potentiel de toutes les formes d'organisation de soins de premiers recours sur le territoire**, et a vocation à se déplacer pour des réunions d'information ou des sessions de formation (réalisé à Dompierre par exemple), ainsi qu'à organiser des séances collectives d'éducation thérapeutique au sein de locaux potentiels. Les dispositifs de coopération (MSP, pôles de santé ou autres) pourraient, ainsi, par le biais d'une convention de partenariat, devenir des points d'ancrage du réseau, au bénéfice de leurs patients diabétiques.

#### - Le Réseau Mémoire Allier

Le réseau mémoire Allier (association loi 1901), en fonctionnement depuis 2007 prend en charge les malades victimes l'Alzheimer et maladies apparentées, de parkinson, d'accidents vasculaires cérébraux, épilepsie, séquelles et traumatismes crâniens, soit environ 1600 patients à ce jour (pour un potentiel estimé de notamment 6000 patients atteints de la maladie d'Alzheimer sur le département), soit 30 à 40 inclusions par mois. Il rassemble 1500 professionnels adhérents, dont 20% de médecins généralistes, 20% de paramédicaux, 20% de psycho-sociaux, 10% de neurologues et gériatres, et 30 % d'autres professionnels.

L'**équipe mobile du réseau** (infirmière, ergothérapeute, psychologues et neuropsychologue) effectue, en lien étroit avec le médecin traitant un accompagnement individualisé des patients (et de leurs aidants) souffrant de troubles de la mémoire (réunion d'inclusion, évaluations à 3, 6 et 12 mois, soutien psychologique) sur leur lieu de vie (domicile ou maison de retraite).

Dans le cadre de ses **actions de formation**, le réseau forme notamment les **aides à domicile** sur la maladie d'Alzheimer et travaille sur la mise en place de **fiches de signalement** à destination des auxiliaires de vie (expérimentation au Mayet de Montagne) et sur la mise en place d'un test rapide de cotation utilisable par les médecins généralistes afin d'accélérer la détection des troubles de la mémoire.

Des **fiches consensuelles** sont élaborées en comité de pilotage du réseau, à destination des adhérents au réseau (professionnels et aidants) sur des thématiques telles que les chutes, la toilette, l'alimentation, etc.

Il organise des **groupes de parole** en collaboration avec la CRAM, ainsi que des ateliers de simulation cognitive dans les maisons de retraite.

Le réseau travaille en étroite collaboration avec les 3 CLIC départementaux, ainsi qu'avec le réseau SEP (sclérose en plaque) et le RASP (réseau de soins palliatifs).

Des conventions ont été conclues avec les 3 centres hospitaliers du département, et notamment sur les fonctions long séjour et accueil de jour, ainsi qu'un projet de collaboration avec les services d'urgences.

Le réseau travaille sur un projet de Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA) en collaboration avec les 3 CLIC

Le réseau travaille sur une collaboration étroite avec le projet de pôle de santé de Saint-Pourçain, et souhaite développer ce type de collaboration en tout point du territoire afin de partager les informations, raccourcir les délais de prise en charge des patients, de multiplier les réflexes de sollicitation du réseau, et de potentialiser la prise en charge coordonnée des patients.

### **Le dépistage des cancers : une réalisation permettant une synergie régionale en soutien des actions de prévention réalisées par les PS**

La présentation des structures de dépistage **ABIDEC** et **ARDOC** ont été décrits précédemment

### **Le projet de télésurveillance des maladies respiratoires chroniques : une technologie facilitant le maintien à domicile des patients**

Ce projet est un des axes forts du projet stratégique de l'HAD de Moulins mis en place fin 2010 (outil de télémédecine qui permet au patient de relever lui-même ses constantes physiologiques, à son domicile, et d'obtenir des conseils de prévention liés à sa pathologie). Les données sont automatiquement transmises aux correspondants chargés de sa surveillance, qui peuvent au besoin contacter le patient par visioconférence. Un call center central est envisagé, relié au SAMU.

### **La création d'une Unité Transversale d'Education du patient UTEP portée par le CHV : un projet en capacité de répondre aux priorités de santé identifiées par les PS libéraux**

A la poursuite des actions menées par les différents services du CHV (cardiologie, diabétologie-endocrinologie, pneumologie) sur les patients hospitalisés (sans lien spécifique avec la médecine libérale), l'ARS a chargé le CHV de la mise en place d'une **UTEP** au pilotage unique (bâtiment spécifique mis à la disposition de cette activité situé à l'entrée de l'hôpital).

Cette activité d'**éducation thérapeutique** des patients sera clairement ouverte aux consultations externes en lien avec la médecine de ville.

### **La création d'une Maison départementale des adolescents portée par le CHV : une réponse possible aux souhaits des PS de cibler davantage des programmes à l'attention des jeunes populations**

Le projet, sollicité et financé par l'état a été confié au CHV dans la continuité de la structure CAP'ADO animée par le service de psychiatrie de l'hôpital. La Maison sera implanté en centre ville (phase des plans fin 2010) et son ouverture est prévue en 2012.

Elle offrira aux adolescents des soins sans hébergements (consultations) ainsi que des ateliers et activités, en collaboration avec les services de la justice et de l'éducation nationale.

### **L'implication du CH de Moulins : la recherche d'une plus grande proximité entre la ville et l'hôpital**

L'organisation de **consultations avancées** est envisagée par le CH de Moulins-Yzeure au sein des maisons de santé relevant de son bassin (projets de Dompierre, de Bourbon l'Archambault et du Donjon). Sont ainsi prévues des consultations de cardiologie, mais qui pourraient s'étendre à d'autres spécialités.

Le CH prévoit d'autre part d'organiser la « **journée annuelle de l'hôpital et de ses correspondants** »



en avril 2011, dans la prolongation d'un questionnaire qui sera envoyé aux libéraux correspondants du centre hospitalier afin d'échanger sur les attentes et les besoins des professionnels de santé libéraux à l'égard du centre hospitalier.

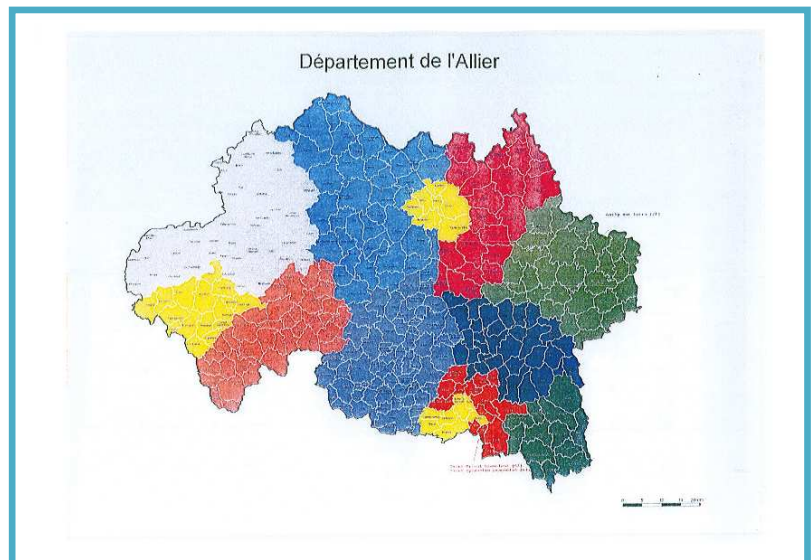
- **Les outils de coordination entre professionnels de santé**

**Le cahier de liaison du conseil général de l'Allier: un outil facilitant la prise en charge coordonnée des patients à domicile.**

A l'origine destinée aux bénéficiaires de l'APA, cet outil est aujourd'hui destiné) à faciliter la coordination des intervenants à domicile dès lors que ceux-ci sont au minimum 2 et à rassembler l'ensemble des éléments permettant une prise optimale à domicile ainsi que lors d'une hospitalisation (fiche de transmission, résultats médicaux, planning, coordonnés des intervenants...)

**L'organisation départementale de la permanence et de la continuité des soins : un système efficace mais dont les principes sont parfois méconnus de la patientèle et/ou des élus.**

Après avoir adopté une sectorisation de la permanence des soins évolutive selon la période concernée, il a été procédé à la signature d'un protocole d'adhésion des médecins libéraux au fonctionnement de la permanence des soins dans le département de l'Allier le 16 février 2009. Ce sont donc à ce jour 12 secteurs de garde (en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux) qui ont été définis. L'AMLAPS (association des médecins libéraux de l'Allier pour la permanence des soins, en fonctionnement depuis 1987, dont tous les médecins généralistes sont membres de droit) est l'interlocuteur départemental principal en matière d'organisation des gardes en partenariat avec l'ordre des médecins.



Outre l'organisation de la permanence en dehors des heures d'ouvertures des cabinets (Médecin régulateur de 20 heures à 8 heures et médecins effecteurs par secteurs de 20H à 24h, les samedis après-midi et les dimanches et jours fériés), l'AMLAPS gère le logiciel SYPPS permettant l'identification du patient, l'aide à la décision du médecin régulateur (qui peut intervenir en déporté ou dans les locaux du SAMU) et permet un accès aux établissements hospitaliers afin d'anticiper la prise en charge du patient..

Une initiative originale est de surcroît portée par l'AMLAPS : l'organisation d'une continuité des soins en l'absence du médecin traitant, par l'identification d'un médecin par secteur chargé d'assurer les consultations (système basé sur le volontariat des secteurs et des médecins). Seuls quelques

secteurs de garde ne participent pas à ce dispositif.

252 médecins généralistes sur 313 dans l'Allier participaient début novembre au dispositif de permanence et de continuité.

A ce jour le seul projet de maison médicale de garde sur le département est porté par l'hôpital de Bourbon l'Archambault.

Pour le département de l'Allier, la régulation libérale gère entre 35 et 40 000 appels par an classés en 4 niveaux :

- . niveau 1 : urgence vitale avec intervention du SAMU
- . niveau 2 : orientation vers un plateau technique
- . niveau 3 : orientation vers le médecin généraliste libéral effecteur
- . niveau 4 : conseil du médecin régulateur

Au fil de nos contacts, il est apparu que le mode opératoire de recours à la permanence des soins était insuffisamment connu, accepté et utilisé, ce qui entraîne des recours aux urgences injustifiés : il serait opportun d'engager une campagne d'éducation ou de communication afin de pallier ce dysfonctionnement

## • Le soutien des partenaires institutionnels

### **Le programme « Wanted » : l'accueil personnalisé des PS dans l'Allier**

Depuis 2006, le Conseil général de l'Allier (mission accueil) propose une bourse aux étudiants en médecine générale de 3ème cycle (38400 € sur 3 ans) contre un engagement d'installation pendant 6 ans dans un secteur rural. Un dispositif d'accueil personnalisé des professionnels de santé (financé pour partie par le Conseil régional) intéressés par une installation sur le territoire a d'autre part été mis en place en 2009 ainsi qu'un dispositif de communication spécifique (salons professionnels, facultés, etc.)

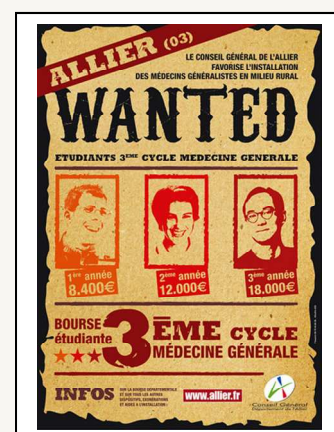
### **Le GCS SIMPA : un soutien pour les projets de partages d'informations des professionnels de santé**

Le GCS SIMPA (Système médical d'information partagée en Auvergne, dont le Directeur Médical est le Dr Vieillard), est devenu maîtrise d'ouvrage de l'ENRS –espace numérique régional de santé - (prolongement de l'ASIP santé en région).

L'objet du GCS est de promouvoir une plateforme régionale de télésanté comprenant :

- . Un portail sécurisé
- . Une messagerie sécurisée (easycrypt) dont l'interopérabilité avec la messagerie interne des hôpitaux est en voie de finalisation
- . La réalisation de travaux sur un dossier partageable
- . L'hébergement de la passerelle permettant à terme d'utiliser l'application « trajectoires » pour permettre les parcours des patients de la prise en charge libérale aux EHPAD et aux SSR

### **Le programme « Wanted » en Allier**





Le GCS effectue un travail de repérage des initiatives émergentes en matière de système d'information, et informe les porteurs sur les normes françaises à respecter et promues par l'ASIP (interopérabilité, sécurité, confidentialité), dans le cadre du programme régional de santé qui sera établi par l'ARS. Chaque projet labellisé par l'ARS devra donc se faire à terme en partenariat avec SIMPA. Pour diffuser cette information et faire connaître le rôle et les missions du GCS, une rencontre est prévue début 2011 avec l'ensemble des professionnels libéraux, en lien avec l'ARS et l'ASIP Santé.

**A noter :** *les patients seront associés au fonctionnement dans SIMPA par l'intermédiaire d'un Comité Ethique et Déontologie dans lequel siègeront également les ordres.*

### **La FRMPS : un acteur dynamisant en matière d'actions territoriales de santé**

La FRMPS (dont le président est le Dr De Gardelle, MG à Saint-Pourçain) souhaite fluidifier la circulation d'une information pertinente sur les nouvelles formes d'organisation entre les professionnels, les élus et d'un projet à l'autre, et permettre le partage d'outils concrets. Il s'agit également de constituer une banque de donnée des projets. L'enjeu pour la FRMPS est de fédérer les connaissances et de les retransmettre au profit des projets sur le territoire national.

La FRMPS a également le souhait de mettre en place une fonction et un réseau régional de médecins facilitateurs, chargés, en lien avec les élus, d'accompagner les professionnels dans leur cheminement, de les pousser à s'interroger sur leurs pratiques en terme de continuité de soins, de travail pluri-professionnel (répondre aux questions, lever les inquiétudes, jouer les interfaces, etc.). Des conventions sont en cours de signature avec les collectivités locales (conseils généraux et conseil régional) qui permettront de rémunérer les médecins facilitateurs pour le rôle qu'ils joueront pour accompagner les projets de santé sur les territoires.

### **Le projet de fibre optique dans la région Auvergne : un outil indispensable pour les projets situés en zones rurales**

Le plan "Auvergne haut débit" représente un effort de 38,5 M€ sur dix ans, dont 22,4 M€ d'investissement. Il s'agit d'un projet soutenu par l'État dans le cadre du contrat de projets État-Région 2007/ 2013.

Fin mars 2009: 99,6% des lignes téléphoniques auvergnates sont ainsi éligibles au haut débit via ADSL (et des solutions sont proposées aux 0,4% qui restent isolées), grâce notamment au déploiement de 860 km de fibre optique. Cette couverture permettra pour les professionnels de santé d'envisager des projets de partage de données informatisées, ou de télémedecine dans des conditions optimales en termes de réseau.

De manière générale, le territoire d'étude est riche en réalisations permettant de doter les PS de 1<sup>er</sup> recours d'outils facilitant leur exercice :

- par la mise à disposition de relais en matière de prévention et d'action thérapeutique et d'accompagnement (réseaux thématiques, Maison départementale des adolescents, UTEP, ABIDEC ...)
- par la mise à disposition d'outils de coordination (cahier départemental de liaison, système de permanence et de continuité des soins...)
- par la concrétisation de partenariats (CH Moulins, ...), de soutien aux projets (FRMPS, SIMPA ...) et de dispositifs d'attractivité (Wanted)
- par le développement d'outils modernes de communication et de coordination (fibre, GCS SIMPA)

Reste que ces réalisations ne sont pas toujours bien connues des acteurs territoriaux

## 5. Comment ce potentiel d'action s'articule-t-il avec les besoins du territoire, le PRS Auvergne, les attentes des jeunes PS ?

### 5.1. Les besoins de santé du territoire et les objectifs du PRS Auvergne

Il ressort de l'analyse d'opportunité (Chapitre 1) que les 4 grandes causes de décès prématuré entre 2005 et 2007 en Auvergne sont les tumeurs, les maladies de l'appareil circulatoire, les traumatismes et empoisonnements et l'alcoolisme.

