

DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTÉ PIERRELATTE

DÉCEMBRE 2016



Travail réalisé par

L'OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE RHONE-ALPES

Eve GIOVANNINI, chargée d'études

Pauline BOLAMPERTI, statisticienne

Carole MARTIN DE CHAMPS, directrice

Avec le soutien de

L'Agence Régionale de la Santé Délégation de la Drôme

Ce rapport est disponible sur le site Internet de l'ORS Rhône-Alpes :

www.ors-rhone-alpes.org

REMERCIEMENTS

L'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes tient à remercier ici toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce diagnostic et tout particulièrement :

Madame Marie-Pierre Mouton, Maire de Pierrelatte et Myriam Meyer, Directrice Générale des Services à la mairie de Pierrelatte, pour leur aide précieuse dans la réalisation de cette étude ;

Les professionnels rencontrés en entretien, pour leur disponibilité, leur intérêt pour cette démarche et leur excellente participation ;

Enfin, nous remercions L'Agence Régionale de Santé qui a enrichi ce diagnostic par la transmission de données statistiques et son expertise des projets de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles.

SOMMAIRE

Pour une lecture rapide des résultats de l'étude, vous pouvez vous reporter directement au chapitre « Synthèse et pistes d'action » page 73.

Contexte et objectifs de l'étude	7
Données quantitatives	11
1. Données socio démographiques	13
1.1 Population	14
1.2 Caractéristiques socio-démographiques	15
1.3 Les indicateurs de précarité	18
2. Offre et recours aux soins	20
2.1 L'Offre libérale.....	20
2.2 Le Recours aux soins.....	22
3. Etat de santé	24
3.1 Les affections de longue durée.....	24
3.2 Les hospitalisations en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO)	26
3.3 Le recours aux soins psychiatriques.....	30
3.4 Les traitements médicamenteux.....	31
3.5 La mortalité.....	32
3.6 La prévention et le dépistage	34
3.7 Zoom sur les personnes âgées	35
4. Synthèse.....	43
Données qualitatives	45
1. Population, état de santé	48
1.1 Profil des patients	48
1.2 En transversal, des difficultés d'accès aux soins liées au niveau de l'offre.....	48
1.3 Problématiques de santé repérées.....	49
2. Structuration de l'offre de soins.....	51
2.1 Offre de soins à Pierrelatte et à proximité	51
2.2 Projets des professionnels de santé libéraux	55
3. Dispositifs existants et cadre réglementaire.....	58
3.1 Les maisons de santé pluri professionnelles (MSP).....	58
3.2 Les pôles de santé ou maison de santé « hors les Murs »	62
3.3 Les centres de santé	63
3.4 Les regroupements de professionnels de santé libéraux.....	64
4. Le point de vue des professionnels interviewés	65
4.1 Motivations et freins exprimés par les professionnels de santé	65
4.2 Les contours du projet de regroupement	67
5. Au delà des dispositifs, attirer les médecins généralistes à Pierrelatte	69
5.1 Eléments connus d'attractivité.....	69
5.2 Pierrelatte, points forts et faibles du territoire pour attirer un médecin généraliste.....	71
Synthèse et pistes d'action	73
1. Points fort et fragilités d'un projet de regroupement, de MSP	74
2. Pistes d'actions	74
3. Conclusion.....	77

CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

Pierrelatte est situé à l'extrême sud-ouest de la Drôme (Drôme provençale), dans la vallée du Rhône à respectivement 70 km et 25 km au sud de Valence et de Montélimar, ainsi qu'à 60 km au nord d'Avignon. Pierrelatte est limitrophe des départements de l'Ardèche à l'ouest et du Vaucluse au Sud. Les Pierrelattins sont au nombre de 12 952 (recensement 2012).

Dans le cadre des nouveaux quartiers en politique de la ville, tels que définis en 2014, la Communauté de Communes Drôme Sud Provence, la Ville de Pierrelatte et la Ville de Donzère ont signé un contrat de ville comportant un volet santé. Ce volet santé sera développé au sein du contrat local de santé annexé ultérieurement au contrat de ville. Le quartier classé en politique de la ville à Pierrelatte est « Le Roc ».

Les élus de Pierrelatte ont une bonne connaissance de la population locale et aussi des problématiques locales d'offre de soins. L'offre de ressources en santé couvre ainsi une zone allant jusqu'à Bourg Saint-Andéol en Ardèche et sur l'arrière pays Drômois. Par ailleurs, des liens existent pour certains praticiens qui exercent dans la clinique privée d'Orange.

Concernant l'offre de santé de premier recours, certains des professionnels, et notamment des médecins, approchent de l'âge de la retraite et la question de leur remplacement semble difficile à résoudre, notamment du fait que, d'une manière générale, les jeunes professionnels de santé préfèrent aujourd'hui s'installer dans les grands centres urbains, favorisant ainsi un phénomène de sous-dotation plus ou moins sévère, dans les petites communes et les zones rurales.

Les élus de Pierrelatte redoutent ainsi que les ressources de premiers recours en matière de soins ne viennent à s'étioler sur la commune, à court ou moyen terme, ce qui serait défavorable à un bon recours aux soins et pourrait impacter négativement la qualité de vie et l'état de santé des habitants. Pour pallier à ce problème, les élus sont en cours de réflexion sur un projet de maison de santé.

Ce diagnostic local de santé à Pierrelatte avait donc deux objectifs :

- Décrire l'état de santé de la population locale à l'échelle de la commune et du quartier politique de la ville et avoir accès à des données de santé, avec un zoom spécifique concernant les personnes âgées. Ceci de faciliter les orientations de l'action publique en matière de santé, et ce dans le cadre d'un contrat local de santé ;
- En lien avec la problématique de démographie médicale, repérer l'offre de professionnels de santé sur la commune et à proximité et étudier les enjeux autour de la mise en place d'un regroupement des professionnels (type Maison de Santé Pluriprofessionnelle, maison médicale, pôle de santé...).

METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Différentes approches ont été utilisées pour réaliser ce diagnostic qui repose sur trois sources d'informations principales :

- Des **indicateurs** quantitatifs issus des principaux systèmes d'information : données démographiques, sociales et sanitaires, en incluant des éléments d'offre et de consommation.
- Les **personnes-ressources** : par entretiens semi-directifs individuels réalisés auprès d'acteurs de terrain, intervenant dans le domaine de la santé.
- **L'observation de terrain** sur le territoire : une partie des entretiens a été réalisée *in situ*, dans différentes communes du territoire, avec des déplacements en automobile et en train. Cette observation a été conduite en parallèle des entretiens menés avec les personnes-ressources.

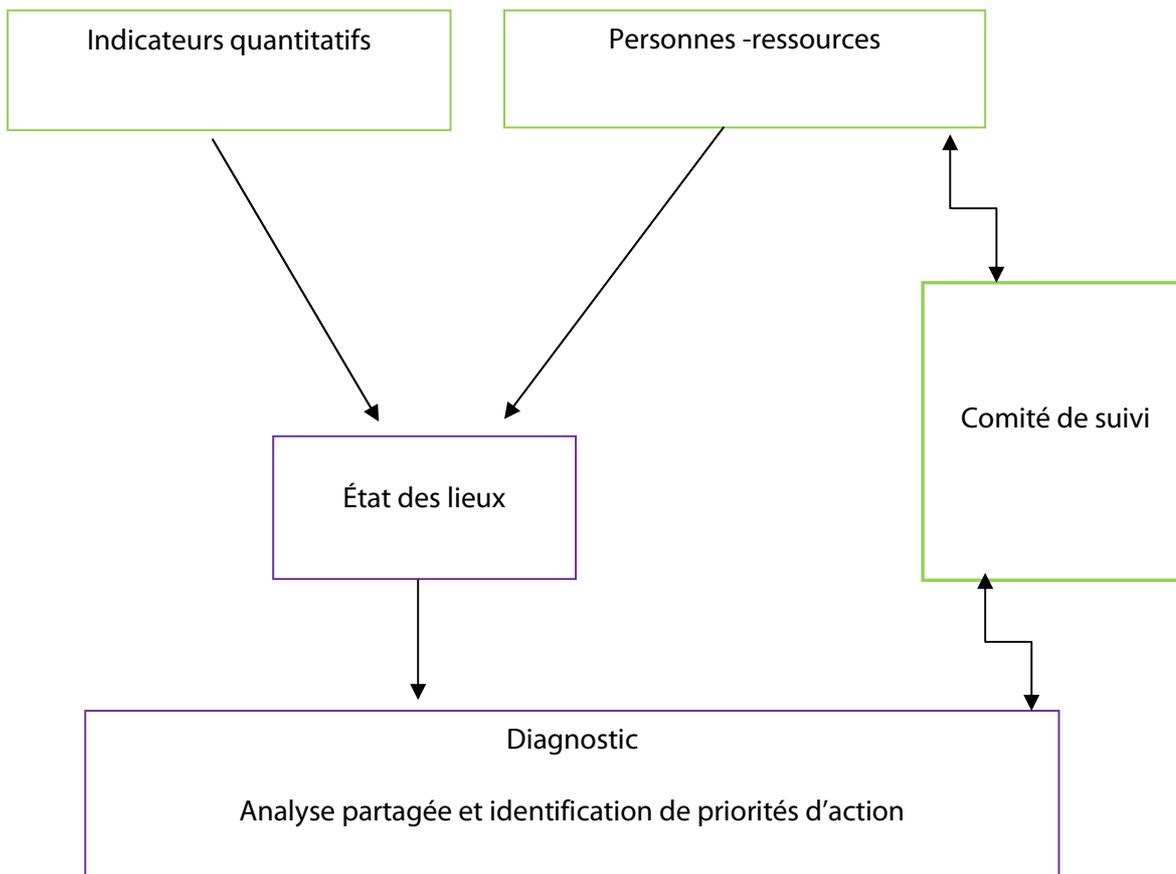
Ces différentes données ont été traitées en deux volets : un volet quantitatif et un volet qualitatif.

Cette étude a été réalisée sous la forme d'un **diagnostic partagé** : les principaux résultats de l'étude ont été restitués en deux temps aux acteurs du territoire qui ont pu enrichir les constats réalisés et débattre des pistes d'actions qu'il serait possible d'envisager, le 5 avril 2016 pour les données quantitatives et le 21 juin et 30 juin 2016 pour les données qualitatives.

L'ensemble de la démarche s'est déroulé sur le premier semestre de l'année 2016.

SCHEMA SYNTHETIQUE DE LA DEMARCHE MISE EN ŒUVRE

2 sources d'information principales :



DONNEES QUANTITATIVES

METHODOLOGIE DE LA PARTIE QUANTITATIVE

La partie quantitative de ce diagnostic présente l'état de santé de la population de Pierrelatte à partir des indicateurs socio-sanitaires disponibles.

Méthodes

Les données sociodémographiques présentées sont issues du recensement de la population de l'Insee disponible au moment de l'analyse.

Les données sanitaires sont issues :

- de l'Assurance Maladie : offre et recours aux soins, traitements médicamenteux, prévention.
- du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) : séjours hospitaliers, motifs d'hospitalisation.
- du Résumé d'Information Médicale en Psychiatrie (RIM-P) : prises en charge ambulatoires en services de psychiatrie.
- de l'Inserm – CépiDC : données de mortalité, causes de décès.
- de la CnamTS, de la CCMSA et du RSI pour les motifs des nouvelles admissions en affections de longue durée.

Les données présentées sont pour la majorité des indicateurs appelés « taux standardisés ». Ces taux sont utilisés lorsque les données sont sensibles à l'âge de la population étudiée. Ainsi, pour la consommation de médicaments, le recours à l'hospitalisation ou encore la mortalité, les taux sont systématiquement standardisés sur la structure d'âge d'une population de référence : cela permet de comparer les territoires entre eux (la commune de Pierrelatte par rapport au département de la Drôme et à la région Rhône-Alpes) à structure d'âge identique.

Déclinaison géographique

Afin d'exploiter le maximum de données sanitaires, les données sont déclinées au niveau du code commune de Pierrelatte (12 952 habitants), à l'exception des données d'hospitalisation et d'admission en Affection de Longue Durée qui sont uniquement disponibles au niveau du code postal de Pierrelatte (code postal : 26700). Le code postal de Pierrelatte englobe la commune Pierrelatte, et celle de la Garde-Adhémar (1118 habitants).

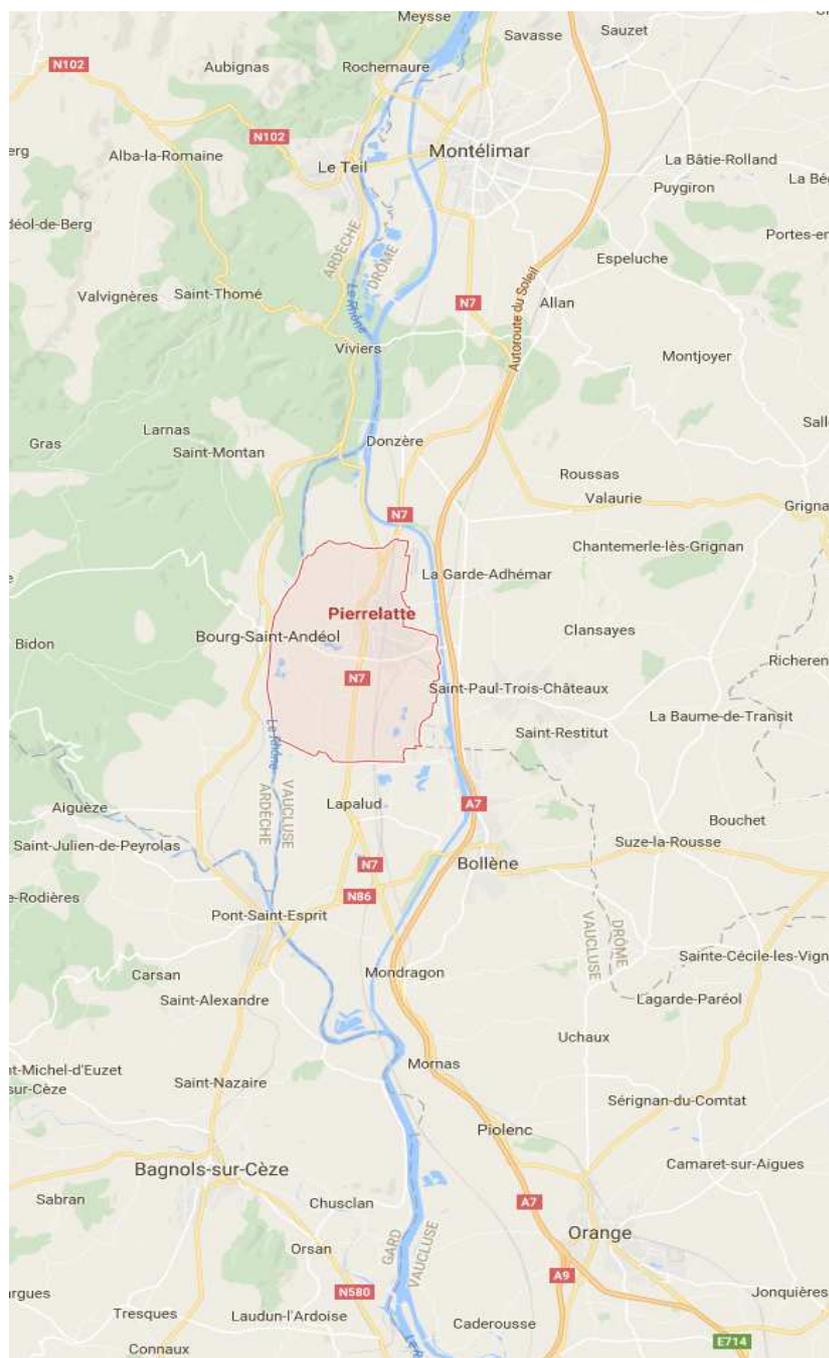
Lorsque les données sont disponibles et les effectifs supérieurs à 10, elles sont également déclinées à l'échelle du quartier Politique de la Ville Le Roc.

1. DONNÉES SOCIO DÉMOGRAPHIQUES

La Ville de Pierrelatte est située à 25 kilomètres au sud de Montélimar, dans la Drôme Provençale, à la croisée des départements de l'Ardèche, du Vaucluse et du Gard. Localisée dans le couloir du Rhône, très industriel, à proximité de l'autoroute A7, le nom de Pierrelatte est notamment associé au site nucléaire du Tricastin.

Membre de la Communauté de communes Drôme-Sud Provence, qui regroupe 14 communes et représente environ 40 00 habitants, Pierrelatte, avec 12 952 habitants, est le chef lieu (bureau centralisateur) du canton du Tricastin.

Carte 1. Situation de Pierrelatte



Source : Données cartographiques 2015 Google

1.1 POPULATION

1.1.1 Evolution de la population

Au 1^{er} Janvier 2012, la commune de Pierrelatte compte 12952 habitants d'après le recensement réalisé par l'INSEE. Globalement, sur la période 2007-2012, la population de Pierrelatte connaît une croissance démographique relativement faible, soutenue par un solde naturel positif (plus de naissances que de décès). Cependant depuis 2010, la population de la commune est stable (pas de croissance démographique).

Evolution de la population du territoire de 1999 à 2012

Population	Pierrelatte	Drôme	Rhône-Alpes
Population en 2012	12 952	491 334	6341160
Densité de la population en 2012 (hab./km ²)	261,3	75,2	145,1
Croissance de la population 1999-2012	8,1%	12,2%	12%
Variation de la population : taux annuel moyen entre 2007 et 2012, en %	+0,6	+0,7	+0,9
dont variation due au solde naturel	+0,6	+0,4	+0,6
dont variation due au au solde apparent des entrées sorties	0,0	+0,4	+0,3

Source : INSEE RP2012

1.1.2 Structure d'âge

A l'image de la Drôme, la population de Pierrelatte est vieillissante. La part des habitants âgés de 65 ans et plus s'élève à 19% tandis que la part des moins de 20 ans représente 24% des habitants de la commune (respectivement 17% et 25% en Rhône-Alpes).

Avec 207 naissances domiciliées en 2014, le taux de natalité s'élève à 17 pour 1000 habitants, un taux relativement élevé par rapport aux taux départementaux et régionaux (respectivement 12 et 13 pour 1000).

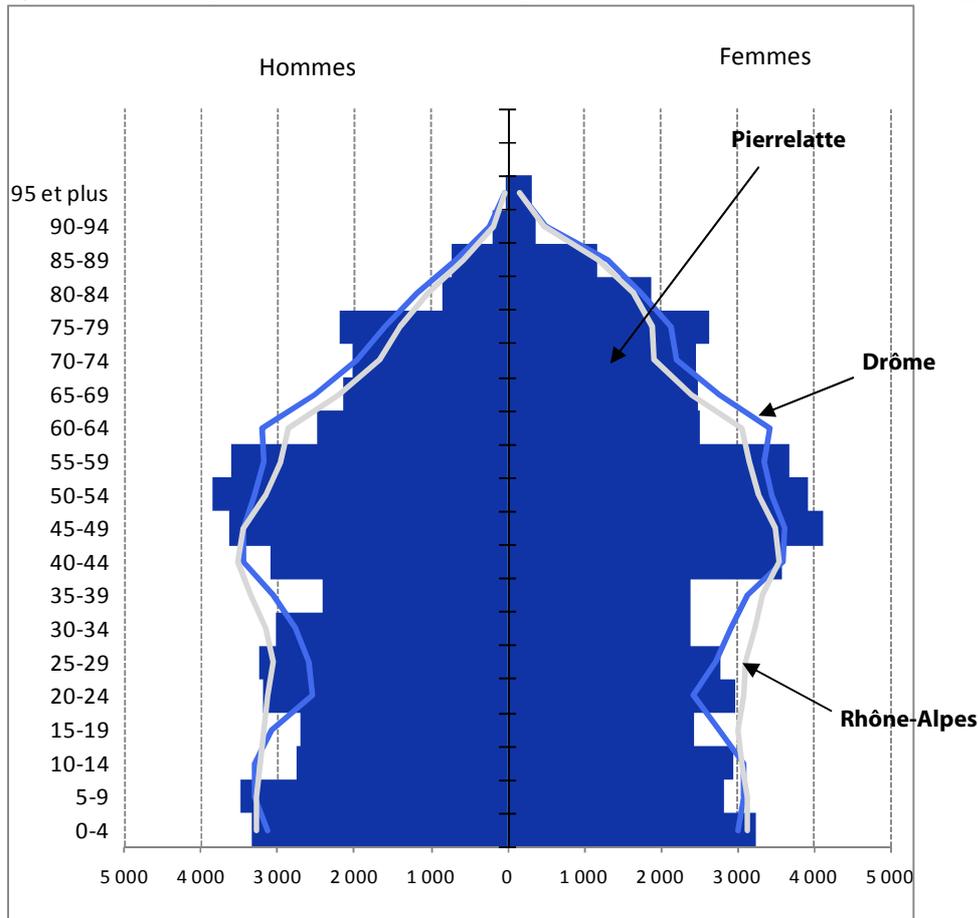
Caractéristiques de la population, 2012

Population	Pierrelatte	Drôme	Rhône-Alpes
Part des moins de 20 ans	24%	25%	25%
Part des plus de 65 ans	19%	19%	17%
Taux de natalité*	17‰	12‰	13‰
Naissances domiciliées en 2014	207	5 965	82912
Décès domiciliés en 2014	124	4 388	48 509

Source : INSEE RP2012

La pyramide des âges de la commune de Pierrelatte est sensiblement identique à celle de la Drôme (courbe bleue) et illustre le vieillissement de la population. On remarque notamment la surreprésentation des classes d'âge des 45-59 ans et des 75 ans et plus par rapport au département et à la région (courbe grise). A contrario, les jeunes de 10 à 19 ans, les femmes de 30 à 39 ans et les hommes de 35 à 39 ans, sont moins représentés que dans les territoires de référence.

Pyramide des âges de Pierrelatte, du département de la Drôme et de la région Rhône-Alpes, 2012



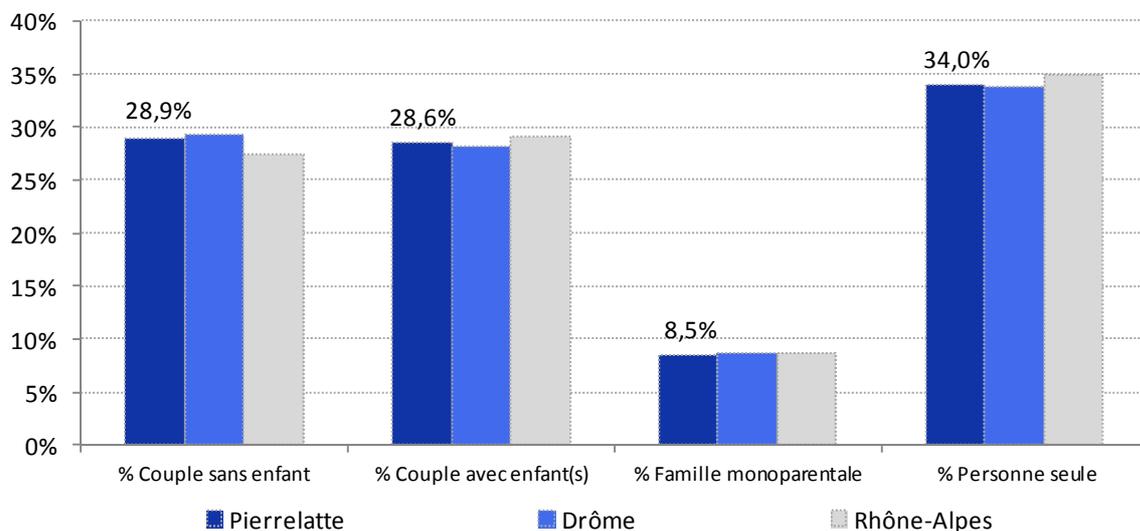
Source : INSEE RP2012

1.2 CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

1.2.1 Ménages et structure familiale

La composition des ménages dans la commune de Pierrelatte est proche de celle observée dans la Drôme et Rhône-Alpes. Les familles monoparentales représentent 8,5% des ménages tandis que la part des personnes seules s'élève à 34%.

Répartition des ménages selon la structure familiale, 2012

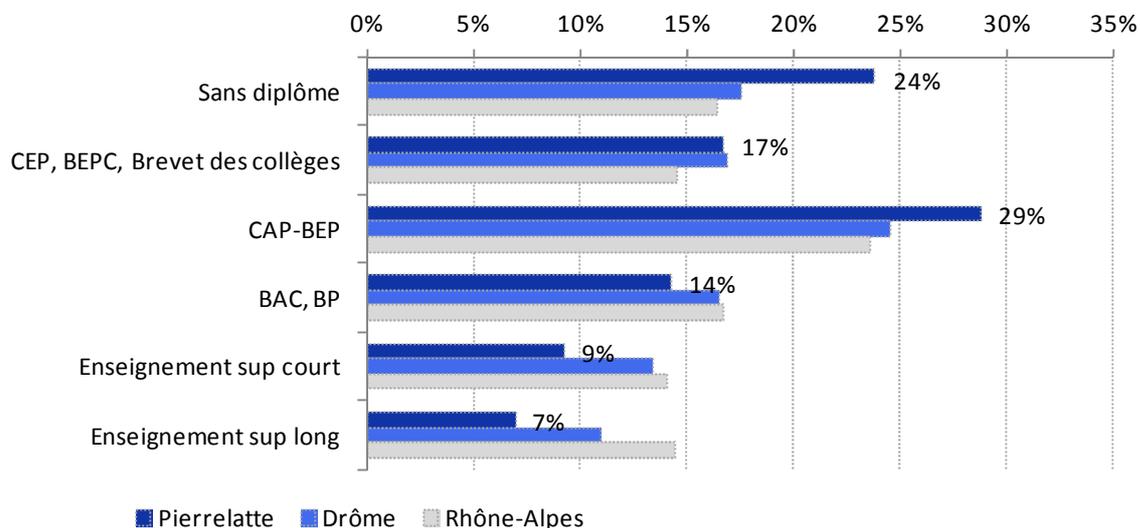


Source : INSEE RP2012

1.2.2 Scolarité et niveau d'études

Globalement, les habitants de la commune de Pierrelatte sont moins diplômés que les habitants du département et de la région. On remarque notamment la part importante de personnes âgées de 15 ans et plus sorties du système scolaire sans diplôme qui s'élève à 24% (contre respectivement 18% et 16% dans la Drôme et la région Rhône-Alpes). Par ailleurs, la part des diplômés de l'enseignement supérieur long est de 7%, un taux deux fois moins élevé qu'en Rhône-Alpes.

Répartition des niveaux d'études chez les 15 ans et plus sortis du système scolaire, 2012

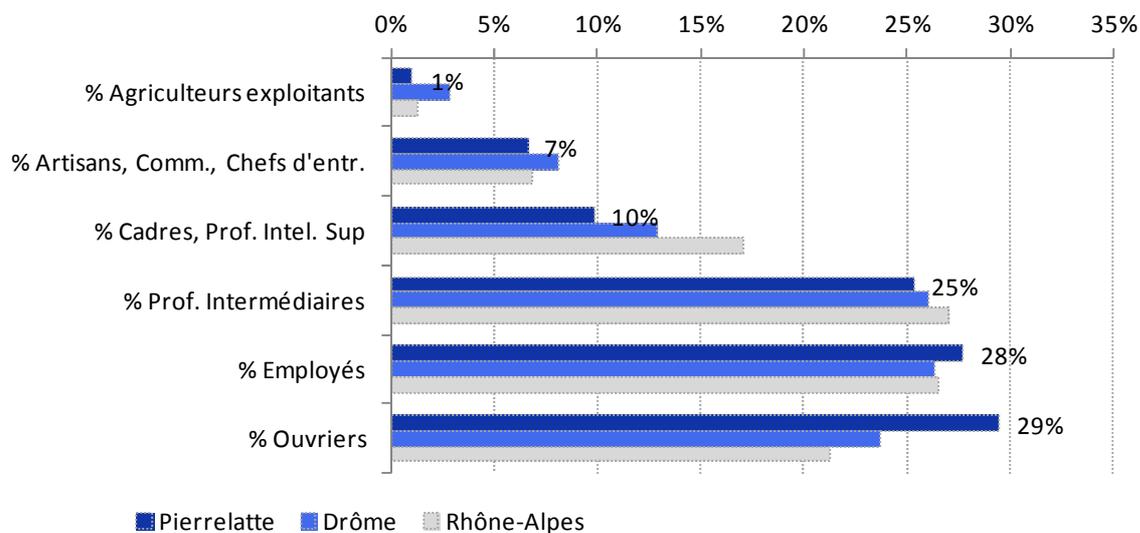


Source : INSEE RP2012

1.2.3 Professions et catégories socioprofessionnelles

En lien avec le niveau d'études, on observe, en termes de catégories socioprofessionnelles (CSP), une part relativement importante d'ouvriers (29%) parmi les actifs de la commune (24% dans la Drôme et 21% en Rhône-Alpes) et une moindre présence de cadres (10% contre respectivement 13% et 17% dans le département et la région).

