

DEPARTEMENT DES LANDES

Préfecture, Conseil Général, ULMF, Conseil Régional



Réalisation d'un schéma
d'analyse et de couverture
des besoins de santé

Une approche d'aménagement du territoire

Une démarche de santé publique

Document 2/2

Schéma Départemental des soins ambulatoires Avril 2008

TAMALOU-CONSULTANTS

5 rue Matabiau

31 000 Toulouse

Tel/fax: 0561621994

Tamalou.consultant@wanadoo.fr

COHEO

15 rue Paul Louis Lande

33 000 Bordeaux

Tel: 05 56 31 22 88

www.coheo-conseil.com

SOMMAIRE

I-	LES ENJEUX ET LES ORIENTATIONS GENERALES DU SCHEMA.....	p 4
1	Les conclusions de l'état des lieux.....	p 4
2	Les principes transversaux.....	p 7
II-	LA POLITIQUE DEPARTEMENTALE DE MISE EN ŒUVRE DU SCHEMA.....	p 9
1	Les axes de cette politique.....	p 10
III	LE PLAN D' ACTIONS, à l'échelle du Département, à l'échelle des Cantons.....	p 17
1	Les actions transversales à conduire au niveau Départemental.....	p 17
2	Les actions ciblées à conduire au niveau des Cantons.....	p 20
-	Groupe1 : Les cantons déjà en difficulté.....	p 22
-	Groupe2 : Les cantons où il est nécessaire d'anticiper sur les difficultés.....	p.43
-	Groupe3 : Les cantons de bord de mer encore attractifs.....	p 86
-	Groupe4 : Les cantons des agglomérations.....	p 95

IV	ORGANIGRAMME DU SCHEMA.....	p 105
	1 Les missions du Comité de Pilotage Départemental.....	p 106
	2 Place et rôle des Pays etr des Agglomérations.....	p 108
	3 Place et rôle des Communautés de Communes et/ou Communes.....	p 109
V	LES OUTILS DU SCHEMA.....	p 111
	1 La régulation de l'offre de soin ambulatoire dans le PLFSS 2008.....	p 111
	2 La Définition des Maisons de Santé Pluriodisciplinaires.....	p 112
	3 Un Référentiel National des MSP.....	p 112
	4 Un accompagnement méthodologique adapté.....	p 113
	5 Quelques exemples de réalisations et de projets de MSP.....	p 114

I- Les enjeux et les orientations générales du Schéma

1- Les conclusions de l'état des lieux

L'état des lieux réalisé permet d'avancer les conclusions suivantes :

- **certains cantons sont déjà en difficulté** et cumulent souvent une sous-médicalisation existante, (moins de 1 médecin pour 1000 habitants), une proportion importante de médecins de plus de 55 ans, une activité au dessus de 4500 actes annuels. L'ensemble de ces facteurs crée une situation défavorable à toute nouvelle installation.
- une autre catégorie est constituée de cantons dont la démographie des professionnels de santé se maintient en équilibre et qui **peuvent très rapidement être en difficulté**, dès 2010 ou avant, si leur équilibre est remis en cause par le départ de quelques professionnels de santé
- **la plupart, voire l'intégralité des cantons** risque de rencontrer de sérieuses difficultés de renouvellement des professionnels à l'horizon 2015.

La situation difficile envisagée pour 2015 repose sur des constats partagés au niveau national tels que :

- la diminution du nombre de médecins formés
- l'augmentation des départs en retraite
- l'évolution de la demande en soin tant sur un plan quantitatif que qualitatif
- la modification des attentes des jeunes médecins en matière de pratiques professionnelles.

Ces différents constats sont totalement semblables à ceux énoncés localement dans l'étude diagnostic.

Les modifications de fond dans la manière de concevoir la pratique médicale en ambulatoire reposent :

- sur la volonté de promouvoir et d'organiser **un exercice pluridisciplinaire et concerté**
- sur la nécessité d'une **formation et information permanente des professionnels garantissant qualité et sécurité des soins.**

Bien qu'il soit difficile d'analyser plus finement les différents liens de cause à effet, les pouvoirs publics se trouvent donc confrontés à un double enjeu :

- Ø **Garantir et maintenir une offre de soin ambulatoire en adéquation avec les besoins de la population,**
- Ø **Accompagner de manière efficace et soutenue l'évolution qualitative de la demande et de l'offre de soin.**

Et ce dans un contexte national **évolutif tant au niveau des politiques de santé qu'à celui des contraintes financières.**

Il est donc plus que jamais nécessaire d'identifier et de préciser les orientations politiques départementales afin :

- è **de répondre concrètement et de manière cohérente aux élus et professionnels de terrain,**
- è **de pouvoir positionner le Département en tant qu'interlocuteur et acteur des politiques régionales initiées et mises en œuvre par la future ARS.**

Le schéma proposé met en œuvre deux options qu'il est nécessaire d'énoncer en amont du plan d'actions :

- Ø **Renforcer l'attractivité des territoires afin de maintenir la démographie des professionnels de santé dans des proportions acceptables**
- Ø **Définir , expérimenter de nouveaux modes d'exercice afin d'optimiser les modes d'organisation de l'offre de soin et d'en développer la qualité**

Ces deux options ne sont pas contradictoires mais, au contraire, complémentaires et inter-actives. Elles permettent en effet de concilier les attentes et souhaits de la population et des professionnels de santé en matière de qualité de l'offre de soin tout en tenant compte d'une réalité inéluctable en terme de ressources humaines et de moyens financiers.

Afin de concrétiser ces enjeux et options, le schéma proposé s'articule autour de deux composantes interdépendantes :

- l'élaboration et la mise en œuvre d'une **politique Départementale d'accompagnement à l'évolution du système de soin ambulatoire**
- **un plan d'actions ciblées à mettre en œuvre de manière coordonnée et concomitante à l'échelle départementale et à celle des cantons.**

Ces composantes sont étroitement complémentaires et doivent pouvoir être conduites de manière simultanée. En effet, la politique d'accompagnement doit permettre de créer une dynamique générale d'évolution de l'offre de soin ambulatoire indispensable à la

concrétisation des actions terrain. En contrepartie, les réalisations terrain et expérimentations peuvent constituer le « terreau de créativité » de cette politique.

Les axes du schéma détaillés dans les chapitres suivants s'appuient sur les principes transversaux identifiés avec les acteurs de terrain en fin de première phase

2- Les principes transversaux

2-1 Une adaptation au cas par cas des préconisations.

Le diagnostic réalisé, l'expression des souhaits des professionnels, les mesures parfois déjà initiées par les élus démontrent bien l'intérêt d'une analyse détaillée de chaque situation :

- **En terme d'approfondissement de l'analyse de ces difficultés.** En effet, la localisation géographique, la présence ou non d'un plateau technique de proximité, le renfort possible des professionnels de proximité peuvent influencer dans un sens positif ou négatif l'impact des indicateurs. Cette volonté de faire vivre les chiffres à partir de l'expression de la réalité quotidienne est une demande forte des professionnels rencontrés.
- **En terme de prise en compte des ressources existantes.** Les particularités géographiques, le mode d'organisation actuel des professionnels de santé sont des facteurs décisifs et différenciés de réussite des solutions proposées.

2-2 L'implication des professionnels de santé

Le respect de ce principe poursuit deux objectifs :

- Respecter et valoriser l'exercice libéral dans sa capacité à organiser et réguler l'offre de soin
- Développer chez les professionnels à travers une implication individuelle l'émergence de modes de réaction collectifs et structurés.

2-3 Une approche des besoins en santé décloisonnée

L'évolution de la demande de soin, son caractère à la fois plus global et plus personnalisé nécessite une approche concertée dans l'organisation de la réponse.

Les exigences de coordination et de travail en réseau développées par les tutelles depuis de nombreuses années, la nécessaire complémentarité des interventions sanitaires et médico-sociales dans le maintien à domicile des personnes âgées obligent à considérer le décloisonnement comme un des facteurs clés de la qualité de l'offre.

2-4 Une obligation d'évaluation

Nécessaire à la pérennisation de toute action, l'évaluation des actions enclenchée constitue par elle-même une source d'indicateurs de surveillance et de suivi.

Elle constitue ainsi la meilleure garantie de l'évolutivité du dispositif.

II- LA POLITIQUE DEPARTEMENTALE DE MISE EN ŒUVRE DU SCHEMA DES SOINS AMBULATOIRES

Cette politique poursuit deux finalités essentielles que l'on pourrait résumer ainsi :

- ***conforter l'attractivité du territoire landais en garantissant à la population une offre de soin de proximité de qualité,***
- ***contribuer à l'amélioration du dispositif en accompagnant l'évolution des professionnels dans leur mission de service au public.***

L'identification de ces deux finalités permet de caractériser cette politique.

Ü Elle se définit en effet en terme **d'accompagnement et d'incitation et de soutien** et ce, afin de respecter le caractère structurel libéral de notre système de soin ambulatoire.

Ü Elle est forcément **contractuelle** puisqu'elle associe mise à disposition de fonds publics et organisation professionnelle privée

Ü Elle est par définition **partenariale** dans sa volonté de rassembler et de coordonner les composantes sanitaires et médico-sociales dans une approche globale de la santé.

1- Les axes de cette politique

1-1 Accompagner les professionnels de terrain dans l'amélioration et la régulation de l'offre de soin

Cet axe qui est détaillé précisément à travers les fiches-actions spécifiques au département et à chaque canton nécessite la définition d'orientations départementales garantissant la mise en œuvre des actions de terrain.

Ü **Promouvoir un exercice regroupé pluridisciplinaire** soit :

- en **Maisons de Santé Pluridisciplinaires** respectant des caractéristiques et critères départementaux
- par un **travail en réseau organisé** poursuivant les mêmes objectifs que les MSP mais qui tient compte des modes d'installation dispersés obligatoires dans certains cantons, géographiquement vastes et ce pas uniquement en terme de facilités immobilières mais en terme de projet de soin incluant l'amélioration de la qualité, de la permanence et de la continuité des soins.

Remarque

*Nous avons choisi d'utiliser le terme de **Maison de Santé Pluridisciplinaire** qui est d'ailleurs celui choisi par la CNAM pour deux raisons :*

- *le mot **santé** implique la dimension préventive et médico-sociale des soins,*
- *le terme **pluridisciplinaire** permet de souligner et de concrétiser l'approche globale des besoins en santé plébiscitée par les usagers ainsi que le souhait de pratiques collégiales exprimé par les professionnels de santé.*

Le choix entre les deux modes d'organisation, MSP ou réseau, ne peut pas toujours s'apprécier à priori et nécessite une consultation de terrain préalable des professionnels et des élus locaux, quant aux réalités géographiques et aux motivations des professionnels.

Le chapitre consacré aux outils du schéma propose une **base de référentiel** permettant aux décideurs d'alimenter et de guider la mise en œuvre de ces projets MSP et réseaux.

D'autre part, il est à noter que le montage de projet MSP nécessite un temps d'élaboration de 2 à 4 ans, tant au niveau de l'identification des objectifs communs qu'à celui de la négociation des moyens d'organisation et de financement. L'émergence d'un travail en réseau constitue souvent les fondations de tout projet d'exercice regroupé formalisé. Il est donc indispensable de guider et d'accompagner cette réflexion collective, voire de l'initier dans certains cas .

Ü *Initier et soutenir des expériences originales en matière d'organisation des soins*

La mise en œuvre des Maisons de Santé Pluridisciplinaires et/ou du travail en réseau peut s'accompagner **d'expériences créatives** suscitées par de nouveaux besoins de santé publique associés à une approche globale du soin :

- intégration d'intervenants sociaux ou médico-sociaux
- contribution et/ou organisation d'actions de prévention et d'éducation sanitaire
- ancrage géographique de la MSP au sein d'une autre structure, hôpital local, EHPAD...
- élargissement à des services petite enfance ou personnes âgées, accueil de jour Alzheimer,
- expérimentation de transfert de compétences entre professionnels.

Tout projet ayant du sens par rapport à la problématique locale doit pouvoir être envisagé afin de faire vivre la dénomination Maison de Santé Pluridisciplinaire et renforcer ainsi **son image de service à la population**.

Remarque concernant les moyens :

La mise à disposition d'un accompagnement, sous forme de journées de conseil, en fonction des besoins peut constituer une aide méthodologique intéressante

Les professionnels de santé, de par leur disponibilité et leur formation initiale ne maîtrisent pas toujours la conduite de projet ; le cadre juridique est lui aussi complexe à appréhender dans sa totalité. L'aide d'un consultant expérimenté dans le domaine, agréé par le Comité de Pilotage peut s'avérer judicieuse.

Ü **Soutenir et développer une expression et des réflexes collectifs chez les professionnels libéraux**

Les professions de santé et notamment la profession médicale vivent de profondes mutations liées à l'évolution de la santé et des exigences de la population, mais aussi à celle, plus générale d'une évolution sociétale en matière de conditions de vie et de travail. Les aspirations des jeunes professionnels, qu'ils soient hommes ou femmes sont sensiblement différentes de celles de leurs prédécesseurs. Ceci crée parfois un clivage entre générations, des absences de solidarités auxquelles il est important de remédier avec le concours des organisations professionnelles.

Garantir l'expression des jeunes médecins à l'intérieur de commissions ad hoc, être à l'écoute de leurs besoins et de leurs motivations, contribue à créer un climat de confiance et de collaboration propice à un exercice pluridisciplinaire.

La dynamique créée peut générer une mutualisation des ressources de remplacement, une meilleure circulation des informations concernant les projets et le devenir professionnel, une communication permanente qui fassent que l'exercice libéral ne signifie plus exercice isolé.

1-2 Contribuer et soutenir la valorisation et la reconnaissance de la profession de médecin généraliste

Il s'agit ici de favoriser la participation des médecins généralistes, notamment ruraux à la formation initiale de leurs confrères.

Ü **Augmenter les possibilités de stages médicaux en territoire landais**

Les projets d'installation se dessinent souvent lors de stages intéressants et réussis. Or la proposition et la réalisation de ces stages est fonction de la densité départementale de maîtres de stage. Il peut être important d'inciter les médecins ruraux à développer cette compétence d'encadrement des étudiants afin de mieux faire connaître et reconnaître ce mode d'exercice.

L'existence d'un maître de stage peut constituer un critère favorable lors de la création d'une MSP.

D'autre part, afin de tenir compte des difficultés de disponibilités des médecins, il semble nécessaire d'ouvrir les possibilités de stage pour l'ensemble des médecins d'une MSP, sous la responsabilité d'un maître de stage.

Ü **Faciliter la réalisation matérielle de ces stages**

La mise à disposition de logements (prévus dans le projet MSP par exemple), l'aide financière aux déplacements, peuvent permettre de développer l'attractivité de ce type de stage

1-3 Développer l'attractivité du territoire pour de futurs professionnels

L'ensemble de ces dispositions peut être développé pour tous les professionnels de santé dont le territoire a besoin.

Ü **Contribuer à la qualité des études par l'attribution de bourses contractuelles**

Cette disposition déjà existante peut être renforcée. Il est toutefois important de ne pas générer de surenchère entre départements, le rachat des contrats créant alors une difficulté supplémentaire.

Ü **Soutenir les étudiants landais dans le déroulement de leurs études**

Favoriser la démocratisation de l'accès aux études de médecine, avec, par exemple une offre spécifique de logement, sur un lieu unique avec des possibilités d'entraide et de soutien des étudiants dans leurs apprentissages...

Ü **Mobiliser les possibilités locales en matière d'aide logistique à l'installation**

Afin d'accompagner l'évolution des attentes des jeunes générations de professionnels, l'aide et l'incitation à l'installation notamment en milieu rural peuvent passer :

- par une aide logistique à la recherche de locaux professionnels et privés
- l'accès facilité aux modes de gardes d'enfants, d'emploi à domicile etc...

Les services proposés, outre le fait de faciliter une nouvelle installation, témoignent aussi de la volonté locale d'accueillir les nouveaux venus de manière conviviale et solidaire.

Ü **Développer de nouvelles formes d'installation**

Telles que :

- la dissociation entre lieu d'habitation et lieu de travail : il est important d'anticiper ce nouveau mode par l'intégration systématique d'un lieu d'habitation dans ou proche des MSP, ceci afin de faciliter l'organisation des gardes qui , seule nécessite une présence obligatoire sur le lieu d'exercice
- le développement des cabinets secondaires : cette mesure qui peut être pertinente pour les médecins dans le cadre d'une activité à temps partielle sur plusieurs territoires, l'est évidemment pour des professionnels tels que les dentistes, orthophonistes, pédicures, psychologues, etc....
- la possibilité d'un exercice libéral complémentaire à une activité salariée
- mise à disposition de locaux notamment au sein des MSP pour des consultations de spécialistes médicaux et paramédicaux (en exercice libéral comme dans le cadre de consultations avancées hospitalières).

1-4 Soutenir tout au long de l'exercice une pratique de qualité

Il est clair que les mesures d'incitation à l'installation doivent pouvoir trouver un prolongement dans un soutien et un accompagnement constants.

Ü **Généraliser et faciliter les remplacements**

Outre le fait que l'organisation des remplacements contribue au maintien de la qualité et de la permanence des soins, il est important de remarquer que les nouvelles installations se réalisent le plus souvent à la suite d'un remplacement réussi.