**Plus de la moitié des décès prématurés seraient évitables**, principalement en réduisant les comportements à risques et addictions, et également en favorisant des actions de dépistage et d'éducation thérapeutique; les PS du territoire<sup>32</sup> pour leur part constatent également, **au vu de leur exercice, que la prévention et l'éducation thérapeutique constituent une réponse adaptée prioritaire aux pathologies des patients qu'ils rencontrent.**

Les orientations définies par l'ARS Auvergne dans son PRS formulent trois grands types d'actions pour améliorer les résultats de la région en matière de santé :

1. faire évoluer les comportements de santé
2. développer les dépistages
3. favoriser la diversification et les complémentarités des réponses proposées à la population

Les initiatives, projets et réalisations à dominante « processus » vont dans le sens de ces orientations puisqu'elles contribuent :

- à construire des réponses et apporter un soutien aux PS en matière de prévention et d'éducation thérapeutique

<sup>32</sup> Répondants au questionnaire PS : cf Chapitre 2

- à faciliter la coordination des actions à destination des prises en charge et pathologies complexes

Les initiatives, projets et réalisations à dominante « organisation » sont à même de servir ces orientations :

- **dans la mesure où l'évolution des réflexions s'oriente vers des exercices de type collaboratif (MSP, pôle de santé, réseau de soins de proximité ...)**, évolution qu'encourage l'ARS Auvergne<sup>33</sup>
- **sous la condition, pour ce qui concerne les MSP, d'être conformes au cahier des charges national relatif aux MSP<sup>34</sup>** : en ce sens, les initiatives, projets et réalisations doivent définir un projet de santé, ce qui correspond bien aux observations réalisées sur le terrain (Le Donjon, Lapalisse...), que les réflexions soient relatives d'ailleurs à une création de MSP ou à une création de pôle de santé
- **dans la mesure où ils sont cohérents avec le futur volet ambulatoire du SROS** : dans l'attente, les projets finançables devront s'inscrire dans un territoire dont l'offre de soins nécessite d'être confortée au regard de la « démographie médicale, des projets existants, de l'offre de soins adjacente et des modalités de recours aux soins de la population ».

## 5.2. Les attentes des jeunes PS

Les facteurs d'attractivité pour les jeunes médecins constituent des critères majeurs pour apprécier la pertinence du potentiel d'actions du territoire d'étude.

Ces critères sont issus :

- d'enquêtes et sondages (type BVA<sup>35</sup>),
- d'échanges organisés au fil de nos missions avec de jeunes internes et/ou jeunes médecins
- d'échanges avec de jeunes MG

**Les 2 principaux facteurs d'attractivité sont de 2 ordres : avoir un métier intéressant, tout en préservant un équilibre satisfaisant entre vie professionnelle et vie privée.**

- **Les attentes des jeunes MG : une grille de lecture pour apprécier la pertinence des actions engagées sur le territoire**
  - **L'épanouissement personnel du Médecin et de sa famille** est à 81% le critère le plus important pour réaliser un choix d'implantation professionnelle (BVA)
    - « Ce qui change désormais, c'est que les médecins qui arrivent sur le marché du travail font attention à leur vie personnelle et ne passent plus leur vie au travail »
    - « Équilibrer sa vie professionnelle et sa vie privée, c'est aussi réduire son temps de travail »
  - **La localisation doit être compatible avec la profession ou les attentes du conjoint**

<sup>33</sup> PRS Auvergne page 75 : « L'exercice coordonné des professionnels de santé, notamment dans le cadre du premier recours, permet d'apporter une meilleure réponse en termes de parcours, de continuité, de qualité des prises en charge des patients ».

<sup>34</sup> PRS Auvergne, pages 74 à 78

<sup>35</sup> Enquête BVA « Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel », Mars 2007

58 % des MG interrogés par BVA ont un conjoint.

Les futurs et jeunes médecins vivent majoritairement en couple, et avec des conjoints appartenant le plus souvent à des catégories socioprofessionnelles dites « supérieures ».

De plus, 69% des jeunes médecins ont des enfants, 20% des internes et 6% des DCEM2.

*« Je resterai en Alsace comme il y a mon copain, oui. Parce que lui, il ne trouvera pas... Parce que dans l'éducation nationale, il faut un certain nombre de points pour pouvoir bouger donc c'est compliqué... donc je resterai en Alsace, en Bas-Rhin ou en Haut-Rhin, »*

- **Avoir un métier intéressant**

D'après le sondage BVA précité, 55 % des jeunes praticiens rangent au titre de leurs critères de choix d'installation professionnelle « la possibilité d'exercer le mieux possible leur discipline », c'est-à-dire de bénéficier d'un plateau technique complet

- **Interviennent ensuite dans une moindre mesure :**

La relation avec les patients (43%)

L'environnement géographique (41%)

Étonnamment deux attentes apparaissent presque comme anecdotiques : le revenu retiré de l'activité (16%), l'utilité sociale du métier (14%).

• **Le caractère attractif des initiatives, projets et réalisations du territoire**

Le potentiel d'actions engagées sur le territoire d'étude est en phase avec les critères de choix d'installation mis en évidence par les résultats du sondage BVA :

Les initiatives, projets et réalisations à dominante « Organisation » tendent à promouvoir un exercice collaboratif (MSP, pôle de santé...) qui favorise :

-des conditions d'exercice plus « confortables » : il est dans ce type d'organisation plus facile de gérer son temps professionnel en conciliation avec des impératifs personnels

-un intérêt plus important du métier, du point de vue des jeunes MG, plus enclins à développer des actions transverses, plus à l'aise dans la conduite de projet, donc plus attirés par un mode de travail interprofessionnel et par le développement d'actions de prévention et d'ET.

Les initiatives, projets et réalisations à dominante « Processus » tendent à mettre à disposition des outils, des modes de communication, des moyens de coordination, des soutiens qui favorise également un mode d'exercice plus « confortable » et plus « moderne », davantage en phase avec les attentes des jeunes PS.

## CHAPITRE 3

# LES PROPOSITIONS STRATEGIQUES

## 1. Objectif et conditions de réussite

---

**Le diagnostic d'opportunités** a permis de hiérarchiser les priorités d'actions sur le territoire d'étude en matière d'organisations des soins de 1<sup>er</sup> recours : cette hiérarchisation sera à disposition de l'ARS Auvergne dans le cadre des réflexions régionales qu'elle pilote (notamment, préparation du volet ambulatoire du SROS)

**Le diagnostic de faisabilité** a permis de recenser un potentiel d'actions territorial significatif, parfois insuffisamment **connu, valorisé et accompagné**, mais en capacité de servir les orientations du PRS Auvergne et de favoriser l'attractivité du territoire.

**La phase de propositions stratégiques** consiste maintenant à qualifier les marges de manœuvre pouvant être déployées de manière opérationnelle et durable sur le Pays Vichy Auvergne, et pouvant alimenter tout à la fois une dynamique territoriale et la réflexion régionale.

Concernant la structuration des soins de 1<sup>er</sup> recours, 3 éléments ont prévalu au choix des propositions formulées :

- **le nombre des initiatives, projets et réalisations constitue une couverture intéressante du territoire** : l'efficacité de cette couverture est cependant fonction de la capacité à faire évoluer ces initiatives, projets et réalisations vers des dispositifs de type coopératifs et maillés entre eux, afin de gagner en attractivité, en temps médical et en qualité de prise en charge. En effet, si les acteurs ont dans l'ensemble compris l'efficacité d'organisations de type coopératives, ils manquent de points de repères et de soutien pour passer à l'action

-**les acteurs professionnels ont également démontré leur capacité à produire des réponses** adaptées en termes de processus de soins de 1<sup>er</sup> recours, mais les expériences réussies sont diversement connues et partagées, ce qui ne favorise pas la création de synergie par un maillage territorial.

-**le volet ambulatoire du SROS Auvergne sera produit dans les mois qui viennent** : il s'agit de formuler des propositions qui permettant de garantir leur cohérence avec ce schéma à venir.

Il s'agit donc, dans ce contexte, de proposer un plan d'actions, relativement à l'organisation des soins de 1<sup>er</sup> recours, qui soit :

-**un processus permettant d'améliorer et/ou activer la formulation de réponses aux besoins du territoire** (notamment caractéristiques de la population, démographie médicale), ceci de manière autonome : il s'agira de faciliter le passage à des organisations coopératives et maillées, de manière rapide, souple et organisée pour s'adapter à l'avenir aux besoins futurs et être en cohérence avec le prochain SROS ambulatoire

-**au service des acteurs du territoire**, et notamment des PS qui sont en demande de coordination, de communication mais aussi au service des porteurs d'initiatives, de projets et de réalisations qui sont en demande d'accompagnement

Les propositions stratégiques formulées s'apparentent par conséquent davantage à une « réponse de moyens » qu'à une « réponse de résultat » :

- ⇒ En capitalisant sur la connaissance terrain des PS, sur les expériences réussies et sur les volontés locales repérées, la **1<sup>ère</sup> proposition** stratégique vise à organiser un moyen de « fabriquer » des réponses aux besoins des acteurs en matière de connaissance, d'échanges et d'accompagnement : il est proposé la constitution d'un **Groupe d'Échanges sur la Santé en Pays Vichy Auvergne (GES)**, dont la vocation serait de contribuer au maillage du



- ⇒ En apportant un concours à des réflexions inter-CC, la **2<sup>nd</sup>e proposition** stratégique vise à soutenir une réflexion émergente de PS et d'élus : ainsi, il est proposé :
- une liste d'initiatives, projets ou réalisations à « pousser » vers des organisations de type coopératives et maillées
  - un mode d'« **accompagnement starter** », dont la vocation est de mettre en lien, de donner des points de repères, de faciliter la projection dans le temps et de faciliter la maturation d'initiatives, projets ou réalisations vers des organisations de type coopératif et maillé, également cohérentes avec les réalités territoriales (démographie médicale, projets limitrophes, besoins de soins de la population). A cet effet :
    - . Un document de référence sera produit à l'attention de chaque CC (Diagnostic Santé Flash)
    - . 4 accompagnements seront réalisés par nos soins, selon le modèle du soutien apporté à la CC de Lapalisse

**2 propositions stratégiques sont formulées :**

- qui ménagent la cohérence avec le futur SROS ambulatoire et permettant l'intégration de besoins territoriaux futurs
- qui s'appuient sur le potentiel d'actions existant
- qui visent à développer un processus au service d'un meilleur maillage territorial

**1<sup>ère</sup> proposition : création d'un Groupement d'Echanges sur la Santé en Pays Vichy Auvergne (GES)**

**2<sup>ème</sup> proposition : organisation d'accompagnements starters**

## 2. Première proposition stratégique : le Groupement d'Echanges sur la Santé en Pays Vichy Auvergne (GES)

### 2.1. Objectifs et valeur ajoutée du GES

Le principe de création du GES s'appuie sur 4 constats réalisés sur le terrain

- **Le potentiel repéré sur le terrain, tant en termes d'actions que de volontés, et dans le même temps la faiblesse en termes de médiatisation** des initiatives, projets et réalisations ainsi qu'en termes de **capitalisation** ; il existe un écart important entre la volonté de travailler de manière plus coopérative et coordonnée et la capacité à organiser le passage à l'action.
- **La grande variété des initiatives, projets et réalisations, en termes de portée, de contours et de maturité**, alors que les problématiques rencontrées sont malgré tout de même nature bien que d'intensité différentes (démographie médicale, besoins de prévention, besoins de prise en charge à destination d'une population vieillissante...)
- **Le besoin exprimé par les acteurs eux mêmes, PS et élus, en termes de connaissance et d'accompagnement** : là encore, la variété des situations, loin d'être un handicap, constitue une chance pour le territoire, puisque permettant l'échange d'expériences et le partage de pratiques.
- **L'urgence à agir sur le terrain, ressentie en général par les acteurs, et attestée par le diagnostic d'opportunité** : ce constat invite à créer rapidement une émulation entre les acteurs du territoire, afin de « prendre de vitesse » les effets induits par ces tendances démographiques (manque de temps médical),

Ainsi, l'effet recherché en créant le GES serait double : « **mise en dynamique** » et « **efficacité** ». Le GES pourrait avoir pour effet d' « entraîner » plus rapidement les acteurs du territoire d'étude vers une organisation des soins de 1<sup>er</sup> recours de type coopératif et maillé.

### 2.2. Le GES : 3 vocations au service d'une organisation des soins de 1<sup>er</sup> recours plus efficace

La mission du GES est d'organiser la réflexion des acteurs du territoire pour servir 3 vocations:

- **Faire connaître et potentialiser les initiatives, projets et réalisations du territoire** : il s'agit ici d'organiser la mise en commun de pratiques, que celles-ci soient à dominante « Organisation » ou « Processus » : les actions relatives aux formes d'organisation, aux outils, aux pratiques d'évaluation, aux pratiques de prévention et d'éducation thérapeutique, à la formation et à l'attractivité de jeunes PS pourraient ainsi être partagées. Cette vocation, essentiellement informative, a pour objet de favoriser la transversalité territoriale et professionnelle, et de favoriser le partage et la mise à niveau de connaissance pour obtenir le meilleur rapport « ressources disponibles/résultat obtenu ».
- **Faciliter et accompagner les acteurs du territoire en matière d'organisation coopérative des soins de 1<sup>er</sup> recours, de la réflexion au déploiement.** Ainsi, à tous les stades de l'action, un porteur d'initiative pourrait trouver au sein du GES des retours d'expériences opérationnels facilitant sa contribution à l'action : comment initier une réflexion et constituer une équipe projet, comment et quand solliciter les acteurs institutionnels en soutien d'un projet, comment travailler sur le choix d'outils collaboratifs, comment organiser des actions

de prévention et d'éducation thérapeutique...). Cette vocation est une vocation de soutien.

- **Veiller et innover en matière d'exercice médical** : il s'agit ici d'abord de collecter et partager des informations de natures diverses, pouvant à terme influencer sur l'organisation des soins de 1<sup>er</sup> recours sur le territoire (informations réglementaires -NMR,PRS Auvergne, futur SROS ambulatoire Auvergne-, démographie médicale, besoins de soins,...). Il s'agit ensuite de réfléchir aux conséquences de ces tendances sur les besoins de soins et modalités d'exercice médical de 1<sup>er</sup> recours, puis de qualifier des réponses possibles. Cette vocation, de nature prospective, se décline en collaboration forte avec l'ensemble des partenaires du territoire (ARS, MSA, CPAM, mais également CH, réseaux thématiques, UTAS, associations de patients, Médecines spécialisées, ...), avec lesquels il y a lieu de construire des modalités d'échanges adaptées et durables tant sur le plan informatif que sur le plan de construction de réponses .

Le GES consisterait en un regroupement des acteurs du territoire d'étude, volontaires pour assurer la prise en charge des 3 vocations du réseau :

- au 1<sup>er</sup> chef **les porteurs d'initiatives**, de projets et de réalisations à dominante « Organisation » et « Processus » : ainsi, tous les PS porteurs de projets de MSP et pôles de santé participeraient au GES
- **les offreurs de soins, partenaires, élus** dont l'expérience ou le soutien faciliterait les travaux du GES, et notamment : FRMPS, les CH (Moulins, Montluçon, Vichy), représentants d'EHPAD, représentants de réseaux thématiques, élus, ordres, AMLAPS...

L'objectif est que chaque CC du pays Vichy Auvergne soit représentée au sein du GES.

Il nous semble que la composition du GES gagnerait à s'organiser autour de membres permanents, et de membres sollicités selon les vocations.

Le GES serait par nature pluri-professionnel, puisqu'y seraient représentés des PS de 1<sup>er</sup> recours, des établissements de soins, des élus, des partenaires...selon des modalités à définir (§ 2.3).

Ces 3 vocations du GES ont en commun de fonctionner selon des modalités coopératives.

### 2.3. Le GES : composition et modalités de fonctionnement

Le GES a vocation à être une instance permettant aux acteurs du territoire d'étude de **fonctionner de manière coopérative et autonome** : sa composition et son fonctionnement doivent donc être définis par ses membres.