Population active de 15-64 ans par catégorie socioprofessionnelle, 2012

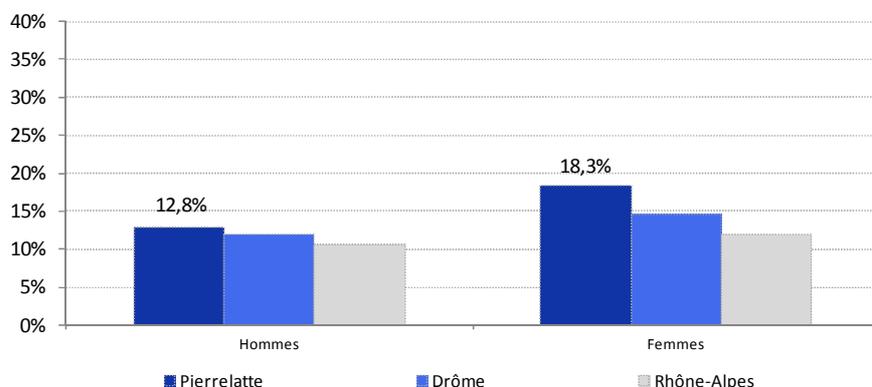


Source : INSEE RP2012

1.2.4 Taux de chômage

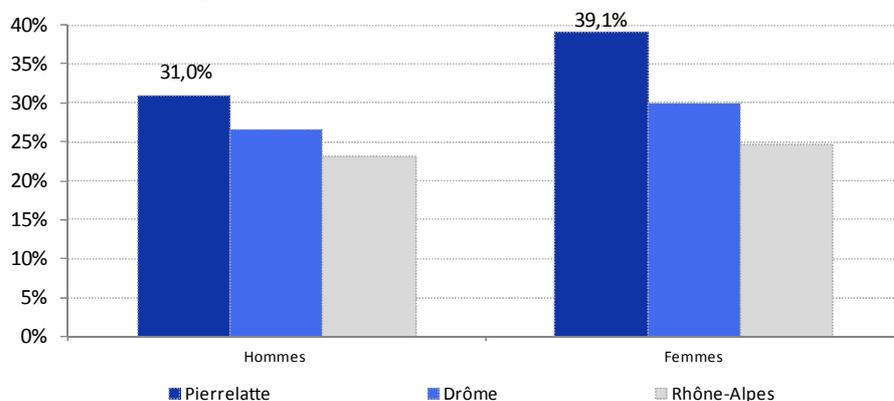
Le taux de chômage, au sens du recensement, est plus important dans la commune que dans la Drôme et la région Rhône-Alpes. Il s'élève, en 2012, à 15,3% des actifs 15-64 ans à Pierrelatte, contre 13,2% dans la Drôme et 11,3% en Rhône-Alpes. A Pierrelatte, comme en France, le chômage touche plus durement les femmes et les jeunes.

Taux de chômage chez les 15-64 ans selon le sexe, 2012



Source : INSEE RP2012

Taux de chômage chez les 15-24 ans, 2012

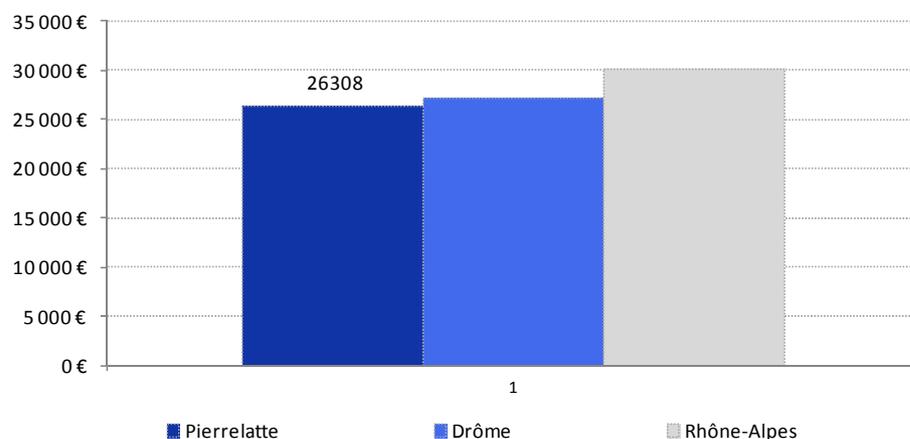


Source : INSEE RP2012

1.2.5 Revenus

Le revenu médian est le revenu au dessous duquel se situent 50% des ménages du territoire. A Pierrelatte, le revenu médian s'élève en 2011 à 26 308 euros, un montant relativement proche du revenu médian départemental (27 250 euros), mais inférieur au niveau régional (30 121 euros).

Revenu médian déclaré (en €), 2011



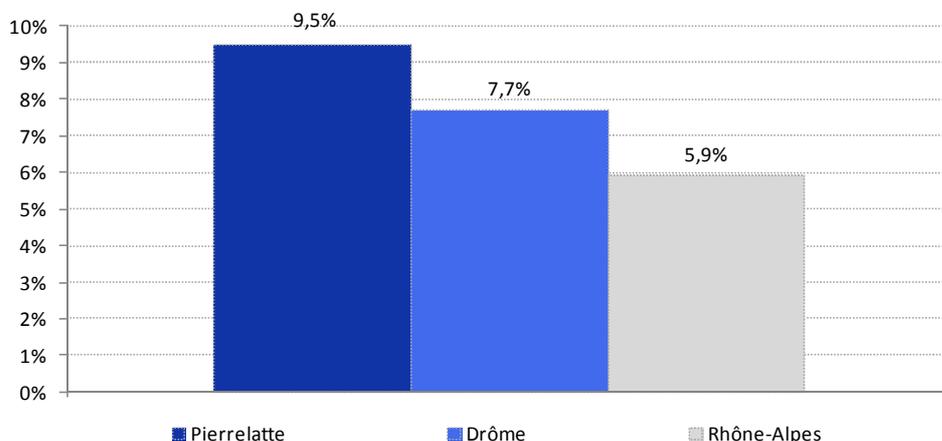
Source : INSEE DGFIP RP2012

1.3 LES INDICATEURS DE PRÉCARITÉ

1.3.1 Les personnes couvertes par le RSA

Le revenu de solidarité active (RSA) est une allocation qui complète les ressources initiales du foyer pour qu'elles atteignent le niveau d'un revenu garanti. Dans la commune de Pierrelatte, 9,5% des habitants de la commune sont bénéficiaires du RSA, un taux plus élevé que dans la Drôme (7,7%) et qu'en Rhône-Alpes (5,9%).

Part des bénéficiaires du RSA, 2012



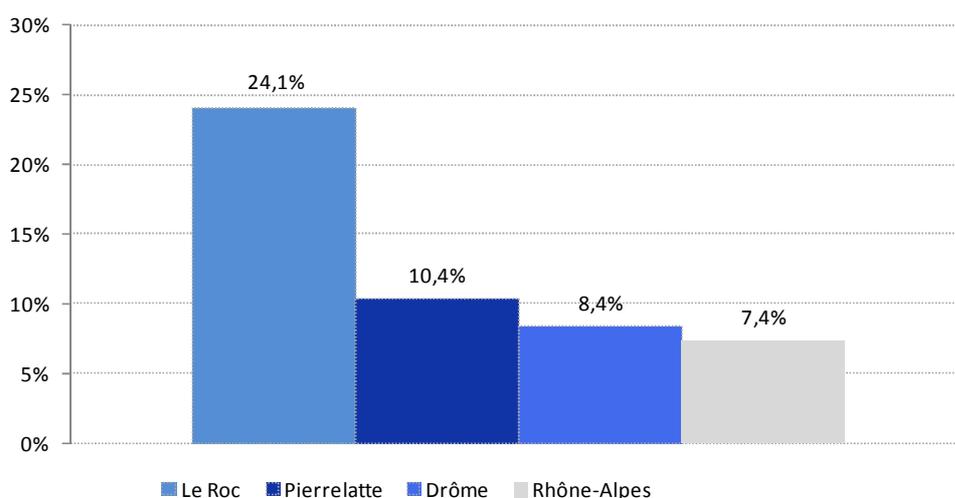
Source : Caisse d'Allocation Familiale (CAF)

1.3.2 La CMUc

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), attribuée sous condition de ressources aux personnes résidant en France depuis plus de trois mois, est une protection complémentaire santé gratuite. A Pierrelatte, en lien avec des taux de chômage et de bénéficiaires du RSA plus importants, la part des bénéficiaires de la CMUc est plus élevée : 10,4% des habitants (contre 8,4% dans le département et 7,4% en région).

Chez les habitants du quartier Politique de la Ville¹ Le Roc, la part des bénéficiaires de la CMUc s'établit à 24,1%, un taux relativement élevé (conformément au faible niveau de revenu des ménages), mais en deçà du taux moyen observé sur l'ensemble des Quartiers en Politique de la Ville de la région (26,9%)

Part des bénéficiaires de la CMUC, 2014



Source : Assurance maladie 2014

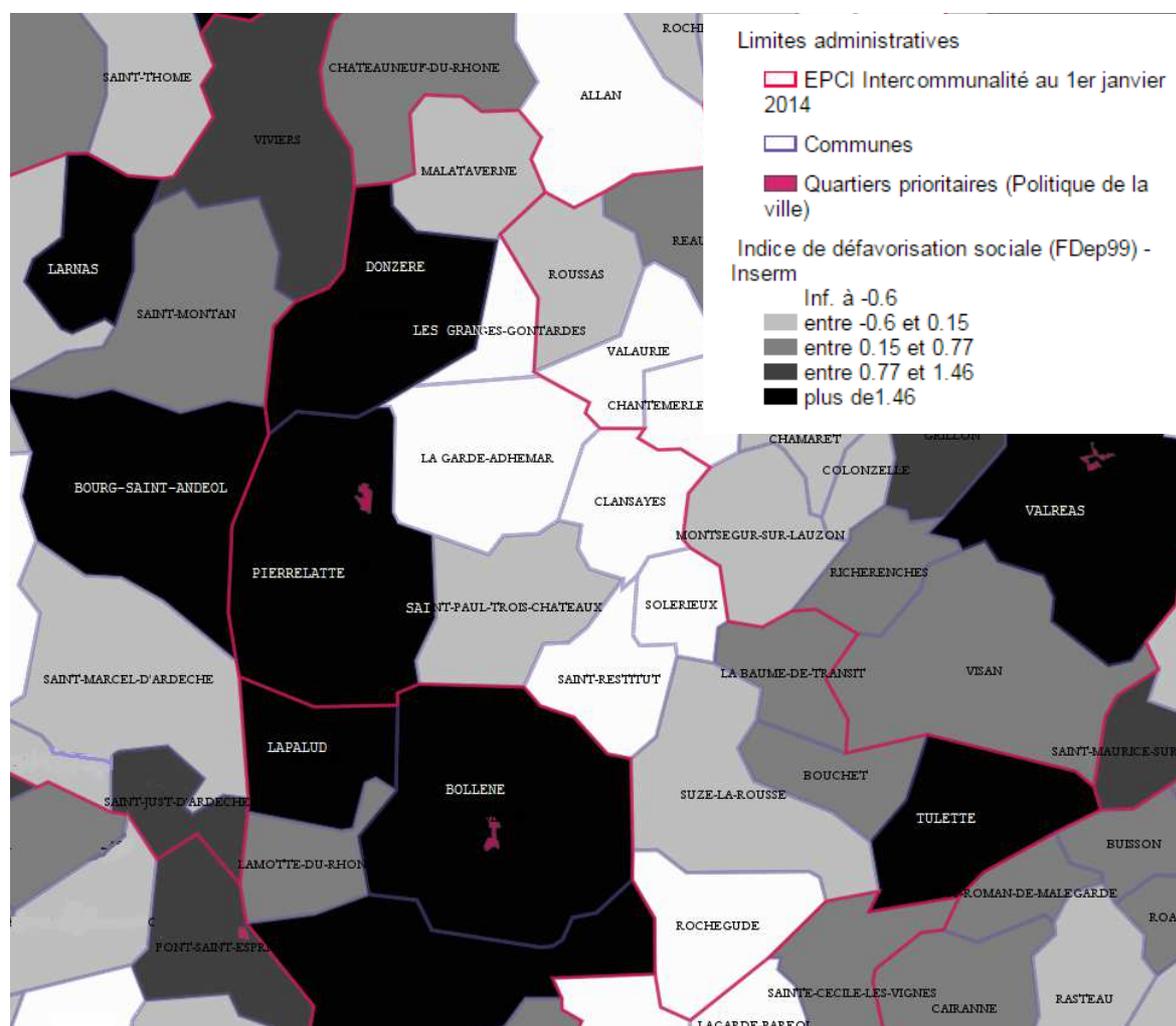
1.3.3 L'indice de défavorisation sociale

¹ Depuis 2014, le critère unique utilisé pour définir les quartiers classés en politique de la ville est la concentration de population à bas revenu. L'indicateur retenu est le suivant : présence d'au moins 50% d'habitants ayant un revenu inférieur à 60% du revenu médian de référence.

L'indice de défavorisation sociale appelé « FDep » est un indicateur composite qui rend compte de la précarité (défaveur sociale) à l'échelle communale. Il a été développé dans le contexte français par l'INSERM (REY et al, 2009). Il est construit à partir des données de recensement de la population et des revenus fiscaux des ménages. Quatre variables sont utilisées : le pourcentage d'ouvriers dans la population active, le pourcentage de bacheliers chez les 15 ans et plus, le pourcentage de chômeurs dans la population active et le revenu médian par foyer. L'indice est obtenu à l'aide d'une analyse en composantes principales (ACP) conduite sur les 4 variables. Cet indice est actuellement utilisé par la CNAM-TS. Il est transmis par l'ARS qui cartographie les données à l'échelle communale.

A Pierrelatte, conformément aux données présentées ci-dessus, la carte d'indice de défavorisation sociale par commune illustre effectivement la présence de populations précaires (indicateur de défavorisation supérieur à 1,46 en noir) à Pierrelatte mais également à Donzère, Bollène, Lapalud. A l'échelle de la Communauté de communes, on repère également des communes relativement favorisées, comme Saint-Paul-Trois-Châteaux (indice de défavorisation compris entre -0,6 et 0,15, en gris clair) et des communes favorisées comme la Garde-Adhémar, les Granges-Gontardes (inférieur à -0,6 en blanc).

Indice de Défavorisation Sociale par Commune, 2014



Source : ARS, ATLASANTE interrogé en mars 2016
http://carto.atlasante.fr/1/ars_r82_observloc_v2_c.map

2. OFFRE ET RECOURS AUX SOINS

2.1 L'OFFRE LIBERALE

En janvier 2015, on recense² sur la commune de Pierrelatte :

- 8 médecins généralistes³, tous âgés de 55 ans et plus dont deux exerçant avec des dépassements d'honoraires (secteur 2).
- Des professionnels paramédicaux : 24 infirmiers, 8 masseurs-kinésithérapeutes, 2 orthophonistes, 3 sages-femmes, 2 orthoptistes
- 14 chirurgiens-dentistes
- Des médecins spécialistes, dont la quasi-totalité est âgée de plus de 55 ans : un ophtalmologue, un ORL, un gynécologue, un dermatologue, un psychiatre, un angiologue, un cardiologue, qui exercent sans dépassement d'honoraire (secteur) et un gastro-entérologue qui exerce avec dépassement d'honoraire (secteur2).

A Pierrelatte, on observe, en matière de démographie médicale, une offre fragile pour les médecins généralistes en raison de la densité relativement faible et de l'âge des praticiens. Au premier semestre 2016, on recense 7 médecins en activité à Pierrelatte soit une densité de 54 médecins généralistes pour 100 000 habitants, contre 95 et 96 respectivement en Drôme et Rhône-Alpes. A l'échelle de la Communauté de communes Drôme Sud Provence, le constat est similaire avec une densité relativement faible de médecins généralistes et un vieillissement des praticiens (72% ont 55 ans et plus).

On observe par ailleurs, à Pierrelatte, une offre relativement étoffée de médecins spécialistes mais précaire en raison du vieillissement des professionnels. A noter, enfin, l'absence de pédiatre et la présence relativement limitée d'orthophonistes.

Densité (pour 100 000 habitants) des professionnels de santé et part des 55 ans selon le territoire en 2015

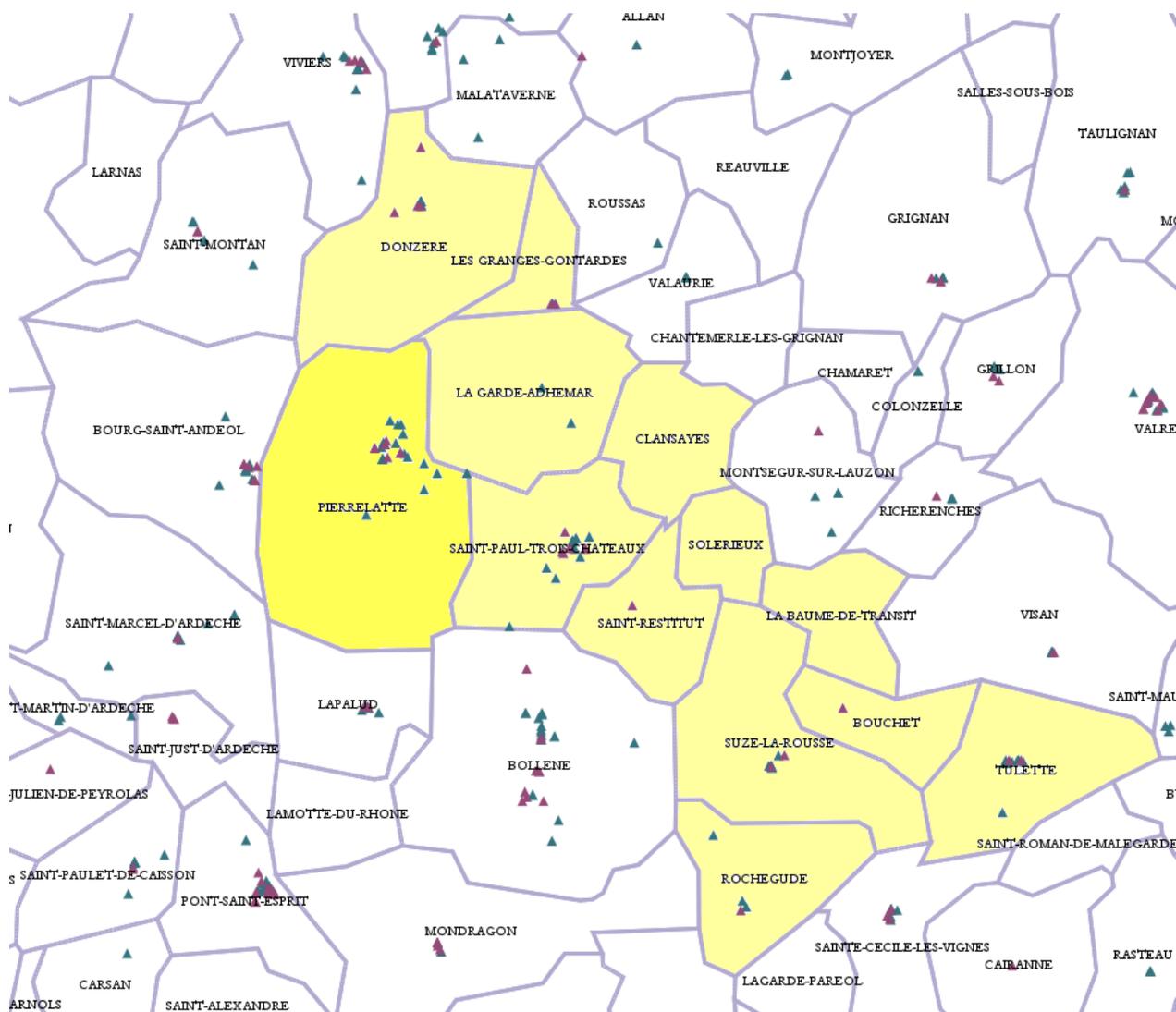
	Pierrelatte			CC Drôme Sud Provence		Drôme	Rhône-Alpes
	Nb	Densité	Part >55 ans	Densité	Part >55 ans	Densité	Densité
Medecin généraliste	8	62	100%	72	72%	95	96
Gynécologue	1	37	100%	11.4	100%*	23	33
Ophthalmologue	1	8	100%	2.5	100%*	7	7
Psychiatre	1	8	100%	2.5	100%*	8	10
Chirurgien dentiste	14	108	21%	70	18%*	60	55
Infirmier	24	185	13%	187	20%*	197	129
Masseur kinesitherapeute	8	62	63%	70	25%*	106	110
Orthophoniste	2	15	0%	30	25%*	33	35

Source : ARS [régime général de l'Assurance Maladie -2015]

² Données disponibles en janvier 2015 et transmises par l'Assurance maladie. Certaines données sont modifiées, en fonction des informations obtenues au cours de l'étude (croisement des sources de données : entretiens auprès des professionnels, pages jaunes, site ameli.fr notamment).

³ Concernant spécifiquement les médecins généralistes, il apparaît qu'au premier semestre 2016 seuls 7 médecins étaient en activité à Pierrelatte. La densité en médecin généraliste est donc plus faible et s'établit à 54 pour 100 000 habitants.

Répartition des professionnels de santé dans la commune de Saint-Rambert d'Albon et alentour



Source : ARS, ATLASANTE interrogé en mars 2016 :
http://carto.atlasante.fr/1/ars_r82_observloc_v2_c.map

- Offre libérale
- ▲ Médecin omnipraticien
 - ▲ Infirmier
 - ▲ Masseur Kinésithérapeute
 - ▲ Orthopiste
 - ▲ Spécialiste en Ophtalmologie
- Limites administratives
- EPCI Intercommunalité au 1er janvier 2014
 - Communes

En sus de l'offre libérale, on recense sur la commune la présence d'un centre de santé dentaire mutualiste.

2.2 LE RECOURS AUX SOINS

2.2.1 Le recours aux praticiens libéraux

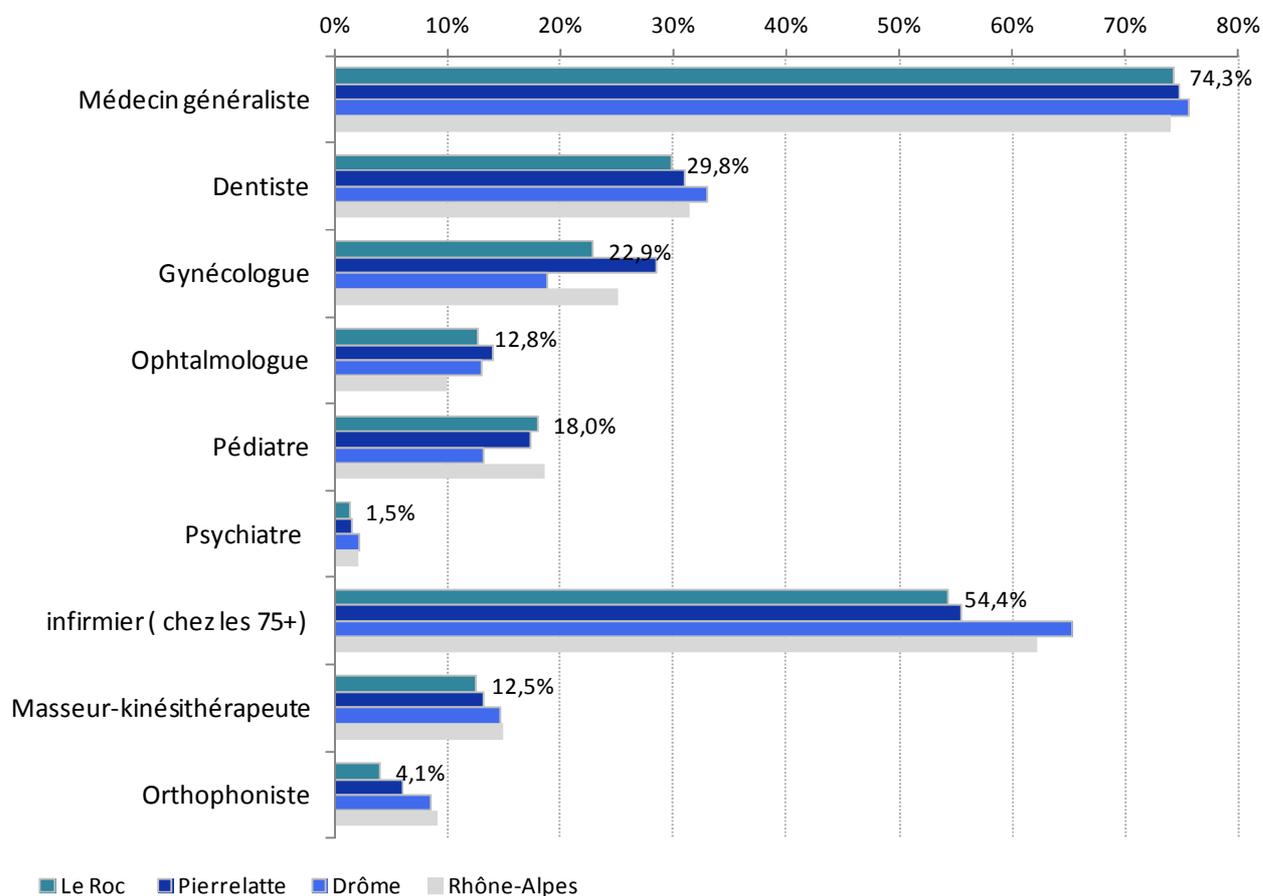
En 2014, 74,9% des habitants de la commune de Pierrelatte ont consulté au moins une fois dans l'année un médecin généraliste.

Globalement, on observe, chez les habitants de Pierrelatte, un recours relativement important aux médecins spécialistes : 29% des femmes âgées de 15 à 49 ans ont consulté un gynécologue en 2014, un taux de recours supérieur aux taux départemental (18%) et régional (26%).

A l'inverse, le taux de recours aux infirmiers libéraux, de 56% chez les personnes âgées de 75 ans et plus, est inférieur aux taux drômois (65%) et rhônalpin (62%).

Chez les habitants du Quartier Politique de la Ville, les mêmes tendances sont observées : un taux de recours proche des taux communaux et régionaux pour les médecins généralistes et spécialistes, mais un moindre recours aux professionnels paramédicaux (23% des habitantes de 15 à 49 ans du quartier Le Roc ont consulté un gynécologue en 2014).

Taux standardisés (%) d'assurés du régime général ayant recours au moins une fois dans l'année aux professionnels de santé libéraux, 2014



Source : ARS [régime général de l'Assurance Maladie-2014], Insee 2012

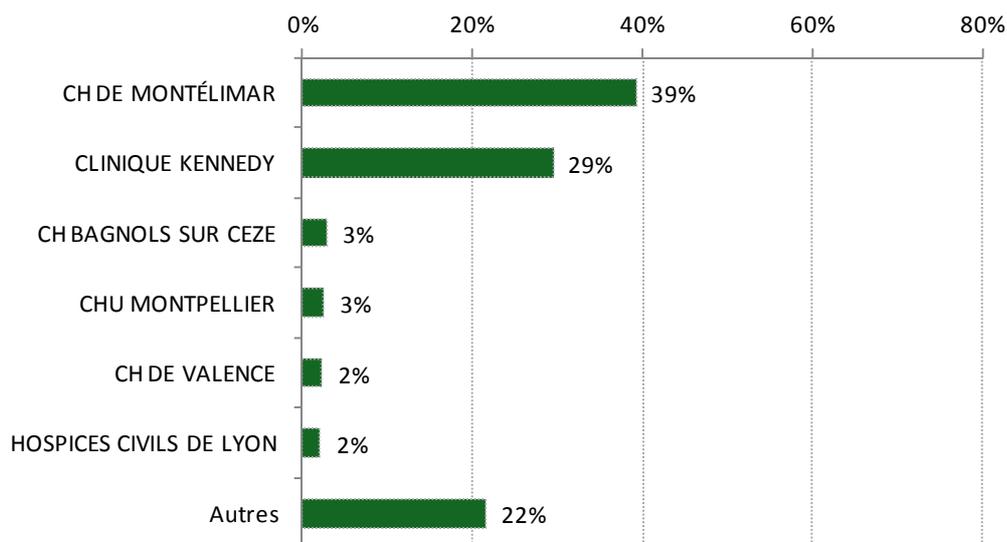
*soins de nursing et soins techniques, chez les personnes âgées de 75 ans et plus

2.2.2 Les séjours hospitaliers

[L'appellation « habitants de Pierrelatte » correspond aux habitants des communes de Pierrelatte et La Garde-Adhémar. En effet, les données d'hospitalisation sont disponibles à l'échelle du code PMSI qui recoupe le code postal 26700. Les habitants effectifs de la commune de Pierrelatte représentent 98% des habitants du code PMSI].

En 2013, 3 914 séjours hospitaliers ont été recensés chez les habitants de Pierrelatte. Parmi ces séjours, 68% se sont déroulés à Montélimar situé à 24 km (et 37 minutes de trajet en voiture), à l'Hôpital de Montélimar (39%) et à la clinique Kennedy (29%).