L'organisation plus collective de ces remplacements à l'échelle d'un Pays ou d'un ensemble de cantons proches peut permettre de constituer un groupe potentiel de candidats aux successions.

Cette mutualisation des remplacements peut ainsi créer une dynamique de prise en charge collective à partir d'une problématique individuelle. Elle constitue un élément d'attractivité pour de jeunes professionnels, tant au niveau de conditions de travail plus confortables qu'à celui d'une intégration progressive dans le réseau de professionnels d'un même territoire.

Ü Soutenir les professionnels de santé dans les actions d'amélioration de leurs pratiques

L'ensemble des professions de santé vit un certain nombre de mutations en lien avec l'évolution de la demande soin et la restructuration de l'offre de soin hospitalière et extra hospitalière. Ces mutations génèrent un grand nombre de projets qui nécessitent parfois l'appui et le soutien des politiques locaux. Tels que :

- le dossier partagé entre tous les professionnels,
- le développement de l'hospitalisation à domicile,
- l'organisation de consultations avancées de médecins spécialistes (possibles à intégrer dans une MSP)
- la participation à la création et l'animation de réseaux thématiques (oncologie, diabète, soins palliatifs, santé précarité, santé mentale..)

En bref toute initiative ou projet en lien avec l'amélioration des filières de prise en charge

Ce soutien peut concerner de la même manière les projets et initiatives des organisations professionnelles :

- organisation de formations de proximité pour les professionnels libéraux notamment ruraux,
- création de commissions de jeunes professionnels...

Ces quatre axes trouvent leur concrétisation de terrain dans les fiches actions déterminées dans le chapitre suivant.

Ils sont complétés par deux axes de travail indispensables à la cohérence générale du schéma

1-5 Articuler le Schéma Départemental avec le dispositif d'aides de l'Etat, de l'Assurance Maladie et de la Région

La mise en œuvre du schéma suppose une articulation fine avec les dispositifs existants, tant au niveau de leur utilisation qu'à celui de leur évolution.

1-6 Développer et structurer une campagne de communication autour de la mise en œuvre du schéma

Ü *Communiquer largement autour des réalisations*

Afin de soutenir et de faire connaître les actions initiées, de contribuer à l'évolution des représentations sociales en terme de conception santé et d'évolution des métiers de la Santé, il parait nécessaire d'initier une campagne d'information sur la mise en œuvre de ce schéma.

Cette large communication, axée sur les réalisations départementales ,contribue bien évidemment au développement de l'attractivité du territoire landais.

Ü *Développer une communication ciblée pour les professionnels de santé*

Cette information ciblée, complémentaire à celle entreprise par l'URCAM sur son site d'aide à la décision d'installation , peut fournir par canton des éléments plus détaillés quant à l'organisation actuelle des professionnels (MSP, Réseau, les besoins en terme de recrutement, les réalisations spécifiques à ce canton).

III- LE PLAN D'ACTION, à l'échelle du Département, à l'échelle des cantons

1- Les actions transversales à conduire au niveau départemental

La plupart des orientations décrites dans le chapitre précédent nécessite une mise en œuvre départementale qui garantit simultanément la cohérence du schéma et le rôle décisif du Département dans la régulation concrète de l'offre de soin. Nous avons choisi de présenter ce plan d'action départemental en tableau afin d'en faciliter la lecture, mais aussi le suivi et l'évaluation futurs.

La déclinaison de ce plan d'actions permet par ailleurs de préciser les différents partenariats nécessaires à sa mise en œuvre.

Objectifs	Actions	Maître d'oeuvre et partenaires
<p>1 Accompagner les professionnels de terrain dans l'amélioration et la régulation de l'offre de soin</p> <ul style="list-style-type: none"> Û <i>Promouvoir un exercice regroupé pluridisciplinaire</i> Û <i>Initier et soutenir des expériences originales en matière d'organisation des soins</i> Û <i>Soutenir et développer une expression et des réflexes collectifs chez les professionnels libéraux</i> 	<p>Accompagner et évaluer à travers le Comité de Pilotage les réalisations terrain</p> <p>Mise en place de commissions « jeunes médecins »</p>	<p>CP départemental en collaboration avec les Pays et les Communautés de Communes</p> <p>Organisations syndicales et professionnelles</p>
<p>2 Contribuer et soutenir la valorisation et la reconnaissance de la profession de médecin généraliste</p> <ul style="list-style-type: none"> Û <i>Augmenter les possibilités de stage médicaux en territoire landais</i> Û <i>Faciliter la réalisation matérielle de ces stages</i> 	<p>Incitation à l'augmentation du nombre de maîtres de stage départemental en l'intégrant comme critère de création des MSP</p> <p>Inciter et soutenir les actions locales, les relayer au plan départemental</p>	<p>Le Département, en partenariat avec l'Université et les organisations professionnelles</p>
<p>3 Développer l'attractivité du territoire pour de futurs professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> Û <i>Contribuer à la qualité des études par l'attribution de bourses contractuelles</i> Û <i>Soutenir les étudiants landais dans le déroulement de leurs études</i> Û <i>Mobiliser les possibilités locales en matière d'aide logistique à l'installation</i> Û <i>Développer de nouvelles formes d'installation</i> 	<p>Définition d'une aide spécifique départementale avec contrat d'installation dans les Landes. Création éventuelle d'une Maison des étudiants</p> <p>Utilisation des aides Urcam Soutien logistique des communes</p>	<p>Département en coordination avec la Région.</p> <p>Département, Urcam, ARS et Communautés de Communes</p>

Objectifs suite	Actions	Maître d'oeuvre et partenaires
<p>4 Soutenir tout au long de l'exercice une pratique de qualité <i>Û Généraliser et faciliter les remplacements</i> <i>Û Soutenir les professionnels de santé dans les actions d'amélioration de leurs pratiques</i></p>	<p>Organisation d'une fédération départementale des actions du Pays en matière de mutualisation des ressources en remplacement</p>	<p>Département en coordination avec les organisations professionnelles</p>
<p>5 Articuler le Schéma Départemental avec le dispositif d'aides de l'Etat, de l'Assurance Maladie et de la Région</p>	<p>Utilisation de ces dispositifs Participation à leur évolution</p>	<p>Département en lien avec : MRS, Conseil Régional, URCAM, CPAM</p>
<p>6 Développer et structurer une campagne de communication autour de la mise en œuvre du schéma <i>Û Faciliter l'information des nouveaux professionnels</i> <i>Û Communiquer sur les réalisations</i></p>	<p>Mise en place d'un site internet complémentaire de Carto-santé (URCAM) Actions de presse, internet..</p>	<p>Département</p>

2- Les actions ciblées à conduire au niveau des cantons

La définition de ce plan d'actions a nécessité un mode de classement des cantons en catégories, et ce à partir des éléments recueillis lors de la première phase.

Cette première classification aboutit à la création de **4** catégories permettant de regrouper des cantons aux caractéristiques similaires en terme **d'appréciation des risques** et de **modalités d'accompagnement des pouvoirs publics**.

Cette méthodologie permet ainsi de définir :

- le **degré d'intervention** nécessité par les situations de terrain, tant au niveau des enveloppes financières qu'à celui de l'aide et du soutien méthodologique,
- des **objectifs communs à chaque catégorie** pouvant se décliner de manière spécifique à chaque canton,
- une manière de procéder semblable à l'intérieur de chaque catégorie.

Il est à noter que cette classification des cantons à partir des facteurs de risque, avérés ou à venir tient aussi compte de la configuration et des caractéristiques géographiques propres à chaque canton.

LES GROUPES DE CANTONS

Le groupe 1 rassemble des cantons déjà en difficulté et qui nécessitent une intervention et une aide rapides afin de se retrouver dans des conditions normales d'organisation et de renouvellement de l'offre de soin

Hagetmau, Geaune, Pissos, Sore, Sabres et Roquefort

Mots clés de l'action : Initier, conduire, aider

Le groupe 2 est constitué de cantons qu'il est nécessaire de soutenir à moyen terme dans le renouvellement des départs de professionnels et pour lesquels il est utile d'anticiper sur les difficultés à venir

Pouillon, Peyrehorade, St Sever, Grenade sur /Adour, Amou, Aire/Adour, Montfort en Chalosse, Morcenx, Mugron, Villeneuve de Marsan, Gabarret, Labrit et Tartas

Mots clés de l'action : Accompagner, soutenir

Le groupe 3, constitué de cantons en bord de mer, bénéficie d'une attractivité certaine en matière de renouvellement des professionnels . Cette dynamique est à surveiller et entretenir .

Castets, Mimizan, Parentis en Born, Saint Vincent de Tyrosse, Soustons, Saint Martin de Seignanx

Mots clés de l'action : surveiller, accompagner

Le groupe 4 est le groupe particulier des agglomérations : si dans ce groupe, la plupart des difficultés peuvent être régulées à l'intérieur de l'agglomération, la réflexion sur une gestion plus collective de l'activité est à développer

Dax, Mont de Marsan

Mots clés de l'action : réguler, accompagner

Un préalable important :

*Ce plan d'actions ciblées et priorisées, pour autant qu'il soit indispensable à la mise en cohérence et aux décisions budgétaires concernant les actions du schéma, ne doit en **aucune manière freiner les dynamiques innovantes émergentes dans le département.***

*En effet, à moyen terme, **tous** les cantons peuvent se retrouver en difficulté et comme nous l'avons dit précédemment, tout projet original en matière d'organisation de l'offre de soin, nécessite **un temps d'élaboration et un investissement importants.***

GROUPE 1 : Les cantons déjà en difficulté

Hagetmau, Geaune, Pissos, Sore, Sabres et Roquefort

Caractéristiques communes :

- Ø Ces cantons sont pour la plupart sous-médicalisés (-de 1 médecin pour 1000 habitants)
- Ø Le nombre de médecins installés n'offre aucune marge de manœuvre dans le cas du départ de l'un d'entre eux
- Ø Les conditions d'exercice actuelles ne favorisent pas de nouvelles installations
- Ø Il s'agit de cantons ruraux, entourés de cantons eux-mêmes en difficulté
- Ø Les professionnels de santé sont conscients des difficultés démographiques actuelles et mobilisables

CIBLE : rétablir une densité normale de professionnels de santé (installation de 1 à 2 médecins et d'1 infirmière selon les cantons) afin de garantir la qualité de l'offre de soin et de créer les conditions minimales d'un renouvellement des professionnels

ECHEANCE : 2008/09

è Les critères d'inclusion

La moitié des médecins au moins a plus de 55 ans : ceci est vrai pour 5 cantons

et

L'équilibre actuel peut être totalement modifié par le départ d'un seul médecin

- Le nombre de médecins ne garantit aucun volant de sécurité dans le cas du départ d'un médecin (retraite, projet personnel, maladie...)
- Ceci est vrai pour tous ces cantons

è A cela s'ajoute

Une activité importante, au dessus de 5000 actes, qui réduit l'attractivité du secteur

et

Le faible nombre d'installations sur les 7 dernières années

LES OBJECTIFS

Ils sont traités par canton dans chaque fiche-action

LA PROCEDURE

Validation des fiches -action

- è Compléter les informations disponibles avec les acteurs du Pays et les représentants des professionnels
 - è Affiner les objectifs et décliner pour chaque commune les actions
- Ü **Groupe Pays**

Conduite du plan d'action

- è Mise en place d'un groupe projet Communauté de Communes avec coordination par le Pays
- è Concertation et implication des professionnels et élus locaux
- è Accompagnement méthodologique à l'élaboration du Projet

Ü **Réunions du groupe projet local**

Ü **Suivi par tableaux de bord communiqués au Pays et au Comité de Pilotage**

Il est à noter que certaines actions et notamment celles concernant le centre de ressources locales pour les remplacements et le développement de l'accueil des étudiants en stage peuvent être travaillées à l'échelle du Pays

CANTON DE GEAUNE

Catégorie de professionnels	Nombre Actuel Densité pour 1000 habitants	+ de 55 ans	Activité moyenne	Besoin 2015		Distances d'accès maximales au 1 ^{er} lieu de recours	Cabinets	Installations depuis 7 ans		Caractéristiques remarques
				4500	6500			Inst .	Dont repartis	
Médecins	4 (0,95)	3	4 644	5	4	8 km maximum	2	2		Etude pays en cours 3 médecins à Geaune 2 à Samadet Canton classé déficitaire par la MRS
Infirmières	6 (1,4)		10 000	4		idem				Activité importante SSIAD de 25 lits sur Geaune

Pop 1999	Projection 2015	Part des + de 65 ans En 1999	Consommation moyenne actuelle en actes médicaux (Urcam 2005), par consommant	Caractéristiques et commentaires
4215	4472	26 % 28 pour Geaune 30 - pour Lacajunte	6,5 avec 9 à Pujol	Une population âgée avec une forte consommation de soins médicaux

Les éléments d'analyse significatifs :

- Ü *Un équilibre actuel de l'offre de soin très fragile compte tenu de la proportion de médecins de + de 55 ans, pouvant être remis en cause à tout moment par un départ*
- Ü *Une activité normale à préserver afin de garantir l'attractivité du territoire*

Objectifs cibles:

- è *Préparer dès maintenant le départ éventuel des médecins de + de 55ans*
- è *Favoriser et accompagner la création d'une MSP*

Objectifs	Commentaires	Indicateurs de suivi	Acteurs et calendrier
<ul style="list-style-type: none"> è Connaître les projets individuels de chaque médecin è Prendre la mesure de leurs difficultés actuelles è Connaître les attentes des autres professionnels de santé è Identifier avec eux les possibilités d'exercice regroupé à partir de l'expérience des 2 cabinets 	S'appuyer sur l'étude Pays	Départ en retraite Suivi de l'augmentation d'activité (grille trimestrielle)	Pays et Communauté de Communes avec les professionnels rassemblés dans un groupe projet Tout de suite
<ul style="list-style-type: none"> è Faciliter les remplacements dans la perspective d'un remplacement è Etudier la possibilité d'un centre de ressources locales à l'échelle du pays ou d'un regroupement de cantons (peut-être avec Hagetmau ?) 	Aide logistique à la recherche Aide au logement Utilisation des aides Urcam A travailler à l'échelle du Pays	Suivi des remplacements	groupe projet Tout de suite
<ul style="list-style-type: none"> è Développer l'exercice pluridisciplinaire è Etudier la pertinence d'une MSP sur Geaune avec travail en réseau avec Samadet è Envisager les possibilités d'habitat différent du lieu d'exercice (logement pour la PDS etc.) 	Envisager un accompagnement méthodologique du projet	Suivi du projet Tableaux de bord	groupe projet Tout de suite

CANTON D'HAGETMAU

Catégorie de professionnels	Nombre Actuel Densité pou 1000 habitants	+ de 55 ans	Activité moyenne	Besoin 2015		Distances d'accès maximales au 1 ^{er} lieu de recours	Cabinets	Installations depuis 7 ans		Caractéristiques remarques
				4500	6500			Inst .	Dont repartis	
Médecins	8 (0,89)	6 (2 en 2005)	6965 6772 en 2005	12	8	12km pour Monget 9km pour Poudenx, Castelner,Cazalis	1	1		Etude pays en cours Tous installés à Hagetmau 2 maîtres de stages à Hagetmau
Infirmières	5 (0,6 pour 1000)		11 167 actes	9		idem				Tous les professionnels sont installés à Hagetmau. Une densité peu importante d'IDE avec une forte activité SSIAD de 65 lits

Pop 1999	Projection 2015	Part des + de 65 ans En 1999	Consommation moyenne actuelle en actes médicaux (Urcam 2005), par consommant	Caractéristiques et commentaires
8972	9519	24 % pour Hagetmau 26% pour Poudenx 40% pour Monget	5,6	Une population âgée avec une forte densité de PA sur Monget qui entraine une importante consommation de soins médicaux

Les éléments d'analyse significatifs :

- Ü *Un déficit de médecins et d'infirmières déjà réel*
- Ü *Un besoin important d'augmentation des professionnels de santé en 2015*
- Ü *Une activité actuelle importante qui rend fragilise la situation actuelle en cas de départ d'un médecin*

Objectifs Cibles :

- è *Renforcer dès maintenant les équipes actuelles par l'arrivée d'un à deux médecins, d'une à deux infirmières afin d'initier une dynamique d'attractivité du territoire*
- è *Favoriser l'intégration de nouveaux médecins à travers l'accueil des étudiants et les remplacements*
- è *Accompagner les projets d'exercice pluridisciplinaire regroupé*

