

# THÈSE

## POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement  
par

**Rémi ESTEVEZ**

Le 16 novembre 2017

**COMMENT AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS DANS UN DÉSERT MÉDICAL?**  
Etude basée sur l'investigation menée par l'ARS dans le bassin du Comminges (Midi Pyrénées)

Directeur de thèse : Dr Serge HUET

### JURY :

<b>Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC</b>	<b>Président</b>
<b>Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Madame le Docteur Sandrine MALVEZIN MARQUIS</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Monsieur le Docteur Serge HUET</b>	<b>Assesseur</b>

**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2016**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHE Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHE Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Étienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

**Professeurs Émérites**

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTHE Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAVAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédéric	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MAZIERES Julien	Pneumologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie		
		<b>P.U. Médecine générale</b>	
		M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
		M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale

**P.U. - P.H.**

**Classe Exceptionnelle et 1ère classe**

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

**P.U. - P.H.**

**2ème classe**

M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

**M.C.U. - P.H.**

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MONTOYA Richard	Physiologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry

**M.C.U. - P.H.**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

**M.C.U. Médecine générale**

M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves  
 Dr CHICOULAA Bruno  
 Dr IRI-DELAHAYE Motoko  
 Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre  
 Dr ANE Serge  
 Dr BIREBENT Jordan

## REMERCIEMENTS

*A Serge, pour m'avoir proposé ce sujet passionnant, pour avoir dirigé cette thèse, pour sa générosité, pour sa patience et pour m'avoir pris en charge lorsque j'en avais grand besoin,*

*Au Dr Brigitte Escourrou pour son aide précieuse, pour sa bienveillance et pour son fils,*

*Au Dr Marquis pour sa délicatesse, pour m'avoir appris énormément et pour son soutien,*

*Au Pr Oustric pour avoir accepté de présider ce jury, ainsi que pour son aide dans les moments difficiles,*

*Au Pr Poutrain pour avoir accepté de juger mon travail,*

*A toutes les équipes paramédicales et médicales des services de Réanimation et de Médecine Physique et Réadaptation, aux soignants qui me suivent encore,*

*Dans le désordre :*

*A Claire, Daniel, Juliette, Nicolas, Pura, Titou, Benji, Emile, Martin, Cyril, Laina, Mia, Pauline B., Laet, Phil, Anne, Nicole, l'équipe de la MSP de Labastide St Pierre, Emilie et Philippe R., Patrick et Hélène, Christine, Good Jean Paul, Manu et Alex Maracas, Julien, Thomas B., Xavier, Laure, Raph, Ben E., Elo et Pierre, Paul, Momo, Ben C., Thomas G. et Élé, Thomas C. et Caro, Franck et Léo, Loïc, Wilbax et Laureen, Val, Charlus, Sue, Pierrot, Charles, Sousou, Sylvain Camach', Emilien, Isa, Kinou, Philippe, Charly, Titi et Audrey, Julie, Lucie, Carole, Yannick et Samantha, Benben, Marlène, Marion, Matt et Pauline, Stef, Flo, Sam, Julie et Laurent T., Amandine, Guigui et Manue, Jonas et Olga, Pauline P., Eva, Clairounette, Ewik et Coco, Yannick T., BLAST, L'1probable, Arthur L'Erreür, Sad Vicious, Fils de Plume, Dedzu, Fabrice, Christophe, Etienne, Natty, Aurore, Laura, Celia, Debo et Thibault, Duc, Flora et Pierre, Angèle, Manon qui a pris le temps de relire ce travail...*

*Et bien sûr à tous les autres.*

# COMMENT AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS DANS UN DÉSERT MÉDICAL?

Etude basée sur l'investigation menée par l'ARS dans le bassin du Comminges (Midi Pyrénées)

## Table des matières

<b>Abréviations</b> .....	<b>2</b>
<b>1. Introduction</b> .....	<b>4</b>
1.1. Le contexte et le projet de l'ARS.....	4
1.2. Thématique "accès aux soins" : organisation du travail .....	6
<b>2. Matériel et méthode</b> .....	<b>10</b>
<b>3. Résultats : les grands axes</b> .....	<b>12</b>
3.1 • Maintenir et développer un accès aux soins de proximité .....	12
3.1.1. Accueil et facilité d'installation .....	12
3.1.2. Favoriser un bon maillage du bassin de santé .....	16
3.1.3. Coordination et complémentarité entre les acteurs de proximité.....	17
3.1.4. Problème de la permanence des soins.....	21
3.2 • Développer une articulation ville-hôpital et un exercice coordonné .....	23
3.2.1. Développement de postes mixtes .....	23
3.2.2. Favoriser un meilleur recours par une meilleure connaissance des ressources existantes .....	24
3.2.3. Construire un projet de télémédecine.....	26
3.3 • Les problématiques qui n'ont pas été abordées.....	28
3.3.1. Différence entre zone fragile, zone de vigilance et zone de revitalisation rurale.....	28
3.3.2. Gestion d'une MSP.....	31
<b>4. Discussion et perspectives</b> .....	<b>32</b>
4.1 • Les orientations de travail.....	32
4.2 • Exemples à l'étranger.....	34
<b>5. Conclusion</b> .....	<b>35</b>
<b>6. Bibliographie</b> .....	<b>37</b>
<b>7. Annexes</b> .....	<b>42</b>

## **Abréviations**

ARS : Agence Régionale de Santé

CESP : Contrat d'Engagement de Service Public

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLS : Contrat Local de Santé

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CMP : Centre Médico Psychologique

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyen

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EPP : Évaluations des Pratiques Professionnelles

FMC : Formation Médicale Continue

GCS télé-santé : Groupement de Coopération Sanitaire Télésanté Midi-Pyrénées

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

MMG : Maison Médicale de Garde

MSA : Mutualité Sociale Agricole

MSP : Maison de Santé Pluri Professionnelle

MSPU : Maison de Santé Pluri Professionnelles Universitaire

NMR : Nouveaux Modes de Rémunération

ORUMIP : Observatoire Régional des Urgences Midi Pyrénées

PACS : Picture Archiving and Communication System

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PTMG : Praticien territorial en Médecine Générale

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

PTS : Projet Territorial de Santé

ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

ZRR : Zone de Revitalisation Rurale

# COMMENT AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS DANS UN DÉSERT MÉDICAL?

Etude basée sur l'investigation menée par l'ARS dans le bassin du Comminges (Midi Pyrénées)

Ce travail fait suite à la thèse du Dr Rolland Marnier<sup>(1)</sup> qui, dès 2013, notait le manque de médecins participant à la PDSA, et mettait en évidence la nécessité urgente de trouver de nouveaux modes de fonctionnement, qui devaient être couplés à de nouvelles organisations d'offres de soins de premiers recours au service de la population, et conformes aux attentes des jeunes médecins.

## 1. Introduction

### 1.1. Le contexte et le projet de l'ARS

En France, la pénurie de professionnels de santé dans les territoires ruraux est un problème majeur, qui attend des réponses urgentes. De fait, le gouvernement, les élus nationaux et locaux et les professionnels de santé se penchent sur la question, mais parfois de manière trop isolée<sup>(2)(3)(4)(5)(6)(7)</sup>.

C'est en 2014 que l'ARS a choisi le bassin de santé du Comminges comme territoire pilote pour mener une **étude sur la santé, la fragilité, ainsi que sur la désertification médicale**.

“La Haute-Garonne, ce sont en fait deux départements en un. Le Comminges en constitue un à part entière” (Dr Jean Thevenot, Président du Conseil de l'Ordre des Médecins de la Haute-Garonne et Vice-président de la Conférence Territoriale de Santé)<sup>(8)</sup>.

En Haute-Garonne, 4 communes sont identifiées zones fragiles, zones caractérisées par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins : elles sont toutes situées dans le bassin du Comminges : Boulogne-sur-Gesse, L'Isle-en-Dodon, Saint Béat et Salies-du-Salat.

C'est pourquoi l'ARS a choisi de faire du Comminges le bassin pilote pour étudier comment pallier le problème de la **pénurie de professionnels de santé dans les campagnes**.

**En tant qu'interne et futur professionnel de santé de Saint Béat (Comminges)**, j'ai eu l'opportunité de suivre et de participer à ce projet, depuis la réflexion sur un **Programme Territorial de Santé\*** (PTS)<sup>(8)(9)(10)(11)</sup> à l'été 2014 jusqu'à l'élaboration d'un **Contrat Local de Santé\*\*** (CLS)<sup>(12)</sup> et sa signature par les différents intervenants en juillet 2016.

Cette étude portait sur 3 enjeux principaux :

- agir sur les inégalités territoriales en matière de santé ;
- accompagner les usagers les plus vulnérables vers la santé ;
- mieux articuler les ressources existantes du territoire.

L'ARS a mis en place un **comité de pilotage**, composé de représentants de l'ARS, de professionnels de santé de toute la région (médecins généralistes, spécialistes, IDE,

kinésithérapeutes, pharmaciens...), des centres hospitaliers de Saint Gaudens et de Lannemezan, des URPS, d'élus locaux, de la CPAM et la MSA, de représentants des différents Ordres, réseaux, associations et usagers.

L'ARS a proposé des thématiques du PTS à aborder, et nous les a présentées lors de la réunion du 17 septembre 2014 (**annexe 1**). Après discussion avec l'ensemble des intervenants, les thématiques retenues étaient :

- **la prévention et la promotion de la santé** : alimentation, activité physique et accès aux soins de prévention des plus précaires
- **l'accès aux soins, articulation ville - hôpital et recours aux experts**
- l'accompagnement des **personnes en situation de handicap** (enfants et adultes)
- l'accompagnement des **personnes âgées**
- la santé environnementale : **lutte contre l'habitat indigne**

Après validation, les participants au projet se sont répartis sur les différentes thématiques. (**Annexe 2**)

En tant que futur professionnel de santé du Comminges, **je me suis intéressé à la thématique "accès aux soins"** et j'ai participé à l'ensemble des réunions qui ont eu lieu sur ce thème.

**La question sur laquelle porte ce travail est : comment améliorer l'accès aux soins dans un désert médical, en se basant sur l'investigation menée par l'ARS dans le bassin de santé du Comminges?**

---

\* : Le **Programme territorial de santé** a pour objectif de mettre en œuvre des actions de santé au sens large, inscrites dans le cadre du **Projet Régional de Santé** ("feuille de route" des agences régionales de santé) et du **CPOM** ARS - Etat, en cohérence avec les dispositifs existants, dans un objectif d'amélioration de l'état de santé des populations et de réduction des inégalités sociales de santé.