Répartition (%) des séjours hospitaliers, toutes causes confondues, 2013

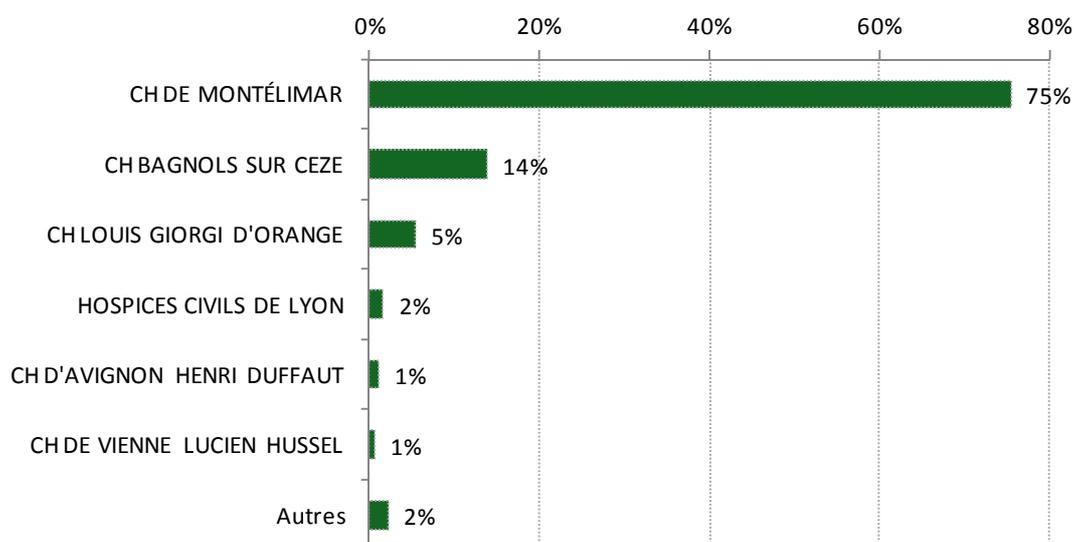


Source : PMSI, séjours hospitaliers tous diagnostics [2013]

Autres : autres établissements hospitaliers représentant chacun moins de 2% des trajectoires hospitalières

En 2013, Parmi les 187 séjours pour accouchement des habitantes de Pierrelatte, 75% des accouchements se sont déroulés à l'Hôpital de Montélimar et 14% à l'hôpital de Bagnols sur Cèze (situé à 28 km et 36 minutes de trajet en voiture).

Répartition (%) des séjours hospitaliers pour accouchement chez les femmes de 15 à 49 ans, 2013



Source : PMSI, séjours hospitaliers tous diagnostics [2013]

3. ÉTAT DE SANTE

3.1 LES AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE

[L'appellation « habitants de Pierrelatte » correspond aux habitants des communes de Pierrelatte et La Garde-Adhémar. En effet, les données des affections de longue durée sont disponibles à l'échelle du code postal 26700. Les effectifs de la commune de Pierrelatte représentent 98% des habitants du code postal].

Définition

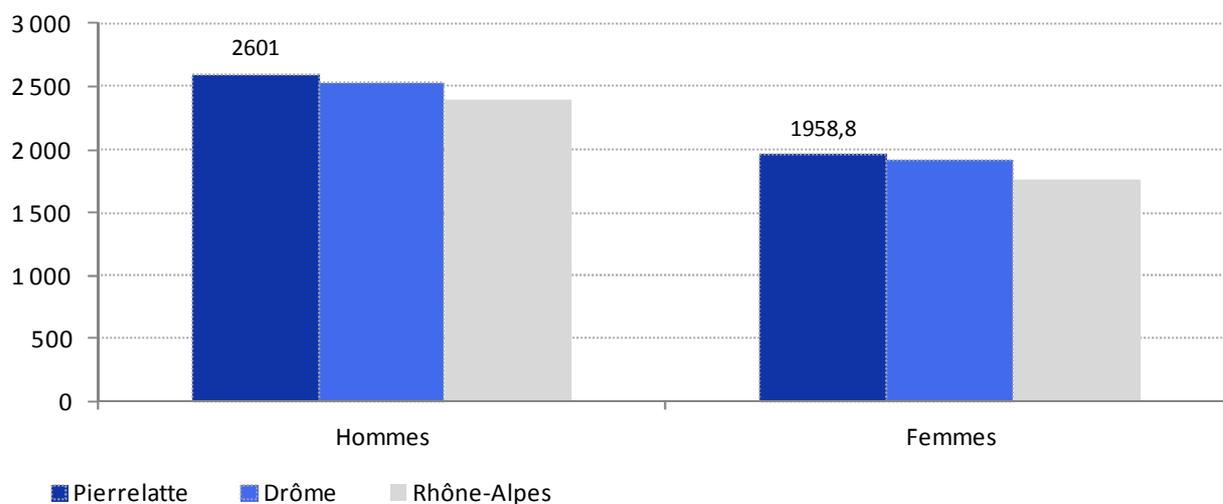
Le dispositif des affections de longue durée (ALD) permet la prise en charge des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse.

Une liste établie par décret fixe trente affections (ALD30) ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur (cancer, diabète, maladies cardiovasculaires, maladies psychiatriques de longue durée, etc.). Son obtention est subordonnée à une demande à la caisse d'affiliation de l'assuré et à l'accord du service médical.

En pratique, la quasi-totalité des affections ayant un caractère habituel de gravité est couverte par le champ des ALD.

Sur la période 2010-2013, on recense annuellement 352 nouvelles admissions en affection longue durée (ALD) à Pierrelatte dont 184 chez des hommes et 168 chez des femmes. On observe un taux annuel standardisé de nouvelles admissions légèrement plus élevé dans cette commune que dans les territoires de référence.

Taux annuel standardisé de nouvelles admissions en ALD toutes causes confondues pour 100 000 habitants, 2010-2013

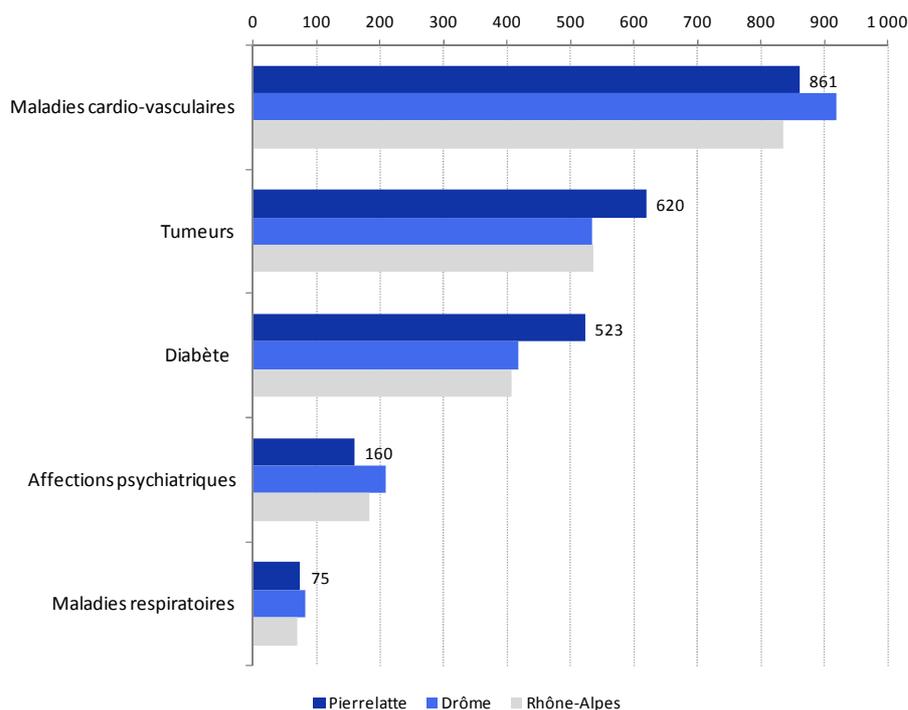


Sources : Cnamts, CCMSA, RSI [2010-2013] ; Insee [2012]

Parmi les motifs d'admission en ALD, les maladies cardio-vasculaires (en moyenne 109 nouvelles admissions par an sur la période 2010- 2013, presque un tiers des admissions en ALD), les tumeurs (81 nouvelles admissions par an) et le diabète (78 nouvelles admissions par an) sont les trois principaux motifs d'admission, chez les hommes et les femmes de Pierrelatte, comme en Drôme et Rhône-Alpes.

Chez les hommes, on observe des taux annuels d'admission en ALD pour tumeurs et diabète plus élevés à Pierrelatte que dans la Drôme et la région. Chaque année, sur la période 2010-2013, on compte 44 nouvelles admissions en ALD pour tumeur et 39 pour diabète chez les hommes.

Taux annuel standardisé de nouvelles admissions en ALD par motif d'admission chez les hommes pour 100 000 habitants, 2010-2013

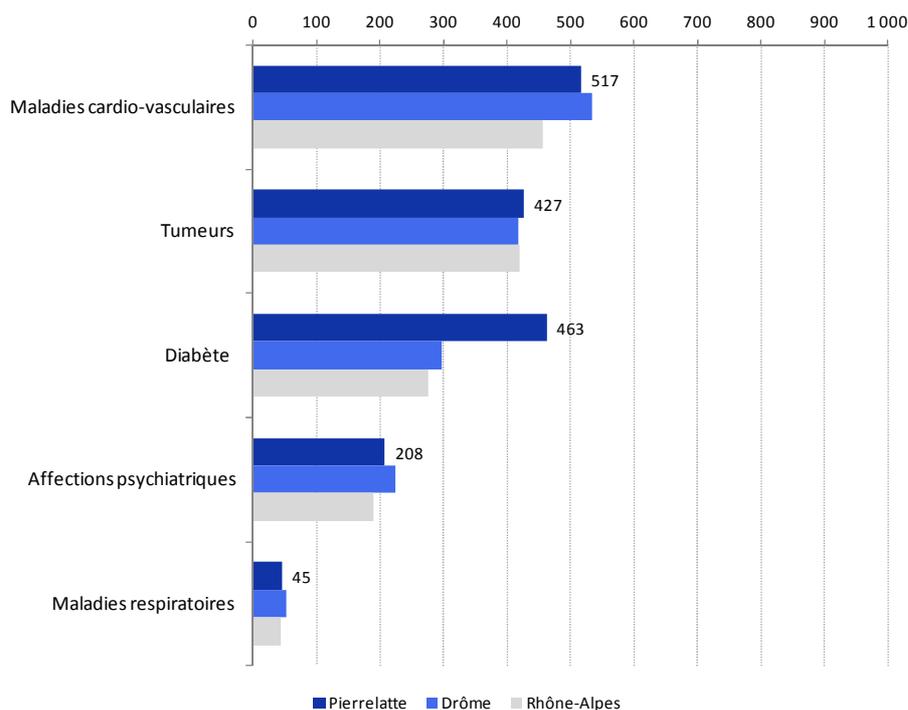


Source : Cnamts, CCMSA, RSI [2010-2013] ; Insee [2012]

Chez les femmes, on note un taux de nouvelles admissions pour diabète très nettement supérieur dans la commune à ceux des territoires de référence. Sur la période 2010-2013, en moyenne, 39 femmes ont été annuellement admises en ALD pour diabète.

Concernant les nouvelles admissions pour tumeurs, elles ont concerné, sur la période 2010-2013, en moyenne, 37 femmes par an.

Taux annuel standardisé de nouvelles admissions en ALD par motif d'admission chez les femmes pour 100 000 habitants, 2010-2013



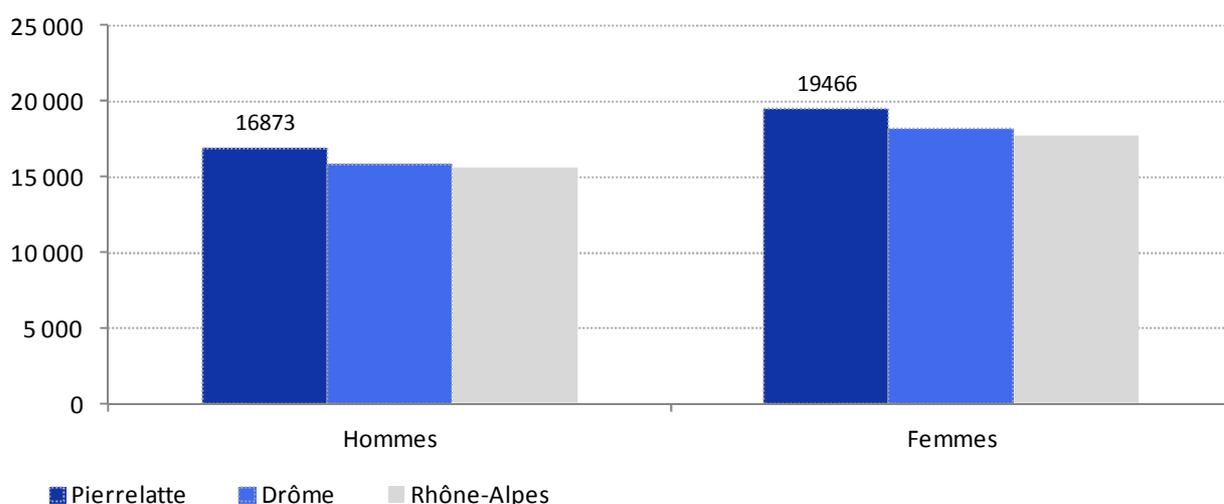
Source : Cnamts, CCMSA, RSI [2010-2013] ; Insee [2012]

3.2 LES HOSPITALISATIONS EN MÉDECINE-CHIRURGIE-OBSTÉTRIQUE (MCO)

[L'appellation « habitants de Pierrelatte » correspond aux habitants des communes de Pierrelatte et La Garde-Adhémar. En effet, les données d'hospitalisation sont disponibles à l'échelle du code PMSI qui recoupe le code postal 26700. Les habitants effectifs de la commune de Pierrelatte représentent 98% des habitants du code PMSI].

Sur la période 2010-2013, on recense en moyenne chaque année, toutes causes confondues, 2 577 patients hospitalisés (dont 1 175 hommes et 1 402 femmes) pour 3 772 séjours (1 828 hommes et 1 944 femmes) en médecine chirurgie obstétrique (MCO).

Taux annuel standardisé de patients hospitalisés (tous diagnostics) – pour 100 000 habitants, 2010-2013



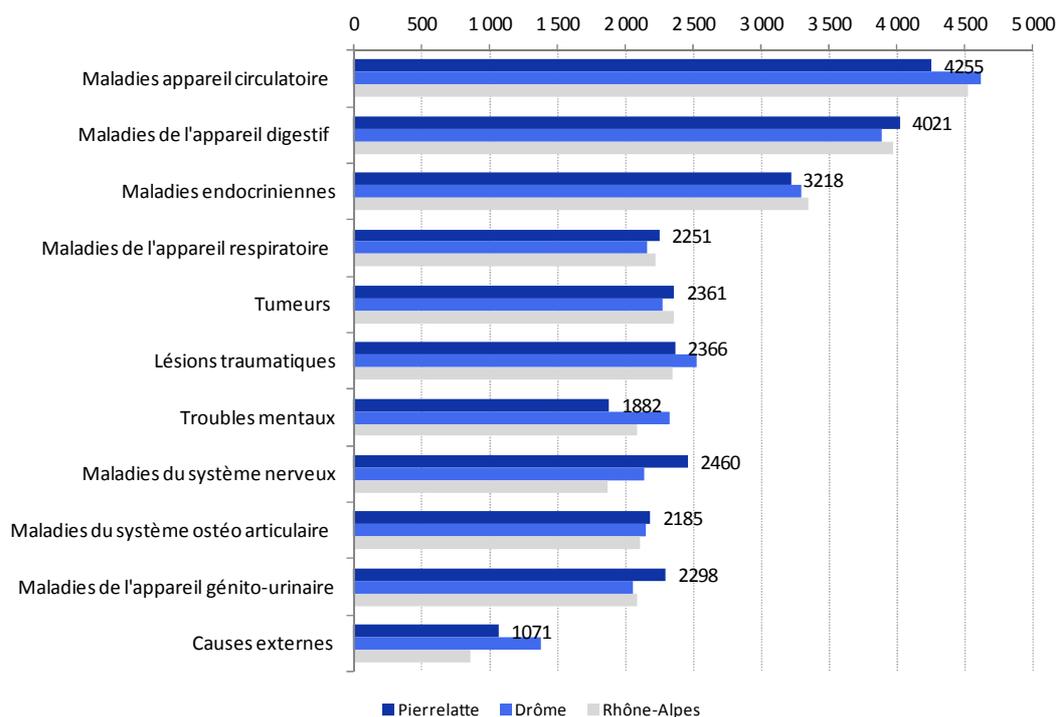
Source : PMSI [2010-2013], Insee [2012]

Chez les hommes et les femmes, les trois principaux motifs d'hospitalisation (diagnostics principaux et associés) sont les maladies cardio-vasculaires (553 patients hospitalisés par an sur la période 2010-2013), les maladies de l'appareil digestif (579 patients hospitalisés par an) et les maladies endocriniennes (469 patients hospitalisés par an).

On observe également, chez les deux sexes, des taux d'hospitalisation pour troubles mentaux nettement inférieurs aux taux départementaux et régionaux.

Chez les hommes, le taux d'hospitalisation pour maladies du système nerveux supérieur est aux taux départemental et régional. A l'inverse, les patients hospitalisés pour maladies cardio-vasculaires (« maladies de l'appareil circulatoire ») sont relativement moins nombreux.

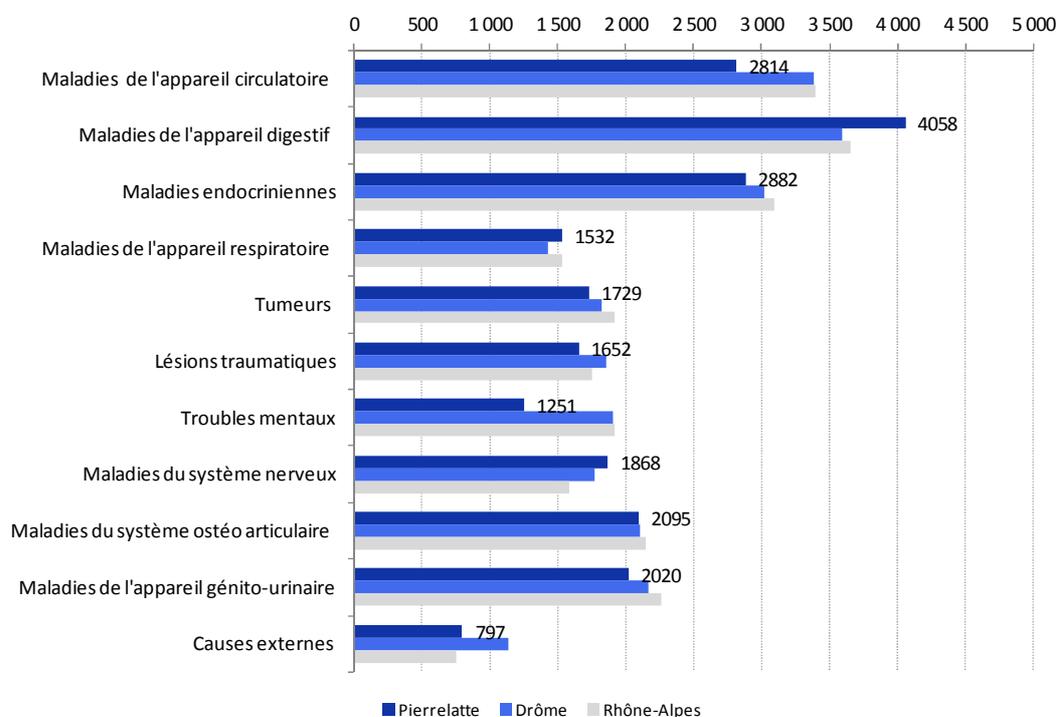
Taux annuel standardisé de patients hospitalisés par grandes causes d'hospitalisation pour 100 000 hommes, 2010-2013



Source : PMSI [2010-2013], Insee [2012]

Chez les femmes, le taux annuel d'hospitalisation pour maladies de l'appareil digestif est nettement supérieur à Pierrelatte aux taux des territoires de référence.

Taux annuel standardisé de patientes hospitalisées par grandes causes d'hospitalisation pour 100 000 femmes, 2010-2013

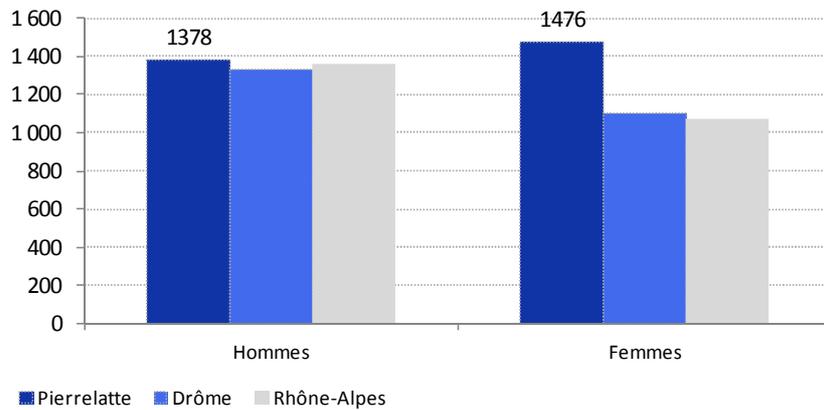


Source : PMSI [2010-2013], Insee [2012]

En analysant les causes spécifiques d'hospitalisation, on observe certaines spécificités chez les habitants de Pierrelatte, notamment concernant le diabète.

Sur la période 2010-2013, chaque année, 96 hommes et 115 femmes ont été hospitalisés pour diabète. On constate, chez les femmes de la commune, un taux annuel de patients hospitalisés pour diabète, 1 476 pour 100 000 habitants, supérieur aux taux départementaux et régionaux.

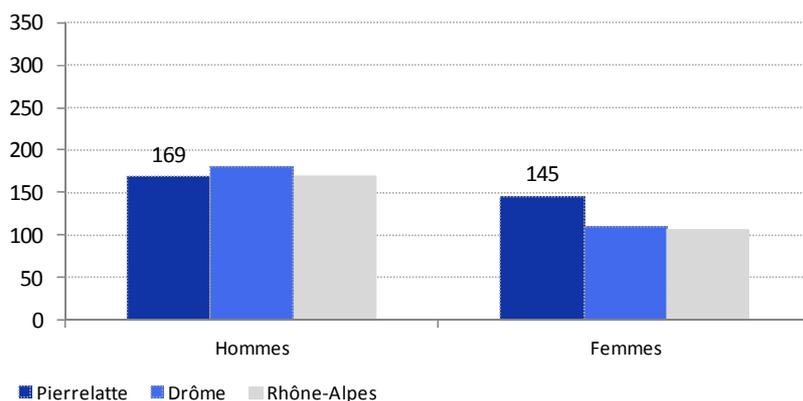
Taux annuel standardisé de patients hospitalisés pour diabète pour 100 000 habitants, 2010-2013



Source : PMSI [2010-2013], Insee [2012]

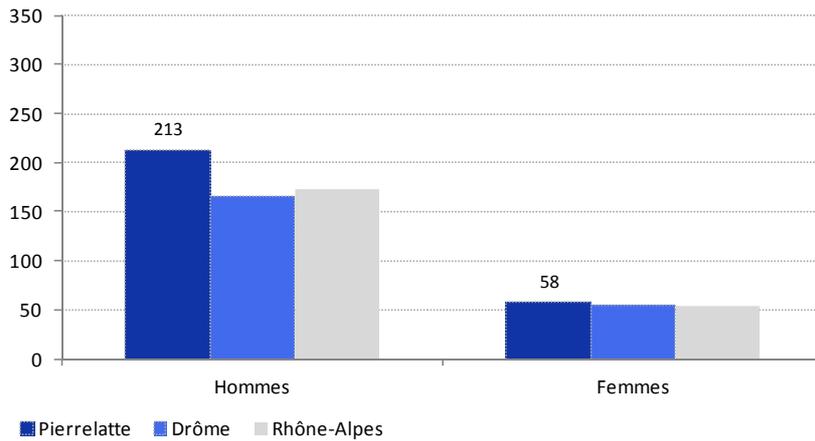
Parmi les hospitalisations pour cancers, chaque année, sur la période 2010-2013, le cancer du colon-rectum a représenté 26 hospitalisations (12 hommes et 14 femmes), le cancer du poumon 20 hospitalisations (15 hommes et 5 femmes), le cancer de la prostate 24 hospitalisations chez les hommes et le cancer du sein 22 hospitalisations chez les femmes.

Taux annuel de patients hospitalisés pour cancer du colon-rectum pour 100 000 habitants, 2010-2013



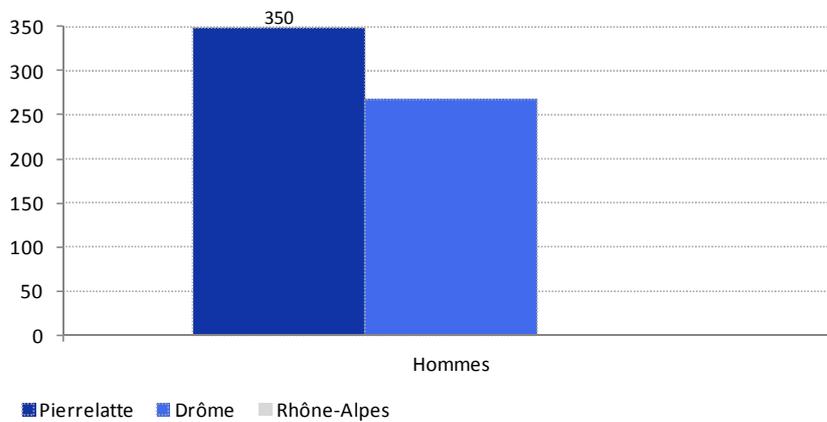
Source : PMSI [2010-2013], Insee [2012]

Taux annuel de patients hospitalisés pour cancer du poumon pour 100 000 habitants, 2010-2013



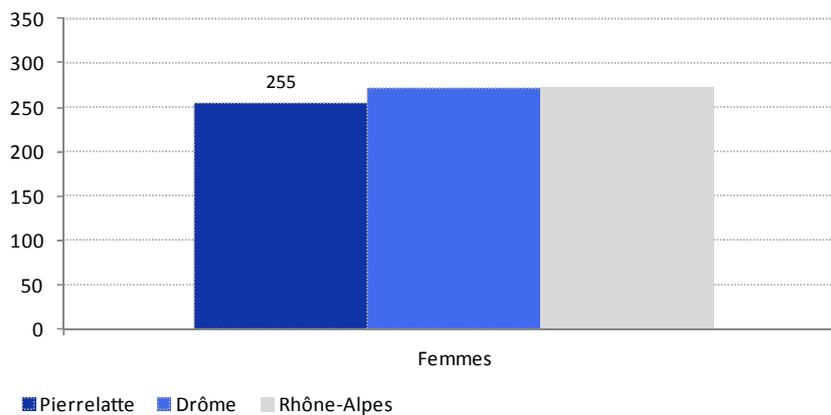
Source : PMSI [2010-2013], Insee [2012]

Taux annuel de patients hospitalisés pour cancer de la prostate chez les hommes pour 100 000 habitants, 2010-2013



Source : PMSI [2010-2013], Insee [2012]

Taux annuel de patients hospitalisés pour cancer du sein pour 100 000 habitants chez les femmes pour 100 000 habitants, 2010-2013



Source : PMSI [2010-2013], Insee [2012]

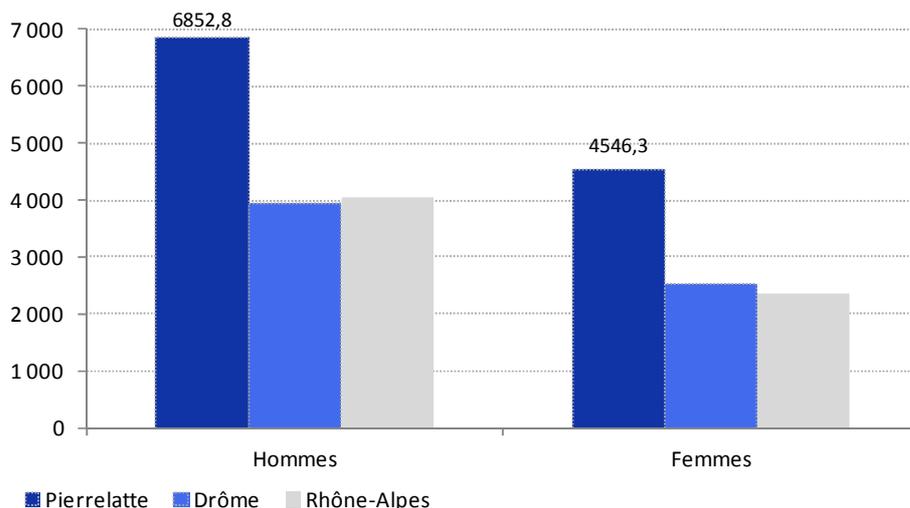
Enfin, on recense 25 séjours hospitaliers en moyenne chaque année sur la période 2010-2013 pour tentative de suicide dont 16 chez les femmes.

3.3 LE RECOURS AUX SOINS PSYCHIATRIQUES

En 2013, à Pierrelatte, 201 hommes et 243 femmes, tous âges confondus, ont été pris en charge en psychiatrie ambulatoire (Centre Médico-Psychologique ou Centre d'Accueil à Thérapeutique à Temps Partiel).

Chez les moins de 15 ans, 149 habitants (91 hommes et 58 femmes) ont été pris en charge en psychiatrie, en ambulatoire, en 2013.