Objectifs	Commentaires	Indicateurs	Acteurs et calendrier
<ul style="list-style-type: none"> è Connaître les projets individuels de chaque médecin et professionnel de santé è Prendre la mesure de leurs difficultés actuelles è Identifier avec eux les ressources possibles, en terme de collaboration, de travail en réseau, de MPS 	S'appuyer sur l'étude réalisée par le Pays	Suivi de l'augmentation d'activité (grille trimestrielle)	pays et communauté de communes avec les professionnels rassemblés dans un groupe projet Tout de suite
<ul style="list-style-type: none"> è Développer dès que possible les stages d'étudiants en médecin è Inclure l'accueil des stagiaires dans tout projet d'exercice regroupé è Identifier les éléments facilitateurs : logement, frais de déplacement 	<p>Discuter la faisabilité avec les 2 maîtres de stage actuels sur Hagetmau</p> <p>Utiliser les aides Urcam actuelles</p>	Réalisation des stages avec évaluation rigoureuse de l'impact auprès des étudiants	Maîtres de stage, université, communes et pays Tout de suite
<ul style="list-style-type: none"> è Faciliter les remplacements dans la perspective d'un remplacement è Etudier la possibilité d'un centre de ressources locales à l'échelle du pays ou d'un regroupement de cantons 	<p>Aide logistique à la recherche</p> <p>Aide au logement des remplaçants</p> <p>Utilisation des aides Urcam</p>	Suivi des remplacements	groupe projet Tout de suite
<ul style="list-style-type: none"> è Etudier les possibilités de transport pour la population âgée de Monget 	La mise en place d'un taxi « social » peut s'avérer utile pour le regroupement des consultations en cabinet ou en MSP	Indicateurs d'utilisation et de coût	en fonction de l'avancée du travail sur l'exercice regroupé
<ul style="list-style-type: none"> è Développer un exercice regroupé pluridisciplinaire (réseau et/ou MSP) è Favoriser et soutenir un projet de MSP è Communiquer sur les réalisations 	Le développement du travail en réseau peut constituer la première étape du montage d'une MSP qu'il est important d'envisager dans les 2 ans.	CR du groupe projet	groupe projet Tout de suite

CANTON DE PISSOS

Catégorie de professionnels	Nombre actuel	+ de 55 ans	Activité moyenne	Besoin 2015		Distances d'accès maximales au 1 ^{er} lieu de recours	Cabinets	Installations depuis 7 ans		Caractéristiques remarques
				4500	6500			Inst .	Dont repartis.	
Médecins	3 (1,01)	2	Non communiquée par l'URCAM élevé dans l'étude Landes Gascogne	4	3	14km pour Behade 13km pour Sagnac 10km pour Hostens	1	1		Existence d'une Maison médicale sur Pissos Le médecin recruté depuis est une femme (+de 50 ans) Territoire vaste avec distances importantes.
Infirmières	3	1	NC	3		idem				Pas de SSIAD

Pop 1999	Projection 2015	Part des + de 65 ans En 1999	Consommation moyenne actuelle en actes médicaux (Urcam 2005) Par consommant	Caractéristiques et commentaires
2964	3145	22% 27% à Pissos 28% à Mano	5,57 7,3 à Mano	

Les éléments d'analyse significatifs :

- Ü *Une équipe médicale très fragile compte tenu de la proportion de médecins de + de 55ans et du nombre initial (3)*
- Ü *Même remarque pour les professionnels infirmiers*
- Ü *Une maison médicale existante qui a permis le recrutement d'un médecin*
- Ü *Des distances importantes à l'intérieur du canton*

Objectif cible :

è Développer l'attractivité de la maison de santé afin de susciter dès maintenant l'arrivée d'un médecin et d'une infirmière ainsi que celle d'autres professionnels de santé afin de renforcer la pluridisciplinarité des pratiques

Objectifs	Commentaires	Indicateurs de suivi	Acteurs et calendrier
<ul style="list-style-type: none"> è Evaluer le fonctionnement actuel de la maison médicale è Approfondir le projet et les orientations, notamment en les élargissant à des professionnels para-médicaux è Mettre en place un accompagnement méthodo. è Valoriser l'existence de la MSP et communiquer sur ses réalisations 	<p>Réunions de travail avec l'équipe de la MSP dans un premier temps pour le bilan , élargies ensuite aux autres professionnels de santé</p> <p>Mise en place d'un accompagnement de projet</p>	<p>Départ en retraite Suivi de l'augmentation d'activité (grille trimestrielle)</p> <p>Existence du projet et suivi de réalisation</p>	<p>Pays et Communauté de communes avec les professionnels rassemblés dans un groupe projet</p> <p>Tout de suite</p>
<ul style="list-style-type: none"> è Renforcer les possibilités de soins infirmiers è Envisager en collaboration avec les professionnels de terrain la création d'un SSIAD è Réfléchir un rattachement à la MSP 	<p>A travailler simultanément au projet de réorientation et de consolidation de la MSP Inclure dans la réflexion les services d'aide à domicile</p>	<p>Suivi de la charge en soins</p>	<p>CG, Pays et professionnels</p> <p>2008</p>
<ul style="list-style-type: none"> è Faciliter les remplacements è Envisager les possibilités d'un centre de ressources local avec les cantons environnants 	<p>Aide logistique à la recherche Aide au logement Utilisation des aides Urcam</p>	<p>Suivi des remplacements</p>	<p>Pays et Communauté de communes avec les professionnels rassemblés dans un groupe projet</p> <p>Tout de suite</p>
<ul style="list-style-type: none"> è Développer avec les cantons environnants Sore, Labrit et Pissos les possibilités de stage 	<p>Groupe de travail commun aux cantons afin de faire émerger les possibilités d'un maître de stage, inclure dans cette réflexion la négociation avec l'université</p>	<p>Candidature maître de stage</p> <p>Stages réalisés</p>	<p>Médecins, organisations professionnelles département et Université</p> <p>2008/09</p>

CANTON DE ROQUEFORT

Catégorie de professionnels	Nombre Actuel Densité pour 1000 habitants	+ de 55 ans	Activité moyenne	Besoin 2015		Distances d'accès maximales au 1 ^{er} lieu de recours	Cabinets	Installations depuis 7 ans		Caractéristiques remarques
				4500	6500			Inst .	Dont repartis.	
Médecins	6 (0,84)	1	7538	9	6	11km pour Cachen 15 pour Lencouacq	1	3	1	Très forte activité Les médecins sont répartis sur Roquefort, Bourriot, St Justin, et Labastide , Sarbazan Une partie du canton est classé déficitaire par la MRS Présence d'un maître de stage Zone classée déficitaire par la MRS
Infirmières	6 (0,8)	2	14 093	7		idem				Forte activité SSIAD de 30 lits

Pop 1999	Projection 2015	Part des + de 65 ans En 1999	Consommation moyenne actuelle en actes médicaux (Urcam 2005) par consommant	Caractéristiques et commentaires
7115	7549	27% 32 à Maillas 34 à Labastide d'Armagnac	6,7 7,8 à Labastide 7,3 à Maillas	Une population âgée avec une consommation importante Vaste canton géographique

Les éléments d'analyse significatifs :

- Ü *Un déficit de médecins et d'infirmières déjà réel*
- Ü *Une activité actuelle importante qui rend très fragile l' « équilibre actuel » en cas de départ d'un médecin*
- Ü *Un mode d'installation assez éclaté lié à l'importance de la superficie du canton*

Objectifs cibles :

- è *Renforcer dès maintenant les équipes actuelles par l'arrivée d'un à deux médecins, d'une à deux infirmières afin d'initier une dynamique d'attractivité du territoire*
- è *Initier, soutenir et développer l'exercice regroupé (réseau, MSP)*

Objectifs	Commentaires	Indicateurs de suivi	Acteurs Calendrier
<p>è Connaître les difficultés des professionnels et leur manière de les appréhender, voire de les résoudre</p> <p>è Faire émerger les possibilités d'exercice groupé, de travail en réseau ou de MSP</p>	<p>Réunion de prise de contact</p> <p>Analyse des réalités de terrain</p> <p>Evaluation des collaborations possibles avec les cantons de Dax sud et Montfort en Chalosse</p>	<p>CR de réunion</p> <p>Tableaux de bord de suivi</p>	<p>Pays et Communauté de communes avec les professionnels rassemblés dans un groupe projet</p> <p>2008</p>
<p>è Favoriser les remplacements dans la perspective de succession</p> <p>è Explorer avec les professionnels leur pratique actuelle en matière de remplacement</p> <p>è Envisager les possibilités d'un centre de ressources local avec les cantons environnants</p>	<p>Aide logistique à la recherche</p> <p>Aide au logement</p> <p>Utilisation des aides Urcam</p>	<p>Evaluation des remplacements</p>	<p>Pays et Communauté de communes avec les professionnels rassemblés dans un groupe projet</p> <p>2008</p>
<p>è Développer les stages d'étudiants en médecine</p>	<p>Discuter la faisabilité avec le maître de stage actuel</p> <p>Identifier les éléments facilitateurs : logement, frais de déplacement</p>	<p>Réalisation des stages avec évaluation rigoureuse de l'impact auprès des étudiants</p>	<p>Maître de stage, université, commune et pays</p> <p>Tout de suite</p>

CANTON DE SABRES

Catégorie de professionnels	Nombre Actuel Densité pour 1000 habitants	+ de 55 ans	Activité moyenne	Besoin 2015		Distances d'accès maximales au 1 ^{er} lieu de recours	Cabinets	Installations depuis 7 ans		Caractéristiques remarques
				4500	6500			Inst .	Dont repartis.	
Médecins	5 (0,84)	3	5733	8	5	14km pour Escource 8km pour Commensacq et Luglon	0	0		Un exercice individuel où les professionnels se connaissent. Une mobilisation collective difficile. Sabres et Labouheyre sont classés en zones fragiles par la MRS
Infirmières	4 (0,7)	1	8564 actes	6		idem				Même répartition en pôles SSIAD de 42 lits à Labouheyre

Pop 1999	Projection 2015	Part des + de 65 ans En 1999	Consommation moyenne actuelle en actes médicaux (Urcam 2005) par consommant	Caractéristiques et commentaires
5920	6281	20 avec 27 à Sabres, 23 à Commensacq	6,1 avec 7,4 à Sabres et 6,2 à Commensacq	Une population âgée sur Sabres avec une forte consommation

Les éléments d'analyse significatifs :

- Ü *Un déficit de médecins et d'infirmières déjà réel*
- Ü *Une proportion de médecins de + de 55ans préoccupante*
- Ü *Une activité actuelle importante qui rend très fragile l' « équilibre actuel » en cas de départ d'un médecin*

Objectifs cibles :

- è *Renforcer dès maintenant les équipes actuelles par l'arrivée d'un à médecins, d'une infirmière afin d'initier une dynamique d'attractivité du territoire*
- è *Développer et soutenir la réflexion concernant l'exercice groupé*

Objectifs	Commentaires	Indicateurs de suivi	Acteurs Calendrier
<p> è Connaître les projets individuels de chaque médecin è Prendre la mesure de leurs difficultés actuelles è Identifier avec eux les ressources possibles en terme d'exercice regroupé en associant les autres intervenants libéraux è Faire émerger les possibilités de MSP et/ou de travail en réseau </p>	<p> Cf étude Pays Réunions de travail des médecins : identifier les possibilités de collaboration entre les 2 pôles, réseau de collaboration </p>	<p> Départ en retraite Suivi de l'augmentation d'activité (grille trimestrielle) </p>	<p> Pays et Communauté de communes avec les professionnels rassemblés dans un groupe projet 2008 </p>
<p> è Prendre en compte l'avis des professionnels pour l'implantation de nouvelles structures PA è Privilégier la création de SSIAD sur Sabres et /ou l'extension de celui de Labouheyre è Evaluer par rapport à l'implantation d'une EHPAD les possibilités de suivi médical. </p>	<p> En fonction de la mise en œuvre du PRIAC Le groupe projet Pays peut être le lieu de cette négociation et concertation </p>	<p> Conseil Général, DDASS et professionnels de terrain </p>	<p> Groupe Projet Pays 2008/09 </p>
<p> è Faciliter les remplacements è Envisager les possibilités d'un centre de ressources local avec les cantons environnants </p>	<p> Aide logistique à la recherche Utilisation des aides Urcam Aide au logement </p>	<p> Suivi des remplacements? </p>	<p> Pays et Communauté de communes avec les professionnels rassemblés dans un groupe projet 2008 </p>
<p> è Développer avec les cantons environnants Sore, Labrit et Pissos les possibilités de stage </p>	<p> Groupe de travail commun aux cantons afin de faire émerger les possibilités d'un maître de stage, inclure dans cette réflexion la négociation avec l'université </p>	<p> Candidature maître de stage Stages réalisés </p>	<p> Médecins, organisations professionnelles département et Université 2008/09 </p>

CANTON DE SORE

Catégorie de professionnels	Nombre Actuel Densité pour 1000 habitants	+ de 55 ans	Activité moyenne	Besoin 2015		Distances d'accès maximales au 1 ^{er} lieu de recours	Cabinets	Installations depuis 7 ans		Caractéristiques remarques
				4500	6500			Inst .	Dont repartis.	
Médecins	2 (1,14)	1	NP	2	2	8 maxi	0	2	1	1 installé à Sore 1 à Luxey, Zone classée fragile par la MRS
Infirmières	3 (1,7)			2		idem				

Pop 1999	Projection 2015	Part des + de 65 ans En 1999	Consommation moyenne actuelle en actes médicaux (Urcam 2005) Par consommant	Caractéristiques et commentaires
1760	1867	30% 35 Luxey	5,7 6,1 à Luxey	Canton très âgé avec une consommation faible , compte tenu de l'âge des populations

Les éléments d'analyse significatifs :

- Ü *Une situation extrêmement fragile compte tenu du nombre de médecins et de celui des + de 55ans*
- Ü *Une situation locale difficile, isolement, distances*
- Ü *Un vieillissement e la population important*

Objectifs cibles:

- è *Renforcer dès maintenant les équipes actuelles par l'arrivée d'un médecin afin de renverser les tendances*
- è *Développer le travail en réseau, voire initier un projet MSP*

Objectifs	Commentaires	Indicateurs de suivi	Acteurs Calendrier
<ul style="list-style-type: none"> è Connaître les projets individuels de chaque médecin è Soutenir la nouvelle installation è Organiser dès maintenant un travail en réseau è Faire émerger les possibilités d'une MSP 	L'organisation d'un travail en réseau semble importante pour soutenir la nouvelle installation	Suivi de l'augmentation d'activité (grille trimestrielle) Existence du projet et suivi de réalisation	Pays et Communauté de communes avec les professionnels rassemblés dans un groupe projet 2008
<ul style="list-style-type: none"> è Renforcer les possibilités de soins infirmiers è Envisager en collaboration avec les professionnels de terrain la création d'un SSIAD è Inclure la réflexion dans l'éventuel projet MSP 	En fonction de la mise en œuvre du PRIAC Le groupe projet Pays peut être le lieu de cette négociation et concertation	Conseil Général, DDASS et professionnels de terrain	Groupe Projet Pays 2008
<ul style="list-style-type: none"> è Faciliter les remplacements è Etudier la possibilité d'un centre de ressources locales à l'échelle du pays ou d'un regroupement de cantons 	Aide logistique à la recherche Utilisation des aides Urcam Aide au logement	Suivi des remplacements	Groupe Projet Pays 2008
<ul style="list-style-type: none"> è Développer avec les cantons environnants Sore, Labrit et Pissos les possibilités de stage 	Groupe de travail commun aux 'cantons afin de faire émerger les possibilités d'un maître de stage, inclure dans cette réflexion la négociation avec l'université	Candidature maître de stage Stages réalisés	Médecins, organisations professionnelles département et Université 2008/09

GROUPE 2 : Les cantons où il est nécessaire d'anticiper les difficultés

Pouillon, Peyrehorade, St Sever, Grenade sur /Adour, Amou, Aire/Adour, Montfort en Chalosse, Morcenx, Mugron, Villeneuve de Marsan, Gabarret Labrit et Tartas

Caractéristiques communes :

- Ø Ces cantons ne sont pas actuellement en difficulté évidente
- Ø Cependant, le nombre de médecins à renouveler et/ou à atteindre en 2015 est problématique à court terme.
- Ø Ces cantons sont à dominante rurale ou semi-rurale.
- Ø Ils bénéficient d'une attractivité modérée, les nouvelles installations contribuant à masquer les difficultés à venir
- Ø Les professionnels de santé, en l'absence de difficultés actuelles peuvent être difficiles à mobiliser
- Ø La situation favorable actuelle peut néanmoins permettre l'émergence de projets intéressants

CIBLE : favoriser progressivement le remplacement des médecins par le renforcement de l'attractivité du territoire, notamment à travers le développement d'un exercice pluridisciplinaire regroupé.