\*\* : les **Contrats locaux de santé** participent à la construction des dynamiques territoriales de santé. Ils permettent la **rencontre du projet porté par l'ARS et des aspirations des collectivités territoriales pour mettre en œuvre des actions**. « La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la **promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social** ». Art. L. 1434-17 du Code de santé publique

## 1.2. Thématique “accès aux soins” : organisation du travail

La première réunion qui concernait l'accès aux soins avait lieu le 6 novembre 2014.

Elle réunissait :

- l'ARS représentée entre autres par M. Poquet (délégué départemental de l'ARS Haute-Garonne) et le Dr Piau (médecin inspecteur de santé publique auprès de l'ARS)
- les URPS (médecins - IDE - kiné)
- les Ordres (médecins - IDE - kiné - pharmacien)
- les syndicats des pharmaciens
- la CPAM et la MSA
- le Centre Hospitalier de St-Gaudens (représenté par le président de la CME)
- les représentants des médecins généralistes et IDE du Comminges
- les représentants de la PASS <sup>(13)</sup>
- les représentants des SSIAD <sup>(14)</sup> et EHPAD
- Le réseau Reliance <sup>(15)</sup>
- les élus locaux (Communautés des Communes, mairies...)
- les représentants des usagers

Il était important de prendre en compte les spécificités et problématiques du territoire.

L'ARS nous a fourni un document de travail (**annexe 3**) qui résumait la situation du bassin de santé :

- un territoire rural présentant trois zones de vie :
  - au nord à proximité du Gers (population âgée)
  - au centre autour de l'axe autoroutier (population plus urbaine)
  - au sud à proximité de la chaîne pyrénéenne (zone de montagne)
- un bassin de santé qui comptait 87 205 habitants soit 7,2% de la population haut-garonnaise (en 2007), parmi laquelle 13,7% de la population a plus de 75 ans ;
- une surmortalité élevée, dont surmortalité évitable liée aux comportements à risque et aux difficultés d'accès aux dispositifs de soins. La surmortalité porte particulièrement sur les AVC, les pathologies cardiologiques et le cancer.

L'ARS a indiqué que l'accès aux soins devait être approché dans ses différentes composantes :

- **soins de premier recours et de proximité**
- **soins de deuxième recours.**

A cet égard, étaient à prendre en compte :

- les **ressources existantes**, leur répartition et articulation, dans une approche quantitative et qualitative ;
- **l'accessibilité géographique, financière** et les pratiques de recours.

M. Poquet et le Dr Piau ont précisé que l'accès aux soins doit se traduire dans une **dynamique de parcours du patient**.

Les nouveaux dispositifs (MSP, Pôles de santé, CESP, PTMG...), les leviers juridiques et financiers (NMR, généralisation du tiers payant...) étaient à valoriser.

Mr Poquet et le Dr Piau nous ont présenté les éléments de diagnostic existant sur l'accès aux soins, qui contenaient :

- les **indicateurs de santé** (taux de mortalité / morbidité) ;
- les **indicateurs de recours aux soins** (ambulatoires / hospitaliers) ;
- la **densité des professionnels de santé** ;
- la **structuration du premier recours** :
  - ⇒ Le regroupement des professionnels de santé au sein de MSP
  - ⇒ La PDSA
  - ⇒ Les établissements de santé (CH de St Gaudens...)
  - ⇒ L'articulation des professionnels de santé, l'articulation ville - hôpital
  - ⇒ L'accessibilité aux soins
  - ⇒ Les formations / la maîtrise de stage / les aides spécifiques à la formation...

Ainsi, nous sommes partis d'un contexte et différentes premières propositions ont émergé (**annexe 4**) :

**Contexte :**

- considérer la place de l'aménagement du territoire et des politiques publiques ;
- tenir compte de la démographie médicale et paramédicale (effectifs ; tranche d'âge ; évolution des modes d'exercice et des attentes...) ;
- tenir compte des spécificités et attractivité dans ce contexte géographique avec zone montagneuse ;
- prendre en considération les aides publiques disponibles (humaines, financières...).

**Propositions :**

- privilégier une approche multisectorielle, dépassant le cadre de la santé ;
- favoriser l'exercice en groupe et pluridisciplinaire (MSP, maillage du territoire, coordination des professionnels), développer l'activité multi-sites, les exercices mixtes, recentrer le soignant sur sa mission ;
- développer les délégations d'actes, l'activité en postes avancées ;
- développer les liens ville-hôpital ;
- conforter la place de l'hôpital de St-Gaudens ;
- mettre à disposition des plateaux techniques adaptés ;
- développer les lieux de stage hors CHU ;

- engager l'usager à réinvestir son territoire et ses ressources ;
- développer une information sur les recours disponibles.

## **Notre groupe de travail a fixé des OBJECTIFS ISSUS DU CROISEMENT DES PRIORITES REGIONALES DE SANTE ET DES DIAGNOSTICS EXISTANTS.**

En prenant en compte les spécificités du bassin (ruralité, accessibilité géographique difficile, vieillissement de la population, précarité, démographie des professionnels de santé...) nous avons envisagé de :

### **1 • Maintenir et développer un accès aux soins de proximité**

- ⇒ Favoriser la venue et l'installation de jeunes professionnels de santé
- ⇒ Proposer un maillage du soin de premier recours avec le développement de pôles de santé et de MSP
- ⇒ Favoriser un travail pluridisciplinaire et coordonné hors MSP ou pôles de santé
- ⇒ Développer les formations et stages
- ⇒ Réorganiser la PDSA

### **2 • Développer l'articulation ville-hôpital et un exercice coordonné**

pour un parcours plus adapté du patient ; prendre en compte les limites en termes de ressources humaines et rompre l'isolement des professionnels de santé :

- ⇒ Identifier les thématiques et les populations à prioriser ;
- ⇒ Développer des postes mixtes ville-hôpital ;
- ⇒ Développer un projet territorial de télémédecine ;
- ⇒ Identifier les champs pour lesquels la mise en place d'expertise téléphonique serait souhaitable ;

### **3 • Promouvoir l'utilisation des ressources de proximité**

pour faire connaître aux usagers et aux professionnels de santé les dispositifs et ressources existantes, afin de limiter la fuite des patients vers d'autres ressources.

L'ARS a fixé des MODALITÉS DE TRAVAIL pour CHAQUE THÉMATIQUE :

- Détermination des objectifs de travail à partir des priorités régionales de santé et du diagnostic existant ;
- Etablir un plan d'action, déclinés en objectifs stratégiques ; mise en place de groupes de travail répartis sur les différents objectifs stratégiques.

Chaque groupe travaillant sur une thématique devait élaborer un plan d'action.

Le 11 décembre 2014, pour le groupe de travail "accès aux soins", nous avons décidé du **PLAN D'ACTION** qui comprenait deux axes, déclinés en objectifs stratégiques, qui devaient nous servir de trame et former des sous-groupes de travail (*annexe 5*).

## **PLAN D'ACTION**

### **► AXE 1 : MAINTENIR ET DEVELOPPER L'ACCES AUX SOINS DE PROXIMITÉ**

**OBJECTIF STRATÉGIQUE 1 : Attirer et maintenir des professionnels de santé sur le bassin**

**OBJECTIF STRATÉGIQUE 2 : Favoriser un bon maillage du bassin**

**OBJECTIF STRATÉGIQUE 3 : Développer la coordination et la complémentarité entre les acteurs de proximité**

### **► AXE 2 : DÉVELOPPER L'ARTICULATION VILLE-HÔPITAL et le RECOURS D'EXPERTS**

**OBJECTIF STRATÉGIQUE 1 : Favoriser un meilleur recours par une meilleure connaissance des ressources existantes et un partage d'outils**

**OBJECTIF STRATÉGIQUE 2 : Favoriser un meilleur recours par la mise à disposition d'experts et de services**

## 2. Matériel et méthode

⇒ **Le groupe de travail était composé de représentants :**

- de l'ARS, entre autres M. Poquet et le Dr Piau
- du CH de Saint Gaudens (notamment la Directrice et le président de la CME)
- de médecins généralistes et de l'URPS des médecins généralistes
- de kinésithérapeutes et de l'URPS des kinésithérapeutes
- du SICASMIR (aides aux personnes âgées, handicapées ou en perte d'autonomie)<sup>(16)</sup> et de l'UNAFAM (aide aux familles)<sup>(17)</sup>
- du SSIAD
- du réseau Reliance (maintien de personnes fragiles à domicile)
- des élus locaux
- du Conseil Régional
- des usagers.

⇒ **Les participants étaient convoqués par email**

⇒ **Il était établi un ordre du jour par réunion ; 3 TEMPS DE RÉUNION étaient prévus :**

- Réunion du 06/11/14 : **Approfondissement du diagnostic** pour aboutir à un diagnostic partagé et à la **validation des objectifs**, et décision des modalités de travail (subdivision en plusieurs sous groupes et mise en commun à la fin de chaque réunion).
- Réunion du 11/12/14 : **Réflexion sur les thèmes** priorités lors de la 1ère réunion.
- Réunions du 29/01/15 et du 04/03/15 : **Validation des orientations de travail** à inscrire dans le PTS et compléments éventuels.

Au cours de ces réunions, nous avons procédé de façon similaire sur l'ensemble des thèmes abordés, dont le chapitre 3 est un résumé ; au départ, nous avons décidé d'**actions** à mettre en œuvre, puis nous avons développé ces actions par :

- la **réalisation d'un "état des lieux"** (constat de départ)
- la détermination des **modalités d'action**, ainsi que du public concerné par ces actions
- l'affectation de **pilotes de l'action** et de partenaires à mobiliser
- l'analyse des **leviers à mobiliser et les freins éventuels**
- l'établissement d'un **calendrier prévisionnel**
- la définition des **indicateurs de suivi et de résultats**
- la recherche de **financements**.

⇒ **Les comptes rendus ont été rédigés par les représentants de l'ARS**, envoyés par email dans les jours suivants, et servaient de base de travail pour les réunions suivantes.

⇒ **En ce qui concerne la réorganisation de la PDSA**, une **enquête** auprès des médecins du bassin de santé a été lancée en mars 2015 par l'ARS.