Taux brut de patients vus exclusivement en ambulatoire en psychiatrie chez les moins de 15 ans, pour 100 000 habitants, 2013

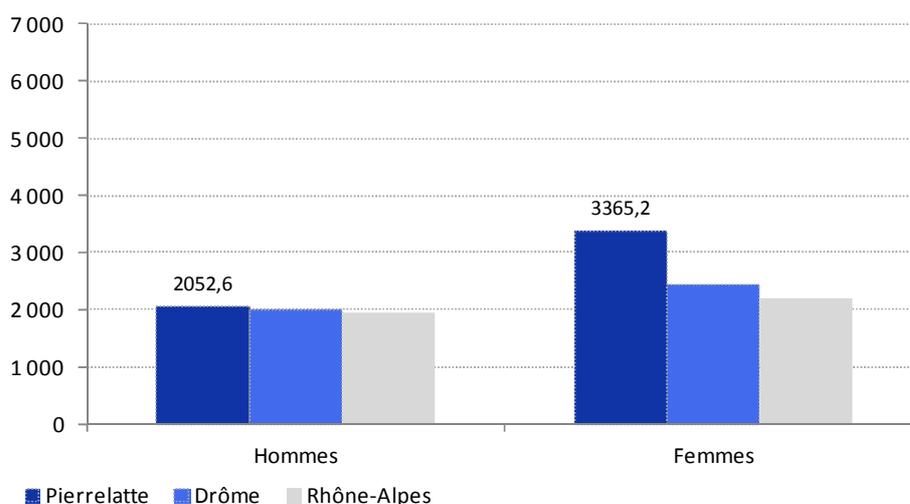


Source : RIM-P (ATIH)[2013]

Parmi les adultes et les adolescents de plus de 15 ans, 295 habitants ont bénéficié de soins ambulatoires en psychiatrie, dont 110 hommes et 185 femmes.

Chez les femmes, le taux de prise en charge ambulatoire en psychiatrie est plus important à Pierrelatte que dans les territoires de référence.

Taux standardisé de patients vus exclusivement en ambulatoire en psychiatrie chez les 15 ans et plus pour 100 000 habitants, 2013



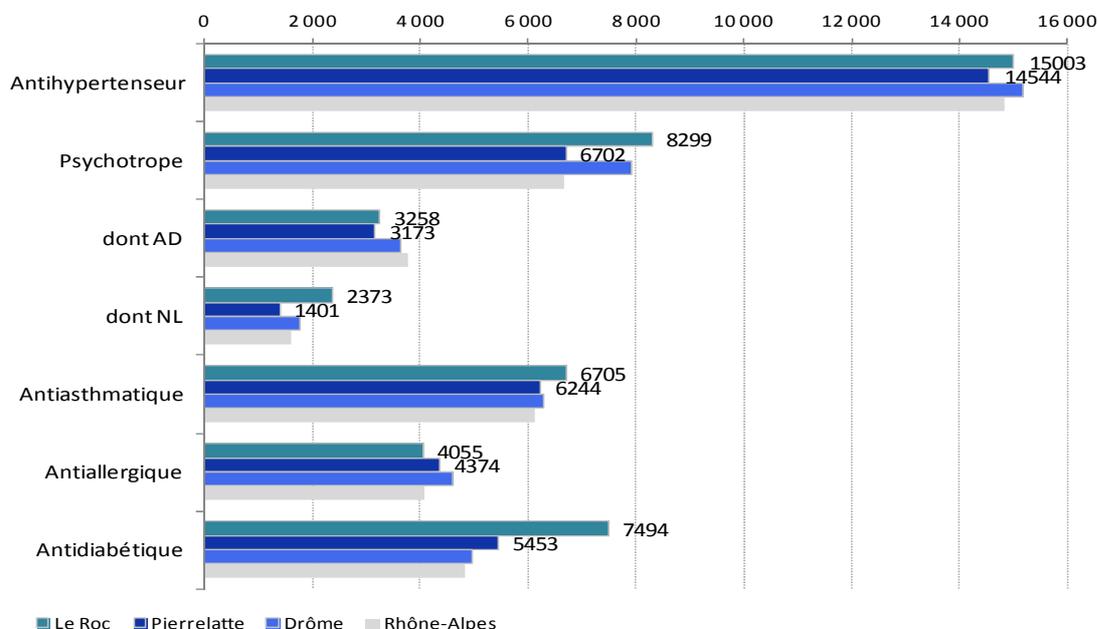
Source : RIM-P (ATIH)[2013]

3.4 LES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

L'analyse des données concernant la consommation régulière de médicaments (au moins trois prescriptions par an), fait apparaître une consommation plus importante de traitements antidiabétiques chez les habitants de Pierrelatte, que chez ceux de la Drôme et de Rhône-Alpes.

Chez les habitants du quartier Le Roc, cette tendance est accrue, à l'image des données enregistrées pour l'ensemble des Quartiers Politique de la Ville en Rhône-Alpes.

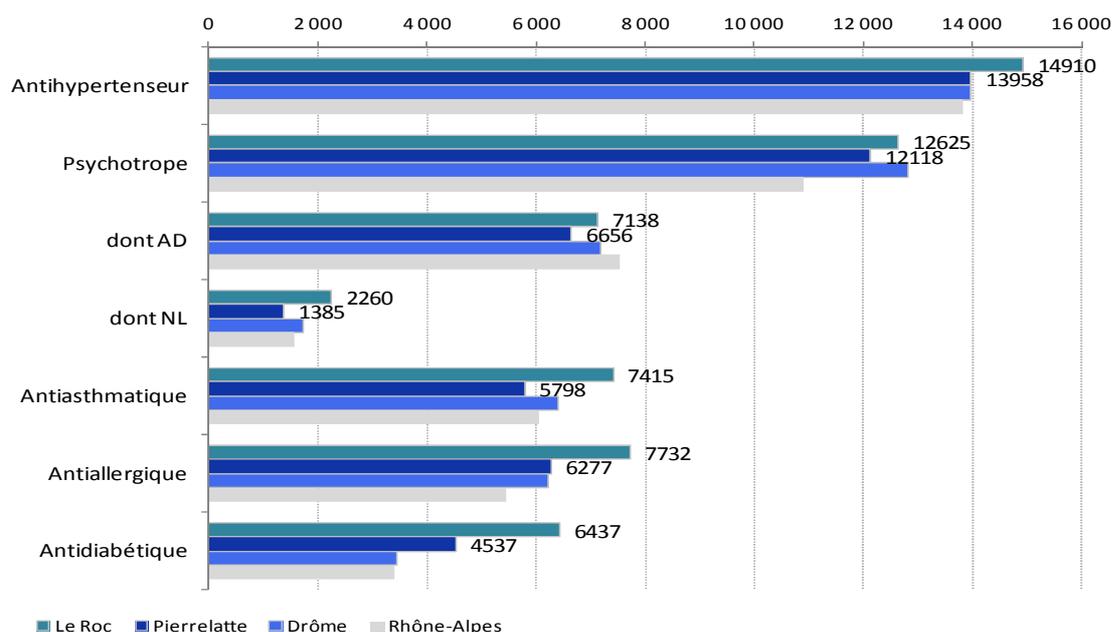
Taux standardisés de patients sous traitement médicamenteux chez les hommes pour 100 000 habitants, 2014



Source : ARS [régime général de l'assurance Maladie -2014]

Chez les femmes, on observe, pour les habitantes du quartier Le Roc, des consommations régulières de traitements antihypertenseurs, antiasthmatiques et antiallergiques et antidiabétiques nettement plus importantes que chez les habitantes de Pierrelatte, de la Drôme et de Rhône-Alpes.

Taux standardisés de patients sous traitements médicamenteux chez les femmes pour 100 000 habitants, 2014



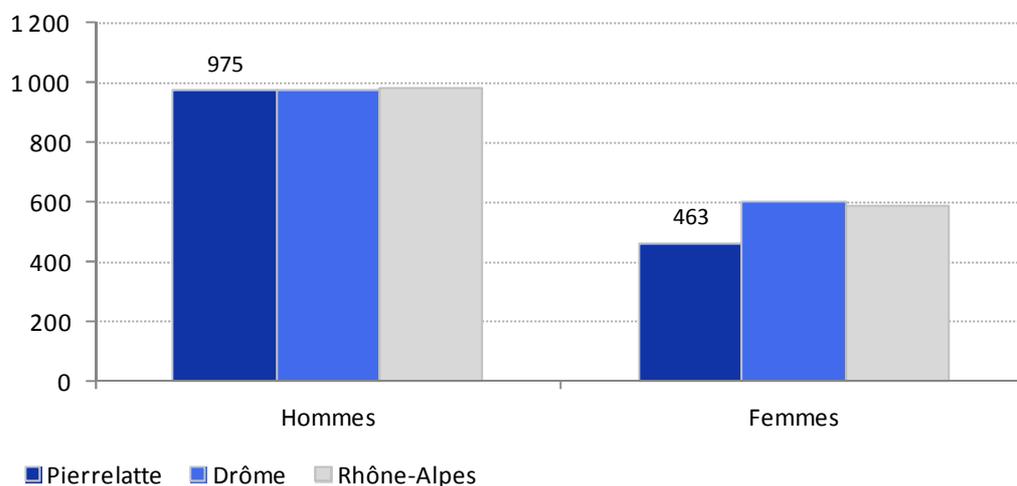
Source : ARS [régime général de l'assurance Maladie -2014]

3.5 LA MORTALITÉ

Sur la période 2008-2012, on dénombre en moyenne, chaque année, 94 décès (54 hommes et 40 femmes) à Pierrelatte.

Le taux standardisé de mortalité est proche des taux départemental et régional chez les hommes. Chez les femmes, par contre, on observe un taux de mortalité plus faible que dans les territoires de référence.

Taux annuel standardisé de mortalité générale pour 100 000 habitants, 2008-2012



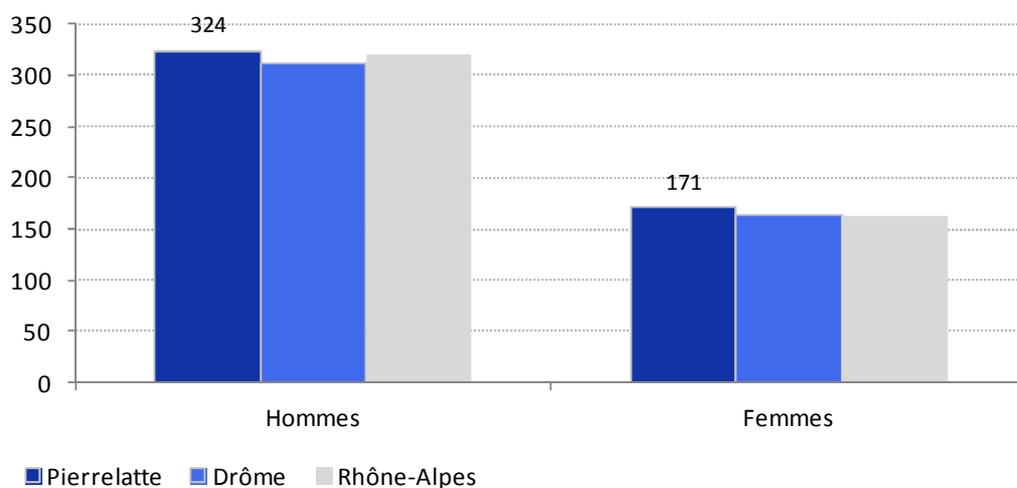
Sources : Inserm [CépiDC – 2008-2012], Insee [2010]

Les principales causes de décès à Pierrelatte sont les tumeurs et les maladies cardio-vasculaires comme au plan national. Ces deux causes représentent 60% des décès.

Sur la période 2008-2012, on enregistre, en moyenne chaque année, 32 décès par tumeurs (dont 18 hommes et 14 femmes) et 24 décès par maladies cardio-vasculaires (maladies de l'appareil circulatoire) dont 12 hommes et 12 femmes.

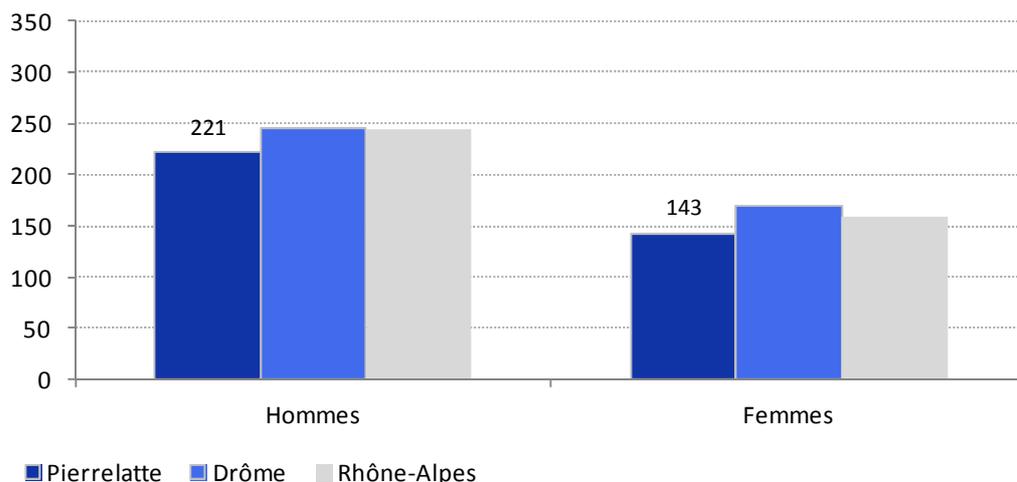
Les autres causes de décès représentent des effectifs de décès inférieurs à 10 et ne peuvent pas, à ce titre, être présentées.

Taux standardisé de mortalité par tumeurs pour 100 000 habitants, 2008-2012



Sources : Inserm [CépiDC – 2008-2012], Insee [2010]

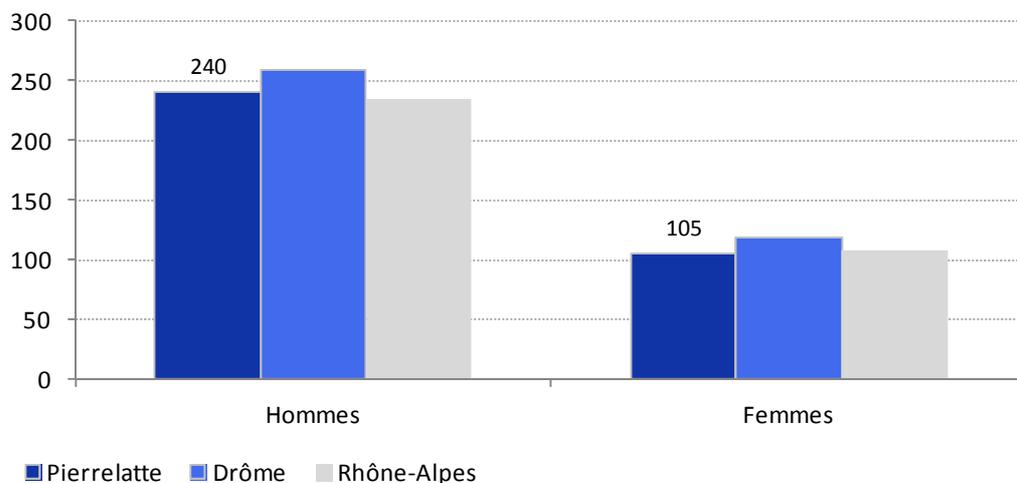
Taux annuel standardisé de mortalité par maladies cardio-vasculaires pour 100 000 habitants, 2008-2012



Sources : Inserm [CépiDC – 2008-2012], Insee [2010]

On observe, chez les habitants de Pierrelatte, un taux de mortalité prématurée (c'est-à-dire avant 65 ans) proche du taux régional mais légèrement inférieur aux taux départemental.

Taux annuel standardisé de mortalité prématurée (avant 65 ans) pour 100 000 habitants, 2008-2012



Sources : Inserm [CépiDC – 2008-2012], Insee [2010]

Ces données de mortalité, notamment de mortalité prématurée, sont des indicateurs d'un état de santé globalement favorable de la population de Pierrelatte. Ces données n'étaient, par ailleurs, pas forcément attendues, étant donné le profil socio-économique de la population. En effet, les ouvriers ont, au plan national une espérance de vie plus courte que les cadres. Ces inégalités sont notamment dues aux conditions de travail, aux comportements de santé (dont le tabagisme) et à un moindre recours aux soins ou à un recours plus tardif aux soins chez les ouvriers⁴.

⁴ Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers. Insee Première, 2016, n°1584, 4p. : consulté le 22/11/2016 : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/version-html/1908110/ip1584.pdf>

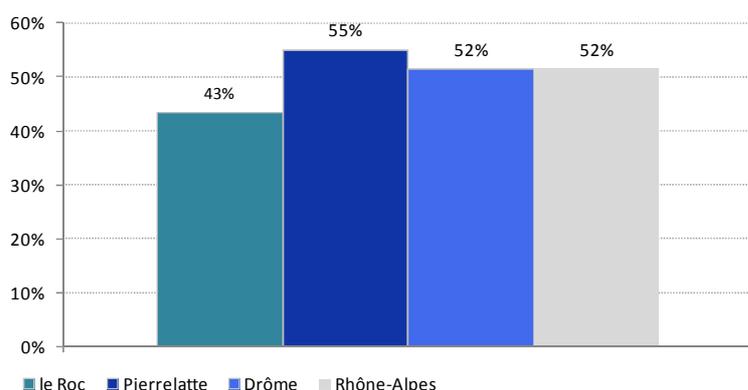
3.6 LA PRÉVENTION ET LE DÉPISTAGE

Le programme de dépistage du cancer du sein s'adresse à l'ensemble des femmes de 50 à 74 ans. Celles-ci sont invitées, tous les deux ans, à passer gratuitement et sans avance de frais, une mammographie de dépistage chez le radiologue de leur choix.

En 2014, dans la commune de Pierrelatte, 435 femmes ont réalisé une mammographie dans ce cadre, soit 55,1% des femmes éligibles au dépistage organisé. Ce taux de participation est supérieur de 4 points aux taux départemental et régional mais cependant encore insuffisant puisque l'on estime qu'il faut atteindre 70% de participation pour permettre une réduction de 30% de la mortalité liée à cette pathologie⁵.

Parmi les habitantes du quartier Le Roc, 56 femmes ont participé au programme organisé de dépistage du cancer du sein, soit 43,4% du groupe cible, un taux légèrement supérieur aux données observées sur l'ensemble des Quartiers Politiques de la Ville de Rhône-Alpes en 2014 (40,1%).

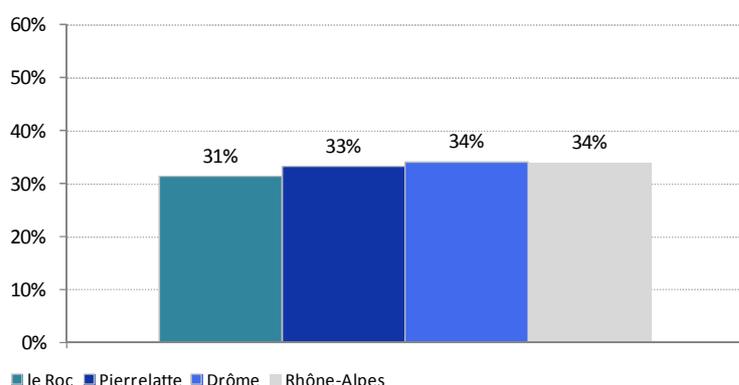
Taux brut annuel (%) de femmes bénéficiaires d'une mammographie dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein, 2014



Source : ARS [régime général de l'assurance Maladie -2014]

Le programme de prévention « M't Dents » de l'Assurance Maladie propose un examen bucco-dentaire gratuit et sans avance de frais (ainsi que les soins faisant suite au dépistage) chez le dentiste de leur choix, aux enfants de 6,9,12,15, et 18 ans. En 2014, 224 enfants de la commune ont effectivement bénéficié d'un dépistage bucco-dentaire dans ce cadre, soit 33,3% des enfants ciblés, un taux de participation proche des taux drômois et rhônalpin. Dans le quartier Le Roc, 40 enfants ont bénéficié du programme MT'Dents, soit 31,3% des enfants ciblés, un taux de participation nettement supérieur au taux observé sur l'ensemble des Quartiers Politiques de la Ville de Rhône-Alpes (20,4% en 2014).

Taux brut annuel (%) de bénéficiaires du programme de prévention bucco-dentaire (M'T dents) chez les 5-19 ans, 2014



Source : ARS [régime général de l'assurance Maladie -2014]

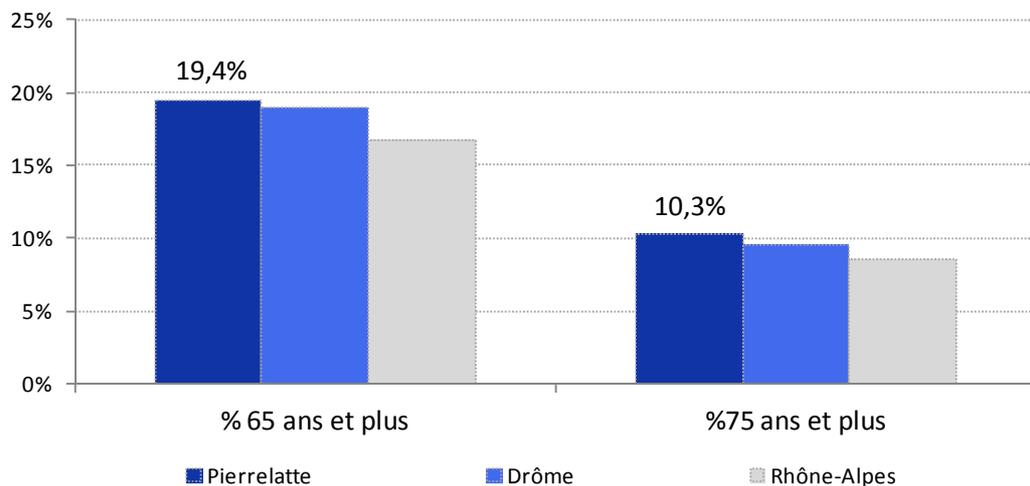
⁵ INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2013-2014 [en ligne]. Publié le 09 mai 2015. Disponible sur : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-sein/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2013-2014> (consulté le 2 août 2016)

3.7 ZOOM SUR LES PERSONNES AGEES

3.7.1 Données sociodémographiques

En 2012, à Pierrelatte on recense 2 518 habitants âgés de plus de 65 ans dont 1 335 sont âgés de plus de 75 ans. La part des personnes âgées dans la commune est ainsi proche de celle observée en Drôme mais supérieure à la part des personnes âgées en Rhône-Alpes.

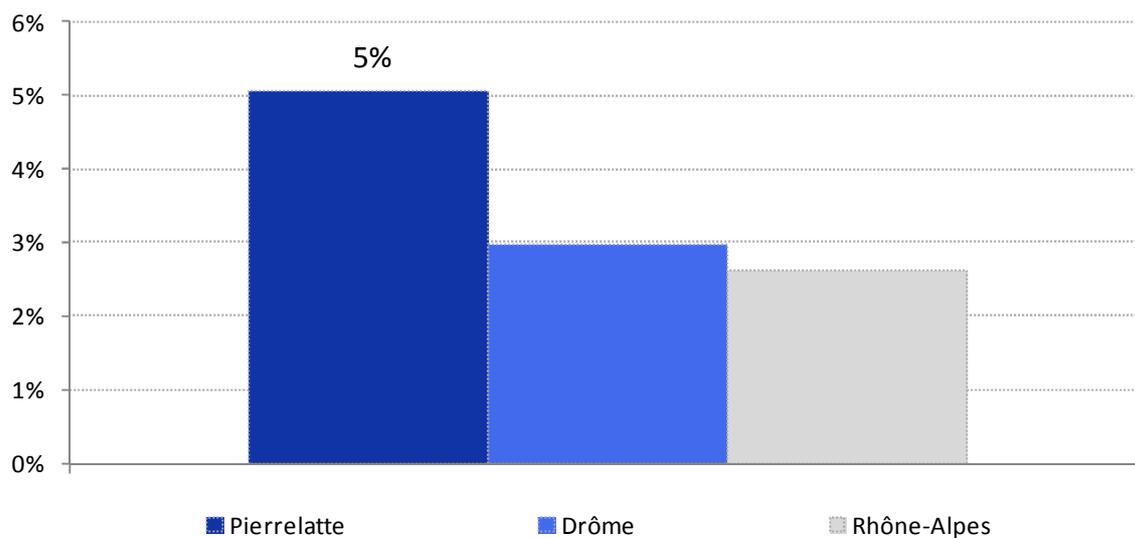
Part (%) des personnes âgées de 65 ans et plus et 75 ans et plus dans la population, 2012



Source : Insee [RP2012]

Le minimum vieillesse est un dispositif qui permet à toute personne âgée de 65 ans ou plus de disposer d'un revenu minimum de retraite. Ce seuil est abaissé à 60 ans en cas d'invalidité ou d'inaptitude. 129 retraités de Pierrelatte bénéficiaient, en 2012, du minimum vieillesse, indiquant une part relativement plus importante des retraités en situation de précarité économique dans la commune.

Part(%) de personnes âgées bénéficiaires du minimum vieillesse et d'un complément de retraite, 2015

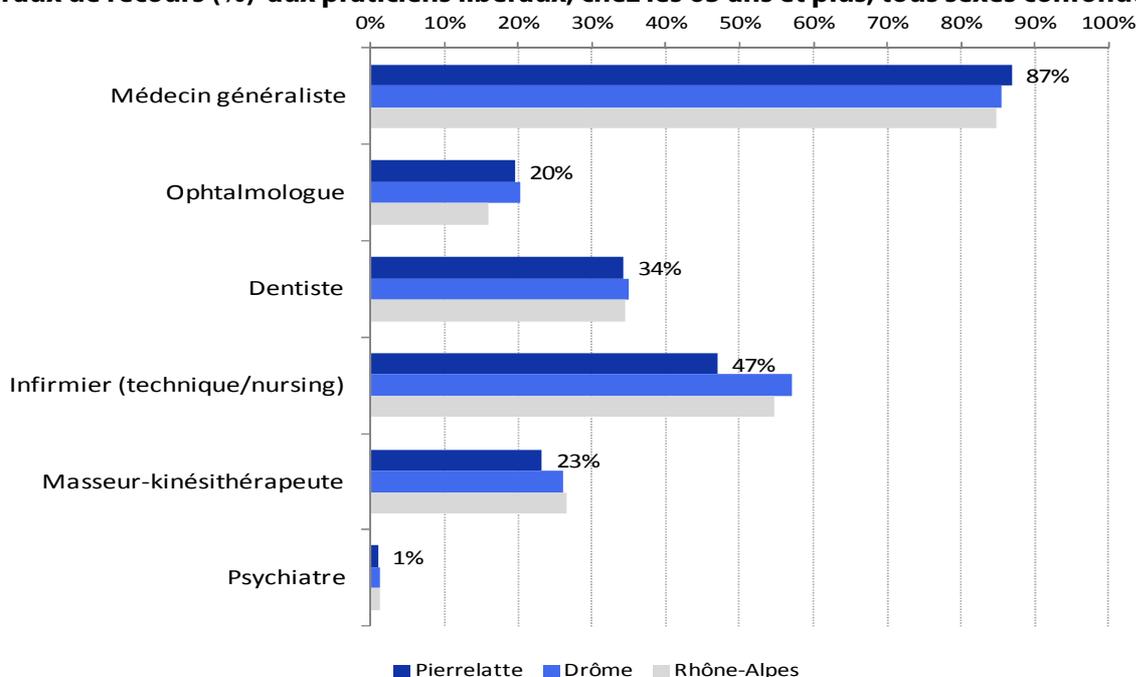


Source: Observatoire régional des situations de fragilité CARSAT et CGSS [CNAV 2015]

3.7.2 Recours aux soins

Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, on constate, naturellement, une augmentation du recours aux médecins généralistes, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers (comparativement aux données en population générale). A Pierrelatte, les personnes âgées de 65 ans et plus ont un recours relativement important aux médecins généralistes (87% des habitants de 65 ans et plus ont consulté au moins une fois leur médecin généraliste en 2014) et aux spécialistes (20% ont consulté un ophtalmologue en 2014), tandis qu'un moindre recours aux infirmiers et kinésithérapeutes est observé.