A cette fin, il est proposé de constituer un GRA (Groupe de Réflexion Action), groupe de travail préfigurateur du futur GES, qui serait réuni 2 à 3 fois pour préciser ou définir :

- la mission du GES
- le contenu de chacune des 3 vocations du GES
- l'organisation et le fonctionnement
- le plan de travail 2011

#### Groupes de « réflexion action » («GRA»)

**Rôle** : un GRA est un groupe de travail, il constitue une instance temporaire de réflexion et de construction collective de solutions.

C'est au niveau d'un GRA que s'élaborent des solutions opérationnelles pour structurer une offre de santé coopérative.

**Composition** : un GRA regroupe des acteurs, personnes ressources qui, sur une zone géographique et/ou autour d'une thématique ciblée, peuvent par leur connaissance du terrain apporter une contribution à une réflexion commune.

Le GRA « GES » préfigure le futur GES : la composition proposée pour le GRA « GES » a pour objet de rassembler des membres qui participeraient au futur GES, sans que cette composition soit définitive

- **La mission du GES**

Comme pour tout type d'organisation, l'action n'a de sens pour ses membres que si elle est portée par une vision commune. L'action du GES devra donc s'inscrire au travers d'une mission représentative de la **vision partagée** de ses membres à son égard : il s'agira donc dès le départ de solliciter le GRA pour valider la mission proposée pour le GES ( « entrainer plus rapidement les acteurs du territoire d'étude vers une organisation des soins de 1<sup>er</sup> recours de type coopératif et maillé »), en identifiant les **attentes communes** de ses membres, en répondant à la question : « Un Groupement Coopératif des Soins de 1<sup>er</sup> recours : pour quoi faire ? Et pour qui ? »  
Une animation spécifique sera réalisée à cet effet en 1<sup>ère</sup> séance.

- **Le contenu de chacune des 3 vocations du GES**

Pour chacune des 3 vocations du GES, « Faire connaître et potentialiser les initiatives territoriales », « Faciliter et accompagner », « Veiller et innover », le GRA sera sollicité pour préciser :

- **Les objectifs**: ils expriment la mission de la vocation, ce à quoi elle a pour ambition de répondre, le résultat que l'on veut obtenir par sa mise en œuvre
- **Description des fonctionnalités** : il est décrit les modalités d'action pour remplir la vocation, en fonctions opérationnelles
- **Membres permanents et partenariats** : il s'agit de définir les membres et les coopérations possibles avec des partenaires du territoire. Notamment, il sera défini comment associer au plus près et de manière efficace les élus du territoire (la coopération élus/PS étant fondamentale dans la réussite de projet d'organisations coopératives de soins de 1<sup>er</sup> recours) ainsi que l'ARS
- **Moyens nécessaires** : il s'agit ici d'inventorier les principaux moyens à déployer pour revêtir un caractère opérationnel (exemple : informations nécessaires, moyens d'échanges, modalités d'accompagnement entre membres du GES ...)
- **Conditions de réussite** : il s'agit de lister les éléments (humains, techniques, financiers...) qui peuvent influencer sur la concrétisation de la vocation.

- **L'organisation et le fonctionnement du GES**

Le GES sera sollicité pour définir notamment :

-**sa composition** : membres permanents (PS, offreurs de soins, élus, partenaires institutionnels) et membres occasionnels

-**son mode de fonctionnement** :

- . **modalités de travail** : type et périodicité de réunions, pilotage des réunions, processus de décision, modalités d'échanges d'informations au sein du GSC et à l'attention de la communauté médicale, ...
- . **forme de l'instance** : instance ad hoc, association, réseau...
- . **moyens de fonctionnement et modalités d'actions** : temps, outils de communication, information...
- . **évaluation de fonctionnement**

- **Le plan de travail 2011**

Notamment, le GES sera invité à déterminer ses priorités d'actions pour 2011, au titre desquelles nous proposons d'ores et déjà :

- la poursuite de l'« **accompagnement starter** » engagé par nos soins (évaluation des accompagnements réalisés, modalités de poursuite de l'opération...)
- l'intégration du volet ambulatoire du **SROS Auvergne**

Ces 3 vocations gagneraient à s'exprimer sous la forme d'une **Charte de fonctionnement** du GES, qui pourrait préciser utilement les principes de fonctionnement coopératifs du groupement (missions et attentes partagées, composition, « règles du jeu », priorités de travail...)

En amont de la 1<sup>ère</sup> réunion du GRA, seront transmis aux participants un kit d'information comprenant les diagnostics Santé Flash par CC et le PRS Auvergne

## 2.4. Le GRA préfigurateur du GES

La composition du GRA pourrait être une composition resserrée autour de :

- de PS et offreurs de soins porteurs d'initiatives, projets ou réalisations
- de partenaires ayant déjà engagé des actions de soutien (FRMPS
- de représentants des EHPAD
- des PS volontaires (il pourra être fait appel à des PS ayant répondu favorablement à notre sollicitation lors du questionnaire)

### **Le Groupement D'Echanges sur la Santé en Pays Vichy Auvergne (GES) :**

- **Aurait pour objet de favoriser l'émergence d'organisations des soins de 1<sup>er</sup> recours coopératives et maillées entre elles**
- **Déclinerait son action en 3 axes forts** : Faire connaître et potentialiser les initiatives territoriales, Faciliter et accompagner, Veiller et innover
  - Serait une instance **pluri-professionnelle et transverse** au territoire
  - Serait mis en place dans le cadre d'un **GRA préfigurateur (15 à 20 Membres)**
  - Préciserait ses principes de fonctionnement coopératif sous forme d'une **Charte de Fonctionnement**

**Des partenariats pourraient être mis en place (élus/PS, PS/autres partenaires...)**

### **3. Deuxième proposition stratégique : réaliser des « accompagnements Starter »**

---

#### **3.1. Un point de départ : la mise à disposition d'informations initiales à l'attention de chaque CC (Diagnostic Santé Flash)**

Afin de faciliter l'appropriation du contexte local par l'ensemble des acteurs, il est prévu d'élaborer un Diagnostic Santé Flash par CC, dont un exemple (CC du pays de Lapalisse) est fourni en annexe 2 et dont le contenu sera le suivant :

**Objectif et portée du Diagnostic de Santé de la CC**

**Contexte territorial de la CC**

**Les spécificités démographiques de la population et les besoins spécifiques en découlant**

**L'offre de soins libérale de 1er recours**

**La proximité des soins, et la répartition des offreurs de soins**

**Les initiatives et volontés professionnelles et territoriales en matière de santé**

**Pistes de travail pour alimenter l'élaboration d'une stratégie territoriale de santé durable à échelle du Pays**

**Personnes ressources rencontrées**

Les Diagnostics Flash seront élaborés après validation de l'« utilité » du contenu proposé : cette validation sera notamment réalisée avec la CC de Lapalisse mi janvier 2011.

#### **3.2. Un plan de travail : une liste d'initiatives, projets ou réalisations à « pousser » vers des organisations de type coopératives et maillées via un « accompagnement starter »**

Au fil de nos rencontres terrain, nous avons eu l'occasion d'apporter notre concours au redémarrage de la réflexion des PS sur Lapalisse et avons pu apporter le niveau d'information adapté aux PS pour faciliter la constitution de l'équipe projet en charge du projet de création de MSP sur ce territoire.

**A Brugheas**, nous avons noué également des échanges avec les PS et le maire de la commune, et apporté notre contribution à l'organisation de la réflexion.

**A Bellenaves**, nous avons assisté à une réunion des PS, co-animée par la mairie et le conseil général et à laquelle participaient le Président de la FRMPS et le MG porteur du projet de Pole Saint Pourcinois, dans l'esprit là encore de faciliter l'amorce d'une réflexion. Il est d'ailleurs à noter l'appui important que pourrait apporter ces 2 acteurs au déploiement du GES.

Ces expériences locales attestent que les volontés peuvent être potentialisées, sous réserve d'apporter un concours ciblé sur l'apport de connaissances, de points de repères, et d'adopter une posture de soutien.

L'« accompagnement starter » proposé ici vise à poursuivre cette dynamique, sur des zones remplissant 2 conditions : l'existence d'initiatives, projets ou réalisations et la volonté d'acteurs territoriaux. Ce type d'accompagnement est par nature court, et vise à orienter les réflexions vers des organisations de type coopératif et maillées entre elles.



Sur la base des repérages effectués sur le terrain, il est proposé ci après une liste de 6 champs de réflexion pouvant justifier l'organisation d'un « accompagnement starter »

Zone Pays ou limitrophe	Etat actuel	Cible de réflexion proposée ou en cours	Accompagnateur « starter »
<b>Le Donjon</b>	Réalisation immobilière en voie de réflexion sur son projet de santé	Il pourrait être engagée une réflexion commune pour identifier la possibilité d'un maillage de 2 organisations (Pôle intégrant la Maison Médicale du Donjon)	Diotima
<b>Dompierre (limitrophe)</b>	Souhait de créer une MSP porté par les élus 1 MG en partance		
<b>Lapalisse</b>	Réflexion en cours sur la création d'une MSP (2 <sup>ème</sup> version) : accompagnement starter en cours	Terminer l'opération starter correspondant à l'étape 1 (MSP) Puis engager une réflexion pour explorer les opportunités de maillage avec Le Mayet-de-Montagne (étape 2)	Diotima (étape 1) GES ? (étape 2)
<b>Mayet le Montagne</b>	<b>1 Maison des Services en place : pas de projet de santé ni de fonctionnement collaboratif</b>		
<b>Randan</b>	Réalisation immobilière sans projet de santé ni fonctionnement collaboratif 1 PS ouvert à explorer d'autres modes d'exercice -1 MG parti en retraite	Explorer les possibilités de créer un pôle de santé Brugheas/Randan/Bellerives/Hauterives	Diotima
<b>Brugheas</b>	Regroupement de 3 paramédicaux souhaitant faire évoluer leur mode d'exercice Des coordinations ciblées avec quelques autres PS installés en cabinet isolé		
<b>Varennes</b>	1 pôle médico-social en place : pas de projet de santé ni de fonctionnement collaboratif	Explorer les possibilités de maillage avec St pourçain ?	GES ?
<b>Aigueperse</b>	1 initiative isolée de création de MSP 1 projet de rénovation/extension de l'EHPAD	Explorer les champs de mutualisations et coopérations avec l'EHPAD, et la compatibilité des projets de rénovation de l'EHPAD et de création d'1 MSP adossée à l'EHPAD	Diotima
<b>Gannat</b>	1 Centre médical privé, candidat aux NMR module 1	Une fois aboutis les projets de Gannat et Bellenaves, élargir la réflexion à l'ensemble du territoire Gannat/Ebreuil/Brout-Vernet :	GES ?
<b>Bellenaves</b>	Projet de création d'1		

	MSP en cours	champs de mutualisation, intégration de jeunes MG ...	
<b>Brout -Vernet</b>	Installation de jeunes MG en cours		

Les accompagnements starters réalisés par nos soins donneront lieu à un relevé d'orientations formalisé, qui sera adressé au GES (livre 3).

**L'accompagnement starter constitue un mode d'accompagnement visant à :**

- informer et donner des points de repères aux acteurs
- approfondir les volontés des acteurs
- orienter les réflexions vers des organisations de 1<sup>er</sup> recours coopératives et maillées

**Au total, 6 champs de réflexion pourraient être explorés, qui aboutiraient à faire évoluer la structuration de l'offre de soins actuelle du Pays Vichy Auvergne vers une structuration coopérative et maillée, tournée vers une couverture optimale et l'efficience de la prise en charge des habitants du territoire.**

## Conclusion : nos recommandations

---

En matière d'organisation des soins de 1<sup>er</sup> recours, le Pays Vichy Auvergne :

- Présente un profil où les **besoins de soins** sont importants, auxquels l'offre de soins de 1<sup>er</sup> recours ne pourra répondre en l'état, sauf à gagner en efficacité et en effectif de PS
- Bénéficie des **points d'ancrage** permettant d'assurer une **couverture géographique** satisfaisante des besoins de soins, sous réserve de développer des **organisations coopératives maillées** sur ces points d'ancrage (MSP, pôle de santé...) favorisant l'**attractivité** du territoire et permettant de développer l'offre de soins de 1<sup>er</sup> recours
- Possède des **acteurs impliqués**, attentifs aux besoins de la population, en capacité de produire des réponses créatives qui constituent des supports à l'organisation des soins de 1<sup>er</sup> recours

Pour être pleinement valorisé, ce potentiel nécessite :

- D'abord un accompagnement ciblé par zone, pour favoriser la mise en lien et la coordination entre les acteurs, et les assister à la formalisation d'un projet de santé
- Ensuite des besoins structurels immobiliers relativement limités (Lapalisse, Bellenave, Brugheas...)

## Annexes

---

Annexe 1 : verbatim du questionnaire aux professionnels de santé du Pays Vichy Auvergne

Annexe 2 : diagnostic flash de la CC du pays de Lapalisse

## **Annexe 1 Verbatim du questionnaire aux professionnels de santé du pays Vichy Auvergne**

---

### **Les commentaires des répondants en matière d'attractivité :**

*Les jeunes médecins ne veulent pas s'installer en rural dans le puy de dôme car les gardes sont trop nombreuses en plus du travail journalier : extension des secteurs de garde (éventuellement regroupement puy de dôme allier, ou autre) avec déplacement des patients vers le cabinet de garde (je pense que des jeunes et autres seraient intéressés par revenir en rural et surtout reprendre des gardes (fin à minuit)*

*Le regroupement des professionnels de santé puisque c'est certainement de cela qu'il s'agit (MSP) c'est bien mais compliqué et couteux et certainement encore entaché de complications administratives. Et c'est un peu "déshabiller Paul pour habiller Pierre" En fait ce qu'il faut, c'est attirer les jeunes vers le métier de médecin généraliste, spécialiste et dentiste, et surtout les attirer vers le libéral. Il n'y aura bientôt plus de spécialistes libéraux en ville (pas de remplaçants des cardiologues sur Vichy par exemple). Tout sera donc concentré sur le système hospitalier. Bravo les files d'attente et la médecine à pensée unique ! Sans contrôle de la sécurité sociale et du ministère de la santé !*

*L'organisation est satisfaisante, mais le gros problème c'est l'avenir. Il faut faire pression sur les jeunes médecins pour les pousser à prendre leurs responsabilités dans la société. Ils ont la chance inouïe d'avoir un travail qui leur tend les bras. Ce qui n'est pas le cas pour grand nombre de professionnels ! Réveillez-les !!!*

*Le problème actuel est surtout lié au peu d'intérêt que portent les nouveaux MG à la médecine générale sur le terrain (en ville ou à la campagne). Pourtant nous travaillons dans des conditions agréables : 3MG + 2IDE à côté d'un cabinet dentaire et d'un cabinet de 2 MK. Nos recherches de successeurs restent vaines. Que font donc les jeunes MG ?*

*La médecine en général sera sinistrée à court terme si on ne forme pas rapidement de nouveaux médecins en nombre suffisant ou incitation à l'installation sinon, la prévention trinquera en premier.*

### **Les commentaires des répondants en matière de charge de travail :**

*La charge de travail des praticiens est importante, leur implication grande, mais la reconnaissance du système est très faible. Il est hors de question d'étendre le domaine administratif, comme souvent souhaité par les pouvoirs publics.*

*Si au niveau national le nombre de médecins généralistes remonte rapidement, j'ai peur que l'on soit obligé de se consacrer à notre rôle de soignant et que tout le reste, prévention, passe au second plan, à moins de la déléguer à des non médecins, ce qui est possible pour certains actes.*

*Le principal problème est la surcharge de travail, du moins pour les médecins, la plupart de plus de 55 ans (plusieurs infarctus ou AVC ces dernières années et ce n'est pas pour rien). Il est hors de question de demander plus de charges administratives, réunions ou autres, sans avoir songé d'abord à faire venir de jeunes médecins, et à soulager les plus anciens. Donc une maison médicalisée, pourquoi pas mais avec un cahier des charges effectué par ceux qui travaillent dans cette maison médicalisée.*