Elle prenait la forme d'un **questionnaire** à remplir par chaque médecin participant à la PDSA, qui a été envoyé par **email**. (**cf. annexe 6**)

Les participants avaient un mois pour choisir l'**un des 3 scénarios** proposés, et envoyer leur réponse par email. L'ARS traiterait les réponses ; le scénario qui obtiendrait le plus de suffrage serait sélectionné.

# 3. Résultats : les grands axes

(Annexe 7)

## 3.1 • Maintenir et développer un accès aux soins de proximité

(Annexe 8)

### 3.1.1. Accueil et facilité d'installation

#### **ACTION 1 : Développement de stages pour les étudiants**

(Annexe 9)

J'ai participé en particulier à ce sous-groupe de travail.

Nous avons envisagé les solutions suivantes :

- **Développer les lieux de stage.**
- Introduire dans tous les projets de **MSP la formation des stagiaires** ; création récente des **MSPU<sup>(18)</sup>**, qui prévoient l'accueil d'étudiants des professions de santé avec des objectifs précis de formation, et des subventions accordées à ces projets.
- **Promouvoir les lieux de stage :**
  - recenser les outils et partenariats qui ont été utilisés dans d'autres départements/régions (plaquette - brochure...) et adapter les outils aux réalités et besoins du bassin. \*
  - Valoriser les « à-côté » de la vie professionnelle. \*
  - Être présent lors de certaines manifestations (séances de choix de stages deux fois par an, congrès des internes...) \*
  - Optimiser les conditions de stage : réflexion sur un site de logements universitaires, permettant par ailleurs des échanges pluridisciplinaires entre étudiants (pouvant répondre à des besoins d'autres formations universitaires).

\* (exemple du travail mené depuis plusieurs années déjà par les professionnels de santé et le Conseil Général de l'Aveyron)

Les modalités de l'action étaient :

- de compléter l'**état des lieux des différents lieux de stage** et des **lieux vacants**, et recenser les **difficultés éventuelles** aux stages dans le Comminges ; pour ce faire il fallait se rapprocher des différents organismes de formation : Universités, association d'internes, IFSI, écoles d'aides-soignants...
- de faire régulièrement la **synthèse des évaluations conduites par les étudiants** et par les responsables pédagogiques.
- de réfléchir à comment faire la **promotion** des stages en Comminges.
- de réfléchir à comment et **où accueillir et héberger** ces futurs professionnels de santé.

Nous nous sommes mis d'accord sur les **moyens à mobiliser** pour ces différentes missions :

A court terme :

- Proposer des **conditions attractives** pour une immersion de quelques mois dans le bassin (fournir des logements, accessibilité aux activités locales...)
- Plan de communication et d'information :
  - **Support et diffusion plaquettes** lors de forum / salon / réunion des choix de stage...
  - **Temps d'informations** et de rencontres conviviales.
- **Journée d'information** organisée au CH pour les internes en stage au CH, en associant les internes en stage auprès des médecins généralistes, voire les étudiants d'autres formations paramédicales.
- Organiser des **journées d'accueil des stagiaires**.

A moyen terme, en articulation avec la politique de la ville

- Enquête auprès des étudiants sur le besoin en matière de logement
- Etude de solutions sur un moyen terme (par exemple les locaux de l'ancienne clinique de St Gaudens qui se libèrent fin 2018), à articuler avec la politique de la ville.

Nous avons envisagé quels étaient les **partenaires à mobiliser** :

- les élus de St Gaudens et les communautés de commune (financements, interventions)
- le Conseil Général et Conseil Régional (financements, interventions)
- Instituts de formation - Faculté de médecine - Association des internes en médecine générale (AIMG)
- Professionnels de santé installés sur le bassin (accueil de stagiaires)
- le CH St Gaudens (accueil de stagiaires)
- l'Office public de l'habitat (réalisation d'un lieu d'accueil pour stagiaires)

## **ACTION 2 : Créer des conditions attractives pour les professionnels**

### **(Annexe 10)**

Nous avons des données sur la **démographie du bassin** : une population vieillissante et rurale, un habitat dispersé, zone montagneuse, une raréfaction des services de proximité.

Sur le bassin, 4 communes étaient identifiées en **zones fragiles \*** (Boulogne sur Gesse, l'Isle en Dodon, St Béat, Salies du Salat) c'est-à-dire avec une offre médicale insuffisante ou difficulté d'accès aux soins, avec :

- une densité de médecins généralistes proche de la moyenne départementale mais avec une répartition par âge très critique (52% avaient plus de 60 ans - 25% avaient plus de 65 ans)
- pas de remplacement et présence de retraités actifs pour pallier l'absence de reprise de cabinets
- une densité d'IDE libéraux inférieure à la densité départementale et régionale

Nous avons fait le point sur les **différentes ressources à exploiter**, notamment :

► Les **outils du Pacte Territoire Santé \*\*** élaboré par le ministère des Affaires Sociales et de la Santé, à destination des médecins et étudiants en médecine :

- *les CESP \*\*\* (19)*
- *le dispositif de PTMG \*\*\*\* (20)*

► les dispositifs mis en place par le **Conseil Régional de la région Occitanie**, notamment le **Contrats de fidélisation** : ce dispositif a été initié par la Région Midi-Pyrénées à l'occasion de la rentrée 2011.

Il permet à des étudiants infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et manipulateurs en électroradiologie médicale inscrits dans un institut de formation agréé en Midi-Pyrénées de

percevoir à compter de leur 2ème année d'étude, une allocation d'études mensuelle en contrepartie d'un engagement de servir au moins 3 ans au sein d'un établissement sanitaire ou médico-social éligible.

Nous avons recensé les éléments qu'il serait nécessaire de prendre en considération :

- Identifier la programmation des départs à la retraite des professionnels de santé
- Recenser les actions mises en place dans d'autres départements (un travail important avait été réalisé en ce sens dans l'Aveyron) et adaptation des outils au bassin
- Présentation et diffusion des outils mis en place

Nous avons donc réfléchi à des modalités d'action :

- **Promouvoir et développer les contrats de fidélisation**, les dispositifs **CESP** et **PTMG** sur le bassin de St Gaudens
- **Promouvoir la plateforme dédiée à l'installation** des professionnels de santé en région Midi-Pyrénées (identification des lieux d'installation, des conditions d'installation... ; connaissance de l'environnement général et sanitaire)
- Développer ou veiller à des **conditions d'accueil favorables** (logement...) et valoriser **les ressources du territoire**, tant sur le plan de la santé que sur le plan du cadre de vie

Le public concerné par cette démarche était les **professionnels de santé** et les **établissements du bassin de santé** de Saint Gaudens, ainsi que les **étudiants du champ de la santé**, au travers des Instituts de formations, université etc.

Nous en avons déduit qu'il serait judicieux de mettre au point un **support de communication**, en groupe de travail, pour faire la **promotion des ressources déjà existantes**.

Le pilote de l'action serait la **délégation territoriale de l'ARS** (conduite par le responsable de l'organisation des soins de 1er recours sur le département), et les partenaires à mobiliser seraient le Conseil Régional, les Communautés de Communes, les professionnels de santé, les ordres et les URPS.

---

\* Cf. chapitre "les problématiques qui n'ont pas été abordés"

\*\* « Le Pacte territoire santé est destiné à répondre à une priorité : l'accès de tous les Français à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire national. 2 millions de Français sont touchés par la désertification médicale et les inégalités entre les territoires ne cessent d'augmenter. Pour faire face à cet enjeu crucial, le ministère s'est engagé de manière volontariste depuis 2012 sur un Pacte territoire santé.

Les 10 engagements du pacte territoire santé

- Développer les stages des futurs médecins en cabinet de ville
- Faciliter l'installation des jeunes médecins dans les territoires fragiles
- Favoriser le travail en équipe, notamment dans les territoires ruraux et périurbains
- Assurer l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes
- Augmenter de manière ciblée le numerus clausus régional pour l'accès aux études de médecine
- Augmenter le nombre de médecins libéraux enseignants
- Soutenir la recherche en soins primaires »

([solidarites-sante.gouv.fr](http://solidarites-sante.gouv.fr))

**\*\*\* Contrats d'Engagement de Service Public (CESP) :** il vise à "proposer aux étudiants et aux internes en médecine et, à partir de la rentrée 2013-14, aux étudiants en odontologie, une allocation mensuelle de 1200€. En échange, les bénéficiaires s'engagent – pendant un nombre d'années égal à celui durant lequel ils auront perçu l'allocation et pour 2 ans minimum – à choisir une spécialité moins représentée ou à s'installer dans une zone où la continuité des soins est menacée".

**\*\*\*\* Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG) :**

- ▶ vise à sécuriser les premiers mois de l'installation, dans une période d'incertitude forte (création de patientèle, difficultés de trésorerie, problèmes matériels liés à l'installation dans une région souvent inconnue), en apportant une garantie financière pouvant aller jusqu'à 2 ans ;
- ▶ favoriser l'installation dans des territoires fragiles, caractérisés par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins.

---

## 3.1.2. Favoriser un bon maillage du bassin de santé

### **ACTION 3 : Proposition d'un schéma de Maisons de Santé Pluri professionnelles ou pôles de santé sur le bassin**

**(Annexe 11)**

Nous sommes partis des **constats** suivant :

- évolution des attentes des professionnels qui **ne souhaitent plus de façon générale un exercice isolé** tant en libéral qu'en milieu hospitalier.
- La **prise en charge des pathologies chroniques** a aujourd'hui une place importante dans les soins de proximité, encore majorée dans un bassin où la population âgée est fortement représentée. Ce constat vient renforcer la **vigilance particulière à apporter au parcours du patient et au développement de l'exercice coordonné** des professionnels de santé et des services impliqués, afin de contribuer à une amélioration des prises en charge et des soins.
- Les MSP ou pôles de santé avec un **projet de santé partagé intégrant promotion de la santé, éducation thérapeutique, évaluation des pratiques professionnelles et formations** permettent d'apporter des réponses aux attentes et aux besoins repérés. Dans le bassin de St Gaudens, une MSP à Aspet et une à Aurignac sont déjà en fonctionnement. Plusieurs projets de MSP ont été validés (St Martory), d'autres en réflexion ou en cours de développement (Boulogne, Montrejeau, l'Isle en Dodon, St Béat / Cierp Gaud et Luchon).

Le public concerné est large : il s'agit de tous les professionnels de santé ainsi que les élus (mairies, communautés des communes...) du bassin de santé du Comminges.