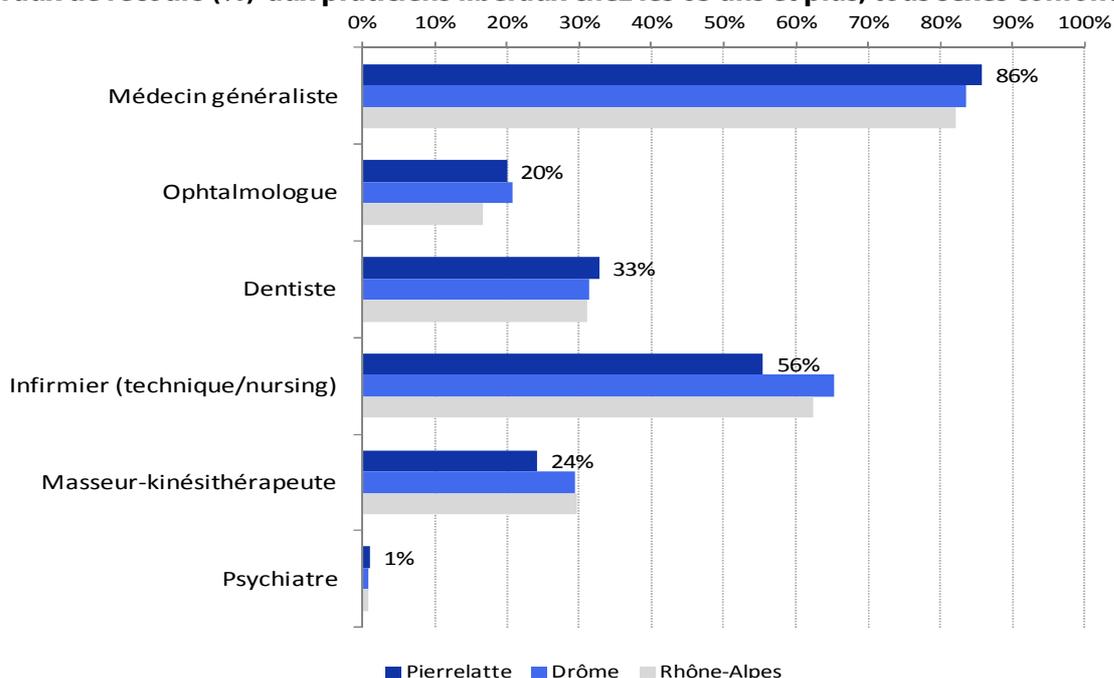
Taux de recours (%) aux praticiens libéraux, chez les 65 ans et plus, tous sexes confondus, 2014



Source : ARS [régime général de l'Assurance Maladie-2014]

Chez les personnes âgées de 75 ans et plus, on observe les mêmes tendances : un bon recours aux médecins généralistes et spécialistes, mais un moindre recours aux professionnels de santé paramédicaux.

Taux de recours (%) aux praticiens libéraux chez les 65 ans et plus, tous sexes confondus, 2014



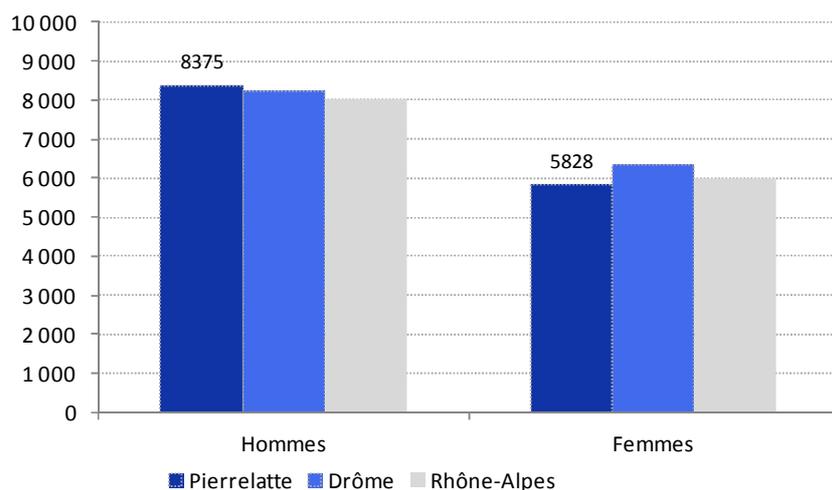
Source : ARS [régime général de l'Assurance Maladie-2014]

3.7.3 Etat de Santé

3.7.3.1 Les affections de longue durée

Sur la période 2010-2013 à Pierrelatte, 190 nouvelles admissions en ALD ont été accordées aux personnes âgées de 65 ans et plus ont été, dont 98 chez des hommes et 92 chez des femmes. On remarque, chez les femmes, un taux de nouvelles admissions en affections longue durée légèrement moins important qu'en Drôme et en Rhône-Alpes.

Taux annuel de nouvelles admissions en ALD toutes causes confondues chez les 65 ans et plus pour 100 000 habitants, 2010-2013

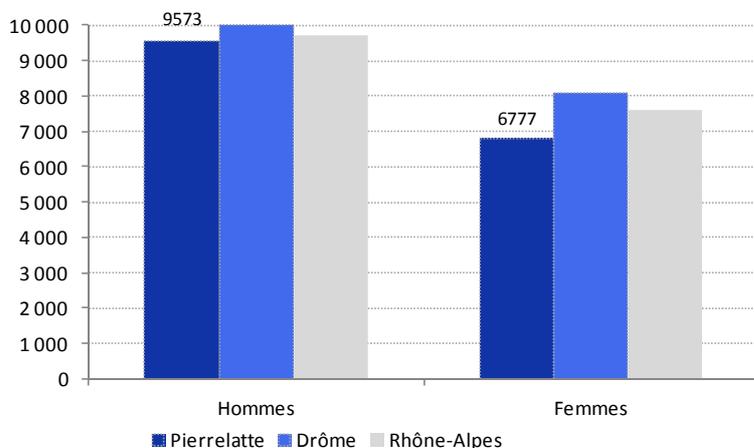


Sources : Cnamts, CCMSA, RSI [2013] ; Insee [2012]

Plus spécifiquement, chez les personnes âgées de 75 ans et plus, on dénombre annuellement, sur la même période, 54 nouvelles admissions en ALD chez des hommes et 59 chez des femmes.

Les taux d'admission en ALD chez les personnes âgées de 75 ans et plus sont inférieurs aux taux observés dans les territoires de référence, notamment chez les femmes (6 777 nouvelles admissions en ALD pour 100 000 habitants à Pierrelatte, contre respectivement 8 092 et 7 604 pour 100 000 habitants dans le département et la région).

Taux annuel de nouvelles admissions en ALD toutes causes confondues chez les 75 ans et plus pour 100 000 habitants, 2010-2013



Sources : Cnamts, CCMSA, RSI [2013] ; Insee [2012]

Les maladies cardiovasculaires sont la principale cause d'admission en ALD chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Ensuite, les tumeurs et le diabète sont les deux autres principaux motifs d'admission en ALD.

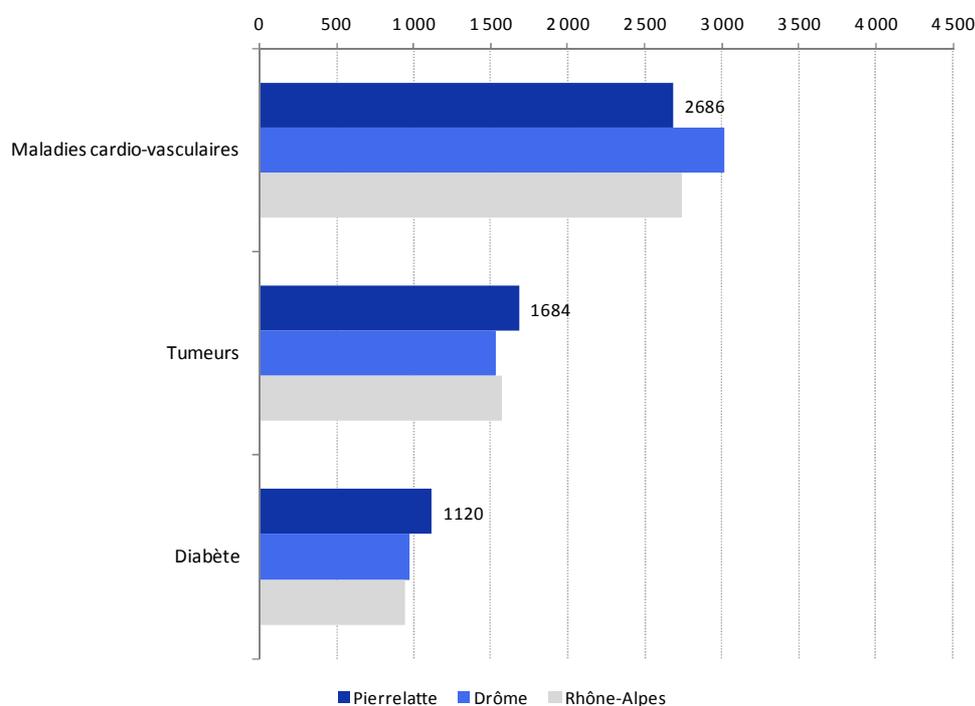
Sur la période 2010-2013, chez les personnes âgées de 65 ans et plus, on enregistre en moyenne chaque année 190 nouvelles admissions en ALD pour maladies cardio-vasculaires, dont 98 hommes et 92 femmes.

Les nouvelles admissions en ALD pour tumeurs concernent en moyenne 46 personnes par an (27 hommes et 19 femmes) et celles pour diabète 31 personnes (15 hommes et 16 femmes).

Concernant les motifs d'admission en ALD, on observe chez les personnes âgées les mêmes tendances qu'en population générale. Les taux annuels de nouvelles admissions en ALD pour tumeurs et diabète sont légèrement inférieurs aux taux observés au niveau départemental et régional chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

Concernant les maladies cardiovasculaires, dans la commune, le taux de nouvelles admissions en ALD est proche du taux régional et inférieur au taux départemental.

Taux brut annuel d'admission en ALD pour les principales causes (pour 100 000 habitants) chez les 65 ans et plus, tous sexes confondus en 2010-2013



Sources : Cnamts, CCMSA, RSI [2013]; Insee [2012]

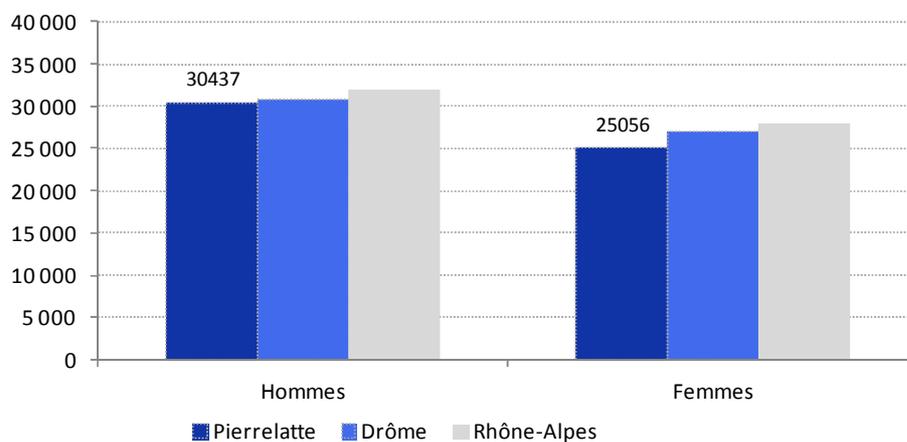
Chez les personnes âgées de 75 ans et plus les mêmes tendances sont observées : les maladies cardio-vasculaires, les tumeurs et le diabète représentent 74 % des nouvelles admissions en ALD.

Les affections de longue durée pour maladie d'Alzheimer représentent 11 nouvelles admissions en moyenne par an sur la période 2010-2013. Le taux d'admission en ALD pour maladie d'Alzheimer est moins important à Pierrelatte que dans les territoires de référence (734 pour 100 000 habitants à Pierrelatte contre respectivement 1 130 et 1 118 en Drôme et Rhône-Alpes).

3.7.3.2 Les hospitalisations

Sur la période 2010-2013, on recense en moyenne chaque année, toutes causes confondues, 751 patients hospitalisés pour la classe d'âge des 65 ans et plus, pour 1 288 séjours.

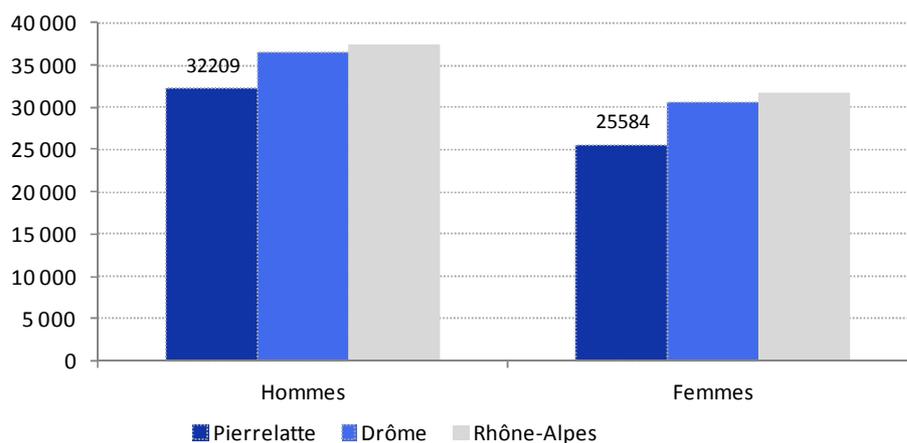
Taux brut de patients hospitalisés tous diagnostics pour 100 000 habitants chez les 65 ans et plus, 2010-2013



Source : PMSI [2010-2013], Insee [2012]

Plus spécifiquement chez les personnes âgées de 75 ans et plus, on recense 403 patients hospitalisés pour 700 séjours. A Pierrelatte, chez les hommes et les femmes de 75 ans et plus, le taux d'hospitalisation est moins élevé que dans les territoires de comparaison.

Taux brut de patients hospitalisés tous diagnostics pour 100 000 habitants chez les 75 ans et plus, 2010-2013

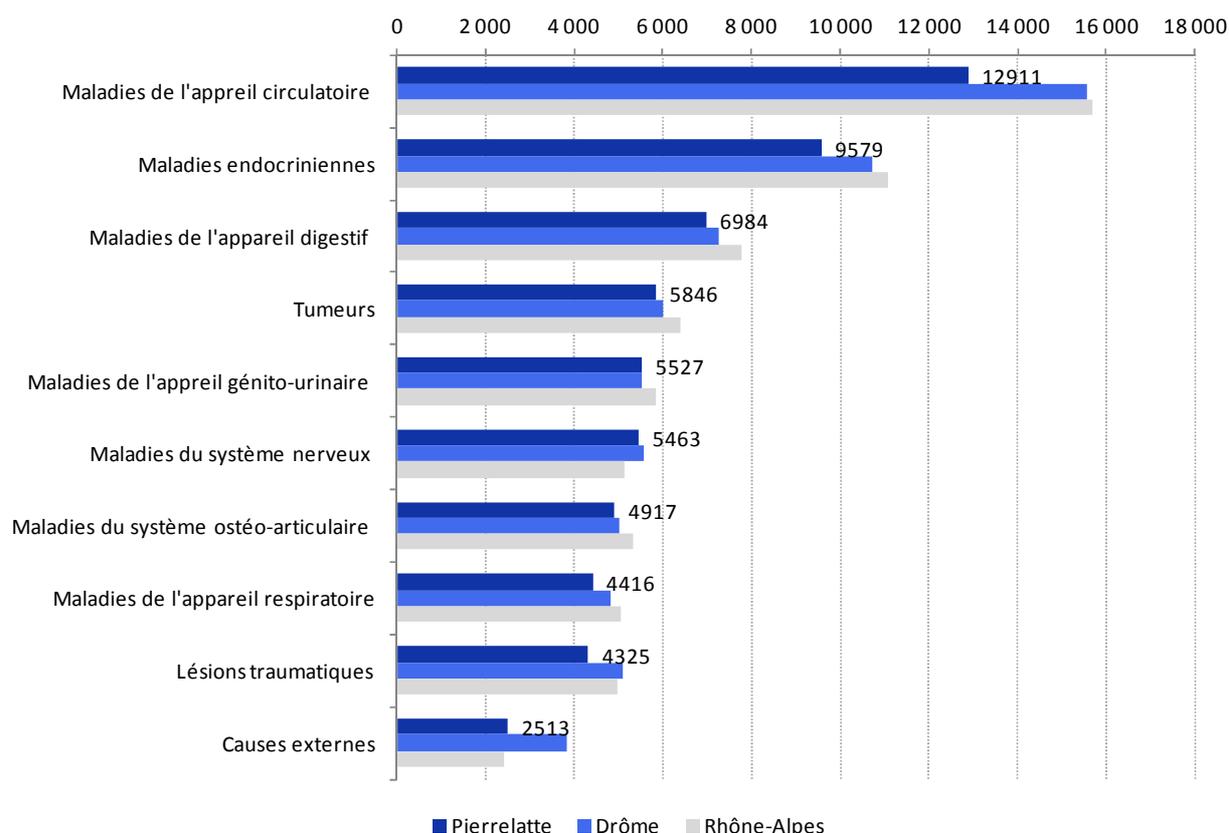


Source : PMSI [2010-2013], Insee [2012]

Les quatre principaux motifs d'hospitalisation chez les habitants de 65 ans et plus de Pierrelatte, conformément aux données départementales et régionales, sont les maladies cardio-vasculaires (355 patients annuellement sur la période 2010-2013 soit 47% des patients hospitalisés), les maladies endocriniennes (263 patients dont 117 patients hospitalisés pour diabète), les maladies de l'appareil digestif (192 patients) et les tumeurs (161 patients).

On observe chez les personnes âgées de 65 ans et plus de la commune des taux d'hospitalisation pour maladies cardio-vasculaires, maladies endocriniennes, lésions traumatiques et causes externes (accidents de la vie courante, accidents de la circulation et suicide) inférieurs aux taux départementaux et régionaux.

Taux brut annuel de patients hospitalisés par grande cause (pour 100 000 habitants) tous sexes chez les 65 ans et plus, 2010-2013



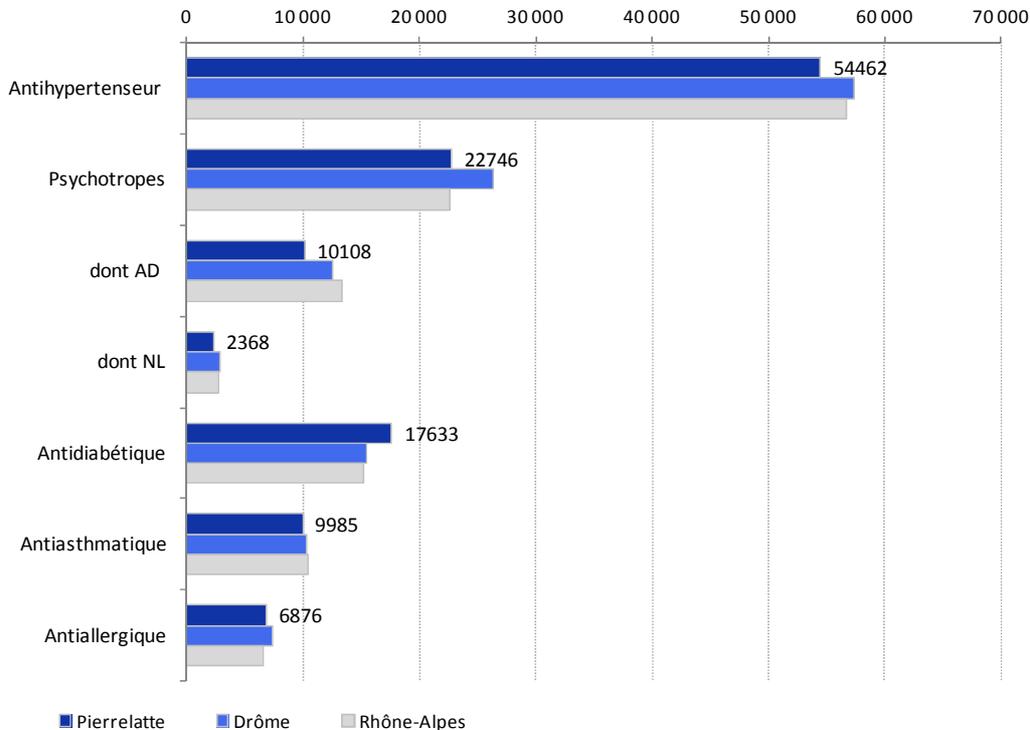
Sources : PMSI [2010-2013], Insee [2012]

Les mêmes tendances sont observées chez les personnes âgées de 75 ans et plus.

3.7.3.3 Traitements médicamenteux

En conformité avec les données de consommation médicamenteuse en population générale, le taux de consommation régulière d'antidiabétiques chez les personnes âgées de 65 ans et plus, est plus élevé à Pierrelatte qu'en Drôme et Rhône-Alpes.

Taux brut de patients sous traitements médicamenteux chez les 65 ans et plus pour 100 000 habitants, 2014



Source : ARS [régime général de l'Assurance Maladie-2014]

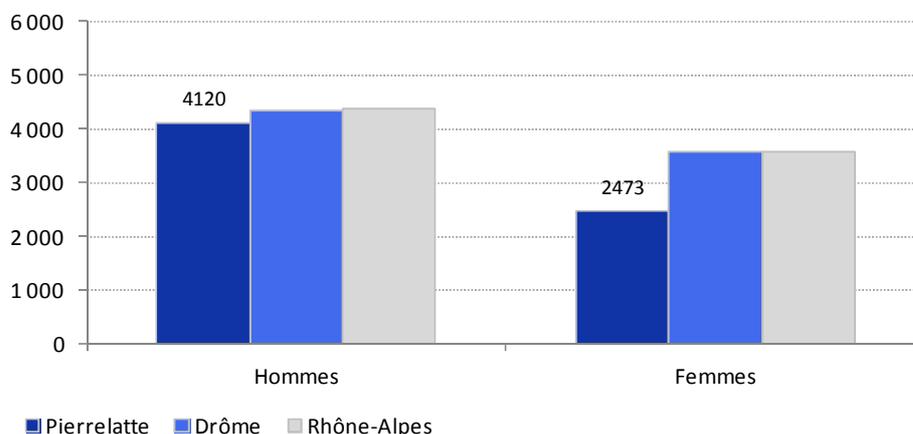
AD : antidépresseurs
NL : neuroleptiques

3.7.4 La mortalité

Sur la période 2008-2012, on dénombre, chez les habitants de Pierrelatte de 65 ans et plus, 75 décès en moyenne par an (41 hommes et 34 femmes) dont 60 décès chez les 75 ans et plus (31 hommes et 28 femmes).

On observe, chez les femmes de 65 ans et plus, un taux annuel de mortalité moindre que dans les territoires de référence.

Taux brut de mortalité) chez les 65 ans et plus pour 100 000 habitants, 2008-2012



Sources : INSERM [CépiDC-2008-2012] ; Insee [2010]

Chez les 75 ans et plus, les taux de mortalité pour les hommes et les femmes de la commune sont plus faibles qu'en Drôme et Rhône-Alpes.

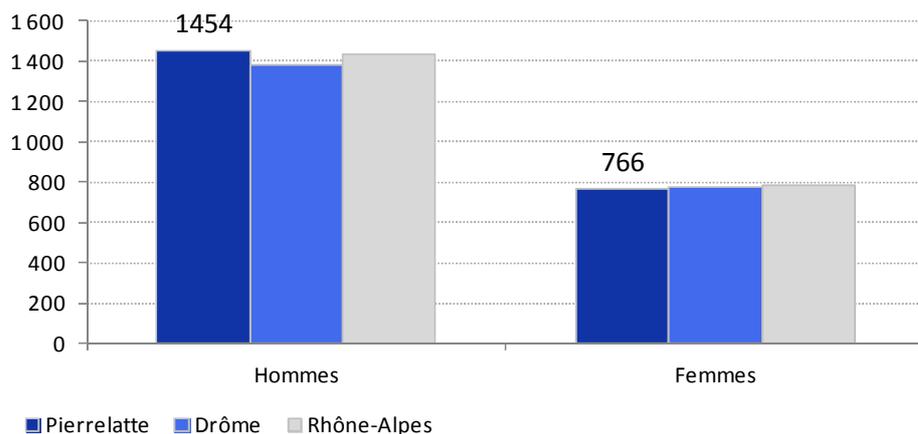
Taux brut de mortalité chez les 75 ans et plus pour 100 000 habitants, 2008-2012



Sources : INSERM [CépiDC-2008-2012] ; Insee [2010]

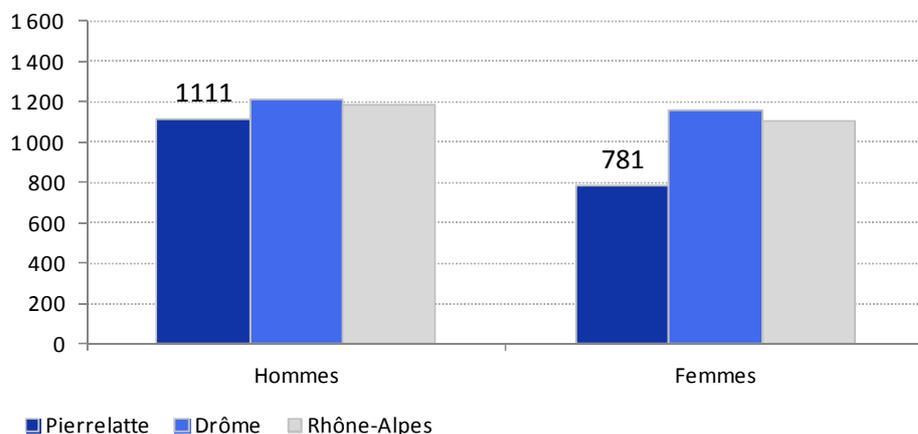
Les deux principaux motifs de mortalité chez les personnes âgées de plus de 65 ans sont les tumeurs (25 décès par an) et les maladies cardio-vasculaires (22 décès par an) et représentent ensemble 63% des décès.

Taux brut de mortalité pour tumeur chez les 65 et plus pour 100 000 habitants, 2008-2012



Sources : INSERM [CépiDC-2008-2012] ; Insee [2010]

Taux brut de mortalité pour maladies cardio-vasculaires chez les 65 ans et plus pour 100 000 habitants, 2008-2012



Sources : INSERM [CépiDC-2008-2012] ; Insee [2010]

4. SYNTHÈSE

Données socio-économiques

- Une croissance démographique faible, une population vieillissante à l'image de la Drôme, avec une surreprésentation des 45-55 ans et des 75 ans et plus
- Une population globalement moins diplômée qu'en Rhône-Alpes et une forte présence d'ouvriers
- La présence de populations précaires plus marquée qu'en Drôme et Rhône-Alpes : taux de chômage, taux de bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA), taux de CMUc plus importants et un Quartier Politique de la Ville Le Roc

Offre libérale de Soins

- 7 médecins généralistes recensés en 2016 à Pierrelatte, une offre fragile : densité nettement inférieure aux données départementale et régionale (54 pour 100 000 habitants contre 95 et 96 pour 100 000 respectivement en Drôme et Rhône-Alpes) et vieillissement des praticiens (100% ont 55 ans et plus)
- A l'échelle intercommunale une offre également fragile : densité plus faible que dans le département et la région et vieillissement des praticiens
- Présence de médecins spécialistes à Pierrelatte, mais également majoritairement âgés de plus de 55 ans

Recours aux soins et à la prévention

- Des indicateurs favorables concernant le recours aux soins et à la prévention
- Un recours aux médecins généralistes et spécialistes proche des données régionales, également chez les habitants du quartier Le Roc et chez les personnes âgées
- Participation aux programmes de prévention : des taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein et au programme de prévention bucco-dentaire proches des taux régionaux. Dans le Quartier Politique de la Ville Le Roc, une moindre participation aux programmes de prévention (mais supérieur aux taux observés dans l'ensemble des quartier politique de la Ville de Rhône-Alpes notamment pour le programme de prévention bucco-dentaire).

Etat de Santé

- Des indicateurs favorables (plus favorables qu'attendus étant donné le profil socio-économique de la population) concernant la mortalité générale et prématurée et donc l'état de santé des habitants de Pierrelatte
- Des indicateurs concordants qui semblent indiquer une prévalence plus importante du diabète : des taux d'admission en ALD, hospitalisation, consommation de médicaments, relativement élevés sur l'ensemble de la commune et nettement plus élevés dans le quartier Le Roc
- Les maladies cardio-vasculaires semblent moins fréquentes chez les habitants de la commune (moins d'hospitalisations, d'admissions en ALD, de consommation d'antihypertenseurs et de mortalité par maladies cardio-vasculaires. Un point de vigilance tout de même chez les femmes du quartier Le Roc pour lesquelles la consommation d'antihypertenseurs est plus élevée qu'en Drôme et Rhône Alpes
- Dans le quartier Le Roc : une consommation plus importante d'antidiabétiques dans les deux sexes et chez les femmes, davantage de traitements antihypertenseur, antiallergique et antiasthmatique, à l'image des données observées en moyenne sur l'ensemble des Quartiers politique de la Ville en Rhône-Alpes. Les données de consommation régulière de médicaments semblent indiquer une prévalence plus importante du diabète dans les deux sexes et chez les femmes des maladies cardio-vasculaires et des maladies respiratoires
- Concernant les personnes âgées de la commune, plusieurs indicateurs concordent pour indiquer un état de santé général relativement satisfaisant, notamment parmi les personnes âgées de 75 ans et plus : des taux plus faibles que dans la Drôme et la région, pour les admissions en ALD, les hospitalisations, la consommation régulière de médicaments et surtout pour la mortalité. En termes de pathologies, le diabète, comme en population générale à Pierrelatte, apparaît comme une problématique importante.

DONNEES QUALITATIVES

METHODOLOGIE DE L'ENQUETE QUALITATIVE

Afin de compléter les informations obtenues dans le volet quantitatif sur les besoins de la population et d'examiner quelles sont les possibilités et attentes des professionnels de santé de la commune, concernant l'implantation d'un regroupement pluridisciplinaire (Maison de Santé Pluriprofessionnelle, maison médicale ...) à Pierrelatte, nous avons réalisé une vingtaine d'entretiens semi-directifs approfondis avec les professionnels de santé du territoire, les acteurs concernés par la problématique de santé locale et un groupe d'habitants.