*Le temps manque pour participer à toutes les réunions (réseau diabète, clic Amareis, HAD...), il y a le travail sur le terrain, un gros travail administratif, les problèmes informatiques...*

*Dans les 2 années à venir, si rien n'est fait pour arrêter la désertification, je serai le premier à partir.*

*J'aimerais me recentrer sur mon cœur de métier : la kinésithérapie et non multiplier les charges administratives imposées par la SS ou autres (problème partagé par tous les corps de métier de la santé). De plus, pendre un stagiaire me semble très intéressant, mais je n'ai ni l'envie et encore moins le temps de participer à des réunions ou de rédiger des rapports de stage. Une idée me semblerait intéressante pour une continuité des soins efficace : la création d'un réseau de remplaçants (en effet, prendre quelques jours de congés oblige certains à fermer leur cabinet avec les problèmes que cela peut entraîner pour la prise en charge des cas les plus lourds).*

### **Les commentaires des répondants en matière de coordination des soignants**

*Après 1 an d'exercice en libéral, je n'ai pas encore appréhendé toutes les facettes de mon métier. Néanmoins, je pense que travailler seul "dans son coin" est difficile et peu propice à l'enrichissement professionnel*

*Il est coûteux de travailler en coordination avec d'autres professionnels : temps passé en réunion, au téléphone, me coûte de l'argent ou du temps => forfaitisation +++*

*La difficulté de travailler en coordination avec d'autres professionnels est, je pense, liée au manque de temps*

*Mon métier me demande beaucoup d'investissement de par la charge de travail et l'organisation. L'implication de tous les intervenants fluidifie le travail et donc l'allègent.*

*Si nous passons notre temps en réunion, staff, etc. nous n'aurons plus le temps d'être auprès des patients. Il y a actuellement 2 sortes de MG : ceux qui se réunissent, et ceux qui sont auprès des malades*

*La coordination est intéressante mais l'exercice en milieu rural laisse peu de temps libre.*

*Aucune envie de multiplier les réunions ou d'avoir une charge administrative supplémentaire*

*les kinés sont tributaires des prescriptions médicales et de ce fait sont rarement consultés au sein d'une équipe. Je crois qu'il serait bon de renforcer notre rôle au sein d'une équipe de soignants... mais comment conjuguer les exigences de chacun ! A débattre*

### **Les commentaires des répondants en matière d'organisation des soins**

*Les zones rurales semblent s'orienter vers un désert médical. Les maisons médicales constituent certainement une piste à explorer.*

*Problème des gardes car manque de médecins : grand secteurs avec déplacements des patients par leurs propres moyens + taxis pour les personnes âgées dépendantes en cabinet de garde.*

*N'entraînent pas de frais supplémentaires dans des régions suffisamment médicalisées comme à Vichy Cusset Saint-Yorre... par la création de maisons médicalisées. L'hôpital est indispensable à proximité et suffisant. Par contre dans des régions sous-médicalisées, certaines associations de médecins généralistes, spécialistes sont peut-être nécessaires. Le manque de médecins généralistes n'est pas pour demain. La plupart d'entre eux continuant de travailler jusqu'à 67 ans et gardant une activité après s'être déclarés en retraite.*

*Les ssiad ne peuvent pas souvent prendre en charge les patients ayant des besoins de soins infirmiers parce que le coût est à la charge du service (donc des patients "médicalisés"). C'est donc aux auxiliaires de vie, moins professionnels que les aides soignantes qui font les soins de nursing par l'intermédiaire de l'APA*



*: problème de la formation des A.M. + formation continue.*

*Il semble que l'intervention des kinés au sein des EHPAD sur un mode libéral soit remise en cause, or je suis inquiète sur ce qui risque de nous être proposé alors. L'Ehpad d'Ebreuil n'arrive pas à trouver de kiné pour le poste de salarié qu'ils attendent. Que va t'il se passer ?*

### **Les commentaires des répondants en terme de priorités sanitaires et de prise en charge des patients**

*Le retour sur l'individu est primordial, la spécialisation, l'éducation thérapeutique ne peuvent pas être efficaces sans cela.*

*Les patients les moins intellectualisés ne sont absolument pas conscients de la dégradation de leur état général et de leur santé. Quand les problèmes arrivent ils estiment devoir être immédiatement pris en charge par le corps médical. Il y a encore beaucoup trop de RV pour des urgences qui n'auraient pas du l'être et qui ne reviendront pas automatiquement à leurs RV après réduction de la douleur. Les patients non impliqués pécutiairement ne le sont pas pour le suivi.*

*Je ne parle pas des maladies qui sont assez bien prises en charge mais des modes de vie qui se sont dégradés depuis quelques décennies.*

*J'ai du mal à ne pas comprendre les soins globalisés. J'ai été formée il y a très longtemps ainsi. C'est sans doute pour cela que pour moi les soins incluant l'hygiène sont si importants aussi bien pour le soignant que pour le soigné.*

### **Commentaires généraux des répondants :**

*La prise en charge médicale s'améliore progressivement. Il ne faut surtout pas de changements brutaux et imposés aussi bien par des politiques que par des confrères idéalistes. Rien ne sera jamais parfait !*

*L'état actuel de la médecine libérale (et de campagne pour ce qui me concerne) est le résultat d'une volonté "hospitalo-centriste" qui se manifeste depuis plusieurs décennies... et qui aboutit actuellement .Revenir en arrière est une ambition "herculéenne" !*

*1- pas d'empilement des lieux de décision santé - Coopération + + + 2- Mise en place de professionnels de santé facilitateurs de projets de santé*

*Vous vous attaquez à un bien grand "chantier" et je reste persuadé qu'il peut en ressortir du positif.*

*Je ne suis plus toute jeune et il faut bien reconnaître que le changement est plus difficile à vivre !*

## Annexe 2 Diagnostic Flash de la CC du pays de Lapalisse

## Diagnostic Santé de la Communauté de Communes Du Pays de Lapalisse

Véronique Ravon et Bénédicte Vandeweghe - 14 janvier 2011



### Sommaire

Objectif et portée du Diagnostic de Santé de la CC du Pays de Lapalisse	p.2
Contexte territorial de la CC du Pays de Lapalisse	p.3
Les caractéristiques démographiques de la population et les besoins spécifiques en découlant	p.4
L'offre de soins libérale de 1er recours	p.12
La proximité des soins et la répartition des offreurs de soins	p.15
Les initiatives et volontés professionnelles et territoriales en matière de santé	p.20
Pistes de travail pour alimenter l'élaboration d'une stratégie territoriale de santé durable à échelle du Pays	p.24
Personnes ressources rencontrées	p.24

## Objectif et portée du Diagnostic Santé de zone

Les informations ci-après sont issues des travaux réalisés dans le cadre de **l'Etude Santé menée à l'échelle du Pays Vichy-Auvergne**, et dont l'objet est de proposer des actions de structuration de l'offre de soins de 1<sup>er</sup> recours.

Le présent Diagnostic Santé a donc pour objet de réaliser une synthèse des données, au périmètre de la CC du pays de Lapalisse, qui facilitent le **partage d'une réalité locale** en matière de soins de 1<sup>er</sup> recours, notamment au travers :

- des caractéristiques en matière d'offre et besoins de soins aux bornes de la CC
- des atouts et points de fragilité sur cette zone, notamment eu égard à la démographie médicale et aux projets déjà engagés par des professionnels privés, des structures publiques, des collectivités locales, et leur cohérence avec les zones limitrophes.

Pour ce faire, le Diagnostic Santé de la CC du Pays de Lapalisse reprend à l'échelle de la CC les principaux critères qui permettront de définir une stratégie territoriale de santé en vue d'organiser les soins de 1<sup>er</sup> recours de manière opportune, faisable et durable.

Ces critères sont les suivants:

- les **caractéristiques démographiques** de la population et les **besoins de santé** qui en découlent,
- **l'état de l'offre libérale** en soins de 1<sup>er</sup> recours (MG, soins infirmiers, dentistes et masseurs-kinésithérapeutes)
- la **proximité des soins**, et la **répartition des offreurs de soins**.
- les **initiatives et volontés** professionnelles et territoriales en matière de santé

Ce diagnostic « sectoriel » pourra utilement être complété par le Diagnostic d'Opportunités réalisé à l'échelle du Pays Vichy-Auvergne.

**La stratégie territoriale de santé élaborée au niveau du Pays Vichy-Auvergne a pour ambition d'être opportune, faisable et durable**

**Opportune** : Il s'agit d'appréhender à ce niveau d'étude les **besoins actuels du territoire** en matière de santé, tant du côté de l'offre que de la demande, et de les décliner en propositions stratégiques

**Faisable** : Il s'agit ensuite de vérifier que les propositions formulées sont déclinables en actions opérationnelles, compte tenu des **ressources** disponibles sur le territoire (**ressources, mobilisation et adhésion des acteurs, réglementation...**)

**Durable** : Il s'agit enfin de vérifier que la stratégie comporte les éléments nécessaires pour **répondre aux besoins futurs du territoire**. Ce questionnement interroge notamment **l'attractivité** des projets et propositions à l'égard de jeunes professionnels de santé.

### Que recouvrent les soins de 1<sup>er</sup> recours ?

Les soins de premiers recours désignent les soins dispensés par les médecins généralistes, infirmiers, dentistes et masseurs-kinésithérapeutes. Les pharmaciens participent également à l'offre de soins de 1<sup>er</sup> recours

### Qu'apporte le Diagnostic territorial de Santé du Pays Vichy Auvergne par rapport aux Diagnostics Santé réalisé pour chaque CC ?

Le Diagnostic territorial de Santé dressé à l'échelle du Pays Vichy Auvergne propose une vision globale des problématiques de l'offre et de la demande de soins. Il permet donc :

-d'identifier des caractéristiques communes, à prendre en charge de manière ordonnée, mutualisée et coordonnée au niveau du Pays  
-de hiérarchiser les problématiques

## Contexte territorial de la CC de Lapalisse

Sur un territoire d'environ 334 km<sup>2</sup>, la population de la CC totalise 5 % du total de la population du Pays Vichy Auvergne (10% de la population du Pays Vichy Auvergne hors Vichy-Val d'Allier).

La CC du pays de Lapalisse se compose de 14 communes et compte 8 482 habitants<sup>36</sup>

Cette population est répartie de manière très disparate sur le territoire : **38 % de la population est localisée sur la communauté de Lapalisse**, le reliquat de la population sur 13 autres communes dont la taille moyenne est de 405 habitants.

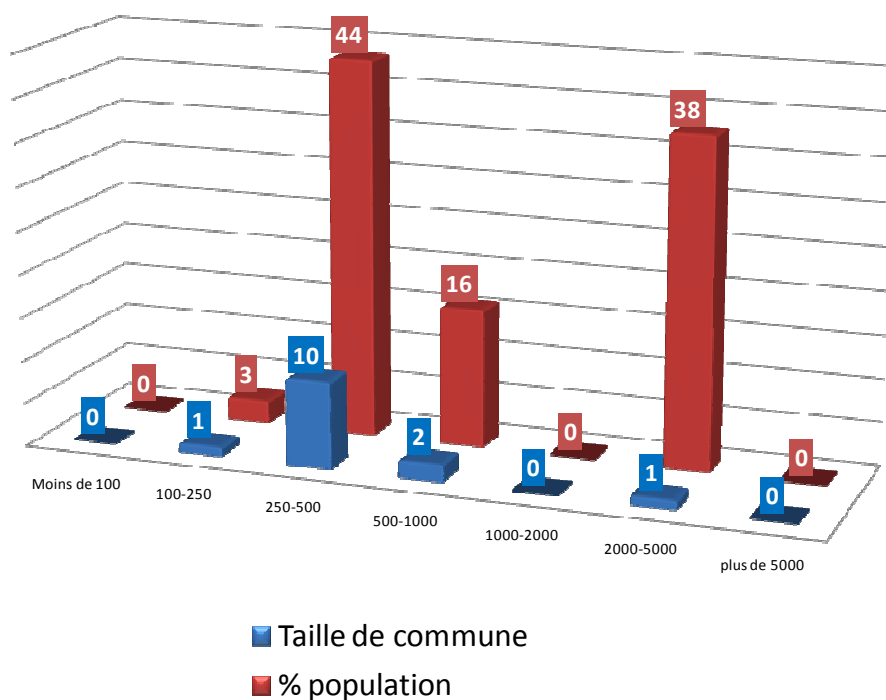
Le territoire est donc organisé autour du bourg centre de Lapalisse.

L'agglomération la plus proche est Vichy.

La CC du pays de Lapalisse est une des plus vastes du Pays Vichy Auvergne, avec une occupation de 11 % de la superficie du Pays. C'est aussi une des moins peuplée (densité 26 habitants/km<sup>2</sup>).



Ventilation de la population par taille de communes



### Liste des communes de la CC

- Andelaroche
- Barrais-bussolles
- Bert
- Billezois
- Droiturier
- Isserpent
- Lapalisse
- Le breuil
- Perigny
- Saint-christophe
- Saint-Etienne-de-vicq
- Saint-pierre-Laval
- Saint-Prix
- Servilly

Source : INSEE Recensement 2006-Exploitation Diotima

## Les caractéristiques démographiques de la population et les besoins spécifiques en découlant.

Il s'agit ici d'appréhender les besoins de soins de la population, eu égard notamment :

- **Aux caractéristiques démographiques de la population**

*Densité des publics fragiles (personnes âgées de plus de 65 et de 75 ans, situation de précarité, jeunes enfants) : part de cette population dans la population totale de la CC, du Pays Vichy Auvergne et également en regard des moyennes régionale et nationale*

En effet, cette population nécessite une offre de soins particulière :

- soit en termes d'organisation des soins (prise en charge à domicile)
- soit en termes de prévention et dépistage
- soit qu'elle soit plus sujette à des maladies chroniques et à des poly-pathologies.