Nous décidons des modalités d'action :

- **Identifier les bassins de vie** (par exemple : la présence d'un collègue pourrait correspondre à un bassin de vie) ;
- **Actualiser le recensement des professionnels présents et les projets en cours**, et ainsi pouvoir proposer une **distribution cohérente et des schémas d'implantation des MSP**, avec un socle commun en lien avec les besoins, et des complémentarités en lien avec les bassins de vie ;
- **Promouvoir le portage de projets.**

Le pilote du projet serait l'**ARS**, et les partenaires à mobiliser seraient les élus locaux, les représentants des professionnels de santé et le Conseil Régional.

Nous avons établi des pistes de moyens à mobiliser :

- monter une **Commission départementale MSP** : face à des démarches parfois isolées et juxtaposées, l'apport d'un **guide sur une répartition et un maillage des MSP** sur le bassin peut orienter les porteurs de projet et favoriser des regroupements d'acteurs
- Réunion de **travail sur les différentes cartographies du bassin** (socio-économique - démographique - sanitaire...)
- **Soirées d'information et d'échanges auprès des professionnels de santé et des élus sur les MSP** (présentation d'expériences) et sur le schéma proposé par bassin de vie identifié. Les maires pourraient être sollicités pour organiser ces réunions (*délégué au groupe promotion de la santé qui fait partie du PTS*).

### 3.1.3. Coordination et complémentarité entre les acteurs de proximité

#### **ACTION 4 : Amélioration de l'information et de l'utilisation d'outils d'échanges autour du patient entre professionnels de santé**

**(Annexe 12)**

Nous sommes partis du constat que **l'amélioration de la prise en charge des patients passe par une communication optimisée entre les professionnels de santé** :

- dans le contenu des informations partagées ;
- dans les délais de transmission.

Nous avons fait le point sur les objectifs recensés pour les établissements de santé

intervenant dans la prise en charge (centres hospitaliers de St Gaudens et de Lannemezan) :

- améliorer la qualité et les délais d'envoi des courriers après hospitalisation
- faciliter l'hospitalisation du patient et organiser son admission

Nous avons étudié les outils déjà en place :

- **Médimail** est la messagerie sécurisée qui est validée sur la région Midi-Pyrénées. Son utilisation fait partie des objectifs inscrits dans les CPOM <sup>(21)(22)(23)</sup> des établissements de santé ; l'augmentation de son installation et de son utilisation par les libéraux et les établissements de santé et médico-sociaux est mesurée par le GCS Télé santé \* <sup>(24)(25)(26)</sup> ;
- **L'outil Trajectoires**<sup>(27)</sup> (service public destiné à l'aide au choix de la structure ou du service adapté au besoin du patient) a été développé par les Services d'Hospitalisation de Longue Durée et les SSR. Le CH de St Gaudens, de Luchon et de Salies sont formés, équipés et utilisent Trajectoires.

Nous avons donc discuté et décidé des modalités d'action :

- Prioriser **les lieux d'interventions**
- **Réaliser un bilan d'équipements et d'utilisation des outils en place**, identifier les résistances existantes, envisager des solutions éventuelles
- Programmes d'intervention par bassin de vie d'**information sur les Systèmes d'information partagés** (voir si cela peut être couplé avec d'autres interventions du PTS, comme le maillage du bassin avec les MSP...)
- Mise en place d'une **commission ville-hôpital** qui se réunirait à intervalles réguliers, dans le but d'améliorer la communication entre libéraux et hospitaliers

Les moyens à mobiliser pour commencer seraient d'organiser des soirées d'informations, regroupant des représentants de chaque profession de santé extra et intra hospitalière, afin de réaliser le bilan et **prodiguer une information sur le thème de l'utilisation d'outils d'échanges pluri professionnels** autour du patient (nous avons envisagé 6 à 8 réunions sur le bassin).

Les pilotes de l'action seraient le **CH de St Gaudens** et la **Délégation Territoriale de l'ARS**. Les partenaires à mobiliser seraient les médecins généralistes, IDE libérales, URPS, les établissements de santé, le CDOM et le GCS.

Le public concerné serait l'ensemble des professionnels de santé, MSP, Établissements de santé du bassin et le GCS télé-santé, sur le territoire du Comminges.

## **ACTION 5 : Développement du partage de compétences et délégation d'actes**

### **(Annexe 13)**

La loi Hôpital Patient Santé Territoire prévoit le développement de **protocoles de coopération entre professionnels de santé** \*\* (28)(29). Pour être mis en œuvre, un protocole de coopération doit être autorisé par l'ARS, après avis favorable de la HAS. La HAS peut décider d'étendre un protocole de coopération à tout le territoire national.

Sur la région Midi-Pyrénées, plusieurs protocoles étaient déjà autorisés :

- programme ASALEE : Action de Santé Libérale En Équipe, délégations de tâches des médecins généralistes aux infirmiers, en particulier en ce qui concerne l'éducation thérapeutique
- suivi des diabétiques par télémédecine avec suivi et prescription par IDE
- bilan visuel par orthoptiste
- dépistage de la fragilité par IDE
- coopération radiologues et manipulateurs radio sur l'échographie.

Des besoins ont été identifiés, notamment les bilans visuels : le bassin ne comptait que 3 ophtalmologistes et 5 orthoptistes en cabinets.

Nous avons envisagé les **modalités d'action** sur deux volets :

#### **Volet 1 : proposer et mettre en œuvre un protocole de coopération sur le bilan visuel**

- Réunion de travail avec ophtalmo-orthoptiste-opticien, URPS, CDOM et les professionnels ayant déjà mis en place un tel protocole ;
- Recueil du volontariat ;
- Décliner le projet conformément au protocole validé par l'HAS en l'adaptant au bassin ;
- Mise en œuvre du protocole.

#### **Volet 2 : identifier d'autres besoins** éventuels pour mise en œuvre de protocoles adaptés :

- présentation des protocoles déjà existants et des expériences conduites
- identification des besoins et élaboration de protocoles pluri professionnels

Les **pilotes de l'action** concernant le volet 1 seraient les ophtalmologistes et les orthoptistes. Les **pilotes de l'action** concernant le volet 2 seraient l'ARS, et ensuite les professionnels de santé concernés en fonction des axes dégagés. Les **partenaires à mobiliser** seraient les IDE libérales, l'URPS, le CDOM et les GCS.

## **ACTION 6 : développement de formations pluridisciplinaires**

**(Annexe 14)**

Nous sommes partis du constat que les **rencontres lors de formations partagées** permettaient aux professionnels d'**échanger sur les pratiques**, de **mieux se connaître** et ensuite de **mieux travailler ensemble**. Ces temps pourraient renforcer les pratiques coordonnées autour des prises en charge des patients.

Les CPOM du CH de St Gaudens et de Lannemezan mentionnaient des objectifs dans ce cadre, avec le développement des échanges avec les professionnels de santé.

Les organismes de formation continue intervenant sur le bassin (FMC Pyrénées Comminges-Val d'Aran, CH de St Gaudens - médecins libéraux) étaient déjà actifs et investis dans certaines formations pluridisciplinaires.

D'autres **organismes de formation continue étaient à identifier**.

Le **public concerné** serait **tous les professionnels de santé**, aussi bien libéraux qu'hospitaliers.

Nous avons envisagé des **modalités d'action** :

- **Rencontres des différents acteurs de formations continues** et identification des sujets communs ;
- **Programmation annuelle d'une ou plusieurs formations partagées**, en fonction des axes prioritaires dégagés sur le bassin et accompagnant certains projets (exemple du dépistage de la fragilité...).

---

\* Le **Groupement de Coopération Sanitaire Télésanté Midi-Pyrénées**, fédérant l'ensemble des acteurs des sphères sanitaire, médico-sociale, libérale, constitue la structure de maîtrise d'ouvrage de l'Espace Numérique Régional de Santé (ENRS) Midi-Pyrénées, en répondant aux objectifs définis par la politique de santé aux niveaux régional et national.

\*\* " (...) les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. (...)", extrait de l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009.

### 3.1.4. Problème de la permanence des soins

#### **ACTION 7 : réorganisation de la permanence ambulatoire des soins**

##### **(Annexe 15)**

Nous avons d'abord évalué le **contexte** :

- la démographie des médecins généralistes sur le bassin comptait 80 médecins installés, dont 50% ayant plus de 60 ans, et seulement 19% de moins de 50 ans
- il fallait prendre en considération une évolution de l'exercice médical : évolution des attentes des jeunes médecins généralistes en termes de rythme et de qualité de vie
- une organisation de la PDSA en 4 sous-bassins (cf. tableau infra) avec une situation critique sur tous les sous-bassins : très faible effectif de médecins sur deux d'entre eux (Luchon / St Bât et L'Isle en Dodon) et 38 médecins généralistes sur le sous-bassin de St Gaudens mais 60% ayant plus de 60 ans.
- une activité de la PDSA globale très faible en soirée et en week-end, hormis sur le sous-bassin de St Gaudens, ce qui induisait une contrainte forte et un faible revenu en PDSA, non attractive en termes de remplacement et d'installation.

Sous-bassin	Communes principales	Nombre d'habitants	%>75ans
Nord	Boulogne-sur-Gesse, l'Isle-en-Dodon	10 358	16,4
Centre	Saint-Gaudens, Montréjeau, Barousse, Aurignac	40864	14,3
Sud-Est	Salies-du-Salat, Aspet	16 657	13,9
Sud	Bagnères-de-Luchon, Saint-Bât, CierpGaud	10203	15,2

Nous avons ensuite envisagé des **modalités d'action** :

- Elaboration d'un scénario avec les professionnels du bassin (coordonnateurs des sous-bassins, le CH...) allant vers le regroupement des sous-bassins actuels ; discussion autour de **scénarios de mise en place d'une ou plusieurs maisons médicales de garde** et médecins de garde mobiles, et enquête auprès des médecins généralistes du bassin sur les hypothèses de réorganisation de la PDSA
- **Exploitation de l'enquête et finalisation du scénario** à expérimenter
- Exploration des modalités d'**accompagnement du scénario retenu** (transport, coordination garde pharmacie...)
- **Expérimentation** du scénario
- **Evaluation** et adaptation

- Réunions d'informations avec médecins généralistes et présidents de communautés de communes ; communication auprès des médecins généralistes, des élus et de la population.

Les pilotes de l'action seraient la Délégation Territoriale de l'ARS et le CDOM.  
Les partenaires à mobiliser seraient les médecins généralistes, les élus et présidents communautés de communes, le CH St Gaudens, le syndicat des pharmaciens et la CPAM.