La liste des acteurs à interviewer a été définie en collaboration avec la mairie de Saint-Rambert d'Albon.

Ces acteurs ont été interrogés, d'après leur expérience de terrain, sur ce qu'ils connaissent et perçoivent de :

- L'état de santé des habitants et les problématiques de santé qui semblent les plus saillantes, en distinguant si possible différentes tranches d'âges (enfants, adolescents et jeunes, adultes et personnes âgées, et aussi hommes et femmes),
- Les points forts et les points faibles dans l'accès aux ressources de soins et de prévention pour les patients, de Saint-Rambert d'Albon,
- Les conditions actuelles d'exercice, pour les professionnels de santé
- L'intérêt de l'ouverture d'un regroupement pluriprofessionnel (Maison de Santé Pluriprofessionnelle de santé, maison médicale ...) pour les professionnels selon leur champ de compétences et leurs besoins et attentes concernant un tel projet.

Par ailleurs, des **observations de terrain** (à pied, en voiture, utilisation des commerces, des transports en commun, repérage des différents lieux de soins...) ont permis d'explorer plus avant le ressenti exprimé par les personnes interviewées qui vivent et/ou travaillent à Saint-Rambert d'Albon.

24 professionnels, dont 13 professionnels de santé ont été interviewés qui se répartissent comme suit :

Médecins Généralistes

Dr JURADO

Dr PENNE

Dr CHRIST

Médecin spécialiste

Dr BRUNIN, gastro-entérologue

Infirmières libérales

Mme GUILHOT

Orthophoniste

Mme HERITIER

Dentiste

M. LEONARDIN

Pharmacien

Mme MEI
M. BOURDELY
M. BORD

Kinésithérapeute

M. DUNAND

Opticien

Mme BROCHARD

Centre Médico Social, département de la Drôme

Mme SAUJOT BEDIN, responsable CMS
Dr CELLIER, médecin PMI

Centre Hospitalier de Montélimar

Mme BURLAT, directrice adjointe et directrice des soins

Résidence la Pastourelle EHPAD et Foyer logement

M. HERBAUT, directeur
Mme PINGAND, adjointe de direction
Dr DUMAS, médecin coordinateur
Mme MATRICON, infirmière

Experts : Agence Régionale de Santé

Mme GIRARD, responsable du pôle offre de soins ambulatoires
Mme DE LA CONCEPTION, responsable du pôle offre de soins
Mme FOURCADE, médecin inspecteur de santé publique, Offre de soins, Prévention et promotion de la santé Ardèche et Drôme
Mme TOURNIER, responsable du service Prévention et promotion de la santé
Mme VITRY, responsable du pôle santé publique

1. POPULATION, ÉTAT DE SANTÉ

Le profil socio-économique d'une population impacte fortement son état de santé et ses besoins de santé. Dans le cas présent, la ville de Pierrelatte se caractérise par le vieillissement de sa population (à l'image de la Drôme) et par la présence relativement marquée d'habitants en situation de précarité, notamment dans le quartier politique de la Ville Le Roc.

En termes de santé, le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation du nombre de pathologies par patients, notamment des maladies chroniques et des cancers, et par l'accroissement du nombre de personnes dépendantes. De plus, le contexte actuel de réduction de la durée des séjours hospitaliers et la tendance du maintien à domicile influent également sur le type de soin et de prise en charge. De ce fait, les besoins de soins en proximité, médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes (et d'aide à domicile) et de prévention (maintien de l'autonomie, éducation thérapeutique du patient atteint d'une maladie chronique) devraient se maintenir et augmenter à Pierrelatte dans les années à venir.

Par ailleurs, la présence marquée de populations précaires donc peu mobiles sur la ville, doit également être intégrée à l'analyse des besoins de santé du territoire et joue notamment en faveur de soins de proximité et accessibles d'un point de vue financier (honoraires de consultation sans dépassement par exemple).

1.1 PROFIL DES PATIENTS

Les professionnels de santé interviewés dans le cadre de l'étude repèrent deux catégories de population à Pierrelatte. La première catégorie est décrite comme relativement aisée, travaillant dans l'industrie et bénéficiant à ce titre d'une complémentaire santé avec un niveau de garantie élevée. La seconde, plus précaire, cumule parfois fragilités socio-économique et faible mobilité (pas de véhicule ou un seul véhicule dans le ménage utilisé par celui qui travaille). Ils citent notamment les habitants du quartier Le Roc, les bénéficiaires de la CMUc, les familles monoparentales ou encore les personnes âgées aux revenus modestes.

Ils décrivent majoritairement une patientèle agréable, solvable et respectueuse. Les rendez-vous sont honorés et la confiance qu'accordent les patients aux professionnels de santé, dans une petite ville où « tout le monde se connaît » sont des éléments de satisfaction. Par ailleurs, comme le confirme les éléments quantitatifs (cf. chapitre précédent recours aux soins et participation aux programmes de dépistage), il semble que la majorité des habitants bénéficie d'un suivi médical régulier.

Enfin, en raison de la situation au regard de la démographie médicale, les professionnels de santé ont souligné le volume très important de leur patientèle et leurs difficultés à répondre aux besoins de consultation de la population de Pierrelatte (point qui est développé plus avant).

1.2 EN TRANSVERSAL, DES DIFFICULTÉS D'ACCES AUX SOINS LIÉES AU NIVEAU DE L'OFFRE

1.2.1 Médecins généralistes

Les médecins généralistes et l'ensemble des professionnels interviewés ont souligné les grandes difficultés rencontrées par les habitants pour consulter auprès d'un médecin généraliste, en raison du manque de praticien. Les cabinets sont saturés : les nouveaux habitants ne trouvent pas de médecin traitant, il est très difficile de consulter dans la journée y compris pour un enfant ou une personne âgée et des files d'attente semblent se former devant certains cabinets dès 7h30 du matin.

Devant l'impossibilité de consulter auprès d'un médecin généraliste, en journée, mais également en raison de l'absence de médecin de garde de nombreux soirs de semaine et week-end (il semble que seuls deux médecins participent au tour de garde sur le secteur de Pierrelatte dans le cadre de la permanence des soins), un recours accru aux urgences est observé pour des motifs « sans gravité ». En effet, les habitants s'y rendent spontanément ou sont orientés vers le service des urgences de l'Hôpital de Montélimar.

Il convient de souligner, les difficultés particulières, engendrées par le manque de médecin généraliste, dans la prise en charge des personnes âgées qui entraîne également des passages aux urgences plus nombreux et donc un risque de destabilisation du sujet âgé.

1.2.2 Médecins spécialistes

En dépit de la présence d'une offre relativement étoffée de médecins spécialistes sur la commune (spécialistes les plus courants hormis pédiatre), les délais d'attente constatés auprès de certains spécialistes, comme la gynécologie et l'ophtalmologie sont souvent de plus de 9 mois.

Concernant les spécialistes non présents sur la commune, les délais d'attente et l'éloignement géographique sont les principaux obstacles repérés.

Malgré ces difficultés, les données quantitatives indiquent un recours globalement satisfaisant des habitants de la commune aux spécialistes, y compris auprès de médecins n'exerçant pas sur la commune, comme le pédiatre.

1.2.3 Des difficultés renforcées pour les ménages précaires

Au-delà de la question du niveau d'offre de soin, les publics en précarité sont confrontés à des obstacles supplémentaires qui compliquent, retardent ou entravent l'accès aux soins, notamment aux soins spécialisés.

Ces difficultés sont de plusieurs ordres :

- Faible maîtrise des démarches administratives pour accéder à une couverture santé, notamment pour des publics maîtrisant mal l'écrit et le français et ce malgré la présence d'une agence CPAM à Pierrelatte et l'existence de ressources d'aide comme le CCAS et l'écrivain public ;
- Accès économique pour des soins faiblement remboursés par l'Assurance Maladie (dépassement d'honoraire auprès des médecins spécialistes, optique, dentaire), pour des publics qui n'ont pas de couverture complémentaire santé ou un niveau de garantie peu efficient ;
- Faible mobilité des publics précaires pour se rendre à des consultations spécialisés, dans un territoire peu desservi par les transports en commun (existence d'une gare SNCF à Pierrelatte avec un TER desservant Montélimar, mais la gare de Montélimar est éloignée du Centre Hospitalier).

1.3 PROBLEMATIQUES DE SANTE REPEREES

Les informations recueillies auprès des professionnels de la commune complètent les données quantitatives. Des problématiques de santé bucco-dentaire et de santé mentale sont notamment repérées à l'échelle de la commune. Ces problèmes de santé sont variables selon les tranches d'âge et sont souvent socialement marqués.

- Santé bucco-dentaire

Les éléments quantitatifs (31% des habitants ont consulté au moins dans l'année auprès d'un dentiste, 33% des enfants ciblés ont participé au programme de dépistage buccodentaire MT Dents) disponibles en la matière semblent indiquer un recours relativement satisfaisant de la population aux soins et à la prévention bucco-dentaire. Cependant, les professionnels indiquent qu'une part des habitants n'est pas suivie régulièrement et présente de nombreuses caries, en raison d'une consommation trop importante d'aliments sucrés (boissons notamment).

Chez certains enfants, les professionnels constatent de nombreuses caries, des dentitions très abimées liées parfois à une hygiène bucco-dentaire insuffisante mais avant tout à la consommation de boissons sucrées (par exemple : biberon avant le coucher chez les plus jeunes). D'après ces professionnels, il semblerait que les parents manquent d'information et rencontrent des difficultés pour fixer un cadre aux enfants en matière de nutrition.

De manière globale, les professionnels indiquent la nécessité de poursuivre et renforcer, en direction des parents, les actions de sensibilisation à l'hygiène et rythme de vie des enfants (nutrition, sommeil, santé bucco-dentaire, écrans...). Dans ce domaine, les équipes médico-scolaires, la PMI, l'Union Française de Santé Bucco Dentaire (UFSBD), le centre de santé dentaire mutualiste et les dentistes en libéral sont des acteurs incontournables.

Parmi les jeunes adultes, âgés de 18 à 30 ans, les dentistes repèrent, chez certains, une augmentation des caries dentaires liée à la consommation de tabac et de boissons sucrées et à l'absence de suivi bucco-dentaire régulier (consultation uniquement en urgence en cas de douleur aiguë).

Enfin, des difficultés d'accès aux soins sont relevées chez les personnes âgées ayant des difficultés de mobilité en raison de la configuration des cabinets : une grande partie des cabinets dentaires, situés en étage, ne sont pas accessibles aux personnes à mobilité réduite.

- **Santé mentale**

Chez les enfants, les professionnels ont souligné des difficultés d'accès aux soins, en raison du manque de pédopsychiatre en libéral à Pierrelatte, des délais de prise en charge longs (entre six et neuf mois) en psychiatrie publique (Centre Médico Psychologique-CMP- et Centre Médico Psycho Pédagogique- CMPP-) et du coût des prises en charge dans le privé (consultations auprès des psychologues ou psychomotriciens non remboursées).

En effet, les données quantitatives montrent un recours relativement important des enfants et jeunes de moins de 15 ans aux consultations en pédopsychiatrie, qui peuvent expliquer la relative saturation des CMP CMPP et des délais de prise en charge importants.

Face à ces difficultés, les professionnels sont relativement démunis et constatent des retards ou des renoncements aux soins, entraînant la persistance et éventuellement une aggravation des troubles.

Chez les adultes, les acteurs du territoire professionnels repèrent fortement les dépressions et la souffrance psychique. La souffrance au travail, à la fois chez des salariés peu qualifiés ayant des conditions d'emploi précaires, mais également chez des salariés de grandes entreprises ou chez des cadres, a été spontanément abordée par certains, tandis que d'autres soulignent les difficultés psychiques liées à la précarité des situations (chômage) et des parcours de vie. Là encore, la question de l'accès aux soins, avec des délais de prise en charge importants en psychiatrie publique (CMP) a été abordé, notamment pour les habitants n'ayant pas les moyens de consulter auprès d'un psychologue en libéral. Dans ce domaine, certains ont souligné l'intérêt de développer, en proximité, des propositions d'écoute et de soutien psychologique, et non de soin, gratuits et en proximité, pour des publics en situation de précarité.

Enfin, d'autres problématiques de santé ont été spécifiquement abordées par les professionnels médico-sociaux interviewés dans le cadre de cette étude et sont travaillées dans le cadre du contrat de Ville 2015-2020 de Pierrelatte : la consommation de produits psychoactifs et le manque d'information en matière de sexualité chez les jeunes et les violences conjugales et intrafamiliales.

2. STRUCTURATION DE L'OFFRE DE SOINS

2.1 OFFRE DE SOINS A PIERRELATTE ET A PROXIMITE

La Ville de Pierrelatte est classée par l'Agence Régionale de la Santé, en zone pluriprofessionnelle de vigilance⁶, où l'offre de soins de premier recours pourrait devenir insuffisante à moyen terme (2 à 3 ans). Le quartier Politique de la Ville, le Roc, est quant à lui classé en zone fragile, où l'offre est d'ores et déjà insuffisante.

Les informations recueillies auprès des acteurs du territoire complètent les données de démographie médicale : l'offre de soin de premier recours, médecin généraliste et masseur-kinésithérapeute, apparaît insuffisante au regard de la demande de soins.

2.1.1 Médecins généralistes

- **Pierrelatte : activité des cabinets et conditions d'exercice**

Le croisement de différentes sources de données⁷ permet d'affiner les données de démographie médicale disponibles.

Suite aux départs non remplacés de médecins généralistes dans les années précédentes et à l'absence d'installation récente, on dénombre aujourd'hui à Pierrelatte 7 médecins généralistes, tous âgés de plus de 55 ans. On remarque ainsi une densité de médecin généraliste nettement plus faible comparé à Rhône-Alpes : 54 médecins pour 100 000 habitants dans la commune contre 96 pour 100 000 en Rhône-Alpes).

Deux médecins généralistes exercent au sein d'un cabinet de groupe, trois exercent en cabinet individuel et deux médecins exercent au sein du « centre Vinci ». Le « centre Vinci », regroupe la plupart des médecins spécialistes de la ville, deux médecins généralistes, une pharmacie et des professionnels paramédicaux. A noter, qu'aucun médecin généraliste n'est installé dans le quartier classé Politique de la Ville, mais ce quartier est proche du centre.

En termes de locaux, la situation des praticiens de la commune est variable. Les médecins exerçant en cabinet de groupe sont locataires et ont récemment intégré des locaux neufs et fonctionnels dont ils sont satisfaits. Un médecin est propriétaire de parts dans la SCI « centre Vinci », dans des locaux fonctionnels dont les travaux de mise aux normes⁸ sont en cours. Un quatrième médecin exerce dans des locaux mis à disposition par la mairie.

Concernant le bassin de patientèle, la majorité des patients sont originaires de Pierrelatte mais également de Bourg Saint Andéol (en Ardèche), Donzère et la Garde-Adhémar (pas de médecin généraliste sur cette commune).

Les médecins consultent 5 jours par semaine (du lundi matin au vendredi soir) et ne consultent pas les samedis matin.

Compte-tenu du manque de médecin dans la commune et dans les communes alentour, la charge de travail est unanimement décrite comme très importante, notamment pour les praticiens qui exercent sans dépassement d'honoraires et ont des plages de consultation sans rendez-vous. La charge et le rythme de travail sont source de fatigue et de stress pour ces praticiens, à une période de leur vie

⁶ Dans le cadre des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS), les territoires sont classés en zone selon la densité de l'offre de soins de proximité et le profil de la population, dont des zones fragiles où l'offre doit être consolidée et des zones de vigilance où l'offre de soins pourrait devenir insuffisante. Cf. définition

⁷ Entretiens, site internet ameli.fr, pages jaunes

⁸ Normes d'accessibilité concernant les Etablissements Recevant du Public

professionnelle, quelques années avant la retraite, où ils souhaiteraient, au contraire, réduire leur niveau d'activité. Par ailleurs, le « manque de temps », l'impossibilité de répondre à la demande de soin sont des motifs d'insatisfaction.

Aucun médecin généraliste n'est maître de stage et n'accueille à ce titre des internes de médecine générale. Les raisons invoquées sont à la fois le manque d'espace pour les accueillir, mais également le manque de temps pour s'investir dans la formation des futurs médecins.

En termes de dynamique professionnelle collective, les occasions de collaboration entre les cabinets médecine générale sont restreintes mais très régulières et fluides avec les médecins spécialistes, les infirmières et les pharmacies.

Enfin, notons que la permanence des soins les soirs et les fins de semaine, ne fonctionne pas de manière efficiente sur le secteur de garde (Pierrelatte uniquement) : seuls deux médecins y participent et de ce fait, de nombreux week-end, aucune garde n'est assurée et les habitants n'ont, comme recours, que le service des urgences du Centre Hospitalier de Montélimar.

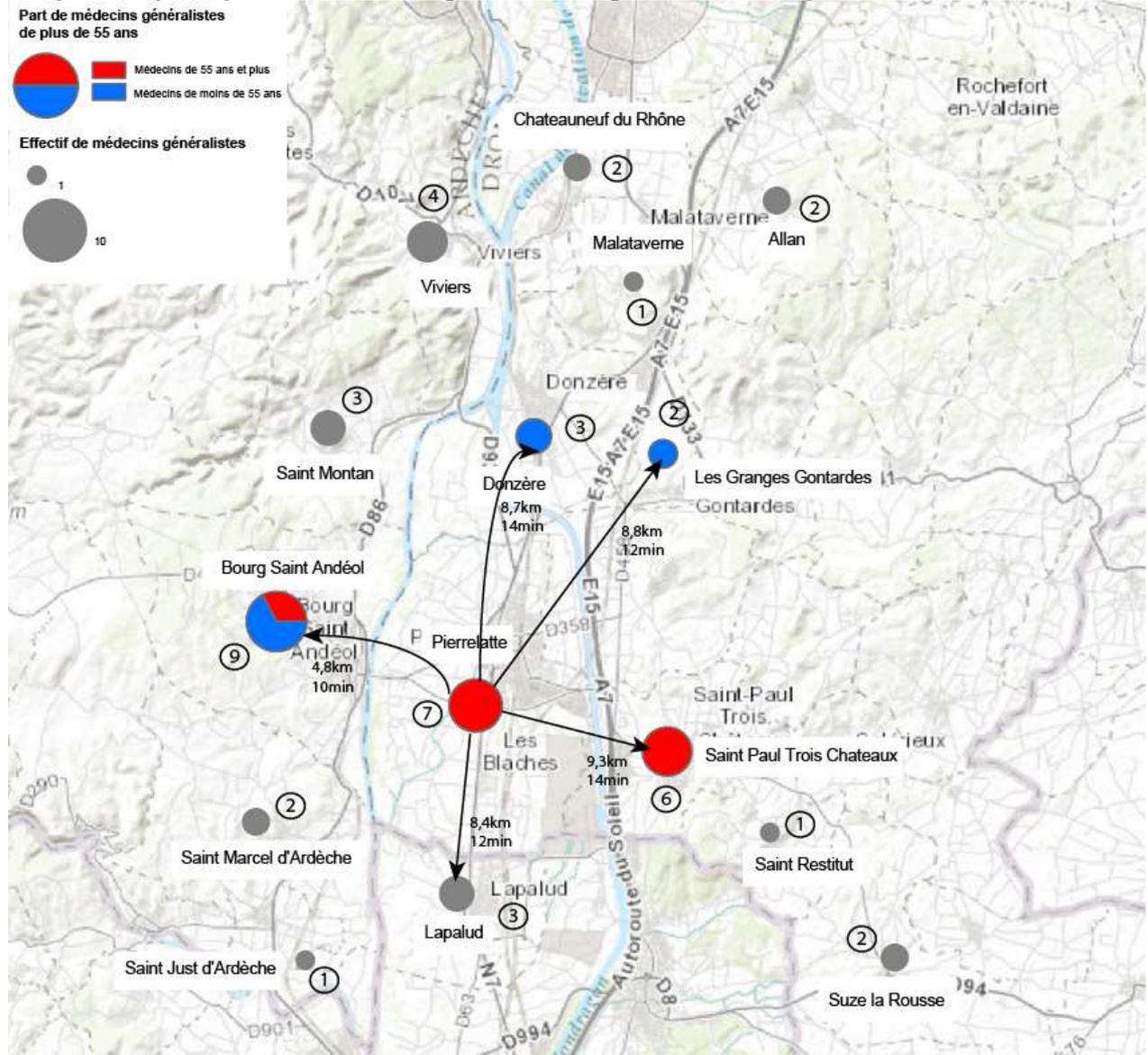
- **Médecins généralistes présents en proximité**

La problématique de l'offre de soin de premier recours doit être analysée à une échelle intercommunale. En lien, avec les études concernant l'accessibilité aux médecins généralistes, le critère de 15 minutes de trajet maximum (en voiture)⁹ a été retenu pour dresser la liste des médecins généralistes accessibles aux habitants de Pierrelatte.

A proximité de Pierrelatte, on dénombre ainsi 23 médecins généralistes dont 9 sont âgés de 55 ans et plus (39%). La problématique de démographie médicale est également d'actualité dans ces communes, dans la communauté de communes et plus largement dans les zones rurales et semi-rurales.

⁹ « 95 % de la population française a accès à des soins de proximité en moins de quinze minutes ». Questions d'économie de santé n°164 avril 2011 IRDES. Document consultable : <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes164.pdf>

Présence de médecins généralistes à Pierrelatte et à proximité (0 à 15 minutes de trajet en voiture), temps de trajet et part des médecins généralistes âgés de 55 ans et plus



2.1.2 Autres professionnels de santé à Pierrelatte

Concernant les autres professionnels de santé, la situation semble globalement plus équilibrée, hormis pour les masseurs kinésithérapeutes.

- **Infirmiers** : On repère 4 cabinets infirmiers sur la commune, représentant 22 infirmiers. Les informations obtenues en entretien concordent avec le zonage établi par l'Agence Régionale de Santé pour les infirmiers, à savoir une zone intermédiaire. En effet, le cabinet infirmier interviewé semble en capacité de répondre à la demande de soins techniques et est satisfait du niveau d'activité. A noter, qu'à ce jour les occasions de collaboration entre cabinets infirmiers sont peu régulières.
- **Masseurs-kinésithérapeutes** : 6 cabinets de kinésithérapie sont recensés sur la commune, soit 7 masseurs kinésithérapeutes, dont un exerçant uniquement à domicile. Une partie des praticiens est vieillissante (5 ont 55 ans et plus) et des départs à la retraite sont attendus à moyen terme (3 ans). Pierrelatte est classé en zone intermédiaire pour les masseurs-kinésithérapeutes par l'ARS, pourtant au moment de l'étude, les cabinets semblaient saturés et les praticiens contraints de refuser

régulièrement des patients, notamment pour des rééducations à domicile. Cependant, d'après nos informations, deux kinésithérapeutes étaient susceptibles de s'installer dans la commune dans les mois à venir.

- **Sage-femme (très doté) :** on recense 3 sages-femmes sur la commune de Pierrelatte, dont deux exercent au sein du « centre Vinci ». La ville de Pierrelatte est classée en zone « sur dotée » par l'ARS pour les sages-femmes.
- **Orthophonistes :** 3 orthophonistes exercent sur la commune de Pierrelatte, dont une s'est récemment installée. En termes de patientèle, la majorité (60%) est originaire de Pierrelatte et des villes alentour tandis que les autres patients sont principalement originaires d'Ardèche. La commune est classée en zone intermédiaire pour les orthophonistes. A noter, la bonne articulation entre les deux orthophonistes installés de longue date sur la commune et les orthophonistes installés sur les communes de Donzère et Bollène.
- **Dentistes :** 3 cabinets de groupe et 6 cabinets dentaires individuels sont présents à Pierrelatte, soit 13 dentistes en activité. Les occasions de collaboration entre cabinet semblent peu nombreuses. Les cabinets dentaires, dont une majorité sont installés en étage sont confrontés à une problématique de mise aux normes en termes d'accessibilité (Normes ERP). Par ailleurs, l'ensemble des cabinets est fermé entre le 1^{er} et le 15 août non seulement sur Pierrelatte mais dans un rayon de 50 km, ce qui est particulièrement problématique en cas d'urgence dentaire. En sus de l'offre libérale on repère sur la commune la présence d'un centre dentaire mutualiste. La ville de Pierrelatte est classée en zone sur dotée pour les chirurgiens-dentistes par l'ARS.
- **Spécialistes :** On remarque sur la ville la présence des médecins spécialistes les plus courants, (hormis le pédiatre, le plus proche exerçant à Bollène) dont la quasi-totalité exerce en secteur 1 (sans dépassement d'honoraire), hormis le gastro-entérologue qui exerce en secteur 2 (avec dépassement d'honoraire) . Cette offre est cependant précaire en raison du vieillissement des praticiens (7 des 8 praticiens ont 55 ans et plus) et de l'absence, à ce jour de solution de reprise pour la relève des cabinets au départ à la retraite. Une partie non négligeable d'entre eux exercent au sein de leur cabinet à Pierrelatte mais également à la clinique Kennedy à Montélimar. L'ophtalmologue, l'ORL, le gynécologue, le psychiatre, l'angiologue, le gastro-entérologue et le cardiologue exercent au sein du Centre Vinci.
- **Autres professionnels de santé.** On recense sur la commune d'autres professionnels de santé et équipements médicaux de proximité :
 - 5 officines de pharmacie sont présentes sur la commune, dont une est située au pied du « centre Vinci ».
 - Un laboratoire d'analyse
 - Un cabinet de radiologie
 - 2 orthoptistes
 - 4 magasins d'optique

2.1.3 Les centres hospitaliers : plateau technique, consultations externes de spécialistes, maternité, service des urgences

Trois centres hospitaliers sont localisés à proximité de Pierrelatte.

- **L'Hôpital de Montélimar**, situé à 24 km, est un établissement sanitaire de référence¹⁰ pour le sud Drôme et Ardèche. Il propose des services de médecine, chirurgie, médecine, gériatrie, maternité,

¹⁰¹⁰ Le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) du Sud Drôme Ardèche réunit les centres hospitaliers des Vals d'Ardèche (Privas), Ardèche Méridionale (Aubenas), Villeneuve de Berg, Chambonnas, Joyeuse, Vallon Pont d'Arc, Rocher Largentière, Bourg Saint Andéol-Viviers, Nyons, Buis les Baronnies, Dieulefit et Montélimar, et couvre un territoire de 325 000 habitants.

addictions (sevrages simples et complexes), urgences et des consultations externes dans de nombreuses spécialités (notamment pédiatrie et gynécologie). Le Centre Hospitalier porte également un Centre de planification et d'Éducation Familiale (CPEF), un service d'Hospitalisation à Domicile (HAD), un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et une Maison médicale de garde.

- **L'Hôpital de Bagnols sur Cèze**, situé à 28 km, ce centre hospitalier offre des services de médecine, chirurgie, maternité et urgences.
- **La Clinique Kennedy à Montélimar**, située à 24 km qui propose des services de médecine et chirurgie ainsi qu'un service accueil pour des soins non programmés ouvert tous les jours (dimanches et jours fériés également) uniquement en journée.

2.2 PROJETS DES PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX

2.2.1 Les projets des professionnels de santé de Pierrelatte

➤ **Médecins généralistes**

A l'approche de la retraite, à partir de 60 ans, les médecins généralistes rencontrés envisagent de réduire leur niveau d'activité et notamment leur rythme de travail (réduction des plages horaires de consultation), pour continuer à exercer si possible jusqu'à 65 ans.

Dans cette optique, mais d'ores et déjà pour les aider à faire face à la demande de soins, les médecins souhaitent l'installation de nouveaux médecins généralistes sur la commune et se disent prêt à les aider dans leurs démarches d'installation et pour faciliter leur intégration.

A ce jour, cependant, les médecins généralistes n'ont pas réalisé de démarches pour le renouvellement de leur cabinet : pas d'accueil d'internes, pas de proposition de collaboration ou association. Par ailleurs, devant les difficultés rencontrées, parfois, pour trouver un remplaçant les médecins sont pessimistes quant à la possibilité de « recruter » un jeune médecin sur leur commune.

➤ **Centre Vinci : médecins spécialistes, médecins généralistes et professionnels paramédicaux**

Comme indiqué précédemment le « centre Vinci », regroupe la plupart des médecins spécialistes de la commune (7 des 8 spécialités), deux médecins généralistes, des professionnels paramédicaux, une pharmacie (sur le coté du bâtiment) et une société d'audioprothèse. Le bâtiment a une surface de 1000 m² et les travaux de mise aux normes en termes d'accessibilité (normes ERP) sont en cours de réalisation (programmation sur trois ans).

Le Centre Vinci est constitué en Société Civile Immobilière (SCI) et une partie des praticiens sont propriétaires de parts du capital, tandis que d'autres sont locataires.

La quasi-totalité des médecins spécialistes y exerçant est proche de la retraite et dès 2018 des locaux seront disponibles. Avant leur départ en retraite (d'ici 2 ans pour les premiers départs), ces médecins souhaitent vendre leurs parts de capital à la SCI.

Les professionnels exerçant dans cette structure se montrent ainsi favorables à la localisation d'un futur projet de regroupement pluriprofessionnel dans les locaux du centre Vinci, à la fois pour vendre leur patrimoine immobilier (pour ceux qui sont propriétaires) mais également pour maintenir et dynamiser l'activité du centre.