ECHEANCE : 2008/2011

LES OBJECTIFS : ils sont traités par canton dans chaque fiche-action

LA PROCEDURE

Validation des fiches -action

- è Compléter les informations disponibles avec les acteurs du Pays et les représentants des professionnels
- è Affiner les objectifs et décliner pour chaque commune les actions

Ü **Groupe Pays**

Conduite du plan d'action

- è Mise en place d'un groupe projet Communauté de Communes avec coordination par le Pays
- è Concertation et implication des professionnels et élus locaux
- è Accompagnement méthodologique à l'élaboration du Projet

Ü **Réunions du groupe projet local**

Ü **Suivi par tableaux de bord communiqués au Pays et au Comité de Pilotage**

Il est possible dans ce groupe d'imaginer des actions communes pour des cantons proches et à problématique commune

CANTON DE GRENADE SUR L'ADOUR

Catégorie de professionnels	Nombre Actuel Densité pour 1000 habitants	+ de 55 ans	Activité moyenne	Besoin 2015		Distances d'accès maximales au 1 ^{er} lieu de recours	Cabinets	Installations depuis 7 ans		Caractéristiques remarques
				4500	6500			Inst .	Dont repartis	
Médecins	8 (1,15)	5	5812	9	6	9 km maximum	1	5	2	Les médecins sont rassemblés sur Grenade, 4 exercent dans un même cabinet Une certaine attractivité vu le nombre d'installations
Infirmières	6 (0,9)		7847actes	7		idem				Situation correcte

Pop 1999	Projection 2015	Part des + de 65 ans En 1999	Consommation moyenne actuelle en actes médicaux (Urcam 2005) Par consommant	Caractéristiques et commentaires
6933	7 356	18,4% avec 25% au Vignau	6,1 avec 9 à Pujol	Une répartition de la population relativement homogène

Les éléments d'analyse significatifs :

- Ü ***Une densité médicale et infirmière correcte, proche des besoins de 2015***
- Ü ***Une proportion importante de médecins de + de 55 ans***
- Ü ***Une activité médicale actuelle conséquente***
- Ü ***Une attractivité modérée avec 5 installations médicales ces 7 dernières années***
- Ü ***Une situation normale pour les infirmiers***

Objectifs cibles :

- è ***Initier une réflexion collective afin d'anticiper sur des difficultés éventuelles***
- è ***Garantir les possibilités de renouvellement et d'accroissement du nombre des médecins par des modes d'organisation attractifs***

Objectifs	Commentaires	Indicateurs de suivi	Acteurs Calendrier
<p>è Connaître les réalités de terrain des professionnels, leurs attentes et leurs difficultés</p> <p>è Explorer avec les professionnels leur pratique actuelle en matière de remplacement et de succession en cas de départ</p>	<p>La finalité de ces rencontres est de provoquer une prise de conscience des difficultés éventuelles à venir et d'inciter à une prise en charge collective du problème</p>	<p>CR de réunion</p>	<p>Pays , Communauté de communes</p> <p>2008/11</p>
<p>è Faire émerger et accompagner les projets d'exercice regroupé, d'élargissement éventuel du cabinet existant à une équipe pluridisciplinaire, de travail en réseau.</p>		<p>CR des réunions de travail Tableaux de bord de suivi</p>	<p>Pays , Communauté de communes</p> <p>2008/11</p>

CANTON DE PEYREHORADE

Catégorie de professionnels	Nombre Actuel Densité pour 1000 habitants	+ de 55 ans	Activité moyenne	Besoin 2015		Distances d'accès maximales au 1 ^{er} lieu de recours	Cabinets	Installations depuis 7 ans		Caractéristiques remarques
				4500	6500			Inst .	Dont repartis.	
Médecins	9 (0,94)	4	5297	12	9	5km maximum	1	6	2	Les médecins sont installés sur plusieurs communes Quelques ressources dans l'environnement : Dax sud et St Vincent de Tyrosse (23 installations et 5 départs)
Infirmières	16 (1,7)	5	7526 actes	9		idem				Pas de Pb majeur, si ce n'est dans la recherche de remplaçantes

Pop 1999	Projection 2015	Part des + de 65 ans En 1999	Consommation moyenne actuelle en actes médicaux (Urcam 2005) Par consommant	Caractéristiques et commentaires
9564	10 147	24,4% 27 à Peyrehorade	6,4 7,3 à Sorde l'Abbaye	Une population âgée

Les éléments d'analyse significatifs :

- Ü *Un décalage conséquent entre le nombre de médecins actuels et le besoin en 2015, auquel s'ajoute une proportion non négligeable de + de 55 ans***
- Ü *Une activité actuelle conséquente qui fragilise l'équilibre actuel***
- Ü *Un mode d'installation assez dispersé***
- Ü *Une certaine attractivité avec 6 installations médicales ces dernières années***

Objectifs cibles :

- è *Garantir les possibilités de renouvellement des médecins par un renforcement de l'attractivité du canton***
- è *Encourager et soutenir les projets d'exercice regroupé (réseau, MSP)***

Objectifs	Commentaires	Indicateurs de suivi	Acteurs Calendrier
<p>è Connaître les difficultés des professionnels et leur manière de les appréhender, voire de les résoudre <i>La rencontre réalisée lors de l'étude permet d'identifier des manières d'exercer et des attentes différentes entre médecins installés depuis longtemps et ceux nouvellement arrivés : ceux-ci ou plutôt celles-ci témoignent d'une forte envie d'exercice regroupé</i></p>	<p>Approfondir les attentes recueillies lors de cette réunion afin d'identifier précisément les possibilités d'émergence d'une MSP ou d'un travail en réseau</p>	<p>CR de réunion</p>	<p>Pays , Communauté de communes</p> <p>2008/2011</p>
<p>è Favoriser les remplacements dans la perspective de succession è Explorer avec les professionnels leur pratique actuelle en matière de remplacement è Inciter à la généralisation avec les aides URCAM</p>	<p>Il est à noter que les dernières installations se sont faites à partir d'un remplacement</p>	<p>Suivi des remplacements</p>	<p>Pays , Communauté de communes</p> <p>2008/2011</p>
<p>è Faire émerger les possibilités d'exercice groupé, notamment dans les communes environnant Peyrehorade è Analyser avec les professionnels l'intérêt d'un exercice groupé (réseau ou MSP) à partir des capacités individuelles de collaboration è Mettre en place un accompagnement de projet</p>		<p>CR des réunions de travail</p>	<p>Pays , Communauté de communes</p>

CANTON DE POUILLON

Catégorie de professionnels	Nombre Actuel Densité pour 1000 habitants	+ de 55 ans	Activité moyenne	Besoin 2015		Distances d'accès maximales au 1 ^{er} lieu de recours	Cabinets	Installations depuis 7 ans		Caractéristiques remarques
				4500	6500			Inst .	Dont repartis.	
Médecins	9 (0,95)	2	6670	12	8	7km maximum	2	4	2	Les médecins sont répartis sur 3 communes La moyenne d'activité est très haute Des possibilités de collaboration avec les cantons de Dax sud et de Montfort en Chalosse
Infirmières	14 (1,5)	3	7 969	9		idem				Pas de Pb majeur Couvert par les SSIAD et HAD de Dax

Pop 1999	Projection 2015	Part des + de 65 ans En 1999	Consommation moyenne actuelle en actes médicaux (Urcam 2005) Par consommant	Caractéristiques et commentaires
9516	10 096	23% 28 à Musson 27 à Ossages	6,3 7,1 à Habas	Une population âgée avec un pic pour Musson et Ossages Une consommation importante, pas de corrélation visible avec l'âge des populations

Les éléments d'analyse significatifs :

- Ü ***Un certain décalage conséquent entre le nombre de médecins actuels et le besoin en 2015, avec une légère sous médicalisation actuelle***
- Ü ***Une activité médicale très importante conséquente qui fragilise l'équilibre actuel***
- Ü ***Un mode d'installation assez dispersé***
- Ü ***Une attractivité moyenne avec 4 médecins installés ces dernières années, dont 2 repartis***

Objectifs cibles :

- è ***Garantir les possibilités de renouvellement et d'extension du nombre des médecins par un renforcement de l'attractivité du canton***
- è ***Encourager et soutenir les projets d'exercice regroupé (réseau, MSP)***

Objectifs	Commentaires	Indicateurs de suivi	Acteurs Calendrier
<p>è Connaître les difficultés des professionnels et leur manière de les appréhender, voire de les résoudre</p> <p>è Explorer les possibilités de collaboration avec Dax-sud et Montfort en Chalosse</p>	<p>Il est important d'identifier les causes de l'importance de l'activité qui est peut-être différente d'un lieu d'installation à un autre</p>	<p>CR de réunion</p>	<p>Pays , Communauté de communes</p> <p>2008/2011</p>
<p>è Explorer avec les professionnels leur pratique actuelle en matière de remplacement</p> <p>è Favoriser les remplacements dans la perspective de succession</p>		<p>Suivi des remplacements</p>	<p>Pays , Communauté de communes</p> <p>2008/2011</p>
<p>è Faire émerger les possibilités d'exercice groupé,</p> <p>è Mettre en place un accompagnement de projet</p>	<p>Toujours en prenant en compte les spécificités de chaque commun</p>	<p>CR des réunions de travail</p>	<p>Pays , Communauté de communes</p> <p>2008/2011</p>

CANTON DE SAINT SEVER

Catégorie de professionnels	Nombre Actuel Densité pour 1000 habitants	+ de 55 ans	Activité moyenne	Besoin 2015		Distances d'accès maximales au lieu de 1 ^{er} recours	Cabinets	Installations depuis 7 ans		Caractéristiques remarques
				4500	6500			Inst .	Dont repartis	
Médecins	8 (0,87)	2	5987	12	8	9km pour Coudures 11km pour Sarraziet	2	2	1	Concentrés à St Sever Peu de ressource dans l'environnement sauf peut-être à Aire/Adour Présence et recours au CH
Infirmières	9 (1)	3	8 143actes	9		idem				Pas de Pb majeur SSIAD 45 lits

Pop 1999	Projection 2015	Part des + de 65 ans En 1999	Consommation moyenne actuelle en actes médicaux (Urcam 2005) Par consommant	Caractéristiques et commentaires
9230	9 793	21,9% 26 à Cauna	5,8 6,9 à Montaut	Une population moyennement âgée sans pic très significatif Une consommation actuelle raisonnable

Les éléments d'analyse significatifs :

- Ü *Un certain décalage entre le nombre de médecins actuels et le besoin en 2015, avec une légère sous médicalisation actuelle*
- Ü *Une activité médicale importante qui peut fragiliser l'équilibre actuel*
- Ü *Un mode d'installation concentré sur St Sever*
- Ü *Une attractivité assez faible avec 2 installations médicales ces dernières années, dont 1 départ*

Objectifs cibles :

- è *Garantir les possibilités de renouvellement et d'extension du nombre des médecins par un renforcement de l'attractivité du canton*
- è *Encourager et soutenir les projets d'exercice regroupé (réseau, MSP)*

Objectifs	Commentaires	Indicateurs de suivi	Acteurs Calendrier
<p>è Connaître les modes d'organisation actuels des professionnels, leurs attentes et difficultés</p> <p>è Identifier les causes des départs suite aux installations</p>		CR de réunion	<p>Pays , Communauté de communes</p> <p>2008/2011</p>
<p>è Explorer avec les professionnels leur pratique actuelle en matière de remplacement</p> <p>è Favoriser les remplacements dans la perspective de succession</p>		Suivi des remplacements	<p>Pays , Communauté de communes</p> <p>2008/2011</p>
<p>è Faire émerger les possibilités d'exercice groupé et de MSP sur St Sever</p> <p>è Mettre en place un accompagnement de projet</p>	Notamment à partir des cabinets existants	CR des réunions de travail	Pays , Communauté de communes

CANTON D'AIRE SUR L'ADOUR

Catégorie de professionnels	Nombre Actuel Densité pour 1000 habitants	+ de 55 ans	Activité moyenne	Besoin 2015		Distances d'accès maximales au 1 ^{er} lieu de recours	Cabinets	Installations depuis 7 ans		Caractéristiques remarques
				4500	6500			Inst .	Dont repartis	
Médecins	17 (1,8)	8	4079	12	8	8 km maximum	3	20	7	Les installations sont concentrées sur Aire et sur Eugénie : <u>grande disparité entre l'activité des médecins d'Aire et d'Eugénie</u> (4 à 1694 actes)
Infirmières	14 (1,5)	3	7062actes	9		idem				SSIAD récent de 7 lits sur Aire

Pop 1999	Projection 2015	Part des + de 65 ans En 1999	Consommation moyenne actuelle en actes médicaux (Urcam 2005) Par consommant	Caractéristiques et commentaires
9423	9998	22 %	6,6 avec 7,3 à St Agnet 7,4 à Sarron	

Les éléments d'analyse significatifs :

- Ü *Une densité médicale et infirmière correcte, en dessus des besoins de 2015*
- Ü *Une proportion importante de médecins de + de 55 ans*
- Ü *Une forte attractivité 20 installations médicales ces 7 dernières années, dont 7 départs*

Objectifs cibles :

- è *Initier une réflexion collective afin d'anticiper sur des difficultés éventuelles*
- è *Soutenir les projets d'exercice pluridisciplinaire regroupé*

Objectifs	Commentaires	Indicateurs de suivi	Acteurs Calendrier
<p>è Connaître les réalités de terrain des professionnels, leurs attentes et leurs difficultés</p> <p>è Explorer avec les professionnels leur pratique actuelle en matière de remplacement et de succession en cas de départ</p> <p>è Identifier les causes de départs à la suite d'une installation</p>	<p>La finalité de ces rencontres est de provoquer une prise de conscience des difficultés éventuelles à venir et d'inciter à une prise en charge collective du problème</p>	<p>CR de réunion</p>	<p>Pays, Communauté de communes</p> <p>2008/11</p>
<p>è Faire émerger et accompagner les projets d'exercice regroupé, d'élargissement éventuel du cabinet existant à une équipe pluridisciplinaire, de travail en réseau.</p>		<p>CR des réunions de travail Tableaux de bord de suivi</p>	<p>Pays, Communauté de communes</p> <p>2008/11</p>

CANTON DE AMOU

Catégorie de professionnels	Nombre Actuel Densité pour 1000 habitants	+ de 55 ans	Activité moyenne	Besoin 2015		Distances d'accès maximales au lieu de 1 ^{er} recours	cabinets	Installations depuis 7 ans		caractéristiques remarques
				4500	6500			Inst .	Dont repartis.	
Médecins	8 (1,20)	2	4187	9	6	8 Km maxi	2	1	0	4 à Amou , 4 à Pomarez 5 médecins (3+2) exercent en cabinet
Infirmières	11 (1,6)	0	8618	6						

Pop 1999	Projection 2015	Part des + de 65 ans En 1999	Consommation moyenne actuelle en actes médicaux (Urcam 2005) Par consommant	Caractéristiques et commentaires
6682	7090	31%	6,2 7,8 à Beyries 7 à Donzacq 5,6 à Nassiet	Un indice de vieillissement important pour 4 communes. Il est à noter que la moyenne de consommation en soins de Nassiet est déconnectée de son indice de vieillissement

Les éléments d'analyse significatifs :

- Ü *Une démographie actuelle médicale et infirmière correcte*
- Ü *Une activité médicale modérée*
- Ü *Un mode d'installation réparti sur deux communes*
- Ü *Une attractivité faible avec 1 installation médicale ces 7 dernières années*

Objectifs cibles :

- è *Maintenir l'équilibre actuel par le renouvellement des départs en retraite*
- è *Encourager et soutenir les projets d'exercice regroupé (réseau, MSP ?) afin de garantir l'attractivité du territoire*

Objectifs	Commentaires	Indicateurs de suivi	Acteurs Calendrier
<p>è Connaître les modes d'organisation actuels des professionnels , leurs attentes et difficultés</p>		CR de réunion	Pays , Communauté de communes 2008/11
<p>è Explorer avec les professionnels leur pratique actuelle en matière de remplacement è Favoriser les remplacements dans la perspective de succession</p>		Suivi des remplacements	Pays , Communauté de communes 2008/11
<p>è Faire émerger les possibilités d'exercice groupé et de MSP sur chaque commune è Mettre en place un accompagnement de projet</p>	Notamment à partir des cabinets existants	CR des réunions de travail	Pays , Communauté de communes 2008/11

CANTON DE GABARRET

Catégorie de professionnels	Nombre Actuel Densité pour 1000 habitants	+ de 55 ans	Activité moyenne	Besoin 2015		Distances d'accès maximales au 1 ^{er} lieu de recours	Cabinets	Installations depuis 7 ans		Caractéristiques remarques
				4500	6500			Inst.	Dont repartis	
Médecins	4 (1,12)	0	NP Elevée selon l'étude Landes Gascogne	5	3	15 km pour Losse et Baudignan 12 pour Estigarde 11 pour Arx	1 (en cours de constitution)	1		MSP en négociation Tous les praticiens sont installés sur Gabarret Distances d'accès importantes
Infirmières	2 (0,6)	0	NP	3		idem				1 SSIAD de 30 lits

Pop 1999	Projection 2015	Part des + de 65 ans En 1999	Consommation moyenne actuelle en actes médicaux (Urcam 2005) Par consommant	Caractéristiques et commentaires
3585	3804	29 %	6,2 avec 8,4 à Betbezer 6,9 à Gabarret	Une population âgée avec une forte consommation en soins

Les éléments d'analyse significatifs :

- Ü *Une démographie médicale correcte, basse pour les infirmiers*
- Ü *Un équilibre potentiellement fragile compte tenu du faible nombre de médecins*
- Ü *Une activité médicale importante selon l'étude du Pays Landes de Gascogne*
- Ü *Un mode d'installation centralisé sur Gabarret*
- Ü *Une attractivité faible avec 1 installation médicale ces 7 dernières années*
- Ü *Un projet de MSP en cours d'élaboration*

Objectifs cibles :

- è *Maintenir l'équilibre actuel par le renouvellement des départs en retraite*
- è *Soutien et accompagnement du projet MSP*