#### Résultats de l'enquête :

Le questionnaire a été adressé le 3 mars 2015 aux médecins généralistes installés leur proposant d'associer également leurs remplaçants réguliers à répondre au questionnaire. Les médecins devaient choisir parmi 3 scénarios :

#### Scénario 1

Un seul secteur avec :

- une MMG sur St Gaudens
- un médecin fixe qui consulte sur la MMG
- un médecin mobile en semaine et deux médecins mobiles le week-end (postés sur St Gaudens)

Un renfort saisonnier est envisagé avec un médecin fixe sur Luchon quelques week-ends de l'année

#### Scénario 2

Deux secteurs avec une MMG à St Gaudens, une MMG à Marignac

- un médecin fixe (consultation) sur chaque MMG
- un médecin mobile en semaine et deux médecins mobiles le week-end (postés sur St Gaudens)

#### Scénario 3

Trois secteurs avec une MMG à St Gaudens, une à Marignac et une à Boulogne

- un médecin fixe et mobile est basé sur chaque MMG (consultation et visite).

C'est le **scénario 1** qui a été retenu. Il est entré en phase d'expérimentation en janvier 2016.

## 3.2 • Développer une articulation ville-hôpital et un exercice coordonné

(Annexe 16)

### 3.2.1. Développement de postes mixtes

#### **ACTION 8 : Développement de postes mixtes et partagés**

(Annexe 17)

Nous sommes partis du constat suivant:

- une évolution des attentes des professionnels qui ne souhaitent plus, de façon générale, un exercice isolé, tant en libéral qu'en milieu hospitalier
- un développement de la notion de parcours et de l'exercice coordonné dans la prise en charge des patients
- un développement des EPP \*<sup>(30)(31)</sup>
- la nécessité de disposer d'une activité minimale de 3 praticiens pour assurer la permanence des soins au niveau du CH dans certaines spécialités

Ensuite, nous avons envisagé des modalités d'action pour répondre à ces questions :

- Développer et soutenir avec le CH de St Gaudens et le CH de Lannemezan un **projet médical commun dans des spécialités où cela permettrait de maintenir une activité de proximité**, en optimisant les moyens humains et donc les prises en charge (notamment pour la psychiatrie, gynéco-obstétrique, pédiatrie)
- Favoriser des **liens avec le CHU et la clinique Occitanie** dans certaines spécialités pour conforter les équipes médicales et **rompre avec l'exercice isolé** sur le CH de St Gaudens (exemple de la médecine interne)
- Identifier et soutenir des **vacations médicales au sein du CH pour des médecins généralistes**, en fonction des besoins.

Nous avons envisagé que le pilote pourrait être le **CH de Saint Gaudens**, en partenariat avec le CH de Lannemezan, de Luchon ainsi que le CHU. Le CH de Saint Gaudens pourrait s'appuyer sur la CME \*\*<sup>(32)</sup> et sur les CPOM \*\*\*.

---

\* *Évaluations des Pratiques Professionnelles (2010)*

Tout médecin (libéral ou salarié) doit s'engager dans une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) (Loi n°2004-810 du 13 août 2004 et décret n°2005-346 du 14 avril 2005)

**DEFINITION :**

«L'EPP consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques.»  
L'EPP fait partie intégrante de la formation médicale continue.

**\*\* Commission Médicale d'Etablissement**

La CME est une instance consultative qui représente les personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutique de l'établissement public hospitalier.

La CME est consultée par des avis, propositions ou délibérations aux décisions prises par l'administration publique hospitalière dans le domaine de l'organisation des soins et sur les questions relatives aux personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques.

**\*\*\* Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens**

Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens est un contrat entre l'ARS et les organismes gestionnaires du champ médico-social. Il donne de la visibilité à ces opérateurs : positionnement des établissements et services médico-sociaux dans l'offre territoriale, engagements de l'ARS...

---

## 3.2.2. Favoriser un meilleur recours par une meilleure connaissance des ressources existantes

### **ACTION 9 : Développement d'un annuaire opérationnel actualisé, référençant les ressources en identifiant leurs missions**

**(Annexe 18)**

Nous avons constaté un besoin des professionnels de connaissance des ressources à disposition et des missions que remplissent les différents acteurs de santé, dans un contexte où de nouvelles modalités de prise en charge se développent et de nouveaux services sont mis en œuvre.

Nous savions qu'un annuaire était en cours d'élaboration par la MAIA<sup>(33)</sup>.

En outre, il y avait un projet de développement du ROR \* <sup>(34)</sup> avec pilotage par ORUMIP.

Nous avons décidé des modalités d'action pour répondre à ce besoin :

- Identifier les **annuaires existants** sur les établissements de santé du bassin
- **Recenser les ressources existantes** (médicales, paramédicales, sociales etc.)
- **Structurer un annuaire** reprenant missions et ressources, articulé avec la structuration du futur ROR
- Identifier un **responsable de la mise à jour**
- Définir les **modes de communication** pour chaque professionnel

Les moyens à mobiliser seraient la constitution de groupes de travail comprenant le CH St Gaudens, les représentants des professionnels de santé libéraux, l'ARS et la MAIA.

Les pilotes de l'action seraient le CH de Saint Gaudens avec l'ARS, associés à l'ORUMIP et au service système d'information de l'ARS.

## **ACTION 10 : Développer et informer sur les services emblématiques de l'articulation ville hôpital**

### **(Annexe 19)**

Certaines prises en charge sollicitent de façon très spécifique l'articulation ville-hôpital, notamment la prise en charge en HAD, en chirurgie ambulatoire, ainsi que les urgences hospitalières articulées avec la PDSA constituée de médecins généralistes libéraux.

Nous avons établi plusieurs **cibles** :

- développer le recours à la chirurgie ambulatoire (encore limité)
- développer la prise en charge en HAD
- réorganiser la PDSA (cf. Action 7)
- délivrer une information spécifique sur ces thèmes pour contribuer à mieux connaître les missions et les enjeux de ces prises en charge

Cette approche se retrouvait aussi dans les objectifs recensés dans les CPOM des CH de St Gaudens et de Lannemezan :

- favoriser les échanges avec les professionnels de santé
- développer les alternatives à l'hospitalisation
- rapprocher les lieux de prise en charge psychiatrique au plus près des lieux de vie

Pour ce faire, nous avons établi les **modalités d'action** à mettre en œuvre :

- **Etablir un bilan des activités déjà déployées** et des **difficultés identifiées** dans le recours et les articulations ville - hôpital
- Pour chaque thème, mise en place d'un **groupe de travail** approprié, travaillant au **contenu sur le plan technique** et **identifiant les modes de diffusion adaptés**
- Définir un **programme de communication** auprès des professionnels de santé
- Finalisation des supports et diffusion de l'information

Les **pilotes de l'action** seraient le CH de Saint Gaudens en association avec l'ARS.

Les **partenaires** sur les aspects techniques du développement de l'articulation ville - hôpital seraient les professionnels de santé libéraux et les représentants des usagers ; en ce qui concerne la communication, les partenaires pourraient être les médias locaux, les CDOM au travers des bulletins du CDOM...

---

\* "Le répertoire ROR est un gisement de données qui décrit l'offre de santé pour des besoins opérationnels. Il est alimenté par les référentiels nationaux FINISS, RPPS et ADELI, et complété par les acteurs régionaux (ex. : établissements de santé...) sur des données plus fines (ex. : organisation interne) ou non décrites (ex. : activités de soins, équipements spécifiques)." (<http://esante.gouv.fr>)

### 3.2.3. Construire un projet de télémédecine

#### **ACTION 11 : Construction d'un projet de télémédecine sur le bassin**

##### *(Annexe 20)*

Nous avons constaté que le bassin du Comminges présentait des caractéristiques propices au développement de la télémédecine :

- est étendu avec des contraintes géographiques et climatiques.
- La mobilité des habitants est réduite, notamment en ce qui concerne les personnes âgées, les personnes en situation de précarité et de handicap.
- La démographie médicale et plus particulièrement des spécialistes de proximité était en diminution.

Cela nous a conduits à repenser les modes d'accès pour certains avis spécialisés.

Certains objectifs déjà recensés dans les CPOM des établissements de santé intervenant dans la prise en charge sont à prendre en considération dans le cadre d'un tel projet :

##### • *CH St Gaudens*

- Amélioration des parcours de prise en charge des personnes âgées, des patients atteints de cancer, de la mère et du nourrisson, des AVC et des pathologies chroniques
- Développement de la prise en charge de la douleur
- Utilisation du PACS \* <sup>(35)</sup> régional

##### • *CH Lannemezan*

- améliorer la prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux
- développer les Allocations Adulte Handicapé et rapprocher les lieux de prise en charge psychiatrique au plus près des lieux de vie
- développer la télémédecine

##### • *CH Marchant*

- améliorer le parcours de santé de la personne souffrant de troubles mentaux en portant une attention particulière à la prise en charge des urgences, en lien avec les autres établissements du territoire
- développer les dispositifs spécifiques de prise en charge du parcours des adolescents en crise
- développer la télémédecine avec les établissements médico-sociaux, sanitaires et en milieu pénitentiaire et la visioconférence avec les établissements sociaux
- favoriser le développement des échanges entre professionnels de santé
- améliorer la qualité et le délai d'envoi du courrier en fin d'hospitalisation

L'organisation de la psychiatrie sur le bassin pouvait conduire à développer la télémédecine pour certaines prises en charge : pédopsychiatrie assurée par le CH de Marchant ; psychiatrie adulte assurée par le CH de Lannemezan avec un hôpital de jour ; un CMP sur St Gaudens et une antenne de CMP sur Luchon.

Les insuffisances et besoins identifiés, dans une première approche, concernaient principalement :

- 1) La psychiatrie
- 2) Les personnes âgées en ce qui concerne les troubles du comportement
- 3) Les soins des plaies et la cicatrisation
- 4) La cancérologie

Des activités de télémédecine étaient déjà développées sur le bassin :

- Activité de télé-AVC aux urgences de St Gaudens avec le CHU (première thrombolyse intraveineuse guidée à distance en Midi-Pyrénées)<sup>(36)</sup>
- Télé radiologie CH St Gaudens - CH Luchon (en journée)
- Télé radiologie pour l'activité en astreinte du scanner du CH de St Gaudens en lien avec une plateforme extrarégionale

Nous avons défini quelles seraient les **modalités d'action** :

- Affiner les **besoins**, les **axes d'intervention** et les **partenaires** impliqués
- **Elaborer un projet médical de télémédecine** et des conditions d'organisation
- **Contractualiser avec l'ARS**
- Et enfin mise en œuvre

Le **pilote** de cette action devrait être l'hôpital de St Gaudens, et les **partenaires à mobiliser** seraient le CH Marchant, le CH de Lannemezan, le CHU, les professionnels de santé, les EHPAD, l'ARS et le GCS télésanté Midi Pyrénées.