- **Aux indicateurs de santé permettant de cibler des besoins de soins de la population**

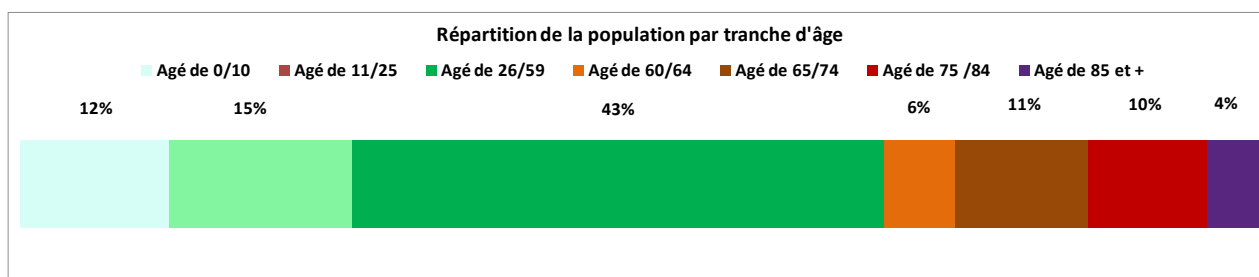
*Prévalence des affections de longue durée (ALD)*

*Taux de mortalité prématurée et évitable, par rapport aux moyennes régionale et nationale*

### Une démographie en déclin

Sur l'ensemble des 10 CC et de la CA qui compose le Pays Vichy-Auvergne, la CC du pays de Lapalisse occupe :

- le 5<sup>ème</sup> rang au titre de l'effectif de sa population totale
- le 4<sup>ème</sup> rang au titre de la population des personnes âgées de plus de 60 ans (30.3 %), et 3<sup>ème</sup> au titre des plus de 65 ans (24.59 %) et des plus de 75 ans (13.74 %)
- le 8<sup>ème</sup> rang au titre de l'effectif des enfants de 6 ans au plus (7.15 %)



Source : INSEE Recensement 2006 Exploitation Diotima

	% âgé de + 60 ans	% âgé de + 65 ans	% âgé de 75 ans	% enfants <= 6 ans
France	21,1%	16,4%	8,2%	8,6%
Auvergne	25,6%	20,2%	10,5%	7,4%
Allier	28,81	23,12	12,31	7,05%
Puy Dôme	22,97	17,84	9,02	7,51%
Cantal	29,1%	23,6%	12,4%	6,7%
Haute Loire	25,5%	20,3%	10,4%	8,3%
Pays Vichy Auvergne	29.3 %	23.6 %	12.6 %	7.3 %
<b>Lapalisse</b>	<b>30,3 %</b>	<b>24,59 %</b>	<b>13,74 %</b>	<b>7,15%</b>

Source : INSEE Recensement 2006-Exploitation Diotima



Territoire	Age médian	Age moyen	Indice vieillissement
<b>France métropolitaine</b>	<b>38</b>	<b>39</b>	<b>66</b>
<b>Auvergne</b>	<b>43</b>	<b>42</b>	<b>93</b>
<b>Allier</b>	<b>45</b>	<b>43,8</b>	<b>111</b>
<b>Lapalisse</b>	<b>45</b>	<b>44,4</b>	<b>113</b>

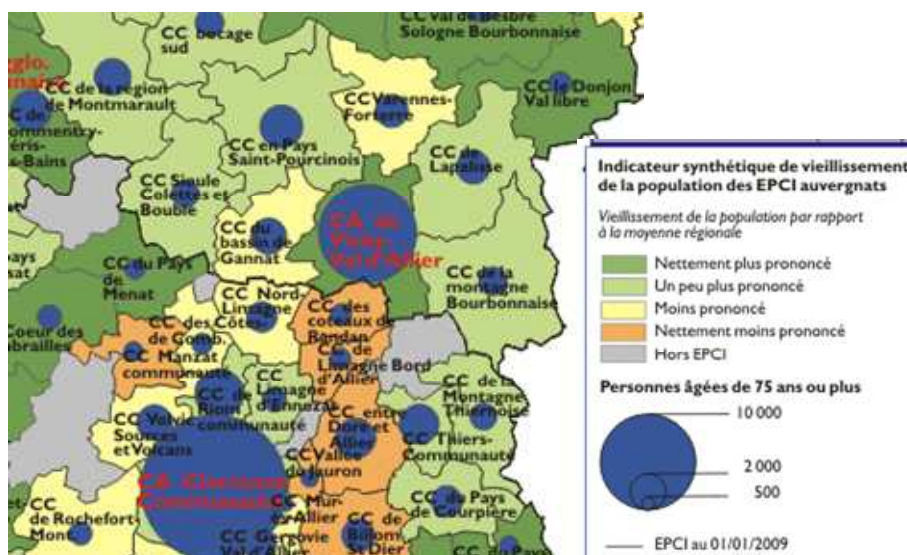
La CC du Pays de Lapalisse compte parmi les plus âgées du Pays Vichy Auvergne : la CC du Pays de Lapalisse enregistre une décroissance démographique continue (-1.5 % entre 1999 et 2006, -6.3 % entre 1982 et 1999), et un vieillissement global de sa population que la légère augmentation de la classe des moins de 25 ans ne parvient pas à compenser.<sup>37</sup>

De manière générale, en s'appuyant sur les études réalisées par l'INSEE<sup>38</sup>, on constate que les tendances prospectives en matière démographique pourraient se poursuivre et être de fait porteuses de conséquences en matière de santé pour la CC : la prise en charge de personnes âgées devrait influencer de plus en plus les besoins de soins de la population et poser des questions en termes :

- d'accessibilité et de permanence des soins d'une patientèle de plus en plus dépendante et/ou moins mobile,
- de continuité de la prise en charge (politique de maintien à domicile, offre de soins de proximité adaptée...),
- de coordination avec les réseaux gérontologiques et la médecine de spécialité
- prise en charge de poly-pathologies

Ces questions devront donc se retrouver dans la détermination des priorités de santé de la CC.

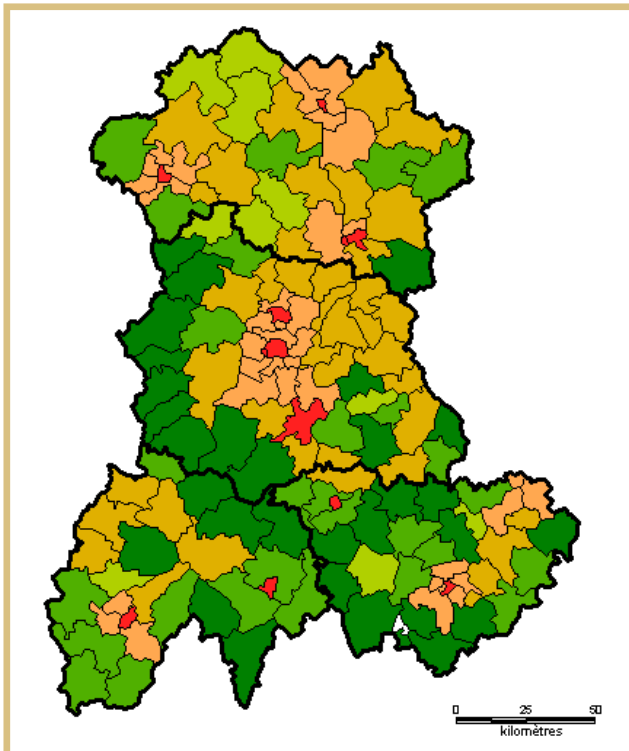
Dans le même temps, une attention devra être portée à la prise en charge des jeunes enfants, compte tenu de la part des moins de 25 ans qui tend à croître légèrement, et d'un taux de natalité qui reste significatif (9.8 %) <sup>39</sup> par rapport à d'autres CC du Pays.



La CC du pays de Lapalisse présente un indice de vieillissement plus prononcé que celui de la région

Source : INSEE  
Recensement 2006-Lettre 58-Exploitation Diotima

## Une situation sociale relativement difficile

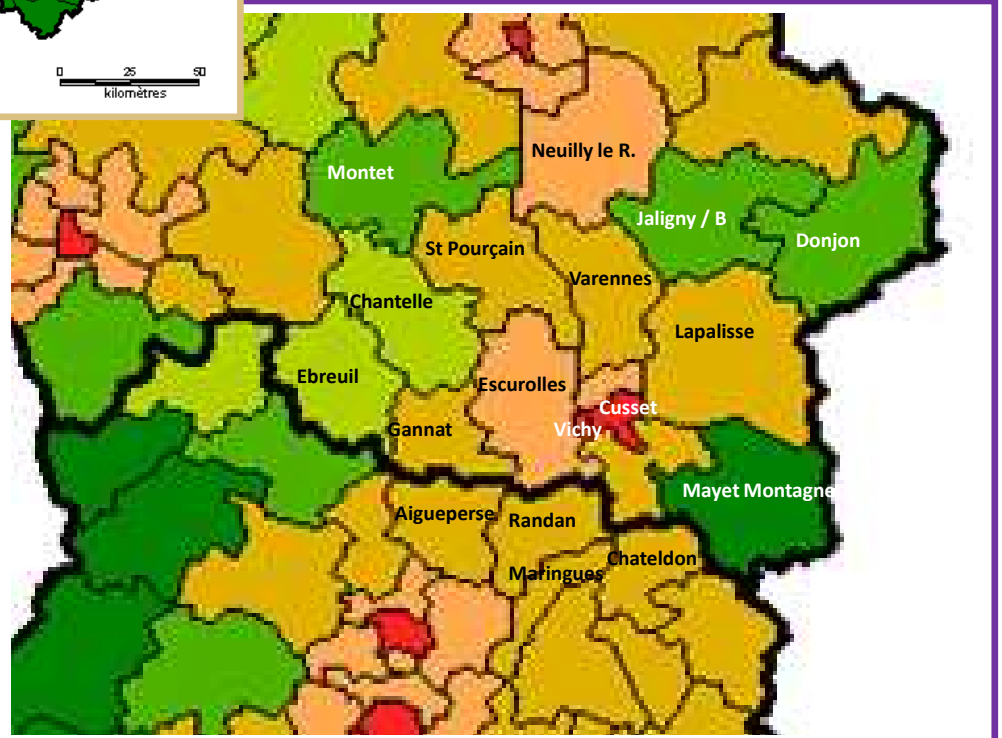


- Classe 1 : des cantons ruraux confrontés à une surmortalité
- Classe 2 : des cantons ruraux, sous-équipés mais connaissant une sousmortalité
- Classe 3 : des cantons âgés et éloignés des structures de soins, touchés par la mortalité prématurée
- Classe 4 : des cantons à dominante ouvrière, touchés par la surmortalité
- Classe 5 : des cantons péri-urbains connaissant une sous-mortalité
- Classe 6 : des cantons urbains, bien dotés en professionnels de santé

Selon le classement OBRESA<sup>40</sup>, la CC du Pays de Lapalisse se situe en classe 4 de par le positionnement des cantons qui la composent.

Comme 24,4 % de la population auvergnate, la CC du Pays de Lapalisse se particularise par une part importante d'ouvriers dans sa population active et par

une faible proportion de cadres. La part des jeunes non diplômés y est plus importante que pour l'ensemble de la région. Une **mortalité élevée** y est observée, Notamment en terme de mortalité prématurée, mortalité par cancers toutes localisations confondues, par consommation excessive



<sup>40</sup> Les inégalités cantonales de santé en Auvergne-Obresa-Fevrier 2005

d'alcool, par cardiopathies ischémiques, par suicide, par accident de la circulation ou par cancer des intestins.

Cet indicateur de précarité et de pauvreté (conditions de vie, précarité financière, niveau d'étude, etc.), défavorable sans être alarmant, induit des besoins spécifiques en matière de soins, notamment en termes d'offre de prévention et de dépistage.

## Taux d'isolement des personnes âgées

Celles-ci pouvant porter un besoin spécifique en termes de prise en charge, cet indicateur est considéré comme particulièrement significatif : en effet, de manière générale, les personnes âgées sont plus souvent en situation d'isolement en région Auvergne que sur l'ensemble du périmètre national métropolitain.

La CC du Pays de Lapalisse compte 33 % personnes âgées de plus de 65 ans vivant de manière isolée et 55 % des personnes isolées ont 65 ans et plus. (source, INSEE RP 2007)

La synthèse des éléments sociodémographiques ci-dessus permet d'aboutir au classement des CC et CA composant le pays suivant :

	Densité	Dynamisme démographique	Indice de vieillissement (20/65 ans)	Age médian	% de population âgée de 60 ans et plus	Situation socio-sanitaire Classe OBRESA	% de personnes seules ayant + de 65 ans	% de personnes âgées de 65 ans et plus vivant seules
France métropolitaine	113,6		67	38	21,1		37	33
Auvergne	51,5		93	43	25,6		41	35
Puy Dome	78,6		80	41	22,97		36	35
Allier	46,7		111	45	28,81		46	36
Limagne BA	54	+	79	40	23,2	4	44	36
Nord Limagne	51	+	90	42	25,4	4	47	35
Randan	44	+	75	41	23,2	4	45	27,4
Gannat	59	=	93	43	26,7	4	52	36
VVA	230	=	119	46	30,2	6	45	38
St Pourçain	36	=	103	44	27,9	3,5	49	33
Varennes	39	-	108	44	29,3	4	49	33
Lapalisse	26	-	113	45	30,3	4	55	33
Montagne B	16	=	116	46	30,7	1	54	33
Sioule	19	=	142	49	34,9	3	55	31
Donjon	14	-	151	49	34	2	63	34

Groupe en situation "d'urgence socio-démographique"

Groupe en situation "de vigilance socio-démographique"

Groupe en situation socio-démographique proche du niveau régional



## Des indicateurs de santé régionaux et départementaux nettement défavorables

Les indicateurs de santé disponibles sont fournis au niveau de la région ou du département, et complétés dans certains cas au niveau du Pays Vichy Auvergne.

### ■ Une surmortalité importante

De manière générale, la région Auvergne présente un taux de mortalité prématurée supérieure aux moyennes régionales et nationales.

Plus de la moitié des causes de décès y ont pour origine des **tumeurs** (29%) et des **maladies de l'appareil circulatoire** (29%) (source CepiDC-2008).

Ce profil défavorable ressort également à l'échelle du Pays Vichy Auvergne, puisque sur l'ensemble des décès prématurés (avant 65 ans) recensés sur le Pays, **plus de la moitié pourraient être évités** (principalement en réduisant les comportements à risques et addictions et en favorisant des actions de prévention, de dépistage et d'éducation thérapeutique).

**Deux décès évitables sur trois ont pour cause des facteurs de risques individuels** tels que la consommation d'alcool ou de tabac. Les hommes du pays Vichy-Auvergne sont touchés par une surmortalité de 26 % pour les risques individuels et de 53 % pour la mortalité attribuée à la prise en charge par le système de soins.<sup>41</sup>

### ■ Un nombre d'ALD important

Le département de l'Allier, présente des taux de patients reconnus en ALD significativement élevés (pour 2/3 des ALD, les taux se situant dans le premier tiers des rangs nationaux). Notamment :

–L'Allier se trouve au premier rang national du taux d'affection de longue durée pour les **tumeurs malignes**.

–En ce qui concerne les **maladies chroniques du foie et les cirrhoses**, le département se place au 24ème rang national.

–En ce qui concerne les **affections psychiatriques**, le département se place au 7ème rang national.

–D'autre part, le département présente des taux préoccupants pour l'ensemble des ALD pour **maladies cardio-vasculaires** : accident vasculaire cérébral invalidant (5ème rang national), insuffisance cardiaque grave (14ème rang), artériopathie chronique (22ème rang), maladie coronaire (26ème rang), hypertension artérielle sévère (32ème rang)

–Le département se classe au 40ème rang national en ce qui concerne le taux d'ALD pour **diabète**.

La combinaison de ces 2 indicateurs (mortalité et taux d'ALD) fait apparaître sur le département une prévalence forte de **pathologies lourdes**.

Combinés aux caractéristiques sociales et démographiques de la population de la CC du Pays de Lapalisse, ces indicateurs défavorables **justifient une accentuation des pratiques de prévention et d'éducation thérapeutique, ainsi qu'un raccourcissement des délais de détection et de prise en charge, à tous les échelons du territoire (Département, Pays, CC)**.

<sup>41</sup> Santé et Territoires-Juin 2008

## L'impact en terme de consommation des soins de premiers recours

Sur le canton de Lapalisse : la consommation de soins de médecine générale est conforme à la moyenne régionale. La part de la population bénéficiaire de soins infirmiers est inférieure aux moyennes départementales et régionales. La part de la population bénéficiaire de soins dentaires et de kinésithérapie est sensiblement égale.

Canton	Consommation moyenne C et V/habitant/an	Part de la population bénéficiaire de soins d'IDE	Part de la population bénéficiaire de soins dentaires	Part de la population bénéficiaire de soins de kiné
Jaligny sur Besbre (Bert)	4,6	40,4	25,5	14,9
Lapalisse	4,9	23	25,2	17,3
Allier	nd	29,5	26,4	17,4
Auvergne	5	28,2	26,4	16,8

*Source : Cartos@nté-données 2008*

## La perception des PS de la CC en termes de priorités sanitaires

La réalité de l'offre de soins de 1<sup>er</sup> recours peut utilement être complétée en prenant en compte les conditions d'exercice des PS, vues par eux-mêmes : « ce qu'ils font, ce qu'ils voudraient faire, comment ils le font ».