Objectifs	Commentaires	Indicateurs de suivi	Acteurs Calendrier
<p>è Soutenir et accompagner le projet actuel de MSP en y intégrant notamment la gestion des remplacements</p> <p>è Mettre en place un soutien méthodologique</p>	<p>Cf référentiel MSP <i>Il est à noter que la non-urgence vécue par ce canton peut permettre l'élaboration d'un vrai projet d'équipe pluridisciplinaire</i></p>	<p>CR de réunion</p>	<p>Pays , Communauté de communes</p> <p>2008/11</p>
<p>è Raccrocher le canton de Gabarret à la gestion mutualisée des remplacements en Pays Landes de Gascogne</p>	<p>Cf fiches actions du groupe 1</p>		<p>Pays , Communauté de communes</p> <p>2008/11</p>

CANTON DE LABRIT

Catégorie de professionnels	Nombre Actuel Densité pour 1000 habitants	+ de 55 ans	Activité moyenne	Besoin 2015		Distances d'accès maximales au 1 ^{er} lieu de recours	Cabinets	Installations depuis 7 ans		Caractéristiques remarques
				4500	6500			Inst .	Dont repartis.	
Médecins	4 (1,36)	1	4588	4	3		1MSP	1	0	2 médecins à Labrit (Maison médicale), 2 à Brocas
Infirmières	7 (2,4)	0	5595	3						1 SSIAD de 25 places à Labrit

Pop 1999	Projection 2015	Part des + de 65 ans En 1999	Consommation moyenne actuelle en actes médicaux (Urcam 2005) Par consommant	Caractéristiques et commentaires
2935	3114	25 %	6.7 7.2 Brocas 5.2 Le Sen	

Les éléments d'analyse significatifs :

- Ü *Une démographie médicale et infirmière correcte*
- Ü *Un équilibre potentiellement fragile compte tenu du faible nombre de médecins*
- Ü *Une activité médicale normale*
- Ü *Une MSP dynamique et attractive (un médecin recruté depuis sa création)*

Objectifs cibles :

- è *Maintenir l'équilibre actuel par le soutien de la MSP dans le développement éventuel de ses projets*
- è *Communiquer sur ses réalisations*

Objectifs	Commentaires	Indicateurs de suivi	Acteurs Calendrier
è Soutenir et accompagner la MSP actuelle dans le développement de ses projets è Favoriser l'émergence de projets innovants	Cf référentiel MSP	CR de réunion	Pays , Communauté de communes 2008/11
è Raccrocher le canton de Labrit à la gestion mutualisée des remplacements en Pays Landes de Gascogne	Cf fiches actions du groupe 1		Pays , Communauté de communes 2008/11

CANTON DE MONTFORT EN CHALOSSE

Catégorie de professionnels	Nombre Actuel Densité pour 1000 habitants	+ de 55 ans	Activité moyenne	Besoin 2015		Distances d'accès maximales au 1 ^{er} lieu de recours	Cabinets	Installations depuis 7 ans		Caractéristiques remarques
				4500	6500			Inst .	Dont repartis.	
Médecins	11 (1,19)	3	4159	12	8	6 km pour Gibret 8 pour Ozourt	2	1	0	5 à Montfort dont 2 en cabinet 2 à Préchaq, 3 à Hinx, 1 à Gamarde. Zone de Hinx classée fragile par la MRS
Infirmières	6 (0,6)	2	8698	9						1 SSIAD CCAS de 25 places

Pop 1999	Projection 2015	Part des + de 65 ans En 1999	Consommation moyenne actuelle en actes médicaux (Urcam 2005) Par consommant	Caractéristiques et commentaires
9265	9830	22 %	6,2 avec 7 à Gibret 7,6 à Lourquen 7,4 à Montfort	Une consommation d'actes médicaux importante en lien avec l'indice de vieillissement

Les éléments d'analyse significatifs :

- Ü ***Une démographie actuelle médicale correcte***
- Ü ***Une démographie infirmière basse***
- Ü ***Une activité médicale modérée***
- Ü ***un mode d'installation réparti sur les communes des cantons***
- Ü ***Une attractivité faible avec 1 installation médicale ces 7 dernières années***

Objectifs cibles :

- è ***Maintenir l'équilibre actuel par le renouvellement des départs en retraite***
- è ***Encourager et soutenir les projets d'exercice regroupé (réseau, MSP ?) afin de garantir l'attractivité du territoire***

Objectifs	Commentaires	Indicateurs de suivi	Acteurs Calendrier
<p>è Connaître les modes d'organisation actuels des professionnels , leurs attentes et difficultés</p>		CR de réunion	Pays , Communauté de communes 2008/11
<p>è Explorer avec les professionnels leur pratique actuelle en matière de remplacement è Favoriser les remplacements dans la perspective de succession</p>		Suivi des remplacements	Pays , Communauté de communes 2008/11
<p>è Faire émerger les possibilités d'exercice pluridisciplinaire (MSP, réseaux) sur chaque commune è Mettre en place un accompagnement de projet</p>		CR des réunions de travail	Pays , Communauté de communes 2008/11

CANTON DE MORCENX

Catégorie de professionnels	Nombre Actuel Densité pour 1000 habitants	+ de 55 ans	Activité moyenne	Besoin 2015		Distances d'accès maximales au 1 ^{er} lieu de recours	Cabinets	Installations depuis 7 ans		Caractéristiques remarques
				4500	6500			Inst .	Dont repartis.	
Médecins	11 (1,23)	2	5948	11	8	13 km pour Castets 9 km pour Sinderes	1	2	0	6 médecins sont rassemblés à Morcenx, les autres sur Ygos, Honesse, Lesperon et Arengosse 2 pôles : Morcenx et Ygos
Infirmières	9 (1,3)	0	7981	9		idem				SSIAD de 35 lits à Morcenx + Service de Long Séjour

Pop 1999	Projection 2015	Part des + de 65 ans En 1999	Consommation moyenne actuelle en actes médicaux (Urcam 2005) Par consommant	Caractéristiques et commentaires
8924	9468	24%	6,8 7,5 à Arengosse 7,1 à Ygos	

Les éléments d'analyse significatifs :

- Ü ***Une démographie actuelle médicale et infirmière correcte***
- Ü ***Une activité médicale importante***
- Ü ***Un canton géographiquement vaste avec 2 pôles d'activité Morcenx et Ygos***
- Ü ***Un mode d'installation réparti sur les communes des cantons***
- Ü ***Une attractivité modérée avec 2 installations médicales ces 7 dernières années***

Objectifs cibles :

- è ***Maintenir l'équilibre actuel par le renouvellement des départs en retraite***
- è ***Encourager et soutenir les projets d'exercice regroupé (réseau, MSP ?) Afin de garantir l'attractivité du territoire***

Objectifs	Commentaires	Indicateurs de suivi	Acteurs Calendrier
<p>è Connaître les modes d'organisation actuels des professionnels, leurs attentes et difficultés</p>		CR de réunion	Pays , Communauté de communes 2008/11
<p>è Explorer avec les professionnels leur pratique actuelle en matière de remplacement è Favoriser les remplacements dans la perspective de succession</p>		Suivi des remplacements	Pays , Communauté de communes 2008/11
<p>è Faire émerger les possibilités d'exercice pluridisciplinaire (MSP, réseaux) sur chaque commune è Mettre en place un accompagnement de projet</p>		CR des réunions de travail	Pays , Communauté de communes 2008/11

CANTON DE MUGRON

Catégorie de professionnels	Nombre Actuel Densité pour 1000 habitants	+ de 55 ans	Activité moyenne	Besoin 2015		Distances d'accès maximales au 1 ^{er} lieu de recours	Cabinets	Installations depuis 7 ans		Caractéristiques remarques
				4500	6500			Inst .	Dont Repartis.	
Médecins	6 (1,11)	2	5052	7	5	11 km pour Bergouey	0	1	1	Rassemblés à Mugron
Infirmières	7 (1,3)	1	7620	5		idem				SSIAD de 20 lits à Mugron

Pop 1999	Projection 2015	Part des + de 65 ans En 1999	Consommation moyenne actuelle en actes médicaux (Urcam 2005) Par consommant	Caractéristiques et commentaires
5 393	5722	25 %	6,4	Une consommation d'actes homogène sur le territoire

Les éléments d'analyse significatifs :

- Ü *Une démographie actuelle médicale et infirmière correcte, peu éloignée des besoins 2015*
- Ü *Une activité médicale normale*
- Ü *Un mode d'installation centralisé à Mugron*
- Ü *Une attractivité faible avec 1 installation médicale ces 7 dernières années non consolidée puisque la personne est repartie*

Objectifs cibles :

- è *Maintenir l'équilibre actuel par le renouvellement des départs en retraite*
- è *Encourager et soutenir les projets d'exercice regroupé (réseau, MSP ?) afin de garantir l'attractivité du territoire*

Objectifs	Commentaires	Indicateurs de suivi	Acteurs Calendrier
<p>è Connaître les modes d'organisation actuels des professionnels , leurs attentes et difficultés</p>		CR de réunion	Pays , Communauté de communes 2008/11
<p>è Explorer avec les professionnels leur pratique actuelle en matière de remplacement è Favoriser les remplacements dans la perspective de succession</p>		Suivi des remplacements	Pays , Communauté de communes 2008/11
<p>è Faire émerger les possibilités d'exercice pluridisciplinaire regroupé à Mugron è Mettre en place un accompagnement de projet</p>		CR des réunions de travail	Pays , Communauté de communes 2008/11

CANTON DE VILLENEUVE DE MARSAN

Catégorie de professionnels	Nombre actuel	+ de 55 ans	Activité moyenne	Besoin 2015		Distances d'accès maximales au 1 ^{er} lieu de recours	Cabinets	Installations depuis 7 ans		Caractéristiques remarques
				4500	6500			Inst.	Dont repartis	
Médecins	7 (1,3)	3	4982	7	5	9 km maximum	3	2	2	Rassemblés dans une même commune
Infirmières	6 (1,1)	0	8331	5		idem				SSIAD de 30 lits

Pop 1999	Projection 2015	Part des + de 65 ans En 1999	Consommation moyenne actuelle en actes médicaux (Urcam 2005) Par consommant	Caractéristiques et commentaires
5401	5579	24 %	6,4 7,3 à Montégut	

Les éléments d'analyse significatifs :

- Ü ***Une démographie actuelle médicale et infirmière correcte***
- Ü ***Un nombre conséquent de médecins de + de 55ans***
- Ü ***Une activité médicale et infirmière normale***
- Ü ***Un mode d'installation centralisé à Villeneuve***
- Ü ***Une attractivité à explorer avec 2 installations de médecins et 2 repartis***

Objectifs cibles :

- è ***Maintenir l'équilibre actuel par le renouvellement des départs en retraite***
- è ***Encourager et soutenir les projets d'exercice regroupé (réseau, MSP ?) afin de garantir l'attractivité du territoire***

Objectifs	Commentaires	Indicateurs de suivi	Acteurs Calendrier
<p>è Connaître les modes d'organisation actuels des professionnels, leurs attentes et difficultés</p> <p>è Identifier les causes des 2 départs suite aux installations</p>		CR de réunion	Pays , Communauté de communes 2008/11
<p>è Explorer avec les professionnels leur pratique actuelle en matière de remplacement</p> <p>è Favoriser les remplacements dans la perspective de succession</p>		Suivi des remplacements	Pays , Communauté de communes 2008/11
<p>è Faire émerger les possibilités d'exercice groupé et de MSP sur chaque commune</p> <p>è Mettre en place un accompagnement de projet</p>	Notamment à partir des cabinets existants	CR des réunions de travail	Pays , Communauté de communes 2008/11

LES CANTONS DE TARTAS

Catégorie de professionnels	Nombre actuel	+ de 55 ans	Activité Moyenne + taux d'activité interne	Besoin 2015		Distances d'accès maximales au 1 ^{er} lieu de recours	Cabinets	Installations depuis 7 ans		Caractéristiques remarquables
				4500	6500			Installés.	repartis.	
Médecins										
Tartas (total)	17 1,20	8	5282	19	13		3 cabinets sur	0		Présence d'1 maître de stage Aucune installation ces 7 dernières années
Tartas centre	8 2,81	2	5273 84,2%	4	3			0		Fort taux d'activité intra
Tartas est	2 0,57	2	NP 35,9%	5	3			0		Activité intra faible 5med. à Pontonx, 2 à Laluque 1à Ria des Landes. Zone classée fragile par la MRS
Tartas Ouest	7 0,90	4	5292 50,37%	10	7			0		activité intra moyenne 1 méd. A Meillan et 1 à Souprosse
Infirmières										
Tartas (total)	17 1,20	4	6947	14						SSIAD SIVOM 15 places
Tartas centre	4 1,4	1	9135	3						
Tartas Est	4 1,1	1	NP	3						
Tartas Ouest	9 1,2	2	6746	8						

Pop 99	Projection 2015	Part des + de 65 ans En 1999	Consommation moyenne actuelle en actes médicaux (Urcam 2005) Par consommant	Caractéristiques et commentaires
Tartas (total) 14 185	15 050			Une population âgée inégalement répartie, un taux de consommation de soin fort , probablement en lien avec des problématiques de santé spécifiques, non liées à l'âge
Tartas centre 2 844	3 017	29%	7,3	
Tartas Est 3 533	3 749	23%	6,4	
Tartas Ouest 7 808	8 284	24%	6,2	

Les éléments d'analyse significatifs :

- Ü *Une démographie médicale et infirmière limite actuellement , une projection défavorable pour 2015, avec un déséquilibre important pour Tartas Est*
- Ü *Un taux important de médecins de + de 55ans (50%)*
- Ü *Une activité médicale moyenne*
- Ü *Une attractivité nulle , aucune installation en 7 an*
- Ü *Présence d'1 maître de stage sur l'agglomération*
- Ü *Un nombre de cabinets faible*

CIBLE : Développer dès maintenant l'attractivité du territoire par des modes d'organisation collectifs et pluridisciplinaires

ECHEANCE : 2008/ 2011

LES OBJECTIFS : ils sont énoncés pour l'ensemble de l'agglomération

è **Initier une réflexion collective concernant l'organisation de la permanence des soins et des remplacements** : cet abord pratique et concret peut permettre de développer des réflexes plus collectifs

è **Soutenir et accompagner méthodologiquement les projets de création d'1 à 2 MSP** et ce en privilégiant des projets à dimension sociale, médico sociale et/ou préventive selon les secteurs et les problématiques de santé locales

è **Développer l'accueil des étudiants grâce à la présence du maître de stage** ; ce développement doit à terme garantir l'attractivité du territoire

LA PROCEDURE

Organisation de rencontre de restitution des résultats de l'étude démographique

è Compléter les informations disponibles avec les acteurs du Pays et les représentants des professionnels,

è Affiner les objectifs et déterminer les actions

Ü **Groupe Pays-Communauté de communes**

Mise en place d'un ou 2 groupes projets MSP

è Accompagnement et soutien des projets émergents

Ü **Réunions de groupes locaux**

Ü **Suivi par tableaux de bord communiqués au Pays et au Comité de Pilotage**

Rencontres annuelles de bilan

è Suivre les paramètres démographiques

è Evaluer la poursuite et l'atteinte des objectifs (en matière de stages , d'organisation des remplacements, de mécanismes de solidarité)

Ü **Groupe Pays-Communauté de communes**

GROUPE 3 : Des cantons de bord de mer encore attractifs

**Castets, Mimizan, Parentis en Born, Saint Vincent de Tyrosse, Soustons,
Saint Martin de Seignanx**

Caractéristiques communes :

- Ø Une démographie médicale et infirmière correcte et proche des besoins 2015, voire plus élevée pour certains cantons
- Ø Une activité normale pour ces 2 types de professionnels
- Ø Une situation géographique attractive qui entraîne un grand nombre d'installations et qui masque tant pour les professionnels que pour les élus, les difficultés à venir
- Ø Des maîtres de stage dans tous les cantons sauf Castets et St Martin de Seignanx

Ü *Une situation favorable qu'il est important de maintenir*

CIBLE : Maintenir à moyen et long terme l'attractivité de ces territoires afin de garantir le renouvellement des professionnels de santé

ECHEANCE : 2008/15

LES OBJECTIFS : ils sont ici détaillés globalement compte tenu de l'homogénéité des cantons

è **Développer l'accueil des étudiants en utilisant la présence importante des maîtres de stage** ; ce développement doit à terme garantir l'attractivité du territoire

è **Initier une réflexion collective concernant les possibilités de mutualisation des remplaçants** ; ce mode d'organisation, idéalement envisagée au niveau du pays permettrait déjà une prise de conscience partagée des difficultés des cantons voisins

è **Développer des solidarités avec les cantons proches en difficulté** : cela suppose par exemple d'envisager les possibilités de cabinets secondaires afin d'une part :

- de conserver une activité moyenne attractive,
- tout en évitant les départs nombreux après installations

è **Soutenir et accompagner méthodologiquement les projets d'exercice pluridisciplinaire regroupé et de maisons médicales de garde** : ces cantons peuvent effectivement rencontrer à terme des difficultés liées à la variation saisonnière de l'activité, ainsi qu'à la progression d'une population âgée isolée. Il importe donc de rester très attentif à la qualité et permanence des soins.