---

\* **PACS** (système d'archivage et de transmission d'images, ou *Picture Archiving and Communication System* : le PACS est un système informatisé qui centralise et qui gère l'acquisition numérique de tous les examens radiologiques, la consultation de ces images sur des consoles de visualisation, l'impression et l'envoi d'images à l'intérieur et en dehors de l'hôpital ainsi que l'échange d'informations administratives avec les systèmes informatiques radiologiques (RIS) et hospitaliers (SIH)

## 3.3 • Les problématiques qui n'ont pas été abordées

Certaines problématiques n'ont pas été abordées, parmi lesquelles :

### 3.3.1. Différence entre zone fragile, zone de vigilance et zone de revitalisation rurale

Les actions 1 et 2 (cf. p.12 à 16) ont pour objectif d'accueillir des nouveaux professionnels de santé et de faciliter leur installation. L'accueil et les facilités d'installation seraient en partie stimulés par des aides financières<sup>(37)</sup>.

D'une part, **nous n'avons pas étudié l'ensemble de ces aides**, qui sont importantes mais méconnues des professionnels de santé.

D'autre part, **les aides financières sont attribuées en fonction d'un zonage**, établi par l'ARS, et les aides ne sont pas les mêmes selon les zones.

*Extrait de l'article L1434-7 du Code de la santé publique :*

Le code de la santé publique prévoit que le SROS<sup>(38)</sup> détermine les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé.

La loi Hôpital Patients Santé Territoires a élargi le champ d'application du SROS, auparavant uniquement hospitalier, à l'offre de soins ambulatoires. Ce SROS, rédigé par l'ARS, est inclus dans le projet régional de santé.

Ce SROS ambulatoire, qui définit des actions, a pour objectif d'organiser les soins au regard des besoins des populations.

L'ARS **détermine des « zones fragiles »**<sup>(39)</sup> pour la région. Ce zonage est en effet **opposable pour bénéficier des aides** financières définies dans le cadre de la nouvelle convention médicale de 2011.

L'ARS définit également **des zones de vigilance**<sup>(40)(41)</sup> : liste de communes où le niveau de risque de désertification médicale est moins immédiat.

#### **ZONE FRAGILES (ou Territoires Vulnérables)**<sup>(42)</sup>

La liste des communes en zone fragile est mise à jour par l'ARS, après concertation avec les Conseils de l'Ordre et l'URPS Médecins.

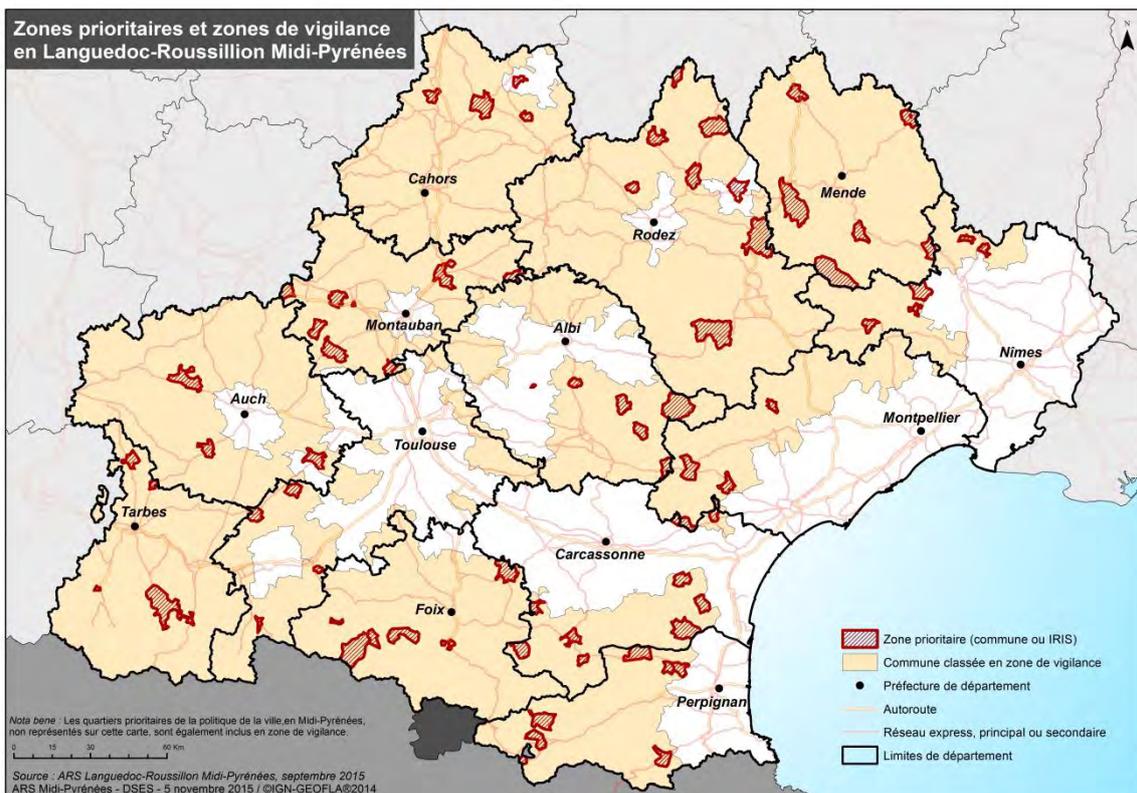
Les avantages à exercer en zone fragile :

- **Aides financières** ("l'option démographie" et "l'option santé solidarité territoriale"), exonération de l'impôt sur le revenu en cas de gardes effectuées en zone déficitaire ;

- **Aides aux étudiants en médecine** : CESP ;
- **Aides à l'installation** :
  - Le Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins (apparu en 2016)
  - le Contrat de Transition
  - Le Contrat de Solidarité Territoriale Médecin
  - Le Praticien Territorial de Remplacement
  - Le PTMG
- **Aides aux projets de regroupements** de professionnels de santé en maison ou pôle de santé (Conseil Régional, ARS...), **Contrat de Stabilisation et de Coordination**.

## ZONES DE VIGILANCE

L'ARS définit des « zones de vigilance ». Ces zones de vigilance correspondent à une liste de communes où le niveau de risque de désertification médicale est moins immédiat. Les aides allouées pour l'installation sont moins importantes qu'en zone fragile.

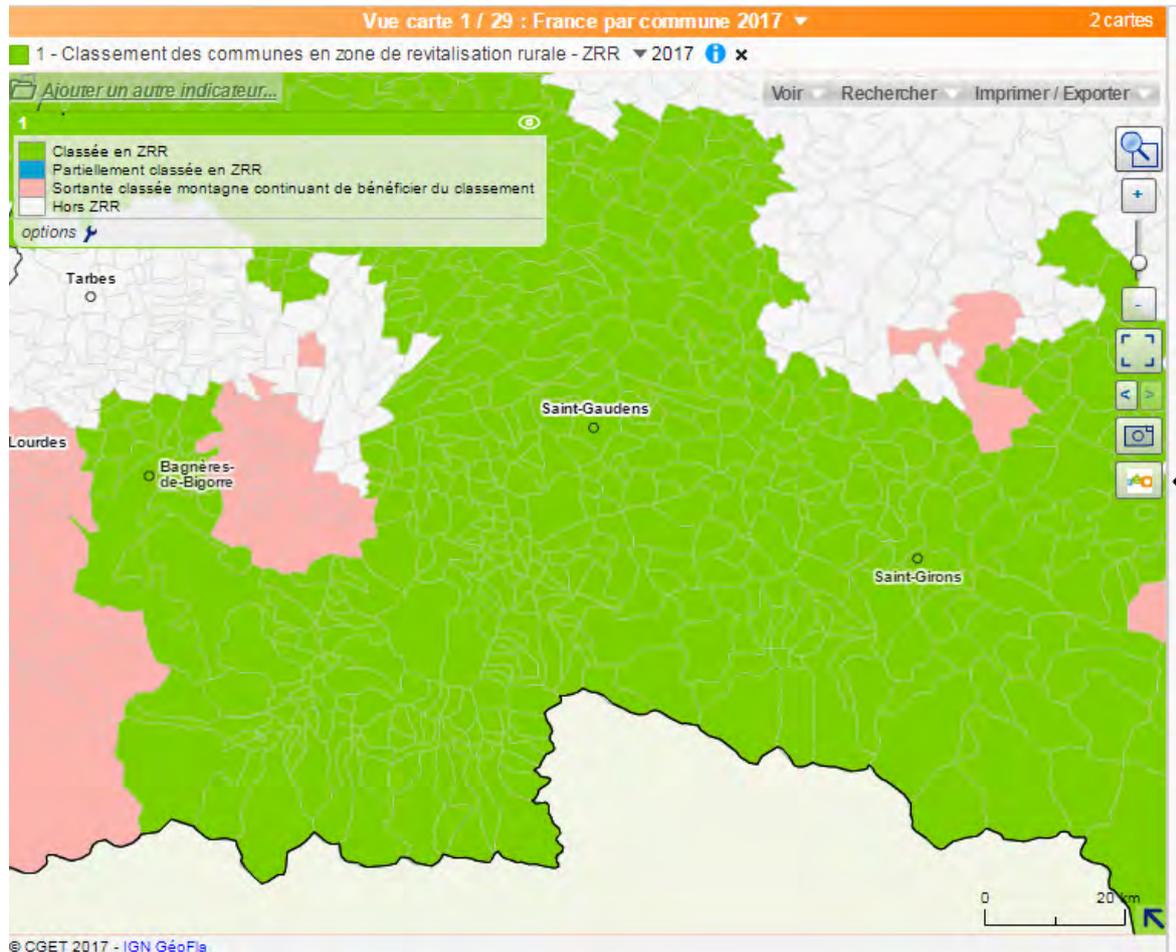


En parallèle, le **Commissariat Général à l'Égalité des Territoires** \* <sup>(43)</sup> met en place des **aides fiscales dans les Zones de Revitalisation Rurales** <sup>(44)(45)</sup> : les **entreprises en ZRR sont exonérées des cotisations** au titre des assurances sociales, des allocations familiales, ainsi que du versement transport et des contributions et cotisations au Fonds National d'Aide au Logement, pour chaque salarié embauché.