A noter toutefois que les collectivités territoriales y compris les mairies ne peuvent, sauf exception, prendre part au capital d'une SCI ou tout autre organisme à but lucratif au regard de la loi¹¹.

2.2.2 Les regroupements de professionnels de santé à proximité de Pierrelatte, concurrence, complémentarité ?

On recense, dans les environs de Pierrelatte, un certain nombre de cabinets de groupes de médecine générale et de projets de regroupements pluriprofessionnels, qui, dans le contexte actuel de démographie médicale, sont autant de structures et communes potentiellement concurrentes pour attirer des médecins généralistes.

Il convient ainsi de prendre en compte l'existence de ces structures et de développer, dans la mesure du possible des complémentarités, afin de limiter cet effet concurrence et répondre de manière efficiente aux besoins de santé des habitants

➤ **Cabinets de groupe de médecine générale**

On repère à Donzère, Bourg Saint-Andéol, Viviers, Allan, Lapalud, des cabinets regroupant deux ou trois médecins généralistes. Par ailleurs, la mairie de Saint-Just d'Ardèche a récemment aménagé des locaux pour un cabinet médical. A ce jour, un médecin généraliste retraité est présent deux-demies journées par semaine.

➤ **Regroupements pluridisciplinaires**

On recense également des projets de regroupements pluriprofessionnels, plus ou moins avancés, dans des communes situées à proximité.

A Saint-Paul-Trois-Châteaux, un projet de Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP¹²) regroupe actuellement deux médecins généralistes (à termes 3 médecins généralistes), un cabinet infirmier, trois kinésithérapeutes, un dentiste et trois orthophonistes. La mairie porte le projet immobilier et sera propriétaire des locaux qui seront proposés à la location.

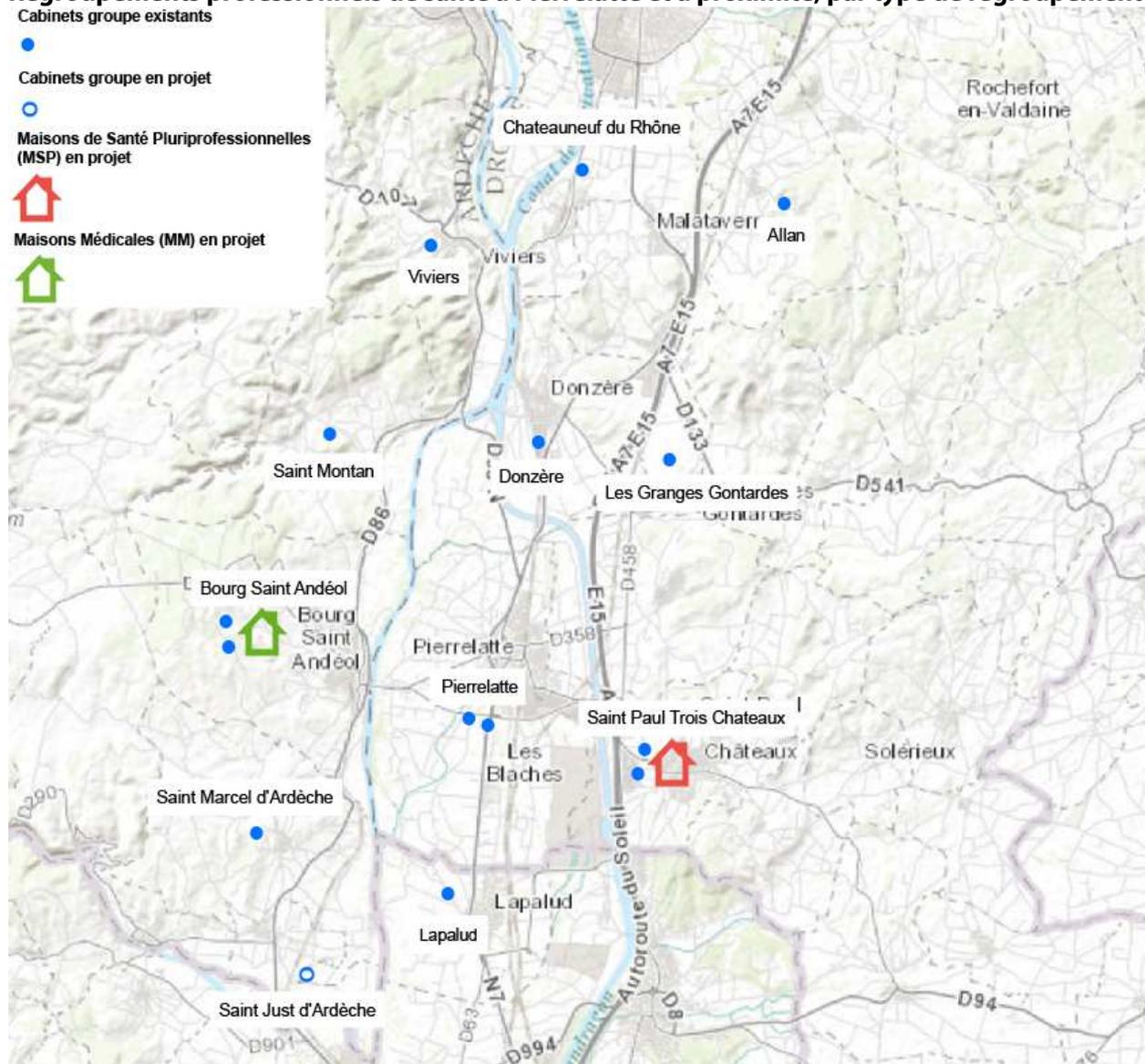
A Bourg Saint Andéol un projet de regroupement est également en cours de réflexion.

Enfin, une réflexion s'engage également à Donzère, où une étude similaire à celle-ci est actuellement réalisée.

¹¹ L. 2253-1, L. 3231-6 et L. 4211-1-6° du code général des collectivités territoriales : « une collectivité territoriale peut participer au capital d'une société commerciale ou de tout autre organisme à but lucratif dans deux hypothèses : si un décret en Conseil d'État l'y autorise ou si cette société ou cet organisme a pour objet l'exploitation de services de la collectivité territoriale ou d'activités d'intérêt général dans le cadre de sociétés d'économie mixte locales » consulté le 20/08/2016 <http://questions.assemblee-nationale.fr/q12/12-9988QE.htm>

¹² Cf. 3.1. Dispositifs et cadre réglementaire des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles

Regroupements professionnels de santé à Pierrelatte et à proximité, par type de regroupement



3. DISPOSITIFS EXISTANTS ET CADRE REGLEMENTAIRE

Différents types de regroupement de professionnels de santé coexistent, communément nommés : maison de santé, maison médicale, pôles de santé, centre de santé et Maison de Santé Pluriprofessionnelle. Ce chapitre s'attachera à définir et expliquer chaque type d'organisation en précisant les avantages et inconvénients qu'il présente à la fois pour les professionnels de santé et pour les habitants.

3.1 LES MAISONS DE SANTÉ PLURI PROFESSIONNELLES (MSP)

L'Observatoire des Maisons de Santé Pluriprofessionnelle (MSP), mis en place en 2012 par le Ministère de la santé, dénombrait en France, en mars 2015, 616 MSP en fonctionnement et 407 projets sélectionnés par l'ARS. En Auvergne-Rhône-Alpes, on recense, en 2015, 92 MSP en fonctionnement et 31 projets sélectionnés par l'ARS

Les services de l'Etat ont développé les MSP pour faire face aux problématiques d'offre de soins, espérant ainsi améliorer l'organisation des soins de premiers recours. Ces structures présentent effectivement un certain nombre d'atouts. Du côté des professionnels de santé, de nombreuses études indiquent que les jeunes médecins souhaitent travailler en équipe. Pour les collectivités et les élus, les MSP peuvent pallier à la désertification médicale, améliorer l'offre de soins et rendre attractif leur territoire. Enfin pour les populations, ces structures ont l'avantage de proposer une offre de soins large et regroupée.

3.1.1 Définition

Une Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) est le regroupement de plusieurs professionnels de santé libéraux, dont au moins deux médecins généralistes et un autre professionnel de santé, autour d'un projet de santé. Elle est définie dans l'article L.6323-3 du code de la santé publique : « *La maison de santé est une personne morale constituée entre professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens* ». « *Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours et peuvent participer à des actions de santé publique, prévention, éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé* »

D'après les expériences existantes¹³, la moyenne des maisons de santé réunit environ cinq médecins généralistes, neuf professionnels paramédicaux de santé (sages-femmes, orthophonistes, infirmières, kinésithérapeutes...), trois pharmaciens, 1,6 chirurgien-dentiste et souvent des psychologues, même si ils ne sont pas reconnus comme des professionnels de santé par le code de la santé publique.

Les professionnels engagés dans les MSP maintiennent leur activité libérale à travers le paiement à l'acte mais développent, autour d'un projet commun de santé, des activités de partage d'informations entre professionnels (étude de cas, parcours du patient, organisation des soins, protocole de prise en charge et orientations...) activités de prévention (éducation thérapeutique par exemple). Ces activités (partage d'informations, prévention) peuvent être rétribuées grâce à un système forfaitaire, les "nouveaux modes de rémunération" (voir définition plus bas). Les MSP doivent déposer un dossier de candidature "nouveaux modes de rémunération" pour pouvoir en bénéficier et, à ce jour, toutes les MSP ne les perçoivent pas.

¹³ Pierre de Haas- Monter et faire vivre une maison de santé - Edition 2015

3.1.2 Les conditions d'attribution et les aides

3.1.2.1 Conditions d'attribution:

Le cahier des charges national des maisons de santé pluriprofessionnelles fixe les conditions d'attribution d'une aide financière. A ce titre, la MSP doit :

- être composée d'un groupe de professionnels de santé libéraux de premier recours¹⁴, dont au moins deux médecins généralistes et un professionnel paramédical
- être localisée prioritairement dans une zone considérée par l'ARS comme fragile ou en vigilance (voir définition plus haut) étant organisé autour d'un projet de santé commun.
- assurer une prise en charge coordonnée et la continuité des soins
- proposer des actions de prévention et assurer l'information et l'orientation des patients
- encadrer et accueillir des stagiaires de 2ème et 3ème cycle
- mettre en place un système d'information commun

Le projet de santé doit être formalisé dans un document type appelé "projet de santé", dont le modèle est disponible sur la plateforme d'aide aux professionnels de santé (PAPS)¹⁵ précisant :

a/Le diagnostic préalable des besoins: le projet de santé s'appuie sur un diagnostic des besoins du territoire. Au-delà d'un diagnostic des besoins, l'ARS prend en compte la classification du territoire au regard de la densité de l'offre de soin de proximité et du profil de la population. Ainsi, dans le cadre du schéma régional d'organisation des soins (SROS), les zones fragiles ou de vigilance sont privilégiées. Cependant, l'approche territoriale et intercommunale permet de ne pas exclure des territoires qui ne seraient pas en zone fragile, mais qui en sont proches.

b/ Les missions et activités de la structure: en réponse au diagnostic établi, le projet indique les missions spécifiques portées par la structure: soins, prévention, éducation à la santé, formation. Exemple : Une zone marquée par une problématique de diabète pourra définir un projet de santé pluriprofessionnel, qui intégrera donc différents praticiens en lien avec cette problématique et organisera des liens avec des réseaux de santé spécifiques à ce problème.

c/ Le projet professionnel explicitant le mode d'organisation de la structure : management de la structure, organisation de la pluri-professionnalité (réunions), mise en œuvre du dispositif d'information, développement professionnel continu, accueil d'étudiants, système d'information commun (informatique).

d/ Le projet d'organisation de la prise en charge:

- L'accès aux soins: accessibilité pour les personnes vulnérables (précaires, en situation de handicap...), tarifs et secteur...
- La continuité des soins: amplitude des horaires d'ouverture, possibilité de consultations non programmées, en urgence, permanence des soins soir et week-ends.....
- La coopération et la coordination externe : avec les réseaux de santé, établissements et services sociaux, hôpitaux, associations..... Ces relations facilitant l'orientation et la prise en charge coordonnée du patient
- La qualité de la prise en charge: recueil de données médicales

¹⁴ La médecine de premier recours exclut les médecins spécialistes.

Definition « http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Note_problematique_table_ronde_2.pdf »

¹⁵ <http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/Maisons-de-Sante-Pluriprofessi.123851.0.html> (cliquer sur "document type projet de santé")

L'ensemble de ces éléments doivent être détaillés dans le document « projet de santé » transmis à l'ARS via le Portail d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS)¹⁶. Organisés et agissant aujourd'hui dans un dispositif collectif, l'ARS et ses partenaires (URPS Médecins, FEMASAURA...) se concertent sur les projets de MSP portés à leur connaissance puis valideront ou non le projet. Avant de rédiger ce document il est conseillé de prendre contact préalablement avec l'ARS via le PAPS ou la Fédération des Maisons de Santé Auvergne Rhône Alpes (FEMASAURA)¹⁷ ou l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins (URPS Médecins).

3.1.2.2 Les aides possibles

Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelle dont le projet de santé a été validé par l'ARS peuvent prétendre à des aides financières :

- ARS : 50 000 euros maximum notamment pour le financement du système information partagé entre tous les professionnels de santé et l'équipement des espaces communs ;
- Conseil Régional : jusqu'en 2015 Les MSP pouvaient solliciter une enveloppe d'un maximum de 100 000 euros pour de l'immobilier et de l'aménagement. Aujourd'hui, ce montant est fixé à 200 000 euros ;
- Préfecture : le Fond National d'Aménagement et de Développement du Territoire et la Dotation d'Équipement des Territoires Ruraux (DETR uniquement pour les communes de moins de 2000 habitants) ;
- Caisse des dépôts et consignation : possibilité de solliciter un cofinancement pour le projet immobilier (montant maximum 49%) pour une structure d'exercice coordonné de soin implanté dans un quartier Politique de la Ville ou à proximité (quartier ou territoire vécu). Sont concernées les MSP, centres de santé et centres de soins monodisciplinaires mais s'ouvrant à la pluridisciplinarité, en intégrant dans un premier temps au moins un médecin généraliste ;
- Fonds européens : Fond européen de développement régional (FEDER) et Fonds Social Européen (FSE)
- Conseil général : variable selon les départements¹⁸;
- Communes : variable selon les collectivités.

Plus de détails et d'informations, sont accessibles sur le site du Portail d'appui aux professionnels de santé Auvergne Rhône-Alpes (www.auvergne-rhone-alpes.paps.sante.fr) et sur celui de l'Union Régionale des Professionnels de santé en Auvergne Rhône Alpes (<http://www.urps-med-aura.fr/organisation-et-offre-de-soins/maison-ou-pole-de-sante/19>)

¹⁶ http://www.rhonealpes.paps.sante.fr/PAPS_rhonealpes.114265.0.html

¹⁷ Contacts mis à disposition sur le site internet PAPS

¹⁸ <http://www.urps-med-ra.fr/srt/urpsmedra/edito?location.id:=1608>

3.1.2.3 Mode d'organisation

a/ La Rémunération des temps hors consultations

Les Nouveaux Modes de Rémunération (NMR) permettent de rétribuer, au forfait, certaines activités réalisées par les professionnels exerçant en MSP, Pôle de santé et centre de santé : coordination, management, partage d'information mais également actions de prévention et Education Thérapeutique du patient et délégation d'actes et activités entre médecins et auxiliaires médicaux. Il s'agit d'une rémunération forfaitaire qui complète la rémunération à l'acte liée à l'acte de consultation.

Ainsi, le professionnel réalisant des temps de coordination ou d'éducation thérapeutique sera rémunéré au forfait et il maintiendra le même mode de rémunération traditionnel à l'acte pour ses consultations médicales¹⁹.

b/ Formalisation juridique recommandée:

Dès lors qu'il existe la volonté de monter une telle structure, il est conseillé aux professionnels de santé de se structurer en association loi 1901 ce qui leur permet de gagner en légitimité vis à vis de financeurs et autres représentations institutionnelles. Le statut associatif permet aussi de solliciter des subventions.

Ensuite, le nouveau statut de SISA (société interprofessionnelles de soins ambulatoires) créée en 2011 par la loi Fourcade et spécialement conçu pour les MSP permet de concilier les avantages d'une société de moyens et d'exercice pluri-professionnel notamment quant à la perception des NMR (ce que ne permettaient pas les statuts de GIE ou SCM²⁰).

"La SISA a pour objet la mise en commun de moyens pour faciliter l'exercice de l'activité professionnelle de chacun de ses associés. Elle reprend donc l'objet habituel de la SCM, structure juridique couramment utilisée par les professionnels de santé pour faciliter leurs activités professionnelles pour la coordination thérapeutique, l'éducation thérapeutique du patient, la coopération entre les professionnels de santé, le tout dans un cadre fiscal simplifié"²¹.

3.1.3 Ouverture d'une MPS : les facteurs clés de réussite et d'échecs

Les entretiens menés auprès des promoteurs de MSP et la littérature montrent qu'un tel projet ne peut aboutir que si les professionnels de santé sont motivés et fédérés autour du projet.

En général, un professionnel de santé (médecin ou infirmière) se positionne comme le leader ou coordinateur du projet.

Cette dynamique doit être menée avec les élus, voire les habitants. Certaines collectivités veulent monter et créer une MSP dans l'objectif de répondre à la demande de leurs administrés mais ne tiennent pas

¹⁹ Pour plus de détails et d'informations: <http://www.solutionsmedicales.fr/gerer-un-cabinet/les-nouveaux-modes-de-remuneration-nmr>

La structure qui en fait la demande, signe une convention avec l'Assurance maladie et s'engage à respecter à minima les trois engagements dits « socle » qui ouvrent droit à rémunération :

- Accès aux soins : Ouverture de 8 heures à 20 heures en semaine et le samedi matin et pendant les congés scolaires ; 2. Accès à des soins non programmés chaque jour ouvré ; 3. Fonction de coordination (organisation de l'accueil et orientation des patients, gestion des plannings, organisation des interventions, etc.) organisée avec un responsable identifié
- Travail en équipe pluriprofessionnelle : élaboration en référence aux recommandations de la HAS, de protocoles pluriprofessionnels pour la prise en charge et le suivi des patients concernés par certaines pathologies (..)
- Système d'information : un système d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 1, au plus tard le 31 décembre de l'année de signature du contrat (ou le 31 décembre 2016 pour les contrats signés en 2015)

La structure peut également prendre des engagements supplémentaires et prétendre à des rémunérations complémentaires.

²⁰ Pour plus de précisions voir schémas sur ce guide p 20 et 21 <http://www.urpsml-lr.org/wp-content/uploads/2013/07/Guide-MSP-URPS-ML-LR-04-07-20131.pdf>.

²¹ <http://www.urpsml-lr.org/wp-content/uploads/2013/07/Guide-MSP-URPS-ML-LR-04-07-20131.pdf>

compte des projets et de la volonté des professionnels de santé locaux, les premiers concernés. Inversement, des groupements de professionnels de santé s'organisent sans coordination aucune avec les élus. Ces projets sont très souvent voués à l'échec. Selon les expériences de maisons de santé, le meilleur moyen d'éviter ces problèmes est de créer un comité de pilotage composé de représentants des élus et des professionnels de santé²².

Par ailleurs, certains médecins libéraux pensent qu'une organisation du travail en équipe est la fin du mode d'activité libéral et que les modes de rémunération forfaitaires (NMR) sont une porte ouverte à l'évolution vers le salariat ce qui les rend réticents à ce type de projets. Il est d'ailleurs important de bien communiquer en amont sur les enjeux du montage d'une MSP auprès des médecins généralistes. Force est de constater que ce type de projets ne convient pas à tous les professionnels de santé et ne constitue pas la seule possibilité.

Enfin, une coordination entre les élus et professionnels de santé des communes limitrophes est indispensable pour éviter la multiplication de projets redondants, sans coordination et qui, *in fine*, se mettraient en concurrence (pour recruter des médecins par exemple) et risqueraient alors de devenir des "coquilles vides".

Ainsi, concevoir un projet en l'inscrivant dans le cadre d'une approche territoriale large et concertée avec l'ensemble des partenaires est un facteur de succès.

Tableau récapitulatif des avantages et inconvénients des MSP :

Avantages	Points de vigilance
<p>Pour les professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> Travail en équipe et échanges Mutualisation de moyens Coordination autour d'un projet de santé Aides financières et Nouveaux Modes de Rémunération <p>Pour les élus et habitants</p> <ul style="list-style-type: none"> Une offre allant au delà du soin avec une offre regroupée et des services de prévention Territoire plus attractif du fait de la présence de professionnels de santé Projet attractif : plus grande facilité à attirer de jeunes médecins 	<p>Pour les professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> Coût immobilier²³ S'adapter à de nouveaux modes de collaboration

3.2 LES PÔLES DE SANTÉ OU MAISON DE SANTÉ « HORS LES MURS »

Les Pôles de santé définis par la loi Hôpital, santé, territoires sont inscrits dans le code de la santé publique (article L.6323-4) : « *constitués entre des professionnels de santé, et le cas échéant des maisons de santé, d'établissements et de services médico-sociaux.... Ils assurent des activités de soins de 1^{er} recours, le cas échéant de 2nd recours et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de santé et de sécurité sanitaire* »

Dans les faits, L'Agence Régionale de Santé précise : « l'appellation "Pôle de Santé" correspond le plus souvent à des organisations de type maison de santé s'inscrivant dans une logique "hors murs" et ayant

²² « Monter et faire vivre une maison de santé » Pierre de Haas-Edition 2015

²³ Une étude de la FFMPs montre qu'un médecin installé en maison de santé dépense 4400 euros de plus qu'un médecin en cabinet. Ces dépenses étant ensuite compensées par une meilleure rentabilité du travail. www.ffmps.fr, onglet la fédération, rubrique document produits, Note techniques

choisi la dénomination pôle de santé pour des questions de visibilité. Il s'agit bien dans ce cas d'une maison de santé au sens de l'article L.6323-3 du code de la santé publique, lequel n'impose pas en effet de regroupement physique "sous le même toit" ».

Ils sont en général constitués par des soignants qui ne désirent pas porter de projet immobilier collectif ou qui ne souhaitent pas quitter leur lieu d'exercice mais qui partagent un projet de santé au même titre que les MSP. C'est pourquoi ils sont communément appelés « MSP hors les murs ».

Tableau récapitulatif des avantages et inconvénients des Pôles de santé :

Avantages	Points de vigilance
<p>Pour les professionnels Pas de coût immobilier (certains professionnels sont réticents à l'idée de quitter leur cabinet surtout quand il y a eu un gros investissement personnel préalable) Mêmes avantages que pour la MSP hors proximité physique</p> <p>Pour les habitants et élus Mêmes avantages que pour la MSP Offre de santé diffuse sur le territoire</p>	<p>Pour les professionnels La distance peut faire obstacle au travail en collaboration</p>

Dans certains cas, la Maison de Santé « Hors les murs » peut être une étape pour aller vers une maison de santé. Si le travail en équipe est déjà expérimenté alors certains passeront plus facilement à la seconde étape de regroupement au sein d'une MSP. Pour d'autres il s'agit d'un compromis tout à fait convenable.

3.3 LES CENTRES DE SANTÉ

Un centre de santé est un lieu de soins qui réunit des professionnels de santé qui sont salariés. En 2012, la CNAMTS a recensé 1220 centres de santé en France, dont 400 sont médicaux ou polyvalents, les autres étant des centres dentaires ou infirmiers. Les centres de santé sont gérés par des associations, des mutuelles ou des collectivités territoriales (municipalités en général). Pratiquant le tiers payant, les centres de santé peuvent mener des activités de prévention, éducation pour la santé avec d'autres acteurs de la santé.

Tableau récapitulatif des avantages et inconvénients des Centres de Santé :

Avantages	Points de vigilance
<p>Pour les patients Pratique du tiers-payant et mission de santé publique</p> <p>Pour les professionnels Salariat assurant un statut plus "protecteur" (arrêt maladie, horaires, cotisations...) et moins de travail administratif</p>	<p>Pour les professionnels Les médecins doivent souhaiter exercer en salariat (au moins une partie de leur temps)</p> <p>Pour les habitants/élus Des horaires moins souples que les libéraux</p> <p><i>Nota : Equilibre financier précaire d'un grand nombre de centres de santé qui dans certains cas dépendent de subventions publiques.</i></p>

3.4 LES REGROUPEMENTS DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX

Plus classique, le regroupement de professionnels de santé libéraux, mono disciplinaire (cabinet de plusieurs médecins généralistes) ou pluridisciplinaires (comme son nom l'indique, plusieurs disciplines) est largement répandu, est aussi parfois appelé "maison médicale" ou "cabinet médical". Il s'agit d'un lieu d'exercice commun de premier ou second recours, mutualisant un espace, voire des moyens humains (secrétariat par exemple). Souvent organisés en Société Civile de Moyens (SCM), l'appellation « cabinet médical » ne présume ni du type de professionnels y exerçant, ni du mode de mise en commun d'objectifs ou de moyens. Ces structures ne bénéficient pas de subventions de l'ARS dans le cadre de leur activité libérale. On ne doit pas non plus les confondre avec une maison médicale de garde qui est une structure assurant la permanence des soins en soirée et le week-end.

Tableau récapitulatif des avantages et inconvénients des regroupements libéraux:

Avantages	Points de vigilance
Pour les professionnels Moins de contraintes organisationnelles que pour une MSP, plus de liberté (installation et organisation du travail)	Pour les professionnels Moins de travail en équipe

4. LE POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS INTERVIEWÉS

Afin de sonder les motivations et les freins à la mise en place d'un projet de regroupement pluriprofessionnel sur la commune, 18 acteurs dont onze professionnels de santé ont été interviewés. Tous n'ayant pas une connaissance des différents dispositifs existants, une information synthétique a été délivrée au cours des entretiens.

Finalement, au-delà du format du regroupement, qui n'est pas défini à ce stade, le point de vue des professionnels sont autant de leviers et de contraintes à prendre en compte pour construire avec les professionnels intéressés un projet répondant à leurs attentes et attirer des médecins à Pierrelatte.

4.1 MOTIVATIONS ET FREINS EXPRIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE

Un certain nombre de professionnels de santé se sont montrés intéressés par la mise en place d'un regroupement pluriprofessionnel sur la commune. Une telle structure permettant, selon eux d'améliorer les conditions d'exercice professionnel et la réponse aux besoins de santé de la population. Ainsi, si certains envisagent de participer au projet (professionnels de santé paramédicaux et pharmaciens) et de s'y installer, d'autres, comme les médecins généralistes interviewés, ne souhaitent pas y prendre part pour des raisons qui seront évoquées plus avant.

4.1.1 Certains professionnels intéressés par un projet de regroupement pluriprofessionnel

Les principaux arguments en faveur d'un projet de regroupement développés par les professionnels interviewés sont les suivants :

➤ La richesse du **travail en équipe** facilitée par proximité

Au-delà du plaisir d'échanger entre confrères et avec d'autres professionnels de santé au quotidien, les praticiens soulignent l'intérêt de mieux se coordonner afin d'améliorer la qualité des soins et des prises en charges, notamment pour des prises en charges complexes. La proximité des cabinets, le partage d'une salle de repos, l'aménagement d'une salle de réunion permettrait selon eux, de favoriser les échanges informels, sans perte de temps, et l'organisation de temps d'échange plus formels. Par ailleurs, certains évoquent l'intérêt de déléguer certaines tâches aux pharmaciens ou aux professionnels de santé paramédicaux afin de gagner du temps pendant les consultations médicales, par exemple pour les prises de tension.

➤ L'**accès aux soins** des patients

Autre argument développé en faveur d'un projet de regroupement : la mise en place d'une offre de soin regroupée et lisible sur la commune. Celle-ci serait à même, selon eux, de favoriser l'accès aux soins des habitants par un bon repérage de l'offre de soin, l'organisation de rendez-vous consécutifs sur une même demi-journée ou des prises en charge simultanées des membres d'une même famille.

Par ailleurs, la mise en place de larges plages horaires de consultation, la possibilité de soins non programmés permettrait de répondre aux besoins de soin en proximité et d'éviter une partie des recours aux urgences pour des motifs sans gravité (service des urgences régulièrement utilisés par la population faute de pouvoir consulter auprès d'un médecin généraliste).

➤ Le développement d'actions de **prévention**

Certains praticiens, soulignent l'intérêt et leur volonté de mettre en place et participer à des actions de prévention, notamment en direction de patients atteints d'une pathologie chronique et ce, afin de favoriser leur autonomie et d'éviter l'aggravation de leur maladie et détérioration de leur qualité de vie.

Dans le cadre de la prise en charge des patients diabétiques, certains envisagent le développement d'actions de prévention : séances d'information assurées par des professionnels paramédicaux ou pharmaciens, consultations d'un diététicien ou nutritionniste.

➤ **La mutualisation des ressources**

La mutualisation de certaines ressources telles que les locaux, le secrétariat, l'entretien des locaux, le système informatique permettrait de réaliser des économies d'échelle, de partager les charges financières afférentes et in fine de gagner en confort d'exercice et en temps de consultation. En effet la délégation de certaines tâches, notamment administratives, permettrait de gagner « en productivité ».