LA PROCEDURE

Organisation de rencontre de restitution des résultats de l'étude démographique

- è Compléter les informations disponibles avec les acteurs du Pays et les représentants des professionnels,
- è Affiner les objectifs et déterminer les actions

Ü Groupe Pays et Communauté de Communes

Rencontres annuelles de bilan

- è Suivre les paramètres démographiques
- è Evaluer la poursuite et l'atteinte des objectifs (en matière de stages , d'organisation des remplacements, de mécanismes de solidarité avec les cantons voisins)

Ü Groupe Pays et Communauté de Communes

Mise en place d'un groupe projet si besoin

- è Accompagnement et soutien des projets émergents

Ü Réunions de groupes locaux

Ü Suivi par tableaux de bord communiqués au Pays et au Comité de Pilotage

CANTON DE CASTETS

Catégorie de professionnels	Nombre actuel	+ de 55 ans	Activité moyenne	Besoin 2015		Distances d'accès maximales au lieu de 1 ^{er} recours	Cabinets	Installations depuis 7 ans		Caractéristiques remarques
				4500	6500			Inst .	Dont repartis.	
Médecins	12 (1,30)	5	5162	12	8	9 Km pour Levignacq	2	3	1	4 à Castets sans cabinet Les autres médecins sont dispersés dans les communes environnantes
Infirmières	13 (1,4)	2	6859	9						

Pop 1999	Projection 2015	Part des + de 65 ans En 1999	Consommation moyenne actuelle en actes médicaux (Urcam 2005) par consommant	Caractéristiques et commentaires
9255	9820	25%	6,5 dont 7,3 à Sévignacq 7,5 à Castets et 7,7 à Uza	Le vieillissement de la population et la moyenne d'actes consommés sont corrélés. La moyenne de consommation est relativement importante

CANTON DE MIMIZAN

Catégorie de professionnels	Nombre actuel	+ de 55 ans	Activité moyenne	Besoin 2015		Distances d'accès maximales au 1 ^{er} lieu de recours	Cabinets	Installations depuis 7 ans		Caractéristiques remarques
				4500	6500			Inst .	Dont repartis.	
Médecins	13 (1,24)	2	5566	14	9	7 km maxi pour Bias	2	7	0	2 maîtres de stage 8 médecins à Mimizan dont 2 en cabinet 4 à Pontex dont 2 en cabinet 1 à Mezos
Infirmières	9 (0,9)	3	10 576	10						1 SSIAD CCAS de 25 places

Pop 1999	Projection 2015	Part des + de 65 ans En 1999	Consommation moyenne actuelle en actes médicaux (Urcam 2005) par consommant	Caractéristiques et commentaires
10 523	11 165	24 %	5,7 6,7 à Mezos	

CANTON DE PARENTIS EN BORN

Catégorie de professionnels	Nombre actuel	+ de 55 ans	Activité moyenne	Besoin 2015		Distances d'accès maximales au 1 ^{er} lieu de recours	Cabinets	Installations depuis 7 ans		Caractéristiques remarques
				4500	6500			Inst .	Dont repartis.	
Médecins	25 (1,36)	7	5376	24	16	7 et 8 km pour 2 communes	7	17	4	2 maîtres de stage 17 médecins à Biscarosse dont 11 en cabinet (5) 5 à Parentis dont 4 en cabinet(1) 3 à Sanguinet dont 2 en cabinet(1) 2 à Ychoux
Infirmières	29 (1,6)	1	8 576	18						1 SSIAD de 40 places à Biscarosse

Pop 1999	Projection 2015	Part des + de 65 ans En 1999	Consommation moyenne actuelle en actes médicaux (Urcam 2005) Par consommant	Caractéristiques et commentaires
18 372	19 493	19 %	5,6	

CANTON DE SAINT VINCENT DE TYROSSE

Catégorie de professionnels	Nombre actuel	+ de 55 ans	Activité moyenne	Besoin 2015		Distances d'accès maximales au 1 ^{er} lieu de recours	Cabinets	Installations depuis 7 ans		Caractéristiques remarques
				4500	6500			Inst .	Dont repartis.	
Médecins	36 (1,57)	11	4383	30	20	4 à 5 km pour les communes les plus éloignées	9	23	5	1 maître de stage 14 médecins à Capbreton dont 10 en cabinet (4) 9 à St Vincent dont 5 en cabinet (2) 5 à Labenne dont 4 en cabinet (1) 3 à Benesse Marenne en cabinet 2 à St Martin de Hinx en cabinet
Infirmières	34 (1,5)	3	7 418	22						

Pop 1999	Projection 2015	Part des + de 65 ans En 1999	Consommation moyenne actuelle en actes médicaux (Urcam 2005) Par consommant	Caractéristiques et commentaires
22 989	24 391	22%	6 6,3 à Capbreton et 6,4 à St Vincent	

CANTON DE SOUSTONS

Catégorie de professionnels	Nombre actuel	+ de 55 ans	Activité moyenne	Besoin 2015		Distances d'accès maximales au 1 ^{er} lieu de recours	Cabinets	Installations depuis 7 ans		Caractéristiques remarques
				4500	6500			Inst .	Dont repartis.	
Médecins	36 (1,77)	11	5093	26	18	7 Km maxi	4	25	6	6 maîtres de stage 7médecins à Soustons 9 à Hossegor dont 4 en cabinet (2) 5 à Seignosse dans 2 cabinets 4 à Magesq 4 à Vieux Boucau
Infirmières	34 (1,7)	7	8689	20						

Pop 1999	Projection 2015	Part des + de 65 ans En 1999	Consommation moyenne actuelle en actes médicaux (Urcam 2005) Par consommant	Caractéristiques et commentaires
20 364	21 606	23%	6 6,7 à Magesq 6,3 à Hossegor 7 au Vieux Boucau	

CANTON DE SAINT MARTIN DE SEIGNANX

Catégorie de professionnels	Nombre actuel	+ de 55 ans	Activité moyenne	Besoin 2015		Distances d'accès maximales au 1 ^{er} lieu de recours	Cabinets	Installations depuis 7 ans		Caractéristiques remarques
				4500	6500			Inst .	Dont repartis.	
Médecins	19 (0,93)	6	5832	28	20	7 km maximum	4	11	3	Des installations réparties sur le territoire : 9 à Tarnos, 2cab 5 à Ondres, 1cab, 4 à St martin, 2 cab, Voir si ressource possible avec St Vincent de Tyrosse Zone classée déficitaire par la MRS
Infirmières	29 (1,4)	4	6053 actes	21		idem				SSIAD 30 lits à Tarnos

Pop 1999	Projection 2015	Part des + de 65 ans En 1999	Consommation moyenne actuelle en actes médicaux (Urcam 2005) Par consommant	Caractéristiques et commentaires
20 483	23207	17 %	5,8	Pas de caractéristiques significatives

GROUPE 4 : Les cantons des agglomérations

Dax, Mont de Marsan

Caractéristiques communes :

- Ø Une démographie médicale et infirmière correcte et proche des besoins 2015
- Ø Un déséquilibre entre la densité de médecins en ville et en périphérie
- Ø Des maîtres de stage dans chaque agglo

Ü *Une situation favorable qu'il est important de maintenir pour Dax et Mont de Marsan*

CIBLE : Développer une réflexion collective sur la régulation de l'offre de soins à l'échelle de l'agglomération

ECHEANCE : 2008/15

LES OBJECTIFS et la PROCEDURE sont détaillés par agglomération

95

MONT DE MARSAN : Agglo et cantons

Catégorie de professionnels	Nombre Actuel Densité Pour 1000h	+ de 55 ans	Activité Moyenne Taux d'attractivité interne	Besoin 2015		Distances d'accès maximales au 1 ^{er} lieu de recours	Cabinets	Installations depuis 7 ans		Caractéristiques remarques
				4500	6500			Installés.	repartis.	
Médecins										
Mt de Marsan Agglo	58 1,24	14	4 316	59	43		13 cabinets regroupent 38 médecins	46	10	Présence de 9 maîtres de stage
Mt de Marsan	49 1 66	12	4 317 77,18	37	26			43	8	Le taux d'actes réalisés en intra territoire est correct
Mt de Marsan Nord	1 0,27	0	NP 26,51	5	3	13km pour Lucbardez		0	0	Taux d'actes intra très faible Aucune installation ces 7 dernières années
Mt de Marsan Sud	8 0,59	2	4 850 30,40	17	12	8 km maxi		3	2	Taux d'actes intra très faible 5 méd. A St Pierre du Mont, 1 à Benquet, Campagnac et Haut Mauco
Infirmières										
Mt de Marsan Agglo	31 0 70	5	9 414	44						SSIAD de 30 places à St Pierre du Mont et de 65 places à Mont de Marsan (CCAS) HAD de 30 lits
Mt de Marsan	22 0,7	4	9 564	28						
Mt de Marsan Nord	1 0,3	1	8 345	3						
Mt de Marsan Sud	8 0,6	2	8 846	13						

Pop 1999	Projection 2015	Part des + de 65 ans En 1999	Consommation moyenne actuelle en actes médicaux (Urcam 2005) Par consommant	Caractéristiques et commentaires
Mt de Marsan Agglo 46 695	48 236			Pour l'agglo , l'indicateur de vieillissement ne doit pas être pris en compte de manière isolée, les populations en périphérie pouvant aussi avoir des besoins de santé spécifiques
Mt de Marsan 29 489	30 462	16,1	6	
Mt de Marsan Nord 3 637	3 757	15,8	6,3 avec 8,3 sur St Martin d'Honey	
Mt de Marsan Sud 13 569	14 017	17% avec 26% sur Bretagne en Marsan	5.7 avec 6,7 à Campagnac	

Les éléments d'analyse significatifs :

- Ü ***Une démographie médicale et infirmière globalement correcte mais non homogène entre la ville et sa périphérie***
- Ü ***Une population elle aussi diversifiée et avec des besoins en santé différents***
- Ü ***Une activité médicale moyenne***
- Ü ***Une attractivité importante avec des départs relativement conséquents (21%)***
- Ü ***Présence de 9 maîtres de stage sur l'agglomération***
- Ü ***Un nombre de cabinets important regroupant 80% des médecins***

CIBLE : Développer une réflexion et un mode d'organisation collectif au niveau de l'agglomération afin de maintenir l'attractivité et de rééquilibrer l'offre de soin

ECHEANCE : 2008/15

LES OBJECTIFS : ils sont énoncés pour l'ensemble de l'agglomération

è **Initier une réflexion collective afin de considérer les besoins et l'offre de soin de manière globale au niveau de l'agglomération** : cela suppose par exemple d'envisager les possibilités de cabinets secondaires afin de conserver une activité moyenne attractive tout en évitant les départs nombreux après installations

è **Développer l'accueil des étudiants la présence des maîtres de stage** : ce développement doit à terme garantir l'attractivité du territoire

è **Initier une réflexion collective concernant l'organisation de la permanence des soins et des remplacements** : cet abord pratique et concret peut permettre à terme de développer des réflexes plus collectifs

è **Soutenir et accompagner méthodologiquement les projets d'exercice pluridisciplinaire**, et ce en privilégiant des projets et créations originales, pluridisciplinaires et intégrant une dimension sociale, médico sociale et/ou préventive selon les secteurs et les problématiques de santé locales

LA PROCEDURE

Organisation de rencontre de restitution des résultats de l'étude démographique

- è Compléter les informations disponibles avec les acteurs du Pays et les représentants des professionnels,
- è Affiner les objectifs et déterminer les actions

Ü Groupe Agglo

Rencontres annuelles de bilan

- è Suivre les paramètres démographiques
- è Evaluer la poursuite et l'atteinte des objectifs (en matière de stages , d'organisation des remplacements, de mécanismes de solidarité)

Ü Groupe Agglo

Mise en place d'un groupe projet si besoin

- è Accompagnement et soutien des projets émergents

Ü Réunions de groupes locaux

Ü Suivi par tableaux de bord communiqués à l'Agglo et au Comité de Pilotage

Dax: Agglo et cantons

Catégorie de professionnels	Nombre Actuel Densité Pour 1000h	+ de 55 ans	Activité Moyenne Taux d'attractivité interne	Besoin 2015		Distances d'accès maximales au 1 ^{er} lieu de recours	Cabinets	Installations depuis 7 ans		Caractéristiques remarques
				4500	6500			Installés.	repartis.	
Médecins										
Dax Agglo	88 1,89	37	3 266	61	43		3 cabinets sur l'agglo	56	10	Présence de 2 maîtres de stage
Dax	58 2,97	23	3046 81%	26	18			44	6	Le taux d'actes réalisés en intra territoire est fort
Dax Nord	23 1,34	11	3 598 52,55%	22	16	8 km maxi		6	2	Taux d'actes intra moyen 3 médecins installés à Herm 14 à St Paul les Dax 2 à St Vincent
Dax Sud	7 0,70	3	4 469 22,24%	13	9			6	2	Taux d'actes intra très faible
Infirmières										
Dax Agglo	44 0 90	7	9 026	46						Santé Service 132 places
Dax	22 1,1	3	10 111	19						Activité importante malgré une densité correcte
Dax Nord	16 0,9	2	8 345	17						
Dax Sud	6 0,6	2	6 672	10						

Pop 1999	Projection 2015	Part des + de 65 ans En 1999	Consommation moyenne actuelle en actes médicaux (Urcam 2005) Par consommant	Caractéristiques et commentaires
Dax Agglo 46 671	50 311			Une population différenciée, relativement âgée en ville. Attention, pour l'agglo, l'indicateur de vieillissement ne doit pas être pris en compte de manière isolée, les populations en périphérie pouvant aussi avoir des besoins de santé spécifiques
Dax 19 515	21 037	25,8	6,2	
Dax Nord 17 137	18 474	21,7	5,4	
Dax Sud 10 019	10 800	14,9	5,2	

Les éléments d'analyse significatifs :

Ü *Une démographie médicale et infirmière globalement correcte mais non homogène entre la ville et sa périphérie*

Ü *Une activité médicale relativement faible en moyenne*

Ces deux indicateurs sont à considérer avec précaution compte-tenu du thermalisme : en effet, toute personne en cure a l'obligation d'être suivie par un médecin généraliste local.

Ü *Une population diversifiée et avec des besoins en santé différents*

Ü *Une attractivité importante avec des départs relativement conséquents (près de 1 sur 5),*

Ü *Présence de 2 maîtres de stage sur l'agglomération*

Ü *Un exercice isolé, peu de cabinets compte tenu du nombre de médecins*

CIBLE : Développer une réflexion et un mode d'organisation collectif au niveau de l'agglomération afin de maintenir l'attractivité et de rééquilibrer l'offre de soin

ECHEANCE : 2008/15

LES OBJECTIFS : ils sont énoncés pour l'ensemble de l'agglomération

è *Initier une réflexion collective afin de considérer les besoins et l'offre de soin de manière globale au niveau de l'agglomération*

è *Développer l'accueil des étudiants la présence des maîtres de stage :* ce développement doit à terme garantir l'attractivité du territoire

è *Initier une réflexion collective concernant l'organisation de la permanence des soins et des remplacements :* cet abord pratique et concret peut permettre à terme de développer des réflexes plus collectifs

è *Soutenir et accompagner méthodologiquement les projets d'exercice pluridisciplinaire regroupé,* et ce en privilégiant des projets et créations originales , pluridisciplinaires et intégrant une dimension sociale, médico sociale et/ou préventive selon les secteurs et les problématiques de santé locales

LA PROCEDURE

Organisation de rencontre de restitution des résultats de l'étude démographique

è compléter les informations disponibles avec les acteurs du Pays et les représentants des professionnels,

è affiner les objectifs et déterminer les actions

Ü Groupe Agglo

Rencontres annuelles de bilan

è suivre les paramètres démographiques

è évaluer la poursuite et l'atteinte des objectifs (en matière de stages , d'organisation des remplacements, de mécanismes de solidarité)

Ü Groupe Agglo

Mise en place d'un groupe projet si besoin

è Accompagnement et soutien des projets émergents

Ü Réunions de groupes locaux

Ü Suivi par tableaux de bord communiqués à l'Agglo et au Comité de Pilotage

IV- ORGANIGRAMME DU SCHEMA

La mise en œuvre de ce schéma nécessite que soient précisés les niveaux de décision et de la réalisation concrète. Afin d'être en cohérence avec l'initiative et la conduite de cette étude, il est important que l'organigramme élaboré reflète la volonté de transversalité et de partenariat qui a présidé à ce travail :

Ø **Transversalité** qui implique une **représentation des professionnels de santé** tant au niveau des décisions concernant les orientations qu'à celui des réalisations terrain,

Ø **Un partenariat institutionnel et politique** nécessaire d'une part à la concrétisation des actions transversales et à l'implication des pouvoirs publics dans les projets de terrain.

Trois niveaux semblent importants à déterminer :

- celui de la **décision politique** et du suivi du schéma, assuré naturellement par un **Comité de Pilotage Départemental**
- celui de la **coordination et mise en cohérence des projets locaux** correspond au champ de compétence du **Pays**, dans la mesure où l'ensemble des propositions relève d'un aménagement du territoire pertinent et concerté,
- celui de **l'accompagnement méthodologique et logistique** peut être assuré par les **Communautés de Communes** qui, par leur proximité et leur connaissance du terrain sont les mieux placées pour animer et conduire les groupes projets locaux. Dans certains cas, et pour des projets structurants, il peut s'agir de communes.

Les paragraphes suivants déclinent plus précisément les missions de ces trois niveaux de mise en oeuvre

1- Les missions du Comité de Pilotage Départemental

Sa constitution doit permettre de rassembler :

è **Les institutions départementales et Régionales en charge de la Santé et de l'Aménagement du territoire,**

è **Les organisations représentatives des différentes professions de Santé**

è **Les représentants des usagers, élus et associations.**

Les rencontres du Comité de Pilotage, assez fréquentes en début de mise en œuvre du schéma (une réunion par trimestre) peuvent se stabiliser à deux minimum par an.