L'exonération s'applique pendant 12 mois à compter de la date d'effet du contrat de travail.

L'exonération concerne les entreprises qui s'implantent en ZRR et qui embauchent un ou plusieurs salariés permettant d'augmenter l'effectif de l'entreprise, dans une limite de 50 salariés exonérés.

Les MSP sont considérées comme une "entreprise libérale", et peuvent à ce titre bénéficier d'exonération de cotisations, si elles sont situées en ZRR<sup>(46)(47)</sup>.



Ces **zonages différents (ZRR et zones fragiles) peuvent prêter à confusion**, et les personnes en charge de l'élaboration de MSP peuvent méconnaître les aides attribuées aux différentes zones.

En outre, il paraît judicieux d'inclure dans la **formation initiale et continue** des médecins des informations sur ce thème dans la création de MSP.

### 3.3.2. Gestion d'une MSP

Nous n'avons pas abordé la question de la **gestion administrative et financière d'une MSP**, que ce soit sur :

- la gestion du versant **fiscal**
- les **aides** à la création d'une MSP
- le rôle du **coordinateur** en MSP (mission de gestion administrative et de communication) <sup>(48)</sup>
- la gestion des **salariés** de la MSP (secrétariat, ...)
- le besoin de **formation** sur la gestion d'une MSP, lors de la formation initiale et continue des médecins et paramédicaux.

---

\* Le Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET) conseille et appuie le Gouvernement dans la conception et la mise en œuvre des politiques de lutte contre les inégalités territoriales et le développement des capacités des territoires. Rattaché au Premier ministre, il assure le suivi et la coordination interministérielle de ces politiques.

# 4. Discussion et perspectives

## 4.1 • Les orientations de travail

En 2015, nous avons abouti à des orientations de travail à mettre en œuvre (**annexe 21**) :

► Une nécessaire adaptation à un nouvel exercice, en mettant en **collaboration médecins et paramédicaux**, avec un **exercice horizontal** plutôt que vertical ; une **réflexion commune sur la prise en charge** des patients et **délégation de tâches** : pour cela des **MSP** sont nécessaires.

Trois sont déjà en fonctionnement à Aurignac, à Aspet et à Loures Barousse ; d'autres sont en projet ou en cours de création (Montréjeau, Saint Martory, Saint Béat et Cierp Gaud, Luchon...)

Les MSP permettent en outre d'**exercer tout en ayant des activités parallèles** (qu'elles soient médicales, de formations ou autres) tout en prenant en considération que les nouveaux **professionnels de santé n'exercent plus toute leur vie dans un seul et même endroit**. La MSP est l'outil idéal pour organiser ce **renouvellement des professionnels**.

► De plus en plus de **Maîtres de Stage Universitaires ambulatoires** se sont investis sur le territoire, ce qui permet d'accueillir des étudiants en médecine qui, pour la plupart, ne connaissent pas la région, afin de leurs présenter les avantages de l'exercice en milieu rural. Pour ce faire il est nécessaire d'améliorer les conditions d'**accueil des professionnels de santé en stage ou en formation**.

A titre d'exemple, certains médecins commingeois et la ville de Saint Gaudens ont remis à neuf un ancien local de la ville pour accueillir 8 internes en médecine.

Des réunions pluri professionnelles (médecins hospitaliers, libéraux, IDE, élus locaux...) ont également lieu sur le thème de l'accueil des étudiants dans le cadre de la mise en œuvre du CLS (qui fait suite à ce projet de l'ARS), orchestrée par les membres du Pôle d'Equilibre Territorial et Rural du pays Comminges Pyrénées et l'ARS. Elles ont pour objectif d'améliorer l'accueil des étudiants en santé dans le Comminges.

► **Réorganisation de la PDSA**, dans l'objectif d'épargner les médecins installés d'un trop grand nombre de gardes, et tirer parti de l'intérêt que portent les internes en médecine à ces gardes (intérêt financier et de formation qu'elles apportent). De fait, une **Maison Médicale de Garde** a vu le jour en 2015, située à côté des urgences du CH de St Gaudens, assurant les gardes de week-end dans l'ensemble du Comminges et déchargeant les urgences de consultations ne relevant pas de ce service.

- ▶ Amélioration de la relation ville hôpital :
  - a été mise en place en 2015 une **commission ville-hôpital** qui, régulièrement, réunit médecins libéraux et hospitaliers en vue de définir des **objectifs à atteindre pour améliorer des conditions de prise en charge des patients** ;
  - **création de postes mixtes ville-hôpital** au Centre Hospitalier local, et de **postes mixtes CHU-CH** pour accueillir des spécialistes : l'exercice au CHU est prisé par les nouveaux médecins spécialistes qui se forment surtout au CHU ;
  - **utilisation de la télé médecine** : utilisée dorénavant et déjà au CH de St Gaudens dans la filière neurovasculaire, ainsi que la télé-radiologie, dont la nouvelle IRM du CH St Gaudens ; à développer pour la filière psychiatrique qui fait grandement défaut dans le bassin du Comminges.
  
- ▶ Création d'un **annuaire** recensant toutes les professions dans le domaine de la santé et du social du bassin ; mise en place d'une **plaquette d'information** qui paraîtrait à intervalles réguliers (une fois par mois dans le Comminges), destinée à tous les professionnels de santé, résumant les dernières nouvelles en matière de santé (installation de nouveaux professionnels, nouvelles activités de l'hôpital...) ; en cours de création par le Pays Comminges Pyrénées.

Il est à noter que la réflexion sur la désertification médicale est depuis longtemps menée, par les professionnels de santé comme par les élus ; un rapport d'information du sénateur Hervé Maurey, intitulé "déserts médicaux : agir vraiment" <sup>(2)</sup> et paru en 2013, faisait un ensemble de propositions pour tenter de résoudre ce problème. Certaines sont similaires aux points abordés dans notre travail. D'autres n'ont pas été envisagées.

## 4.2 • Exemples à l'étranger

### Au Québec

Le Québec est aussi, depuis longue date, confronté au problème des déserts médicaux. Avec une superficie 2,5 fois supérieure à celle de la France et une population 8 fois moins nombreuse, la définition d'un désert médical au Québec est une zone sans médecin à 200 km à la ronde.

Une réflexion sur l'égalité d'accès aux soins est menée depuis plus de 20 ans. Un travail de recherche important a été réalisé, mettant en évidence **les éléments qui attireraient les médecins vers les campagnes** :

- l'intérêt personnel (qualité de vie) ; grande importance de l'activité du conjoint dans le choix d'exercer en milieu rural à prendre en compte ;
- la formation à l'exercice rural (initiale et continue) ;
- les attributs du cadre de vie ;
- des conditions de travail favorables<sup>(49)(50)(51)</sup>.

Le **principe de liberté d'installation a été abrogé**. Le ministère de la Santé et des Services Sociaux élabore chaque année les **Plans Régionaux d'Effectif Médicaux (PREM)**<sup>(52)</sup> :

“Les différentes régions du Québec ne bénéficiant pas toutes du même niveau d'accessibilité aux soins de santé, les PREM visent à assurer à la population une plus grande équité d'accès aux services médicaux. La notion d'équité comprend 2 principes :

- assurer à la population de chaque région une part équitable de service ;
- privilégier l'installation des médecins requis pour offrir ces services dans la région des bénéficiaires.” *(définition du ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec)*

Les médecins ne peuvent s'installer que dans les postes disponibles, fixés chaque année par les PREM, et consultables sur internet.

### En Belgique

La Belgique manque de médecins généralistes, en particulier dans les zones rurales du sud du pays. En cause, notamment, le vieillissement de cette population couplé au manque d'attractivité de la spécialité<sup>(53)</sup>.

Pour inciter les praticiens à s'installer dans les territoires en tension, l'Institut National d'Assurance Maladie et Invalidité (Inami) a créé, en 2006, le projet **Impulseo**<sup>(54)(55)</sup>, **permettant à des jeunes généralistes de bénéficier d'aides pour s'installer**.

Ces aides comprennent plusieurs volets, notamment :

- des interventions pour l'installation des jeunes généralistes (prêts exempt d'intérêts, primes...)
- des interventions pour les coûts salariaux (exonération de charges salariales)
- des interventions pour les frais relatifs à différents services (télé-secrétariat...)
- 

En Flandres belges, le projet fonctionne à plein : ainsi, selon le syndicat flamand Domus Medica, 80 % des jeunes médecins généralistes s'installent dans des «zones Impulseo».

# 5. Conclusion

Les pistes pour faire venir de nouveaux professionnels de santé dans les zones rurales sont :

- créer des **conditions attractives pour les professionnels** : connaître les aides financières et contrats de fidélisation que peuvent apporter les institutions, et créer ou développer des conditions d'accueil favorables, tant sur le plan du travail que de la qualité de vie (création d'écoles, lieux culturels, développement des transports, de routes etc.)
- favoriser la création de **Maisons de Santé Pluri professionnelles** par les élus locaux en partenariat avec les professionnels de santé (tout en prenant en compte l'ensemble des projets du territoire), qui permettent de :
  - développer un **exercice coordonné** entre les différents professionnels centré sur le patient
  - s'unir autour d'un **projet de santé** partagé intégrant la formation continue, la formation pluri professionnelle, la promotion de la santé, l'éducation thérapeutique...
  - nécessité d'intégrer dans chaque MSP la **formation des étudiants** dans tous les métiers de la santé
- développer et promouvoir **les lieux de stage** pour les étudiants
- optimiser la **communication et la coordination** des professionnels et des établissements de santé dans l'intérêt du patient
- développer le **partage de compétences et la délégation d'actes** pour mener une action horizontale et coordonnée
- **réorganiser la permanence des soins ambulatoires** de manière à épargner les médecins d'un trop grand nombre de gardes
- développer et **promouvoir des postes mixtes** pour les médecins hospitaliers et libéraux, et créer une **commission ville-hôpital**

- **développer un annuaire** regroupant tous les intervenants dans le domaine de la santé
- **développer les alternatives à l'hospitalisation** tout en favorisant les échanges entre professionnels de santé
- **développer la télémédecine** dans certains domaines spécialisés dans lesquels les ressources font défaut.