A ce titre, un **questionnaire** a été diligenté, qui a permis de dégager des pistes d'actions prioritaires claires sur le territoire (cf Rapport Etude Pays Vichy page 51 et suivante)

De manière globale, tous types d'actions confondues (soins, prise en charge, prévention, éducation thérapeutique), les **10 priorités d'actions** définies par les répondants du territoire du Pays sont : **les maladies cardiovasculaires, l'hygiène de vie, le diabète, les maladies neuro-dégénératives, les addictions, la psychiatrie, le vieillissement, l'organisation du système de soins, le maintien à domicile, le cancer.**

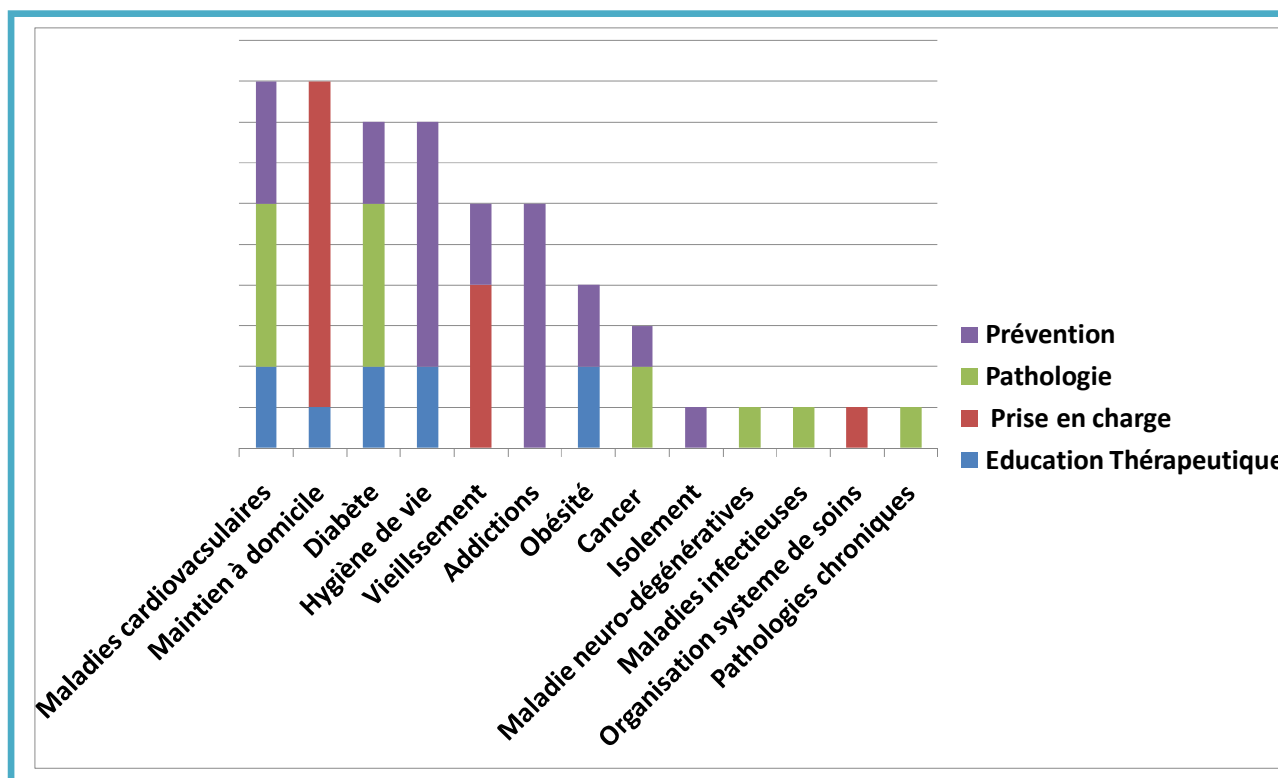
**Concernant les répondants de la CC de Lapalisse, 3 points caractérisent particulièrement le ressenti professionnel des PS de la CC de Lapalisse**



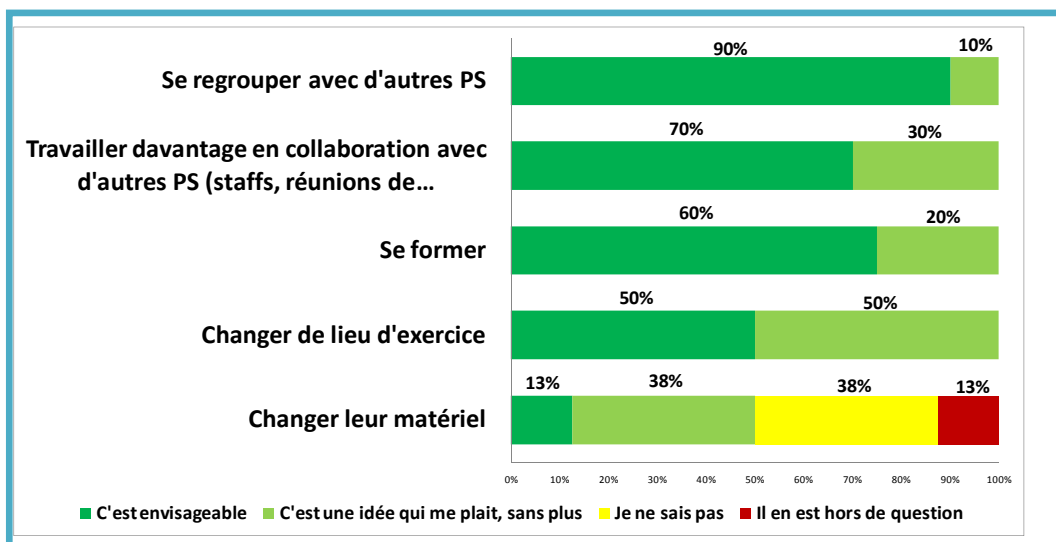
Les professionnels de santé répondants de la CC concentrent les priorités en matière de santé sur les maladies cardio-vasculaires, le maintien à domicile, le diabète, l'hygiène de vie, le vieillissement et les addictions principalement. Ces préoccupations doivent avoir un écho particulier dans le contenu du projet de santé.

Pour les répondants, il ressort qu'afin d'améliorer la prise en charge des patients, il est prioritaire d'agir sur la prévention, la sortie d'hospitalisation et la prise en charge à domicile, les urgences, la coordination entre soignants et les relations avec les établissements de soins.

▼ Source : Diotima –Questionnaire PS



Par ailleurs, les professionnels de santé font preuve d'un engagement dans l'action particulièrement fort : le regroupement est plébiscité à 90 % comme étant une option envisageable pour améliorer la prise en charge des patients, suivi du travail en collaboration interprofessionnelle à 70 %. Cet engagement se double d'une forte mobilisation des PS de la CC : 100 % des répondants



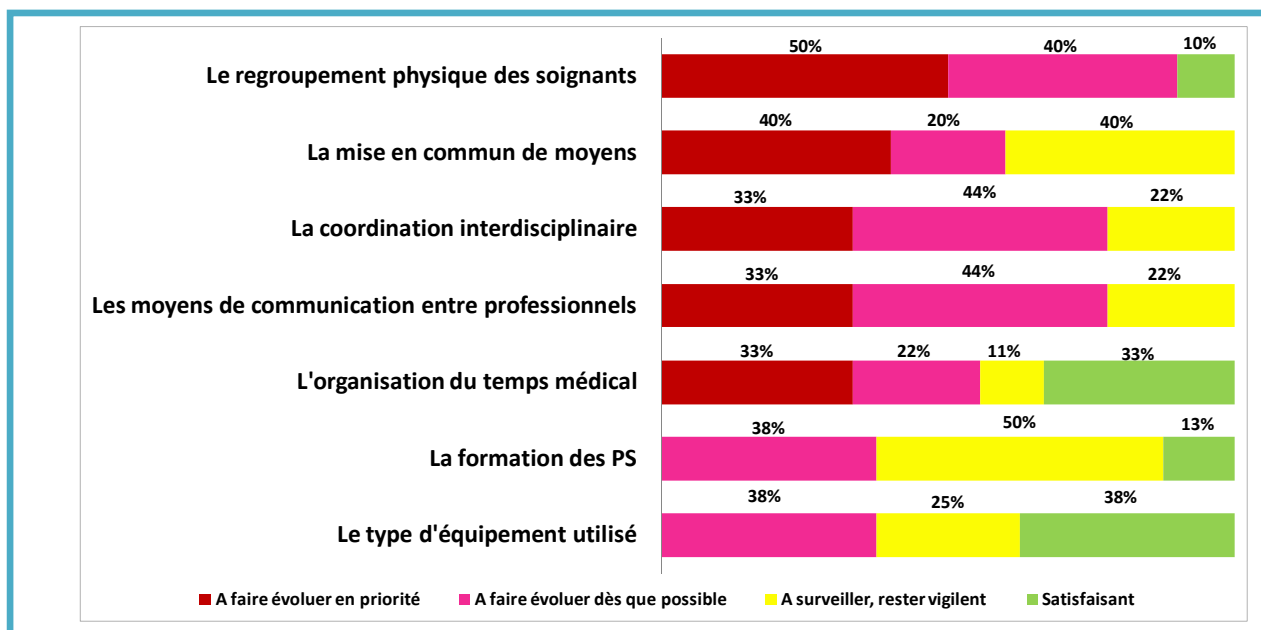
souhaitent participer à la réflexion

80 % des répondants sont disposés à participer à des réunions de travail dans le cadre de la réflexion.

► Source : Diotima –Questionnaire PS

Il apparaît nettement que pour les PS de la CC, le regroupement physique est l'action prioritaire à engager.

▼ Source :Diotima –Questionnaire PS



De manière générale, sur le territoire de la CC du Pays de Lapalisse, le ressenti professionnel des PS sur le terrain apparaît aligné avec les orientations définies par l'ARS Auvergne dans son PRS, qui préconise trois grands types d'action pour améliorer les résultats de la région en matière de santé :

**1-faire évoluer les comportements de santé, notamment en matière d'addictions et de nutrition**

**2- développer les dépistages : cancers, troubles sensoriels, pathologies bucco-dentaires, altérations des fonctions cognitives supérieures, altérations fonctionnelles, troubles psychiques**

**3- favoriser la diversification et les complémentarités des réponses proposées à la population**

## L'offre de soins libérale de 1<sup>er</sup> recours

Il s'agit ici d'appréhender l'offre libérale de soins de 1<sup>er</sup> recours, eu égard notamment :

### - A l'état de l'offre libérale en médecine générale:

- *Densité des médecins généralistes, par rapport à la moyenne régionale*
- *Proportion des médecins généralistes âgés de plus de 55 ans*

Il s'agit d'apprécier le poids des départs à la retraite de MG sur l'offre de soins, en calculant sur chaque communauté de commune le pourcentage de MG de plus de 55 ans par rapport à l'effectif total de la profession

- *Activité moyenne des médecins généralistes, par rapport à la moyenne régionale*

Il s'agit de mesurer l'activité des MG, sachant qu'un niveau d'activité trop élevé a 2 conséquences pouvant amplifier ou conduire à un déficit de soins :

- une moindre qualité sanitaire globale, du fait d'un recours aux soins plus long,
- une désaffectation possible des MG restants, qui se trouvent en situation de surcharge

### - A l'état de l'offre libérale de Santé en soins infirmiers, dentistes et masseurs kinésithérapeutes

- *Proportion des professionnels de santé âgés de plus de 55 ans*

Il s'agit d'apprécier le poids des départs à la retraite de PS sur l'offre de soins, en calculant sur chaque communauté de commune le pourcentage de PS de plus de 55 ans par rapport à l'effectif total de la profession

- *Activité moyenne des PS, par rapport à la moyenne régionale*

Il s'agit de mesurer l'activité des PS, sachant qu'un niveau d'activité trop élevé a 2 conséquences pouvant amplifier ou conduire à un déficit de soins:

- une moindre qualité sanitaire globale, du fait d'un recours aux soins plus long,
- une désaffectation possible des PS restants, qui se trouvent en situation de surcharge

Pour apprécier la situation de l'offre de soins, il est réalisé une analyse multicritère, combinant notamment pour tous les PS la densité médicale, l'activité et l'âge.

**En ce qui concerne les médecins généralistes**, la situation démographique est la suivante sur la CC de Lapalisse:

4 médecins généralistes sont en exercice. La dernière installation date de 1990, le dernier départ date de 2009 (pour raisons de santé, sachant qu'il figure toujours dans les statistiques).

L'âge des MG varie entre **51 et 63** ans, pour une moyenne d'âge de **56,4 ans** (France et Auvergne : 52 ans<sup>42</sup>)

**80% des MG ont 55 ans et plus** (respectivement en France et en Auvergne, 42 % et 43 % des MG ont 55 ans et plus<sup>11</sup>)

En partant de l'hypothèse que les MG cesseraient leur activité à 65 ans, et sans installation supplémentaire, il apparaît :

- **qu'en 2019, l'effectif actuel de MG aurait baissé de 50 %**
- **que les MG encore en exercice auraient 62,5 ans** en moyenne, 100 % ayant alors plus de 55 ans.

La **densité des MG est presque deux fois moindre qu'au niveau régional** et ils ont une activité bien

<sup>42</sup> Atlas de la démographie médicale en région Auvergne-CNOM-1/1/2009

supérieure à la moyenne régionale, ce qui rend critique le départ d'un médecin sur le secteur. La consommation d'actes de généralistes des habitants du canton est conforme à la moyenne régionale (pour une population légèrement plus âgée) et seulement 58,8 % des actes sont effectués par des médecins de la Communauté de communes. Les pôles d'attraction majeurs des habitants du secteurs sont les communes Lapalisse, Châtel-Montagne, Cusset et Saint Martin d'Estréaux en matière de recours aux soins de médecine générale.

**En ce qui concerne les infirmiers, la densité est légèrement inférieure à la densité régionale et 20% seulement des IDE ont 55 ans et plus.** Elles ont une activité inférieure à la moyenne régionale et départementale et 31% de leurs coefficients correspondent à des soins d'hygiène ou de nursing (contre 34 % dans l'Allier et 43% en Auvergne). Elles accomplissent donc comparativement plus d'actes techniques, sachant **qu'il n'y a pas de SSIAD implanté sur le canton**, et que la population âgée de 65 ans et plus y est de 25 %. 31% de leurs revenus correspondent à des indemnités de déplacement, contre 25,6% pour l'Allier et 28,2% pour l'Auvergne. 23% de la population du canton de Lapalisse bénéficie de soins infirmiers, soit moins que dans l'Allier (29,5%) et en Auvergne (28,2%).

**En ce qui concerne les dentistes, la densité y est presque deux fois moindre qu'en région, et 50% des dentistes du canton de Lapalisse ont 55 ans et plus.** Leur activité est parmi les plus importantes de la région. La part de bénéficiaires de soins dentaires est conforme au niveau régional et départemental (25% contre 26%), pour un taux de recours aux dentistes du canton de seulement 47,7%, les reste des soins se faisant principalement sur Cusset et vichy.

**En ce qui concerne les masseurs kinés, la densité est inférieure la moyenne régionale et moins de 15% des kinés en activité ont plus de 55 ans.** Leur activité est largement supérieure à la moyenne régionale (55357 coefficients contre 37410 pour l'aller et 35163 pour l'Auvergne) avec une part de bénéficiaire de soins de kinés (17,3%) comparable aux taux départemental et régional. Par contre, le nombre d'actes moyen par habitant et par an est largement supérieur (AMK notamment, c'est à dire hors rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques). Les trois quarts des actes de kinés sont effectués à l'intérieur de la communauté de communes.

Le tableau récapitulatif par communauté de communes est à consulter dans le diagnostic à l'échelle du Pays page 45.

Rapprochés de la part importante de population âgée sur le territoire de la CC, ces éléments restituant la situation en matière d'offre de soins révèlent une situation préoccupante.

Au vu de l'ensemble des éléments caractérisant l'offre de soins, **la CC du pays de Lapalisse peut être classée en groupe 1** (cf. Encadré) : ce classement signifie que la CC rassemble les éléments de contexte qui peuvent rapidement tendre la situation et aboutir à un contexte difficile à contenir.