Ses missions :

1-1 Les décisions et orientations politiques

Ce niveau de décision politique consiste à :

- valider les orientations politiques
- décider l'échéancier de réalisation
- préciser la mise en œuvre
- définir les investissements

2-1 Conduite des actions transversales

Un certain nombre d'actions départementales transversales décrites dans le chapitre des orientations du schéma doivent pouvoir être conduites au niveau départemental dans le cadre de partenariats adaptés.

3-1 Suivi et évaluation de la mise en œuvre du schéma.

Le suivi de mise en œuvre, essentiellement fondé sur l'évaluation des objectifs est une condition sine qua non des possibilités de réactualisation et de réajustement des actions. Cette évaluation doit aussi pouvoir alimenter la politique de communication sur les réalisations.

3-4 Veille démographique

Au delà de l'évaluation du plan d'action, la réactualisation du schéma nécessite un suivi de la démographie des professions de santé. En effet, la situation évolue très rapidement comme l'ont démontré les différents réajustements nécessaires à la pertinence de l'état des lieux initial. Ce suivi démographique, basé sur le recueil d'informations statistiques (URCAM et ORSA) pourra, de manière bénéfique, être enrichi par l'expression des professionnels de terrain, recueillie de manière permanente dans les groupes de travail locaux.

2- Place et rôle des Pays et des agglomérations

L'échelle du Pays peut être celle de l'initialisation de la réflexion, de la coordination et mise en cohérence des initiatives et travaux locaux

2-1 Initialisation des projets

La restitution des résultats de l'état des lieux et la présentation du schéma auprès des élus locaux et des professionnels de santé doivent pouvoir déclencher le démarrage et l'émergence de travaux locaux.

2-2 Coordination et accompagnement des groupes projets locaux

Le suivi des groupes à l'échelle du bassin de vie ou d'un canton nécessite pour certaines actions une coordination à l'échelle du Pays. C'est le cas par exemple de la mutualisation des ressources de remplacement.

D'autre part, le Pays, représenté au Comité de Pilotage est aussi le garant de la tenue des calendriers validés.

La compétence du Pays peut aussi être engagée dans l'attribution de journées de conseil adapté pour l'accompagnement méthodologique des projets de terrain.

2-3 Suivi des réalisations des groupes locaux

La coordination décrite précédemment nécessite un retour d'informations régulier et formalisé de la part des groupes locaux. Celle-ci peut se faire à travers des tableaux de bord communiqués au Pays.

Le pays est alors relais d'informations pour le comité de Pilotage

3- Place et rôle des Communautés de Communes et/ou des communes

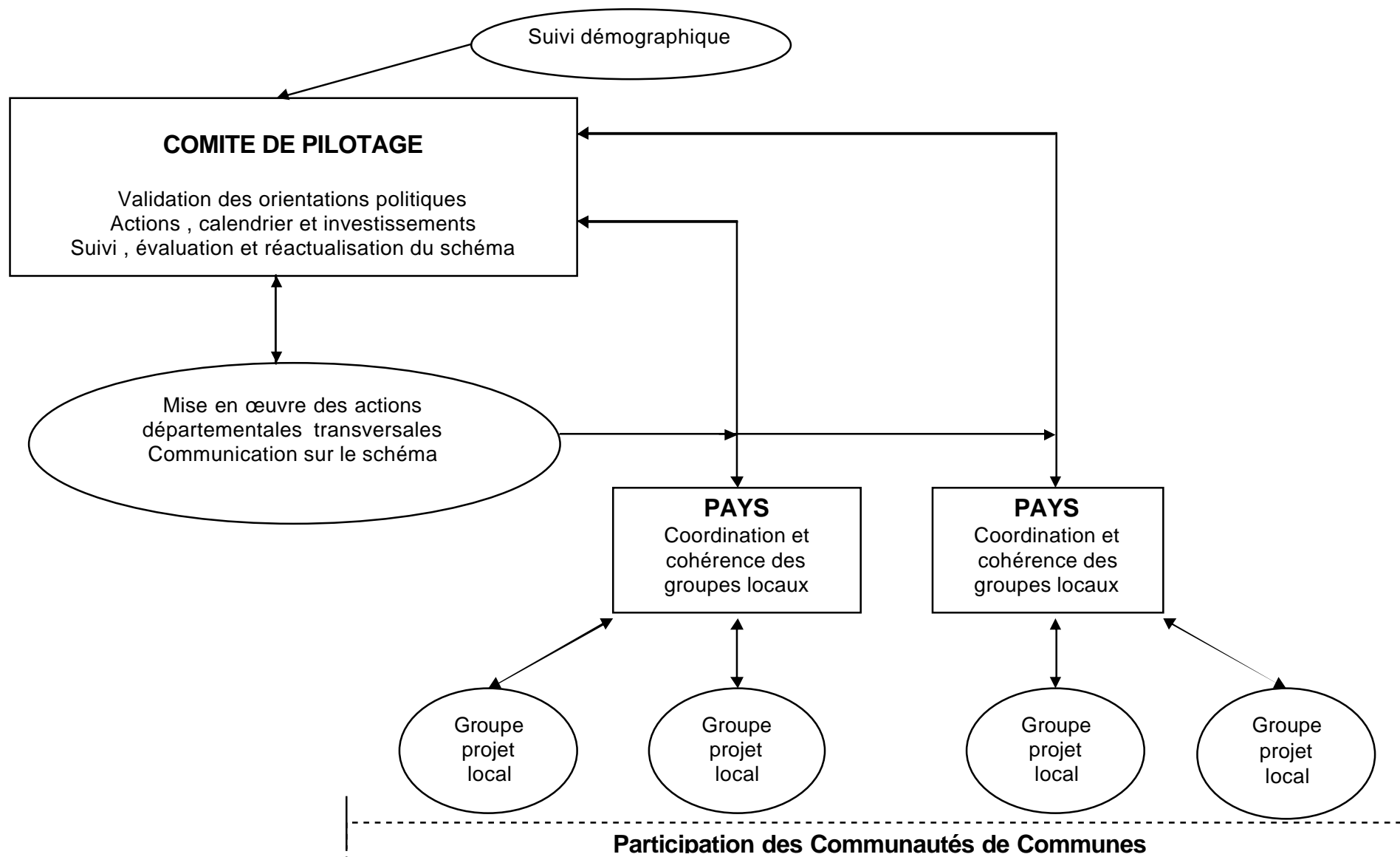
Il s'agit du niveau le plus opérationnel de mise en œuvre du schéma.

3-1 Participation à la conduite des projets locaux

La Communauté de Communes (ou le cas échéant la commune), fait partie intégrante des groupes projets locaux. Elle est, à ce titre, un des acteurs promotionnels et financiers de chaque action de terrain. Elle peut aussi suivre et être associée à des travaux initiés spontanément par les acteurs de terrain.

Les tableaux de bord établis lors de chaque rencontre doivent permettre le suivi permanent de l'avancée des travaux par le Pays.

ORGANIGRAMME DU SCHEMA



V- LES OUTILS DU SCHEMA

Quelques documents de référence concernant notamment le développement des Maisons de Santé Pluridisciplinaires.

1- La régulation de l'offre de soin ambulatoire dans le PLFSS 2008 - extrait-

« Une offre de soins très hétérogènes, de grandes disparités entre régions

Le nombre global de professionnels de santé en France est satisfaisant mais de fortes inégalités géographiques limitent l'accès aux soins pour tous. Certaines zones du territoire sont en effet très bien pourvues en professionnels de santé conventionnés alors que d'autres en manquent.

La densité médicale du département de l'Eure (118 médecins pour 100 000 habitants) est ainsi 3,1 fois inférieure à celle de Paris (367 médecins pour 100 000 habitants), les disparités en généralistes étant moins fortes qu'en spécialistes. Pour les autres professions de santé, la dispersion des densités est tout aussi marquée (les écarts de densité des kinésithérapeutes libéraux enregistrent des rapports de 1 à 3). Les inégalités sont encore accentuées au niveau infra départemental.

Ces écarts, qui limitent l'accès aux soins sur certaines portions de notre territoire, risquent de s'accroître du fait de l'évolution prévisible à moyen terme de la démographie des professions de santé et notamment des médecins

Une mesure de régulation de la démographie concertée

Face à ce constat d'une inégale répartition des professionnels, la Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, conformément au souhait exprimé par le Président de la République, souhaite que les partenaires conventionnels définissent les modalités pour assurer une meilleure répartition des professionnels de santé sur le territoire. Les jeunes

médecins seront associés à la négociation. Dans cette perspective, le PLFSS prévoit une mesure permettant à l'ensemble des professionnels de santé d'engager une réflexion complète en vue d'une démarche de régulation géographique de l'offre de soins. Les partenaires conventionnels devront définir eux-mêmes les voies et les moyens pour limiter l'installation de nouveaux professionnels de santé dans les zones où ils sont déjà nombreux. Cette mesure vient compléter et renforcer le dispositif existant d'incitation à l'installation des professionnels de santé dans les zones à faible densité démographique qu'avait créé la loi de réforme de l'assurance maladie d'août 2004 concernant les médecins généralistes.

Elle est également cohérente avec d'autres mesures du PLFSS qui, en facilitant les coopérations et en offrant la capacité d'expérimenter de nouveaux modes de rémunération fournissent les outils législatifs nécessaires à l'amélioration de l'offre de soins sur le territoire.

L'analyse de l'offre au regard de besoins de soins sera menée au niveau régional, pour chaque profession et par spécialités, par les Missions régionales de santé (MRS), en concertation avec les représentants des organisations syndicales représentatives des professionnels de la région.

Afin d'assurer une homogénéité des choix opérés sur l'ensemble du territoire, cette analyse et la délimitation de zones qui en découlera seront validées à l'échelon national par la ministre chargée de la Santé, de la Jeunesse et des Sports et le directeur général de l'UNCAM. En cas d'échec des négociations, le Gouvernement prendra ses responsabilités. »

2- La définition des Maisons de Santé Pluridisciplinaires -PLFSS 2008-

« Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et participent à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels « médico-sociaux ». Ces maisons de santé peuvent aussi, à partir du 1er janvier 2008, à titre expérimental, se substituer aux médecins qui exercent en leur sein pour conclure des accords de bonne pratique et de bon usage des soins, selon un amendement adopté par le Palais du Luxembourg.

3- Un référentiel national des MSP

La CNAM a diffusé en mars 2007 un référentiel national définissant les conditions d'éligibilité aux soutiens financiers du FIQS. Ce référentiel, très complet en ce qui concerne les objectifs et le mode de fonctionnement des MSP peut néanmoins être enrichi par des critères départementaux :

- qui reflètent la politique d'aménagement du territoire landais : transports, architecture, environnement, services.
 - qui intègrent les particularités locales décrites dans les fiches-actions des cantons, notamment en terme d'articulation et de coordination avec les dispositifs santé et médico-sociaux locaux : intégration d'actions de prévention, MSP adossée à une structure de soin ou une EHPAD, prise en compte des problèmes de santé-précarité, participation aux réseaux de santé thématiques, hébergement et/ou gestion de services de maintien à domicile (SSIAD, HAD) et d'alternatives à l'hospitalisation (accueil de jour Alzheimer etc..)
 - qui traduisent la volonté des professionnels de santé à participer à la formation initiale, notamment par l'accueil de stagiaires.
- Ces critères spécifiques , ajoutés aux critères minima énoncés par le référentiel national permettent de donner à chaque projet une dimension évolutive et dynamique.

4- Un accompagnement méthodologique adapté

Les fiches- action des cantons et le plan départemental soulignent l'intérêt de la mise à disposition de journées de conseil et d'accompagnement méthodologique lors de l'élaboration des projets MSP.

Cette aide méthodologique, attribuée par le département à des projets présentés par les porteurs de projets, peut être de deux ordres :

- un accompagnement à la conduite de projet, nécessaire lorsque les professionnels ont des difficultés à identifier et énoncer le projet commun,
- une assistance juridique garantissant des choix pertinent en terme de structure et de conventionnement.

L'attribution de ces aides peut-être décidée sur la base d'un pré-projet décrivant les objectifs des acteurs ainsi que les difficultés rencontrées lors de leur énoncé.

Afin d'éviter toute lourdeur de fonctionnement, le département peut procéder en amont à un choix d'experts dans les deux domaines décrits.

5- Quelques exemples de réalisations et/ou de projets de Maisons de Santé Pluridisciplinaires

Maison de Santé de Saint Amand en Puisaye 58

Informations recueillies sur leur site

La situation d'origine

Un territoire de 180 Km², 3600 habitants, un médecin en passe de se retrouver tout seul avec le départ en retraite de son collègue.

Avec l'aide des politiques locaux naît l'idée d'un regroupement pour attirer un jeune médecin. Quatre années ont été nécessaires pour concrétiser le projet.

Les professionnels de santé fédérés par le projet de Maison de santé se réunissent le 05 septembre 2003 et créent une association qui prend le nom de « Réseau des professionnels pour la conception et le fonctionnement de la Maison de Santé

du canton de Saint Amand en Puisaye », association conforme à la loi du 1^{er} juillet 1901. Les statuts prévoient une durée de fonctionnement illimitée.

Ouverture de la Maison de Santé en 2004.

Les objectifs

- è Lutter contre la désertification des professions de santé en milieu rural.
- è Lutter contre l'isolement des professionnels de santé
- è Développer l'offre de soins sur le canton.
- è Mettre le patient au cœur du système de santé.
- è Développer la mise en place d'actions de santé publique.

Les acteurs

Au nombre de 6 en début de projet, ils sont actuellement 13 : 2 médecins, 2 infirmières, 1 dentiste, 1 kinésithérapeute, 1 sage femme, 1 pédicure, 1 ergothérapeute, 1 orthophoniste, 1 diététicienne, 1 psychologue.

Certains professionnels travaillent à temps partiel

Les partenaires

Ø Communauté de communes Puisaye Nivernaise: ses motivations

Une communauté de communes a pour compétences l'aménagement de l'espace. Dans le cadre d'une zone rurale, cela consiste notamment à s'assurer que l'ensemble des infrastructures liées à la vie quotidienne de ses habitants soit présent pour garantir le maintien d'un bassin de vie. A cet égard, la présence de soins médicaux et paramédicaux permet de maintenir une certaine qualité de vie et la proximité des services.

Ø URCAM BOURGOGNE – Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

Le conseil scientifique de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie préconise la création de cabinets multidisciplinaires de proximité pour répondre à la permanence des soins. L'URCAM propose des moyens financiers pour aider à conserver l'offre des soins en milieu rural. Au moyen du fond d'aide de la qualité des soins en ville (F.A.Q.S.V), l'URCAM soutient financièrement les actions visant à améliorer la coordination et la continuité des soins, la mise en place de réseaux de soins.

Ø Mutualité Sociale Agricole de la Nièvre

Impliquée depuis longtemps dans le maintien à domicile en milieu rural, la Mutualité Sociale Agricole a assisté la

Communauté de Communes pour l'investissement en faveur d'une Maison de Santé en Puisaye.

Le mode de fonctionnement actuel

La maison de Santé est ouverte du Lundi au vendredi de 8h à 20h ainsi que le samedi de 8h à 12h. Chaque médecin assure une garde 1 nuit par semaine et 1 WE sur 5. Chacun d'eux bénéficie d'1 j de repos en semaine.

Le site de la Maison de Santé informe les usagers sur les missions, le domaine de compétences et les horaires de consultation de chaque professionnel

Deux secrétaires assurent l'accueil et la gestion de la MS.

Adresse du site : www.m2sa.com

Les « plus » de la MS

La maison de santé abrite un service d'aides à domicile (30agents) qui collaborent étroitement avec les professionnels de santé.

Compte tenu des distances pour certains patients isolés, le Conseil Régional finance des déplacements (participation de 2€ pour les usagers) assurés par une société de taxis.

Les professionnels ont mis en place

- des actions de prévention : alimentation, éveil à la sexualité, violences et conduites addictives, d'autres sont spécifiques aux personnes âgées, perte d'autonomie, maladies cardio-vasculaires

Deux professionnels en parlent

Michel Serin, médecin fondateur de la structure : « avant de prescrire un médicament à une personne atteinte de diabète, je l'oriente vers la diététicienne qui adapte son régime », « les patients acceptent plus facilement ce type de prise en charge lorsque le cabinet du confrère se trouve à côté de celui de leur médecin traitant.

Marthe Bernard, kinésithérapeute, nouvellement arrivée dans la structure : »La collégialité est une assurance de bons soins que l'on ne trouve pas forcément dans les pratiques individuelles. Cette prise en charge globale-un confort pour nous-est appréciée des patients.