➤ **Les locaux plus adaptés et accessibles**

Certains professionnels de santé exercent dans des locaux qui ne sont pas fonctionnels ou pas en conformité avec les normes d'accessibilité (cabinet en étage par exemple). Pour ceux-ci, l'opportunité d'exercer dans des locaux neufs, fonctionnels et aux normes est attrayante.

➤ **L'attractivité économique**

L'activité de certaines professions de santé est liée à la présence de médecins généralistes, comme c'est le cas pour les pharmacies, qui, dans des communes rurales qui voient leur activité décliner avec le départ des médecins généralistes. Plus largement, la présence de médecins généralistes et d'une offre de soin regroupée est attractive en termes de patientèle pour les professionnels de santé. De ce point de vue, les officines de pharmacie, mais également un magasin d'optique sont intéressés par le regroupement pluriprofessionnel de santé et certains seraient prêt à investir dans l'opération immobilière pour implanter leurs locaux à proximité.

➤ **Capacité d'un tel projet à attirer des médecins généralistes**

Enfin, certains acteurs estiment que les regroupements pluridisciplinaires répondent aux attentes professionnelles des jeunes médecins : intégration facilitée au sein d'une structure qui fonctionne (secrétariat, système informatique, ...), allègement des tâches administratives, possibilités d'échange et d'accompagnement par un médecin ayant plus d'expérience, possibilité d'organisation du travail souples entre confrères (congrés, plages horaires de consultations).

4.1.2 Des craintes et contraintes exprimés par certains, notamment médecins généralistes

Certains professionnels de santé, notamment médecins généralistes, se montrent néanmoins plus réservés quant à leur participation à une telle structure.

Les principales craintes et contraintes exprimées sont les suivantes :

➤ **Les enjeux et difficultés de l'entente entre professionnels**

Dans tout projet d'association et de regroupement de professionnels libéraux, la question de l'entente entre professionnels est centrale et peut être facteur d'échec en cas de difficulté. Ceci est d'autant plus vrai dans le cadre d'un projet de Maison de Santé Pluriprofessionnelle, où le principe de collaboration entre professionnels de différentes disciplines est « inscrit » autour du projet de santé et nécessite une réelle dynamique collective.

A Pierrelatte, ce risque est fortement identifié par les médecins généralistes et constitue, de fait, un frein pour leur intégration dans un regroupement pluriprofessionnel.

➤ **La faible volonté de s'impliquer dans un nouveau projet à l'approche de la retraite**

A l'approche de la retraite, une grande partie des professionnels de santé et les médecins généralistes interviewés n'envisagent ni de déménager, ni de se lancer dans un nouveau projet, collectif de surcroît, à une étape de leur carrière professionnelle où ils souhaitent réduire leur niveau d'activité.

➤ **Le changement de locaux : incertitudes concernant la revente du patrimoine immobilier**

Certains professionnels de santé sont propriétaires de leurs locaux. Pour ceux-ci, la question de la revente du patrimoine immobilier, avant le départ en retraite, en vue de déménager dans une nouvelle structure n'est pas envisagé, même si les possibilités de reprise du cabinet sont incertaines. De même, pour les dentistes ou certains kinésithérapeutes, l'investissement important réalisé pour l'aménagement du cabinet est un frein important au déplacement de leur activité.

A noter, que ces professionnels, peu enclin à changer de locaux, peuvent néanmoins partager un projet de santé collectif (pôle de santé) avec les professionnels exerçant de manière regroupée.

➤ **La mutualisation des charges**

La question de la répartition des charges entre des professionnels de santé ayant des niveaux de revenu inégaux (entre médecins et professionnels de santé paramédicaux) a également été abordée.

Si ce point n'est pas, en soi, un frein au projet, cette question nécessite néanmoins une attention particulière, car le niveau de charge, constitue in fine, un critère clé dans la décision des professionnels d'intégrer une structure partagée.

➤ **Un projet contradictoire avec le principe de la médecine libérale**

Certains professionnels de santé sont opposés au financement par des fonds publics de locaux pour des professionnels de santé libéraux, quelle que soit la nature du projet (MSP, maison médicale ou cabinet).

Par ailleurs, les MSP sont perçues, par certains, comme autant de contraintes supplémentaires : ils craignent l'augmentation du temps consacré aux réunions, aux tâches administratives, au détriment du soin, dans un contexte où ils manquent déjà de temps pour répondre aux besoins de soin de la population.

➤ **Réelles difficultés à favoriser l'installation d'un jeune médecin généraliste**

Enfin certains professionnels de santé sont réservés quant à la capacité d'un projet de regroupement, à favoriser l'installation durable de médecins généralistes sur la commune, au regard des difficultés, parfois rencontrées, pour trouver des remplaçants. Ceux-ci estiment notamment qu'une ville de taille moyenne reste peu attrayante pour un jeune médecin et sa famille, en terme notamment d'emploi pour le conjoint (ce point sera développé plus avant).

4.2 LES CONTOURS DU PROJET DE REGROUPEMENT

4.2.1 Les attentes et leviers concernant un projet de regroupement

Un certain nombre de professionnels de santé sont favorables au projet de regroupement pluriprofessionnel et certains ont d'ores et déjà des attentes très précises.

Au-delà de la **dynamique professionnelle** nécessaire au montage d'un projet collectif qui implique volonté de collaboration entre médecins et paramédicaux et volonté de mutualiser des moyens d'exercice (locaux, secrétariat, ...), les attentes des professionnels concernent le type de professionnels à réunir dans la structure et le projet immobilier.

Concernant **les professions** qui pourraient exercer dans cette structure collective, plusieurs formats sont envisagés.

Certains imaginent réunir uniquement des professionnels de santé de proximité : trois à quatre médecins généralistes, kinésithérapeute, infirmier, orthophoniste, pharmacien. La question d'intégrer des professionnels non reconnus comme professionnel de santé, à l'image des psychologues, a été évoquée.

D'autres envisagent des projets plus ambitieux afin de réunir des professionnels de santé de premier recours, mais également des spécialistes, et en proximité une pharmacie, le cabinet de radiologie, un magasin d'optique.

En termes de **projet immobilier**, les acteurs imaginent des locaux fonctionnels, agréables, aux normes. Ces locaux devant par ailleurs être situés à proximité du centre afin de permettre un accès piéton facile, avec des possibilités de stationnement. Enfin, ces locaux devraient être proposés à la vente et à la location.

Concernant le portage de l'opération immobilière, des acteurs ont souhaité que la mairie puisse s'en charger, tandis que d'autres (pharmacien, opticien) seraient prêts à investir en fonction du projet.

En termes de localisation, là encore, divers scénarios sont envisagés : l'emplacement du centre commercial « Norma », le « Centre Vinci » existant, les anciens locaux de l'agence Pôle emploi.

4.2.2 Les articulations possibles avec d'autres structures

Les acteurs sanitaires et sociaux rencontrés dans la cadre de l'étude accueillent également favorablement le projet de regroupement pluridisciplinaire. Pour l'Hôpital de Montélimar ou l'établissement d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD) de Pierrelatte, l'existence d'une telle structure constitue une l'opportunité de développer des liens avec une structure unique regroupant des professionnels de santé de proximité.

Au cours des entretiens, différentes pistes ont été envisagées :

- EHPAD de Pierrelatte : la structure rencontre des difficultés à faire réaliser, au sein de l'EHPAD, des soins dentaires et des rééducations en kinésithérapie pour des résidents ayant des difficultés de mobilité. La structure souhaiterait que ce besoin soit pris en compte par la future structure : possibilité de soin au sein de l'EHPAD ou aménagement de cabinets dentaires adapté à ce type de patients;
- Hôpital de Montélimar : plusieurs pistes de collaboration ont été évoquées comme la possibilité de développer de la télémédecine pour de l'expertise et la transmission de résultats d'examens, de former et conseiller les professionnels de santé pour la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique. Enfin, la possibilité pour un praticien hospitalier contractuel à temps partiel d'exercer également en libéral sur la structure pluriprofessionnelle (exercice mixte) a été mentionnée.

Enfin, les liens avec les réseaux de santé actifs dans la Drôme sont envisageables notamment dans l'accueil d'activités et de consultations assurées par ces réseaux et dans la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique.

5. AU DELÀ DES DISPOSITIFS, ATTIRER LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES À PIERRELATTE

Au plan national, les études concernant la démographie médicale indiquent que le problème de pénurie de médecins ne tient pas au nombre de médecin en activité (avec 215 539 médecins en activité en 2015, les effectifs ont doublé en 35 ans) mais à leur inégale répartition sur le territoire.

Concernant les médecins généralistes, les enquêtes montrent une baisse constante des effectifs de médecins généralistes (-10,3% de médecins généralistes en exercice libéral ou mixte entre 2007 et 2015), un vieillissement des praticiens et la féminisation de la profession (60% des médecins généralistes de moins de 40 ans sont des femmes en 2015).

L'inégale répartition des médecins généralistes et l'accroissement de ces inégalités est également observé. Dans un certain nombre de territoires ruraux et périurbains, les médecins généralistes sont proches de la retraite et les installations de jeunes médecins insuffisantes.

Pour expliquer ce phénomène, les études insistent sur « l'évolution des mentalités et des aspirations des jeunes médecins, qui souhaitent aujourd'hui concilier épanouissement personnel dans un cadre de vie de qualité pour soi et pour leur famille et carrière professionnelle ²⁴»

5.1 ÉLÉMENTS CONNUS D'ATTRACTIVITÉ

Dans toutes les enquêtes réalisées²⁵, les attaches sur un territoire ressortent- avec l'attrait du cadre de vie- comme le premier ou le deuxième critère le plus cité par les médecins installés depuis moins de 5 ans et aussi par les internes. Toutefois, au niveau national, les enquêtes montrent que l'importance de ce critère tend à diminuer avec une plus grande mobilité des nouvelles générations.

La plupart des enquêtes²⁶ concluent ainsi à quatre facteurs prépondérants :

- Les attaches sur le territoire : Il peut s'agir d'attaches universitaires et professionnelles (lieu d'internat, de remplacements ou de stage) ou personnelles (lieu de naissance, de vie, attaches familiales ou amicales...).
- La qualité et le cadre de vie offerts sur le territoire : beauté paysagère, accès aux services, scolarisation, marché immobilier, accès à des grandes villes....
- L'existence et la qualité d'un projet professionnel collectif sur le territoire, porté par des confrères (maison de santé, pôle de santé, cabinet de groupe) : ces modes d'exercice correspondent aux attentes professionnelles de la majorité des internes et facilite l'accueil des nouveaux installés sur le territoire.
- Enfin, les possibilités d'emploi du conjoint offertes sur le territoire

²⁴ CGET-EQR-Etude pour la caractérisation des territoires en tension pour l'installation des jeunes médecins-Octobre 2014

²⁵ Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes en médecine générale, ISNAR-IMG, 2011

²⁶ Dont Enquête sur l'impact des politiques publiques visant à inciter les jeunes médecins à l'exercice dans les zones "délaissées", enquête BVA commanditée par le ministère en charge de la santé, octobre 2010 – et CGET-EQR-Etude pour la caractérisation des territoires en tension pour l'installation des jeunes médecins-Octobre 2014

Sur le plan professionnel, les attentes des jeunes médecins généralistes et internes sont les suivantes :

- Un projet professionnel collectif qui permet au praticien d'éviter l'isolement, d'organiser son temps de travail avec des confrères (gardes, congés, remplacements...) et de partager un projet professionnel motivant (formation continue, accueil de stagiaires et partage de pratiques)
- Un accompagnement dans les démarches d'installation par la collectivité : faciliter la mise en place du système informatique (logiciel commun et financement de la maintenance) ou administratif par exemple, appui au recrutement d'une secrétaire, expert comptable, délégation de certaines tâches aux services administratifs de la mairie...
- La présence de confrères (généralistes et spécialistes) et de professionnels paramédicaux sur le territoire : échanges, orientations de patients. Un territoire sans professionnels de santé aura tendance à effrayer un jeune médecin du fait de l'isolement et de la charge de travail afférente à cette situation.
- La proximité d'équipements et services médicaux ou de santé : proximité d'un centre hospitalier (services d'urgences et plateau technique de proximité pour des examens complémentaires rapides), cabinet de radiologie, laboratoire d'analyse, pharmacie...

A l'inverse, ce que cherchent à éviter aujourd'hui les jeunes médecins :

- La surcharge de travail (saturation par la demande des patients ou sous-dotation de la zone). Comme explicité plus haut, les médecins cherchant avant tout à concilier un épanouissement personnel dans un cadre de vie de qualité en trouvant un équilibre entre vie privée et professionnelle et ne souhaitent pas un exercice surchargé
- L'isolement professionnel causant un sentiment de solitude voire d'insécurité n'est plus souhaité de nos jours.
- Un potentiel d'activité trop limité : zones sur-dotées et concurrence, ou population en diminution, en grande précarité...
- Le coût d'un investissement immobilier : mise aux normes, confort, ...

Au niveau national, les études concernant la démographie médicale²⁷ indiquent que le nombre de médecin en activité n'a jamais été aussi important (avec 215 539 médecins en activité en 2015, les effectifs ont doublé en 35 ans) mais qu'ils sont inégalement répartis sur le territoire.

Concernant plus précisément les médecins généralistes, les enquêtes montrent une baisse constante des effectifs de médecins généralistes (-10,3% de médecins généralistes en exercice libéral ou mixte entre 2007 et 2015), un vieillissement des praticiens et la féminisation de la profession (60% des médecins généralistes de moins de 40 ans sont des femmes en 2015).

L'inégale répartition des médecins généralistes et l'accroissement de ces inégalités est également observée. Dans un certain nombre de territoires ruraux et périurbains, les médecins généralistes sont proches de la retraite et les installations de jeunes médecins insuffisantes.

Pour expliquer ce phénomène, les études qui portent sur le choix du lieu d'installation insistent sur « l'évolution des mentalités et des aspirations des jeunes médecins, qui souhaitent aujourd'hui concilier épanouissement personnel dans un cadre de vie de qualité pour soi et pour leur famille et carrière professionnelle ²⁸»

²⁷ Atlas démographie médicale 2015, conseil national de l'ordre des Médecins

²⁸ CGET-EQR-Etude pour la caractérisation des territoires en tension pour l'installation des jeunes médecins-Octobre 2014

5.2 PIERRELATTE, POINTS FORTS ET FAIBLES DU TERRITOIRE POUR ATTIRER UN MEDECIN GENERALISTE

Au regard de ces éléments de bibliographie et des entretiens réalisés, voici les principaux atouts et contraintes du territoire, qui seront autant d'éléments à valoriser pour communiquer auprès des médecins généralistes et internes de médecine générale. Les points faibles sont également des éléments à prendre en compte, à travailler et constituer, au final, autant de marges de progression.

5.2.1 Atouts du territoire

En termes de cadre et de qualité de vie mais également sur le plan professionnel les éléments d'attractivité suivants sont identifiés :

➤ **Le cadre de vie et l'accessibilité du territoire**

La situation géographique favorable de la ville de Pierrelatte située dans le sud de la France, en Drôme Provençale, à proximité de la mer et la montagne est soulignée par de nombreux acteurs et constitue effectivement un cadre de vie séduisant.

La proximité de la Ville de Montélimar (30 minutes de trajet) et d'Avignon (50 minutes de trajet), facilitée par la présence de l'autoroute A7 (et prochainement un accès direct à Pierrelatte) et d'une gare SNCF, ont également été souvent citée par les professionnels de santé, dont certains exercent à Pierrelatte mais habitent dans une ville plus importante.

Enfin, la présence de ressources variées à l'échelle de la ville sont saluées et sont des éléments de qualité de vie à valoriser : présence de services publics, de commerces, d'établissements scolaires (jusqu'au lycée), de ressources sportives (complexe aquatique, associations sportives) et culturelles (théâtre du Rocher, programmation culturelle estivale).

➤ **Un exercice professionnel riche, une patientèle agréable, la présence de spécialistes et centre hospitalier à proximité**

L'exercice médical polyvalent et varié, la patientèle agréable, respectueuse et solvable sont des motifs de satisfaction pour les médecins en activité et méritent d'être soulignés au regard des évolutions parfois constatées dans les grandes villes avec des patients parfois exigeants, remettant en question les compétences du médecin.

Par ailleurs, la présence de spécialistes à Pierrelatte et de centres hospitaliers à proximité (Hôpital de Montélimar, Hôpital de Bagnols sur Cèze, clinique Kennedy) sont également des facteurs d'attractivité. En effet, pour le praticien ils constituent une possibilité d'adresser des patients pour des examens complémentaires, de demander un avis à des confrères spécialisés, d'orienter vers les services d'urgence.

5.2.2 Points faibles

Les professionnels du territoire identifient néanmoins un certain nombre d'éléments qui rendent la commune peu attractive pour des médecins généralistes désireux de s'installer. Ils citent notamment :

➤ **Le manque d'attractivité des « petites » villes**

Pierrelatte est une ville de taille moyenne qui est peu attractive pour des jeunes médecins en recherche d'un mode de vie urbain et qui choisissent majoritairement de s'installer dans des grandes villes, à proximité d'une faculté de médecine. Par ailleurs, la fermeture d'un certain nombre de commerces en centre-ville est également perçue par les professionnels comme négative pour l'image de la ville. Point qui fait l'objet d'une attention soutenue de la part de la municipalité qui a engagé une dynamique pour redynamiser le centre-ville. Enfin, les possibilités d'emploi pour le conjoint sur le secteur sont restreintes dans un bassin d'emploi relativement peu dynamique. C'est ainsi que certaines collectivités désireuses d'attirer un médecin généraliste,

proposent ainsi d'accompagner le conjoint dans sa recherche d'emploi afin de faciliter leur installation.

➤ **La patientèle : une file active trop importante et le risque de surcharge de travail**

Comme indiqué précédemment, les médecins en activité à Pierrelatte ont une charge de travail très importante.

La pression de la demande, le risque de surcharge de travail sont clairement identifiés comme autant d'éléments repoussoir pour les jeunes générations qui souhaitent désormais concilier qualité de vie et travail.

Enfin, considérant la situation nationale, le manque de médecins généralistes dans les communes alentours et les projets de regroupement pluridisciplinaires (MSP, Maison médicales) et mesures d'aide à l'installation (aménagement pas la commune de locaux, loyers gratuits pendant un an, etc...) offertes par ces collectivités, Pierrelatte se trouve en **concurrence** avec d'autres communes **pour le recrutement de médecins généralistes**.

SYNTHESE ET PISTES D'ACTION

1. POINTS FORT ET FRAGILITÉS D'UN PROJET DE REGROUPEMENT, DE MSP

On repère des points forts mais également des points faibles à la mise en place d'un projet de regroupement pluridisciplinaire sur la commune de Pierrelatte, en réponse à la problématique de démographie médicale.

Points forts	Points faibles
<p>Territoire attractif : Drôme Provençale, Bonne accessibilité de la commune</p> <p>Des professionnels de santé intéressés par un projet de regroupement pluriprofessionnel et qui ont des attentes</p> <p>Soutien de la mairie dans le montage du projet et soutien potentiel pour les locaux</p>	<p>Contraintes du territoire : ville moyenne, bassin d'emploi peu dynamique</p> <p>Médecins généralistes interviewés pas intéressés à ce jour, à conforter</p> <p>Aucun médecin généraliste maître de stage dans la commune</p> <p>Projets concurrents dans le recrutement des médecins généralistes (MSP, Maison de santé alentour)</p>

2. PISTES D' ACTIONS

A la croisée des informations recueillies dans la phase quantitative, des données du volet qualitatif, basées sur les entretiens semi-directifs auprès des acteurs du territoire et sur une revue de la littérature, il apparaît que 5 pistes d'actions pourraient être plus particulièrement travaillées avec les professionnels de santé et l'ensemble des partenaires impliqués dans cette problématique d'offre de soin au niveau local.

1/ Repérer et contacter des médecins susceptibles de venir s'installer à Pierrelatte, communiquer auprès d'internes en fin d'études

Au regard de l'importance des attaches antérieures personnelles et professionnelles dans le choix d'installation des médecins généralistes il apparaît judicieux de communiquer auprès des internes de médecine et des jeunes médecins.

Parmi les canaux de communication auprès des jeunes médecins et des internes en médecine générale, on repère notamment les syndicats étudiants, l'hôpital de Montélimar, le portail d'appui aux professionnels de santé (PAPS) de l'ARS, le Conseil de l'ordre, l'Union régionale des professionnels de santé. Par ailleurs, les réseaux personnels des médecins généralistes du territoire, ne doivent pas être négligés, tout comme les jeunes médecins qui pourraient avoir des attaches familiales sur le territoire.

Au-delà des annonces, il peut être intéressant d'organiser ou de participer à des rencontres conviviales, par exemple auprès des internes en lien avec l'hôpital de Montélimar, pour présenter le territoire et les différentes opportunités et facilités d'installation dans la commune. La participation d'un médecin généraliste, aux cotés d'un élu de la commune est fortement souhaitable et ce afin de répondre concrètement aux interrogations concernant les conditions d'exercice (fonctionnement du cabinet, profil de la patientèle, ...).

2/ Valoriser et communiquer sur les atouts de Pierrelatte auprès des jeunes médecins

La proposition, formalisée dans une offre de poste doit mettre en avant les atouts de la région et de la commune et préciser les conditions professionnelles et éventuellement les facilités personnelles d'installation (certaines communes proposent par exemple d'accompagner le conjoint dans sa recherche d'emploi ou de mettre à disposition un logement...).

Les atouts du territoire, proximité et accessibilité de Lyon, qualité de l'environnement proche, qualité de vie tels que développés dans le corps de ce rapport méritent d'être valorisés.

Concernant les conditions d'exercice, il est judicieux de proposer un projet clé en main et déjà fonctionnel (locaux, secrétariat, modalités d'organisations) qui facilitera l'intégration du jeune médecin.

Par ailleurs, au regard de la féminisation de la profession et des aspirations des jeunes médecins, il peut être opportun de proposer des modalités d'organisation souple en termes d'horaires (temps partiels notamment).

Il est également nécessaire de mettre en avant la présence de médecins spécialistes et de services d'urgence et plateaux techniques à proximité (Hôpital de Montélimar et de Bagnols sur Cèze, Clinique Kennedy).

2/ Favoriser le partenariat seniors/juniors et l'accueil d'internes de médecine générale

Considérant les parcours d'installations observés (internat, remplacements en début de carrière puis installation), il est important d'associer les médecins de la commune qui pourront encadrer et jouer le rôle de médecin pilote ou référent auprès du jeune médecin et faciliter son installation.

Concernant l'accueil d'internes en médecine générale, actuellement aucun généraliste n'est maître de stage dans la commune. Afin de sensibiliser les médecins de la commune à l'accueil d'internes, il peut être utile de diffuser des guides d'information et ce afin de lever certaines incertitudes ou idées fausses concernant l'accueil d'étudiants. L'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) de Rhône-Alpes peut être sollicitée dans ce cadre.

Par ailleurs, certaines communes s'impliquent aux cotés des médecins généralistes en facilitant les conditions matérielles de leur accueil, par exemple en subventionnant leur transport ou en leur mettant à disposition un logement.

3/Favoriser et faciliter la dynamique locale des professionnels de santé

Faisant suite à la réalisation de cette étude et à la restitution des résultats à l'ensemble des professionnels de santé de la commune, la mairie pourrait favoriser et faciliter la dynamique locale des professionnels de santé autour du projet.

Dans ce cadre, la mairie, pourrait proposer aux professionnels de santé :

- De constituer un groupe de travail avec les professionnels de santé les plus intéressés.
Ce groupe de travail constitué de professionnels de santé et de représentants de la commune aurait pour mission d'affiner et « construire » le projet de regroupement et de réaliser les démarches en vue du recrutement de nouveaux médecins (élaboration de l'offre de poste, contact avec les universités, syndicats, hôpitaux).
- De faciliter les réunions entre professionnels de santé : mise à disposition de salle de réunion, temps de secrétariat (pour les comptes-rendus de réunion)
- D'organiser une rencontre avec la Fédération des Maisons de Santé Auvergne Rhône-Alpes (FEMASAURA) pour lever les incertitudes concernant l'exercice en MSP et échanger autour des

avantages et contraintes de ce mode d'organisation. Les facilitateurs de la FEMASAURA sont des professionnels de santé qui exercent en MSP et apportent leur aide aux porteurs de projets (modalités diverses : témoignage, visite d'une MSP, accompagnement de l'équipe projet dans le montage du dossier...)

4/ Elargir la réflexion aux professionnels de santé et élus des communes alentour

➤ **Format : MSP, antenne d'une MSP, pôle de santé, regroupement**

Au regard des projets des professionnels de santé de la commune, du projet de MSP à Saint-Paul Trois-Châteaux et de la réflexion en cours sur Donzère, plusieurs options sont envisageables si la collectivité et les professionnels de santé décident de s'orienter vers un projet d'exercice coordonné. Certains professionnels de santé souhaitent participer à un projet collectif (collaborations, mise en place de protocoles, actions de prévention) mais n'envisagent pas un changement de local. Une alternative pourrait être de concevoir un projet avec deux cercles de professionnels de santé, une partie intégrant la MSP (partage des locaux et du projet de santé) et l'autre participant au Pôle de santé (partage du projet santé uniquement).

➤ **Anticiper les complémentarités, les concurrences possibles**

Dans tous les cas, il semble nécessaire d'élargir cette réflexion aux élus et professionnels des communes alentour afin de ne pas renforcer la concurrence mais plutôt de conforter les complémentarités et de répondre de manière efficiente aux besoins de la population.

5/ Affiner le projet immobilier : localisation, professionnels, espaces nécessaires, aide économique

Au-delà de l'intérêt porté au projet de regroupement pluridisciplinaire, le choix d'installation dans la structure est déterminé par des considérations d'ordre pratiques et financières : localisation, espaces des cabinets et communs, répartition des charges et coût à l'achat ou à la location. L'ensemble de ces éléments devra être repris dans un cahier des charges établi en lien avec le groupe de travail (représentants des professionnels de santé et de la commune).

Concernant le portage et le financement de l'opération immobilière plusieurs options existent (financement privé par les professionnels de santé ou investisseurs, financement public par la collectivité territoriale), qui devront également être précisées en lien avec le groupe de travail.

6/ Associer à ces réflexions des experts : FEMASAURA, ARS, notamment sur les implications d'une structure d'exercice coordonné

L'ARS accompagne les porteurs de projets dans le montage de structures d'exercice coordonné (MSP, pôle de santé ...) et apportent leur expertise concernant notamment l'organisation du collectif pluridisciplinaire, la mutualisation de ressources administratives et comptables, le système informatique etc. Enfin, il est également utile de solliciter la FEMASAURA, afin de conseiller les professionnels de santé impliqués dans le montage du projet.

3. CONCLUSION

Pierrelatte est une ville de 13 000 habitants située à 25 kilomètres au sud de Montélimar, dans la Drôme Provençale, à la croisée des départements de l'Ardèche, du Vaucluse et du Gard.

La commune se caractérise par une croissance démographique relativement faible, un vieillissement de sa population et la présence de populations en situation de précarité, notamment dans le Quartier Politique de la Ville « Le Roc ». Le besoin de soins de proximité sont importants et devraient ainsi se maintenir dans l'avenir en raison de l'allongement de l'espérance de vie des personnes âgées (polypathologies, maladies chroniques, tendance au maintien à domicile et réduction des temps de séjours hospitaliers) et de la présence de ménages précaires peu mobiles.

Les données de démographie médicale à l'échelle communale et intercommunale indiquent une problématique d'offre de soin notamment pour les médecins généralistes (densité relativement faible et une majorité de praticiens proches de l'âge de la retraite) et l'Agence Régionale de Santé a classé la commune en « zone de vigilance », où l'offre de soin de premier recours pourrait être déficitaire à moyen terme. D'ores et déjà, des difficultés d'accès aux médecins généralistes sont notées pour les habitants de la commune.

Face au risque de dégradation de la démographie médicale dans les années à venir et dans l'optique d'attirer de jeunes médecins généralistes dans la commune, la mairie de Pierrelatte a souhaité engager une réflexion avec les professionnels de santé concernant les enjeux et l'opportunité de monter un projet de regroupement pluridisciplinaire et notamment une Maison de Santé Pluriprofessionnelle.

Au-delà du format de regroupement qui n'est pas tranché à cette étape (plusieurs types de regroupements existent et sont présentés dans ce rapport, qui méritent d'être muris et validés par les acteurs), il apparaît que certains professionnels de Pierrelatte (pharmaciens, paramédicaux, opticiens) sont potentiellement intéressés. A l'inverse, les médecins généralistes interviewés ne souhaitent pas y participer, ce qui constitue le principal point de fragilité du projet.

En parallèle, l'enjeu majeur étant d'attirer des médecins dans la commune, il convient d'activer certains leviers d'attractivité et de recherche de médecins en se basant sur les recommandations de ce rapport.

Par ailleurs, il semble important d'intégrer à cette réflexion les élus et professionnels des communes alentour afin de ne pas renforcer la concurrence dans le recrutement de médecins généralistes, mais plutôt de conforter les complémentarités avec les projets existants et répondre aux besoins de soins du territoire.

A cette étape, il semble ainsi opportun de proposer aux professionnels de santé intéressés de constituer avec des représentants de la commune, un groupe de travail qui s'attacherait à affiner et construire le projet de regroupement et à mettre en place une stratégie pour contacter et communiquer auprès des jeunes médecins et favoriser leur installation.