### Le diagnostic d'opportunités aboutit à repérer 3 profils territoriaux

- Un 1<sup>er</sup> groupe, en situation « d'urgence sociodémographique », comptant une population plutôt en situation défavorisée, une part importante de personnes âgées, dont une proportion très significative vit seule, une mortalité générale et prématurée plus élevée que dans la région (cancer, maladie cardiovasculaire, suicide), et une dotation en MG préoccupante en termes d'âge, de nombre et d'activité. Ce groupe se caractérise souvent par une dotation modérée en IDE, MK et dentistes. Nous sommes dans un contexte de fort besoin de soins.
- Un 2<sup>ème</sup> groupe, en situation de « vigilance sociodémographique » rassemblant une population globalement moins défavorisée que le 1<sup>er</sup> groupe, de composition plus hétérogène en termes de catégories sociales, avec une part de personnes âgées importante mais en deçà du niveau du groupe 1, dont la dotation en MG (en moindre proportion que le groupe 1), et souvent une dotation en IDE, MK et dentistes également plus favorables que le groupe 1.
- Un 3<sup>ème</sup> groupe, en situation sociodémographique plus proche du niveau régional, qui se caractérise par une population plus jeune, et dans une situation globalement moins délicate en termes d'offre de soins pour des raisons différentes

Source : page 48 du Diagnostic d'Opportunités

### 3 profils territoriaux au sein du Pays Vichy-Auvergne





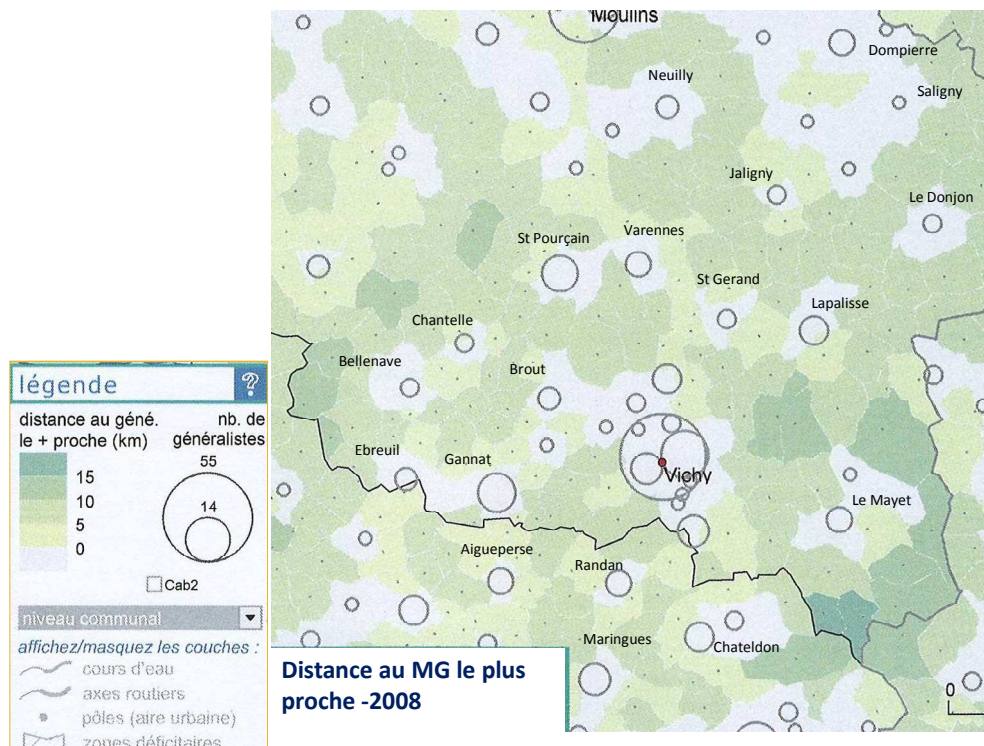
## La proximité des soins et la répartition des offreurs de soins

Il s'agit ici d'appréhender les besoins de soins de la population, eu égard notamment :

- **au temps d'accès à un médecin généraliste**  
Le temps d'accès est apprécié par rapport à un temps standard de 20 mn : le temps d'accès est en effet plus significatif que la distance.
- **à l'attractivité et l'accessibilité des médecins**
- **à la ouverture des autres offreurs de soins**  
S'agissant des MSP, établissements de soins, réseaux de santé...

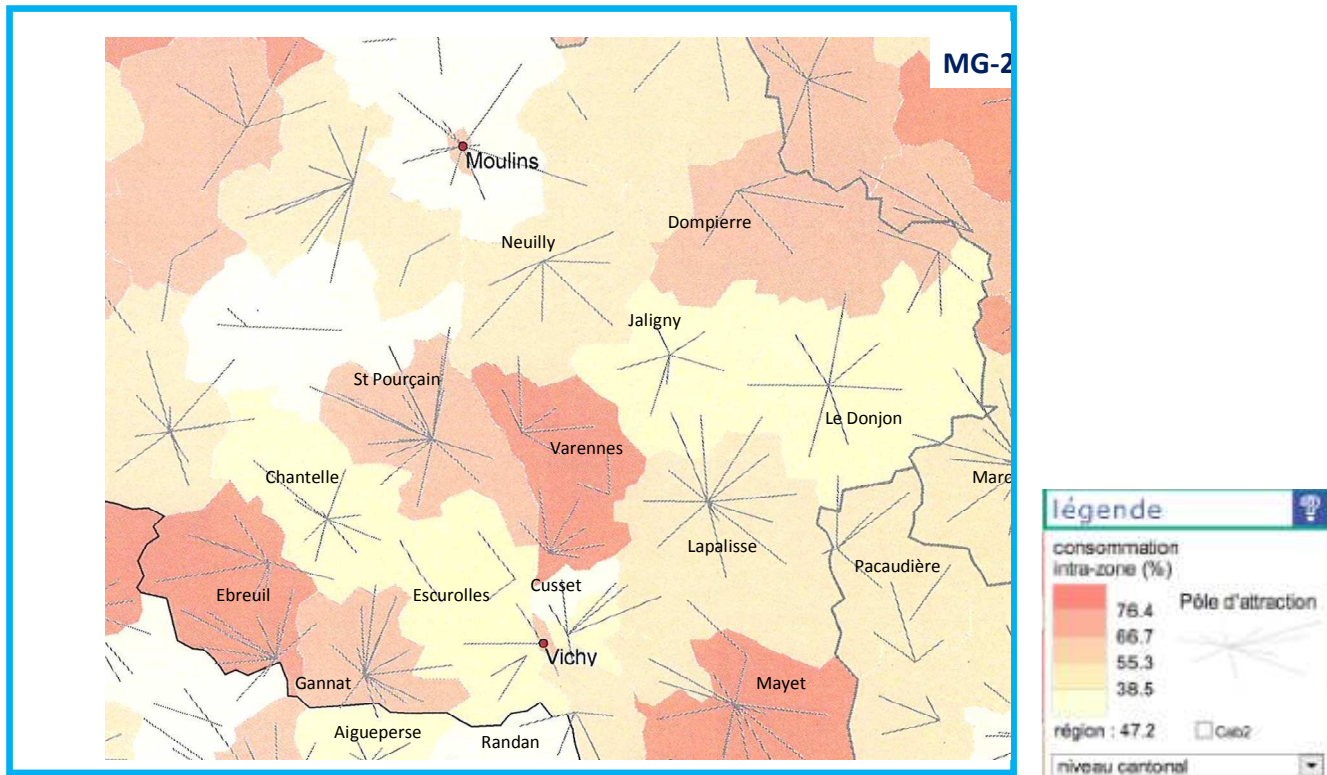
### Temps d'accès à un MG

Sur la CC, **2 communes ont une distance au généraliste le plus proche qui excède 15 km**. D'autre part, l'accès à un plateau technique suppose un déplacement sur Vichy ou Moulins qui excède **30 mn** de l'ensemble des points de la CC.





## Attractivité et accessibilité des MG



La couleur d'une zone reflète la proportion des consultations et visites de ses habitants réalisées par les généralistes qui y exercent. Un trait relie la commune de résidence à la commune la plus fréquentée pour des soins de généralistes par les patients (ne sont représentés que les flux majoritaires, commune du patient - commune du professionnel, supérieurs à 10 bénéficiaires).

En ce qui concerne le secteur de Lapalisse, **seulement 58,8% des actes sont réalisés par des médecins du secteur, les autres étant prioritairement réalisés par des médecins de Vichy ou du Mayet de Montagne**. Par contre, les médecins de Lapalisse soignent une part de la patientèle de Trézelles, Varennes sur Tèche, et Châtelus.

## Répartition des offreurs de soins

- Offre de soins libérale de 1er recours

Sur la CC, les offreurs de soins se répartissent comme suit :

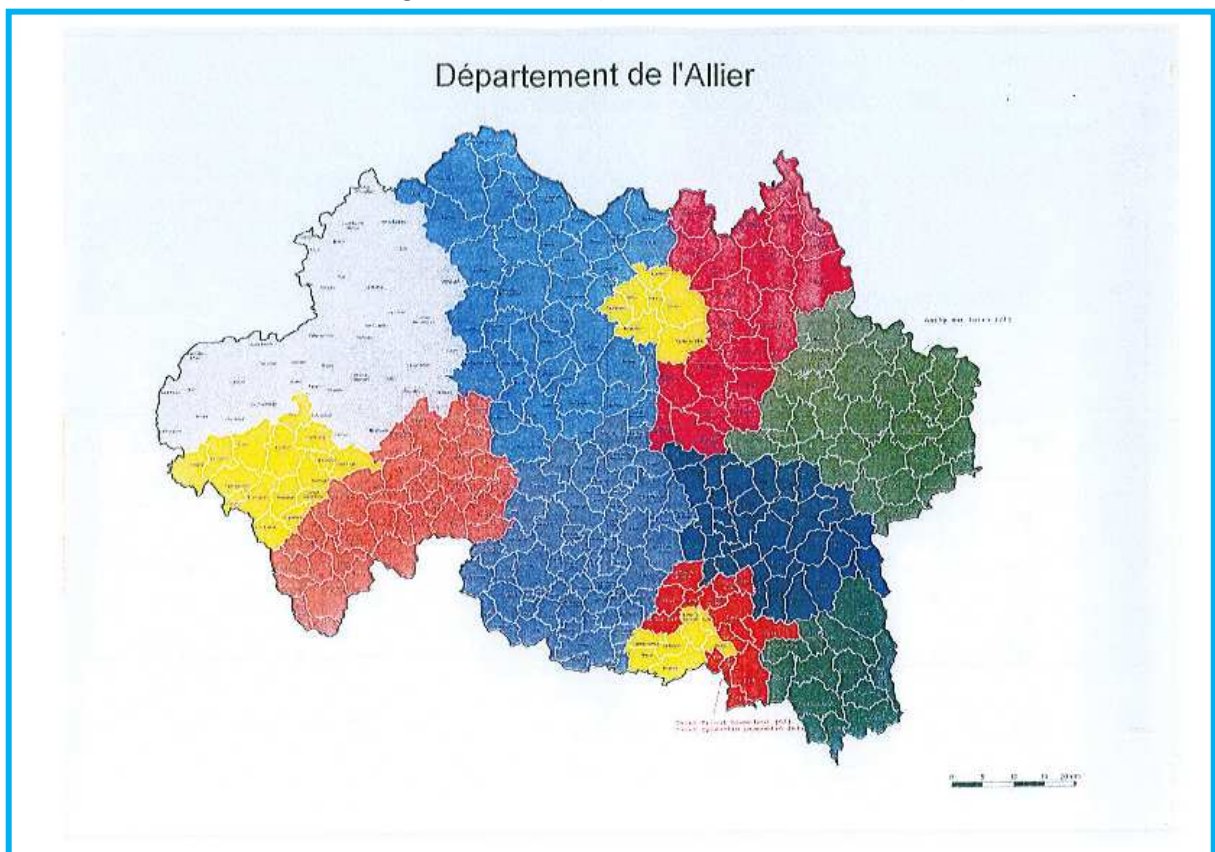
Commune d'installation des PS	Nombre de MG	Nombre d' IDE	Nombre de MK	Nombre de dentistes	Nombre de Pharmacies
Lapalisse	4	4	5	3	2
Le Breuil		1	1		
Isserpent		1			1

*Source : Améli- Au 1<sup>er</sup> novembre 2010*

### Une organisation de la permanence des soins libérale « originale »

La communauté de communes du pays de Lapalisse est couverte par le secteur n°11 (Lapalisse Varennes) et bénéficie d'une **garde d'un médecin généraliste** en dehors des heures d'ouverture des cabinets, **ainsi que du dispositif de continuité des soins** (un médecin par secteur assure la continuité des soins à l'heure d'ouverture des cabinets).

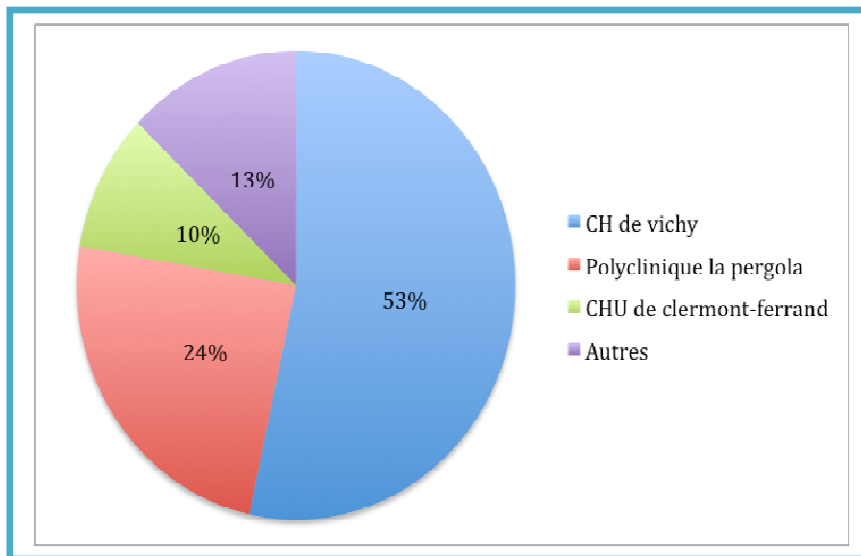
Les secteurs de garde de l'Allier (Source : PSA Auvergne, mai 2009)



■ **Les établissements de soins**

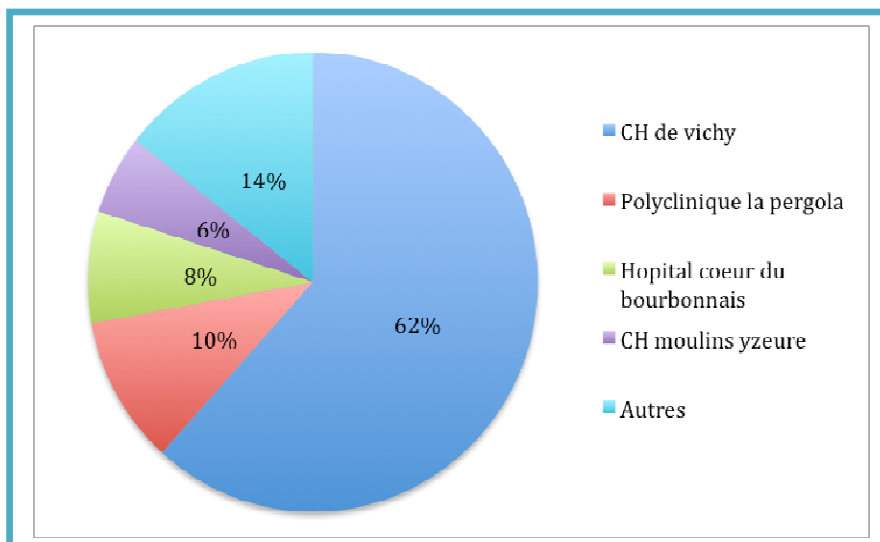
La communauté de communes de Lapalisse appartient au bassin de santé intermédiaire de Vichy (source ARS « portraits de santé » décembre 2010 et diagnostic page 9).

En terme de recours aux soins d'hospitalisation, la consommation et la répartition des habitants du secteur de Lapalisse sont les suivantes :



1920 séjours en médecine, chirurgie et obstétrique des patients de la zone en 2008

La totalité des 133 journées d'Hospitalisation à domicile aux patients de la zone pour 2008 ont été dispensées par le CH de Vichy.