Projet Maison de Santé de SALLES CURAN 12

Bimsa octobre 2006

La situation d'origine

« *Je ne peux plus continuer à travailler dans ces conditions. Je ne veux pas y laisser la santé* », a averti fin 2003 le Dr François Ducamp, exerçant à Salles-Curan, en Aveyron. Suite au départ de deux confrères (l'un, en raison des contraintes représentées par la garde, a changé de lieu d'exercice et l'autre est parti en retraite), il s'est retrouvé seul face à la situation suivante : soigner une population de près de 2.500 habitants, composée de près de 15 % de personnes âgées de plus de 75 ans à mobilité réduite pour raisons de santé ou de transport ; assurer l'intégralité des tours de garde dans un rayon d'exercice de trente kilomètres sur des routes de campagne enneigées l'hiver ; exercer sa fonction de médecin pompier au centre de secours et être appelé à tout moment en urgence. Pour clore la liste de ses activités : faire face au fort accroissement de la population estivale qui se trouve multipliée par six en haute saison, soit 15.000 personnes.

Pour résumer : « *une situation plus stressante à gérer qu'un infarctus du myocarde* ».

Étant toutefois très attaché à l'exercice libéral de la médecine de campagne, « *je souhaitais pouvoir continuer à exercer à Salles-Curan, mais dans des conditions acceptables,*

explique-t-il. J'ai alors cherché un collègue souhaitant s'installer ici. Mais sans résultat. En même temps, j'ai fait part de mes préoccupations à la municipalité ».

L'historique

Conscients que si rien n'est fait, il n'y aura bientôt plus de médecin sur la zone, le maire, Maurice Combettes, et son équipe se mobilisent. Début 2004, la municipalité donne son accord pour la création d'un centre médical. La conduite des opérations est confiée au Syndicat intercommunal à vocations multiples (Sivom) du Pays des monts et lacs du Lévezou, structure inter cantonale formée de trois communautés de communes. Celle de Lévezou-Pareloup regroupe dix communes dont celle de Salles-Curan. Le Sivom s'est notamment fixé comme objectif la sauvegarde des services de santé à moyen terme. Dans ce domaine, il a repéré un certain nombre de faiblesses en termes de services, tout particulièrement aiguës en ce qui concerne la raréfaction de l'offre de santé, due au non remplacement des médecins généralistes et à la présence limitée de spécialistes,

kinésithérapeutes, dentistes... La situation est préoccupante : le départ d'un médecin peut avoir des conséquences désastreuses sur l'accès aux soins. En juillet 2004, par l'intermédiaire d'un cabinet de recrutement, la municipalité réussit à faire venir un médecin espagnol, urgentiste, habituée à travailler en équipe dans son pays, connaissant le milieu rural et les conditions de circulation difficiles en hiver. « Une perle rare ! », souligne François Ducamp, soulagé d'avoir une associée. Pour l'aider à s'installer, la communauté de communes a exonéré la nouvelle venue de la taxe professionnelle pendant deux ans et la municipalité participe à ses frais de location du cabinet médical. Entre temps, une réflexion est menée pour décider de la forme à donner au centre médical. Devant les interrogations qui se posent, Paul Gaubert, administrateur de la MSA, suggère au maire de rencontrer le directeur général de la MSA Tarn-Aveyron, François Dubeau. Considérant le problème de l'offre et de la permanence des soins en milieu rural comme une priorité, celui-ci est d'accord pour que la MSA accompagne l'élaboration du projet.

Un projet : Partager les locaux et travailler ensemble

Un groupe de travail sur le projet de soins est constitué. Il est formé des professionnels de santé exerçant à Salles-Curan, de Françoise Guillaudeau, maire-adjointe et directrice des soins aux hôpitaux d'Espalion et de Salles-la-Source, de Geneviève Lasne, médecin-conseil à la MSA, et de Gérard Lafitte, responsable de l'Action sanitaire et sociale de la MSA, tous deux assurant l'animation et la coordination du groupe. «

Très vite, les deux médecins, les cinq infirmières, le chirurgien-dentiste, le podologue et le kinésithérapeute de Salles-Curan ont souhaité partager les locaux et travailler ensemble, afin d'améliorer leurs conditions d'exercice, faire évoluer les pratiques de concertation entre eux, favoriser la coordination, garantir une offre élargie et améliorer le parcours de soins des patients », relate Françoise Guillaudeau. Les projets architecturaux et d'organisation de la future structure ont été modifiés, afin de les accueillir et d'intégrer également d'autres professionnels de santé (orthophoniste, psychologue, diététicienne...) et ce, afin de pouvoir répondre aux besoins de la population.

La population sera reçue en un lieu unique

C'est ainsi qu'il a été décidé que la population serait reçue en un lieu unique par une secrétaire, à la fois agent de réception et coordinatrice commune, qui centralisera également les appels téléphoniques. Le fait, pour les médecins et les infirmières, de travailler à proximité les uns des autres, dans des locaux adaptés, va faciliter leur travail et favoriser la coordination des soins. Les médecins pourront déléguer certaines tâches (vaccinations, pansements, désensibilisation...) aux infirmières. Afin d'optimiser les conditions d'exercice des professionnels de santé, des outils seront mis en place : dossiers médicaux partagés, réunions de coordination, protocoles de prise en charge coordonnée, suivi des parcours de soins, planning commun des activités... Cela permettra également la prise de relais en cas d'absence et la permanence des soins sera assurée (gestion des

plannings pour les tours de garde et les congés). Les professionnels de santé pourront également participer à des campagnes de santé publique (actions de prévention).

En outre, le groupe de travail a examiné divers projets innovants, actuellement à l'étude, mais dont les aménagements nécessaires à leur fonctionnement sont déjà prévus dans les plans de la future maison médicale. L'intégration au réseau régional de télé-médecine, dont le siège est à Toulouse, permettrait d'assurer à tout patient un égal accès à des soins de qualité (le dossier est en cours d'évaluation économique à l'Urcam). La mise en place de consultations spécialisées (cardiologue, neurologue, psychiatre), en fonction des besoins de la population, permettrait d'ouvrir la maison de santé rurale à d'autres acteurs de santé. La possibilité d'installation d'un poste d'auto dialyse permettrait d'assurer une meilleure qualité de vie à un patient insuffisant rénal chronique. La maison de santé pourrait également devenir un centre de formation pour les étudiants en médecine ou paramédicaux.

Libérer du temps pour des actions de prévention

C'est ainsi que le centre médical de l'origine s'est transformé en une maison de santé rurale pluridisciplinaire, grâce également à la CCMSA qui, par sa démarche d'appel à projets pour expérimentation, la définition d'un cahier des charges précis et son appui permanent, a contribué à l'élaboration du montage financier et juridique. Neuf projets de création de maisons de santé rurales pluridisciplinaires, situées dans six régions, ont été retenus ([Cf. Bimsa n°54 -](#)

[Mai 2005](#)). « Celui de Salles-Curan est le seul pour la région Midi-Pyrénées », précise, non sans fierté, Maurice Combettes, très impliqué dans ce dossier. « Nous avons un beau projet, qui va de pair avec les autres réalisations que nous menons pour une population qui s'accroît : un lotissement de 33 logements pour faciliter l'installation des familles, la maison des services du Conseil général, le maintien de La Poste, la nouvelle gendarmerie, l'installation d'entreprises privées et d'une banque, l'implantation d'un futur parc de 29 éoliennes et d'un musée des énergies renouvelables ». Il reconnaît que « la maison de santé rurale était une nécessité. On ne pouvait pas continuer comme cela ». « Cela va être bénéfique pour l'état de santé des habitants, renchérit Amaya Ara Goñi. Je crois que la fonction de la médecine, c'est la prévention des maladies (diabète, obésité, maladies cardio-vasculaires...) : c'est la médecine du futur. D'où l'intérêt d'un mode de fonctionnement en équipe, qui permet de libérer du temps pour des actions de prévention. »

Des logements sont prévus pour accueillir stagiaires et médecins remplaçants. La maison de santé rurale, « que la population attend avec impatience », ajoute le maire, sera implantée au cœur du bourg, sur la place centrale, à proximité des écoles, des services et des commerces (pharmacie, libre service...) et à côté du centre de secours (pompiers) et de la future maison de la petite enfance. Chaque niveau sera affecté à des fonctions bien déterminées. Au rez-de-chaussée, l'accueil physique et téléphonique unique, la salle d'attente commune, les urgences trois cabinets médicaux, le cabinet pour les cinq infirmières, la télé-médecine et les salles

de réunion. Au premier étage, les services spécialisés (dentiste, kinésithérapeute, podologue, orthophoniste, psychologue, psychiatre) et les services sociaux (permanence de la MSA). Au second étage, sous les combles, sur une superficie de 300 m², des logements sont prévus, permettant d'accueillir stagiaires et médecins remplaçants. « Les professionnels de santé auront à leur charge les coûts de fonctionnement de la structure médicale, en fonction de la superficie occupée », précise le maire.

Accessible de plain-pied depuis la place centrale du bourg, elle disposera d'un ascenseur pour l'étage. Des bureaux ont été laissés sans affectation : ils sont destinés à accueillir de futurs professionnels qui rejoindront l'équipe médicale par la suite. Les travaux vont commencer cet automne, pour une ouverture prévue en automne 2007. « Pour compléter ce pôle sanitaire et social, deux autres projets sont à l'étude, ajoute Françoise Guillaudeau. Il s'agit, en plus de la maison de la petite enfance, d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ».

Projet Maison de Santé de LA REOLE 33

Contexte

En 2001, un groupe de professionnels a acté la nécessité de conduire une réflexion et de regrouper l'ensemble des professionnels de santé de La Réole au sein d'une même structure et/ou en réseau pour anticiper les difficultés démographiques et l'augmentation de l'activité sur le territoire rural du Haut entre Deux Mers. La période de 2003 à 2005 a été consacrée à la conception du projet. Durant cette période, des financements ont été recherchés, notamment auprès du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV). Le dossier a également été présenté au Pays du Haut Entre Deux Mers pour être intégré au contrat de pays. En 2004-2005, une étude de faisabilité du Réseau de Santé Rural (RSR) et de la Maison de Santé Libérale (MSL) comportant une étude organisationnelle (démarche qualité), architecturale, ergonomique, juridique et financière (compte d'exploitation) a été menée.

Finalités de l'action

Créer des conditions attractives pour renforcer et optimiser l'offre de soins d'un territoire rural :

1. Organiser la « permanence des soins » - création du Centre d'Accueil des Premiers Soins (CAPS), sorte de maison

médicale de garde au sein de l'hôpital de proximité et au centre du territoire

2. Créer une maison de santé sur le terrain de l'hôpital de La Réole pour assurer la « continuité des soins » : la MSL

3. Créer un réseau de professionnels de santé s'appuyant sur le centre hospitalier, la MSL et le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) gérontologique pour assurer l'accès à une prise en charge globale des patients sur le territoire du Haut Entre Deux Mers

Objectifs poursuivis

- Regrouper des professionnels de santé au sein d'une même structure de proximité
- Améliorer la prise en charge globale du patient (notion de parcours de soins coordonnés et priorisation des prises en charge) au sein d'un Réseau de Santé
- Organiser le temps de travail à temps partiel
- Mutualiser des moyens et alléger les charges administratives
- Favoriser l'accueil de stagiaires avec la création d'un espace pédagogique et la mise en oeuvre d'une supervision des médecins en formation (6 à 12 mois de stage permettant d'optimiser les installations dans un secteur rural organisé, solidaire et confortable

Méthode

- Mobilisation endogène d'un réseau de professionnels de santé, à partir d'un constat partagé de risques à 10 ans (rapport annuel du conseil scientifique de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) – 1999)
- Instauration d'une équipe d'animation pilotant le projet, partenariat large avec le pôle hospitalier de La Réole, CLIC, médecin de santé publique, conseiller technique de la Haute Autorité de Santé (HAS), responsable du Service de Continuité des Soins Médicaux (SCSM)
- Recours à une expertise externe (conseils juridiques, organisation des ressources humaines, droit social, expert-comptable, financier, qualitatif, ergonomiste...) pour animer des sessions par méthode participative (15 à 30 participants) ayant favorisé l'appropriation du projet par les professionnels
Quelques principes de l'équipe d'animation :
- mobiliser sur des actions ciblées, « en cercles concentriques »
- coordonner et harmoniser les professionnels et leurs actions respectives
- former et évaluer les pratiques des praticiens
- concilier les besoins de terrain (par rapport aux pathologies observées) et les politiques de santé publique

Publics visés

Les médecins, infirmiers diplômés d'Etat, kinésithérapeutes et tous professionnels de santé en charge des soins primaires

Montage financier

Le projet a bénéficié des financements au titre du FAQSV géré par l'URCAM – Financement alloué à hauteur de 194 000 euros environ sur trois ans pour les trois projets. Les dépenses couvertes concernent essentiellement l'investissement pour la permanence des soins et les expertises techniques pour l'étude de faisabilité de la MSL et du RSR.

Facteurs qui ont influencé l'action

- Emergence d'un « noyau dur » de professionnels en 1997 pour assurer un tour de garde
- Rapport annuel CNAM – 1999 alarmant
- Sentiment d'un phénomène de discrédit extérieur vis-à-vis des activités liées au pôle hospitalier, lié à un démantèlement progressif (services de maternité, anesthésie, chirurgie) ayant créé un lien et un sentiment collectif de solidarité – 2000 / 2001
- Grève nationale des professionnels de santé en novembre 2001
- Recours à une expertise extérieure sur les sujets pointus pour valider les différentes étapes de la conception en amont du projet (étudié sous toutes les coutures par un collectif de 30 professionnels de santé pluridisciplinaire, autant de « regards croisés »)

Perspectives envisagées

1. Dossier RSR en attente d'un financement pérenne par la Dotation Régionale de Développement des Réseaux (DRDR)

2. Le 5 octobre 2006 : création d'un groupe de professionnels de santé désireux de créer la MSL (6 médecins généralistes, 2 orthophonistes, 1 podologue, 1 diététicienne, des infirmiers, 1 kinésithérapeute et un collaborateur) - la fin des travaux est envisagée pour septembre 2008.

3. Souhait de créer un espace pédagogique pour les jeunes médecins généralistes en formation

4. Le CAPS est ouvert depuis le 31 décembre 2003. La permanence des soins est assurée par 22 à 26 médecins généralistes, tous les jours de la semaine de 20h à 00h, le samedi de 12h à 00h et le dimanche ou jours fériés de 8h00 à 00h.

Projet Maison de Santé de MAULEON 64

Extrait du BIMSA Mai 2005

A Mauléon, ce sont sept médecins généralistes du secteur (sur neuf) qui sont à l'origine du projet d'ouverture d'une maison médicale. Le travail en commun, ils connaissent. Début 2000, dans le cadre d'une expérimentation « Groupama Partenaires santé » (1) menée avec la MSA, ils ont constitué des groupes de pairs pour échanger sur leurs pratiques professionnelles et mettre en place différentes actions visant à l'amélioration de la qualité des soins. L'idée de se regrouper dans un pôle santé en est la suite logique. Ils souhaitent pérenniser ce mode de fonctionnement.

« Chacun de ces médecins dispose pour l'instant d'une structure qui fonctionne, mais le projet résulte de leur préoccupation de mieux assurer les urgences dans cette zone blanche (2) et la continuité des soins. Un exercice collectif et

l'accès partagé aux dossiers médicaux vont permettre d'améliorer la coordination et faciliter les prises de relais en cas d'absence. Leur souci d'amélioration des conditions d'exercice vise aussi à favoriser l'installation de jeunes professionnels dans ce canton en voie de désertification médicale compte tenu de la pyramide des âges actuelle : ils ont entre 39 et 60

ans (pour l'un d'entre eux), plusieurs seront donc amenés à cesser leur activité dans les dix ans à venir, explique Eric Binder, directeur de la MSA des Pyrénées-Atlantiques. Or les conditions d'accès aux soins sont déjà difficiles sur ce territoire, y compris dans les cantons limitrophes, qui connaissent les mêmes problèmes et sont tous touchés par le vieillissement de la population. Des professionnels de santé

très motivés Aujourd'hui le financement du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) est acquis. Mais avant la mise en oeuvre effective du projet, des questions d'importance sont à résoudre : trouver un lieu d'implantation, disposer d'un système informatique permettant d'échanger les données ainsi que de moyens logistiques permettant de gérer les urgences, et notamment d'orienter les malades en évitant la prise en charge par l'hôpital de pathologies relevant de l'ambulatoire. La MSA des Pyrénées-Atlantiques, fortement impliquée dans ce projet, met notamment à disposition différents moyens humains (médecins et travailleurs sociaux), techniques, logistiques et financiers pour aider les promoteurs. « *Les élus de terrain sont informés et seront certainement appelés à contribuer à l'analyse des besoins et des moyens. On pense à des coordinations possibles avec l'hôpital local (une mise en réseau est envisagée), voire avec*

des maisons de retraite, comme celle de Sauveterre-de-Béarn, poursuit Éric Binder. On réfléchit à l'installation d'un téléphone cellulaire, au recours à la télé-médecine qui apporterait une expertise complémentaire. Il faut rechercher des solutions innovantes. »

Du côté des professionnels, la motivation est forte. Dans cette zone blanche, ils pensent que pour préserver l'offre de soins, il faut agir le plus rapidement possible. « *Trois infirmières sont partantes et des spécialistes disposeront d'un cabinet médical pour leurs consultations. Reste à trouver le terrain adéquat. Pour l'instant, les pistes envisagées n'ont pas abouti. Nous sommes en attente sur ce point pour passer à la concrétisation* », souligne le docteur de Gaye.

Marie-Luce Gazé Desjardins