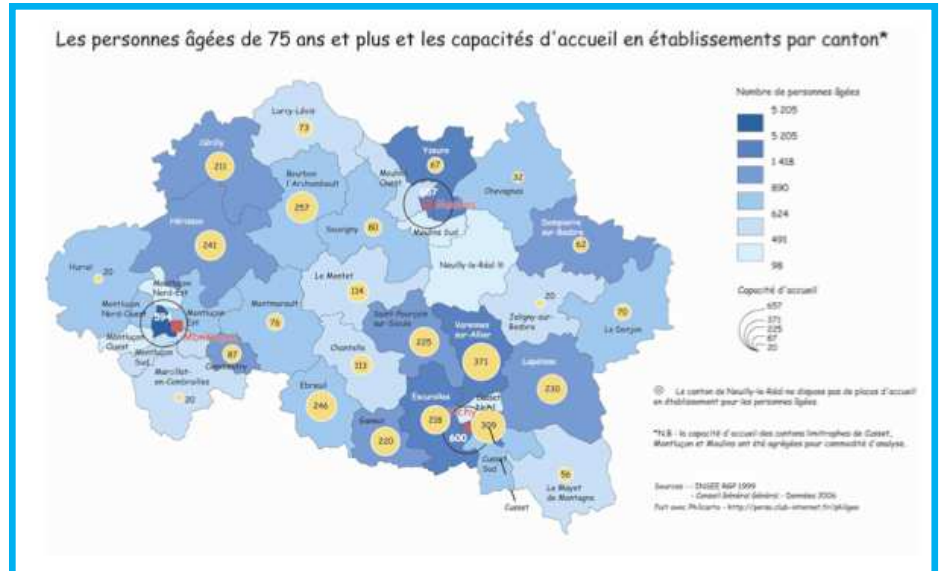
3219 journées en soins de suite et de réadaptation des patients de la zone en 2008

■ **La prise en charge des personnes âgées**

La Communauté de communes de Lapalisse ne compte pas de SSIAD sur son territoire. Le secteur est néanmoins couvert par le SSIAD de Saint-Gérand le Puy (60 places autorisées à ce jour) qui dépend de la maison de retraite Roger Besson (Saint-Gérand-le-Puy).

L'EHPAD François Grèze de Lapalisse possède une capacité de 235 places. Il a signé une convention avec le réseau mémoire Allier qui lui permet de bénéficier de ses interventions.

Le secteur est couvert par le CLIC AMAREIS



## Les initiatives et volontés professionnelles et territoriales en matière de santé

Il s'agit ici d'évaluer le **potentiel local en matière de portage d'un dispositif coopératif** d'organisation des soins de 1<sup>er</sup> recours, ainsi que la **cohérence d'un projet de ce type** par rapport à d'autres organisations ou projets avoisinant le territoire d'étude, sachant que :

### - **L'évaluation du potentiel de portage territorial et professionnels est réalisé au regard de tout type de dispositif coopératif de santé**

Il s'agit ici d'apprécier les initiatives locales au regard de leur contenu (dispositif de type coopératif), de leur portage (territorial et/ou professionnel) et de leur déploiement (élaboration en mode projet)

- . Par dispositif coopératif de santé, il est entendu tout type de structuration des soins de 1<sup>er</sup> recours qui s'organise de manière inter-professionnelle, sur la base d'un projet de santé tels que les MSP, pôle de santé, réseau territorial, etc.
- . Par portage, il est ici question d'apprécier l'adhésion des PS d'une part et des élus d'autre part à la création d'un dispositif coopératif de santé
- . Un dispositif coopératif de santé est durable s'il comporte les éléments qui lui permettent de répondre aux besoins futurs de la zone par son attractivité, son adaptabilité intrinsèque et son potentiel de collaboration ouverte. En effet, dans le cas contraire, le projet de création de MSP risquerait de ne pas être « autoporté ».

### - **Les projets limitrophes au territoire d'étude de la CC sont à considérer à 2 titres :**

La coexistence de 2 projets limitrophes peut s'avérer opportune et faisable, sans pour autant apporter des garanties de durabilité s'il s'avère que la promiscuité de 2 projets assure un niveau d'activité professionnelle insuffisant aux PS concernés.

Par ailleurs, afin de gagner en synergie, la coexistence de projets doit aboutir à mailler le territoire, de sorte à potentialiser les ressources, mobiliser et améliorer la capacité de l'organisation à s'adapter à des besoins et contextes nouveaux (fonctionnement en mode ouvert).

#### Ce qui caractérise un dispositif coopératif de santé

L'existence d'un **projet commun entre des PS** : une vision commune et des orientations partagées pour améliorer l'offre de soins sur un territoire.

#### L'inter-professionnalité.

La **coordination** et le partage de pratiques.

La capacité d'intégrer des besoins futurs, via une **ouverture sur l'extérieur** qui facilite la créativité.

La recherche de **maillage** avec d'autres offreurs de soins.

L'**attractivité** pour les jeunes PS.

Source : Diotima

Voir également le Cahier des Charges National des MSP (27/7/2010)



## Initiatives et projets

### La prise de conscience et le projet de création d'une MSP

L'étude réalisée en 2007 sur la démographie médicale par la DDASS<sup>43</sup> identifiait le secteur comme fragile, compte tenu à l'époque des facteurs suivants :

- nombre d'habitants par médecin : écart de 40% par rapport à la moyenne départementale
- 20 % de médecins > 60 ans
- 1/3 de la population > 60 ans
- un déficit de 2 MG
- un nombre de dentistes très insuffisant (2 dentistes sur le secteur dont 1 > 60 ans)

Face à ce constat **les élus de la CC ont envisagé la possibilité de création d'une MSP sur leur territoire** : ce projet a mûri au fil de réunions organisées avec les PS

- **Le 11 mars 2009** : se tient une réunion élus/PS, où les élus présentent le rapport sur la démographie médicale, et sollicitent l'avis de PS sur ce projet.  
Participent à cette réunion : 4 MG, 2 D, 6 IDE, 2 ambulanciers  
Le principe de création d'une MSP reçoit un écho favorable, et les différentes étapes d'élaboration d'un « projet collectif de santé » sont abordées. La CC annonce se charger de l'aspect immobilier et des contacts avec les partenaires institutionnels.
- **Le 14 mai 2009** : à l'occasion d'une nouvelle réunion élus/PS, les élus font état des démarches engagées auprès des partenaires institutionnels (ARDTA, MSR, Préfet de l'Allier). Les PS formulent pour leur part le souhait d'un dispositif souple et s'interrogent sur certaines dispositions apparemment contraignantes du cahier des charges régional (notamment, tâches administratives trop lourdes).
- **Le 8 octobre 2009** : une réunion élus/PS a lieu en présence d'un étudiant MG intéressé par la perspective d'intégrer une MSP. Les élus font état des récents échanges avec le MSP et la préfecture, et confirment aux PS que le cahier des charges régional devra être respecté sans possibilité de dérogation pour prétendre à des financements au titre d'une MSP ; une évaluation des surfaces nécessaires au regroupement des PS a été réalisée à hauteur de 500 m<sup>2</sup>
- **En juin 2010**, l'ARS confirme pour sa part qu'elle ne retient pas pour l'heure le projet de Lapalisse, compte tenu de l'absence de projet de santé
- **Le 29 juin 2010** : les élus inscrivent le projet de création de MSP dans le contrat de territoire signé avec le conseil général de l'Allier. Les PS sont pour leur part sollicités pour réaliser leur projet de santé

#### Le projet de création d'une MSP sur Lapalisse

##### L'équipe de PS

- . 3 MG (dont un jeune MG qui souhaite rejoindre le dispositif lors de son installation)
- . 2 Dentistes
- . 4 ou 5 infirmières
- . 1 MK

##### Les souhaits d'intégration

(éventuellement en mutualisation avec le Donjon ou le Mayet)  
Un pédicure  
Un orthophoniste

##### Les partenaires du projet de santé

Laboratoire d'analyses  
SSIAD  
Transporteurs

##### Le porteur immobilier

La CC de Lapalisse

##### Les surfaces : 700 m<sup>2</sup>

##### Les axes du projet de santé (voir ci dessous)

<sup>43</sup> Rapport sur la démographie médicale prospective de l'Allier, novembre 2007, page 19



- **Le 3 novembre 2010**, une réunion (26 participants) est organisée avec le cabinet Diotima<sup>44</sup>, en présence des PS et des élus. Il ressort de cette réunion d'échange :
  - . Qu'une équipe projet constituée des PS souhaitant intégrer la MSP et des volontaires pour réfléchir au projet est constituée,
  - . Que Mr Alain, Egal, dentiste à Lapalisse est nommé chef de projet
  - . Qu'un planning de réunions de l'équipe est déterminé.
  
- **2 réunions plénières de l'équipe projet** ont eu lieu les 17 novembre (19 participants) et 17 décembre (16 participants) en vue de l'élaboration du projet de santé. 3 sous-groupes chargés de réfléchir sur un argumentaire en faveur de la création d'une MSP, le fonctionnement et la charte de la MSP, le projet collectif de santé se sont également réunis dans l'intermédiaire, et le principe d'un contact avec un MG de la maison médicale du Donjon a été acté.
  
- **1 réunion préparatoire** à l'équipe projet du 12 janvier ainsi qu'au comité de pilotage du 20 janvier 2011 est programmée le 11 janvier avec le cabinet Diotima.

En conclusion, une **volonté forte des élus** se dégage pour porter et appuyer le projet de création d'une MSP. Par ailleurs, la CC possède une bonne connaissance du tissu des partenaires institutionnels et des textes réglementaires en matière de santé qui constitue un véritable appui aux PS du secteur dans l'élaboration de leur projet.

**Du côté des PS, la prise de conscience de la criticité** de la situation du territoire au regard de la prise en charge des patients dans un contexte de démographie médicale défavorable est acquise, et l'intérêt de passer à un mode d'exercice coopératif est avéré. Les interrogations qui subsistent sont du registre habituel en matière de changement, et peuvent être comblées par un apport de connaissances, une élaboration partagée et précise du projet de santé et la prise de repères en matière de fonctionnement coopératif.

D'ores et déjà, les grands axes du projet de santé, qui est en cours d'élaboration, sont les suivants :

- ◆ En termes de projet professionnel
  - . La **coordination inter-professionnelle** : des réunions trimestrielles entre médecins et semestrielles entre tous les membres de la MSP, l'élaboration de protocoles prioritaires (douleur, fin de vie, esquarres), des collaborations en terme de sortie d'hospitalisation.
  - . Le **développement professionnel continu** : formation des professionnels aux prises en charges complexes et/ou coordonnées (assurée par les réseau thématiques notamment)
  - . L'utilisation d'une **base de données informatisée commune**
  - . La mise en place d'un **site internet** descriptif et explicatif de la structure.
    - . Les professionnels souhaitent formaliser ces engagements dans une charte de fonctionnement.
  
- ◆ En termes de projet d'organisation de la prise en charge
  - . La prise en charge des **urgences non vitales** : salle de petites urgences, permanence des médecins de 8H à 20H et le samedi matin (8H-12H avec un médecin), disponibilité des infirmiers (pour l'organisation des consultations non programmées) et des ambulanciers

<sup>44</sup> Opération préfigurant les « Accompagnements Starter » définis dans le plan d'actions présenté au Pays le 6/1/2010

- . La prise de RV combinés entre PS (notamment dans le cadre de pansements)
- . La **prise en charge des personnes âgées** : accueil de paramédicaux nécessaires à une bonne prise en charge (pédicure, orthophoniste), prise de RV combinés, aide à la prise en rendez-vous chez les spécialistes et orientation du patient âgé dans son parcours de soins, transmission des ordonnances à la pharmacie, liens avec les professionnels sociaux et médico-sociaux, participation à des actions de prévention et aux réseaux thématiques (RASP par exemple)
- . La **prise en charge des populations jeunes** : accueil d'un orthophoniste, liens avec le CMP, orientation pédiatrique de certains médecins, interventions dans le milieu scolaire sur l'éducation à la santé.
- . La **prise en charge de pathologies spécifiques** : **diabète** (adhésion au réseau, implication des pharmaciens, formation et information des intervenants ou des patients, éducation thérapeutique et prévention), **Alzheimer** (liens avec l'EHPAD notamment dans le cadre du dépistage précoce, de consultations mémoire, d'accueil de jour, formation des professionnels, orientations gériatrique de certains médecins), **addictions** (drogue, alcool, tabac)
- . La **coordination** avec l'ensemble des PS du territoire et les services sociaux et médico-sociaux.
- . L'accueil de **consultations spécialisées** de cardiologie et de dermatologie
- . L'implication **dans des projets de télémédecine**.

***Cf. document complet en cours de rédaction par les professionnels.***

- **L'activation du dispositif départemental « Wanted » pour attirer de jeunes MG**

Plusieurs étudiants MG ont été reçus par les élus et le Dr Roussilhe pour évoquer la perspective d'une installation sur Lapalisse au sein d'une MSP.

Un jeune étudiant a formulé le souhait de s'installer sur le secteur : il intègre de surcroît l'équipe projet, avec un projet de thèse sur la télémédecine.

- **Les autres projets ou initiatives du territoire et les projets limitrophes qui peuvent avoir un impact sur le déploiement d'un dispositif coopératif de santé sur la CC de Lapalisse**

L'**EHPAD de Lapalisse** est en cours d'extension avec la création d'une unité Alzheimer, et également engagée sur un projet de structure d'accueil petite enfance : il pourra être intéressant d'associer l'EHPAD dans le cadre des échanges qui se tiendront pour définir le projet de santé de la future MSP, ceci aux fins d'appréhender d'éventuelles collaborations (mutualisations de ressources, besoins et attentes respectifs...).

Une étude pour créer un relais de santé sur la commune d'**Isserpent** (10km du Payet de Montagne) avait été menée par la Société d'Équipement d'Auvergne il y a quelques années : ce projet a été considéré comme non opportun au terme de l'étude, en l'absence de médecin prescripteur. Il pourrait être utile cependant d'intégrer les résultats de cette étude aux réflexions en cours sur Lapalisse (la commune d'Isserpent a depuis lors un projet de lieu d'accueil à destination des personnes âgées, « Villa Family » et une réservation d'emprise foncière à destination d'un accueil médical) et d'investiguer les modes de fonctionnement en pôle avec les professionnels qui y sont installés afin d'optimiser la prise en charge des patients.

**Sur Le Donjon**, la création récente d'une structure pluridisciplinaire pourrait également faire l'objet d'une réflexion, en vue de mutualisations éventuelles (par exemple, comment potentialiser l'éventualité de consultations avancées de spécialistes dont la mise en place est en cours d'analyse en collaboration avec le CH de Moulins) et de recherche de coordination entre les équipes

respectives aux fins de synergie maximales. Un premier contact avec un des médecins généralistes du Donjon a d'ailleurs été programmé par l'équipe projet.

## Pistes de travail pour alimenter l'élaboration d'une stratégie territoriale de santé durable à échelle du Pays

Sur la CC du Pays de Lapalisse, 3 thèmes de réflexion ressortent au terme des analyses, qui peuvent nourrir la réflexion en cours sur la création d'une MSP :

-aboutir sur le **projet de création** de MSP

-**comment prendre en charge de façon coordonnées une population vieillissante, et déployer des actions de prévention ciblées** sur les pathologies les plus prévalentes sur le département (maladies cardio-vasculaires, tumeurs, affections psychiatriques et addictions) ? Ces interrogations devraient fortement imprimer le contenu du projet de santé.

-**comment améliorer la coordination entre l'ensemble des acteurs de santé** ? Avec les autres offreurs de soins identifiés (EHPAD par exemple), avec d'autres initiatives territoriales (Le Donjon, Le Mayet de Montagne, Cahier de Liaison mis en place par le Département par exemple), avec des réseaux de santé, avec d'autres partenaires de santé (MSA,...) ?

## Personnes ressources

Nom	Fonction
Didier Bardon	DGA de la Communauté de Communes
Georges Dajoux	Président de la CC, Maire de Servilly
Jacques de Chabannes	Maire de Lapalisse, Vice-président de la CC, Conseiller Général
Dr Alain Egal	Dentiste à Lapalisse, Chef du projet de MSP
Dr Joël Roussilhe	MG à Lapalisse et coordonateur l'EHPAD.