# 6. Bibliographie

- 1) **thèse POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**  
Présentée et soutenue publiquement par Isabeau ROLLAND-MARMIER Le 30/09/2014 **PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES EN MILIEU RURAL EN HAUTE-GARONNE EXEMPLE DU BASSIN OU COMMINGES : ETAT DES LIEUX, ENJEUX ET PERSPECTIVES**
- 2) Déserts médicaux : agir vraiment ; Rapport d'information de M. Hervé MAUREY, fait au nom de la commission du développement durable ; n° 335 (2012-2013) - 5 février 2013 <http://www.senat.fr/notice-rapport/2012/r12-335-notice.html> consulté en février 2014
- 3) Débat au congrès des maires de France [http://www.lemonde.fr/acces-aux-soins/article/2016/05/31/les-deserts-medicaux-une-catastrophe-en-debat-au-congres-des-maires-de-france\\_4929879\\_1655046.html](http://www.lemonde.fr/acces-aux-soins/article/2016/05/31/les-deserts-medicaux-une-catastrophe-en-debat-au-congres-des-maires-de-france_4929879_1655046.html) consulté en juin 2017
- 4) Article de presse : “les déserts médicaux vont devenir rapidement un problème majeur de santé publique” ; consulté en janvier 2017 <https://blogs.mediapart.fr/jean-jacques-rigot/blog/201216/les-deserts-medicaux-vont-devenir-rapidement-un-probleme-majeur-de-sante-publique>
- 5) Article de presse : “Des maisons de santé pour lutter contre la désertification médicale [http://www.lemonde.fr/idees/article/2011/04/13/des-maisons-de-sante-pour-lutter-contre-la-desertification-medicale\\_1506821\\_3232.html](http://www.lemonde.fr/idees/article/2011/04/13/des-maisons-de-sante-pour-lutter-contre-la-desertification-medicale_1506821_3232.html) consulté en mars 2015
- 6) Article de presse : “Des mesures incitatives contre la désertification rurale” <http://www.la-croix.com/Actualite/France/Des-mesures-incitatives-contre-la-desertification-rurale-2015-04-08-1300147> consulté en avril 2015
- 7) Article de presse : “Face à la désertification médicale, les élus sont de plus en plus séduits par les maisons de santé” [https://www.lesechos.fr/04/06/2012/LesEchos/21197-026-ECH\\_face-a-la-desertification-medicale--les-elus-sont-de-plus-en-plus-seduits-par-les-maisons-de-sante.htm](https://www.lesechos.fr/04/06/2012/LesEchos/21197-026-ECH_face-a-la-desertification-medicale--les-elus-sont-de-plus-en-plus-seduits-par-les-maisons-de-sante.htm) consulté en avril 2016
- 8) Conférence de territoire : “L’organisation des soins de premiers recours dans un bassin de santé” - compte rendu de débat public - Saint Gaudens ; 24 janvier 2014
- 9) ARS : territoires de santé <http://www.nord.gouv.fr/content/download/4379/23746/file/Territoires%20de%20Sant%C3%A9%20NPDC%20iv02.pdf> consulté janvier 2015
- 10) ARS : projet territorial de santé ; 17 janvier 2015 <https://www.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-15>
- 11) ARS : programmes territoriaux de santé ; consulté février 2015 <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/les-programmes-territoriaux-de-sante>

- 12) Contrat Local de Santé ; consulté février 2015 [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pacte\\_territoire\\_sante\\_-\\_plaquette\\_-\\_contrats\\_locaux\\_sante.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pacte_territoire_sante_-_plaquette_-_contrats_locaux_sante.pdf)
- 13) Permanence d'Accès aux Soins de Santé ; consulté février 2015 <https://www.ars.sante.fr/les-permanences-dacces-aux-soins-de-sante-0>
- 14) Les SSIAD : définition ; consulté mars 2017 <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-domicile/etre-soigne-domicile/les-ssiad-services-de-soins-infirmiers-domicile>
- 15) le réseau relience <http://www.reliance.fr/> consulté sept 2016
- 16) le SICASMIR <http://www.sicasmir.fr/sicasmir-detail.html> ; consulté sept 2016
- 17) Union nationale de familles et amis de personnes malades ou handicapées ; consulté sept 2016 <http://www.unafam.org/>
- 18) Articles de 2014 sur les MSPPU ; consulté juillet 2016 [http://www.medecinegen-creteil.net/wp\\_creteil/wp-content/uploads/2014/10/ATTALI-MSPPU.pdf](http://www.medecinegen-creteil.net/wp_creteil/wp-content/uploads/2014/10/ATTALI-MSPPU.pdf)
- 19) le CESP ; consulté jan 2015 <http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/pts/zoom-sur-les-dispositifs-en-faveur-des-futurs-et-jeunes-professionnels-de-sante/le-contrat-d-engagement-de-service-public-cesp/article/le-principe-du-cesp>
- 20) Le PTMG ; consulté jan 2015 <http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/pts/zoom-sur-les-dispositifs-en-faveur-des-futurs-et-jeunes-professionnels-de-sante/praticiens-territoriaux-de-medecine-generale-ptmq/ptmq>
- 21) ARS : Les CPOM ; consulté avril 2015 <https://www.ars.sante.fr/les-contrats-pluriannuels-dobjectifs-et-de-moyens-1>
- 22) ARS : Les CPOM ; consulté avril 2015 <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/contrats-pluriannuels-dobjectifs-et-de-moyens-cpom>
- 23) Ministère des Solidarités et de la Santé : Les CPOM ; consulté avril 2015 <http://social-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/droits-et-aides/etablissements-et-services-sociaux-et-medico-sociaux/article/contrats-pluriannuels-d-objectifs-et-de-moyens-cpom>
- 24) Ministère des Solidarités et de la Santé : Le GCS ; consulté mars 2016 <http://social-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/article/le-groupement-de-cooperation-sanitaire-gcs> consulté mars 2015
- 25) Fiches pédagogiques HPST : Organisations des soins : Le groupement de coopération sanitaire ; Textes de référence : Loi n°200-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Décret n°2010-862 du 23 juillet 2010 relatif aux

groupements de coopération sanitaire. Arrêté du 23 juillet 2010 relatif aux groupements de coopération sanitaire.  
[http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche\\_hpst -  
\\_le\\_groupement\\_de\\_cooperation\\_sanitaire-3.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_hpst_-_le_groupement_de_cooperation_sanitaire-3.pdf) consulté en mars 2016

- 26) Le GCS télé-santé ; consulté en mars 2015 <https://www.telesante-midi-pyrenees.fr/portail/presentation/gcs-telesante-midi-pyrenees-une-dynamique-en-marche.332.352.html>
- 27) viatrajectoire ; consulté en septembre 2016 <https://trajectoire.sante-ra.fr/Trajectoire/>
- 28) HAS : Protocoles de coopération entre professionnels de santé ; consulté en juin 2016 [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/protocole\\_de\\_cooperation - mode d emploi.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/protocole_de_cooperation_-_mode_d_emploi.pdf)
- 29) Evaluation et amélioration des pratiques - Fiche méthode HAS - Les protocoles de coopération ; Mai 2014 [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/protocole\\_de\\_cooperation\\_fiche\\_technique\\_2013\\_01\\_31.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/protocole_de_cooperation_fiche_technique_2013_01_31.pdf)
- 30) Evaluation des Pratiques Professionnelles ; consulté juillet 2016 <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000810646&dateTexte>
- 31) Ordre des Médecins 31 : Evaluation des Pratiques Professionnelles ; consulté mai 2016 [http://www.ordmed31.org/IMG/pdf/EPP doc en PDF.pdf](http://www.ordmed31.org/IMG/pdf/EPP_doc_en_PDF.pdf)
- 32) article infosdroits.fr ; consulté en mars 2015 <http://infosdroits.fr/la-cme-commission-medicale-detablissement-dans-la-fonction-publique-hospitaliere-definition-attributions-consultations/>
- 33) CNSA : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie ; consulté en décembre 2014 <http://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/maia>
- 34) esante.gouv.fr : le Répertoire Opérationnel de Ressources ; consulté janvier 2016 [http://esante.gouv.fr/sites/default/files/asset/document/hit\\_2016\\_ror\\_parcours\\_soins.pdf](http://esante.gouv.fr/sites/default/files/asset/document/hit_2016_ror_parcours_soins.pdf)
- 35) DOSSIER DE PRESSE Société Française de Radiologie : Voyage au cœur des réseaux d'imagerie médicale ; consulté mai 2016 <http://www.sfrnet.org/Data/upload/Images/COM%25/Voyage%20au%20c%C5%93ur%20des%20r%C3%A9seaux%20d%E2%80%99imagerie%20m%C3%A9dicale.pdf>
- 36) CHU Toulouse : téléradiologie dans la filière AVC ; mai 2016 <http://www.reseau-chu.org/article/avc-proximite-et-expertise-ne-sont-plus-antinomiques-grace-a-la-filiere-neurovasculaire/>

- 37) MG France : installation en zone déficitaire : les aides possibles ; consulté juillet 2017 <https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/1604-installation-en-zones-deficitaires-les-aides-possibles>
- 38) ARS : les SROS ; révision 2015 [https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/SROS\\_A\\_PRS\\_poitou\\_charentes.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/SROS_A_PRS_poitou_charentes.pdf)
- 39) article L1434-7 du Code de la santé publique ; 4 janvier 2012 [http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-01/ste\\_20120001\\_0100\\_0085.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-01/ste_20120001_0100_0085.pdf)
- 40) Zones fragiles - Zone de vigilance ; consulté le 07/17 <http://www.urps-med-aura.fr/organisation-et-offre-de-soins/zones-fragiles-et-de-vigilance/12>
- 41) ARS : Zonage ambulatoire ; mars 2017 <http://dmq.medecine.univ-paris7.fr/documents/Documents%20utiles%20pour%20exerc%20prof/zonageambula.pdf>
- 42) Zone de vigilance - Territoires vulnérables (PAPS Occitanie) consulté juillet 2017 <http://www.occitanie.paps.sante.fr/Zones-de-vigilance-Territoires-vulnerables.41064.0.html>
- 43) Commissariat général à l'égalité des territoires ; consulté en en août 2017 <http://www.cgct.gouv.fr/le-cgct/missions>
- 44) Exonération d'impôts en zones de revitalisation rurale : consulté août 2017 <https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F31139>
- 45) URSSAF - ZRR : consulté en août 2017 <http://les-aides.fr/fiche/a5VqGX1X1ODM/>
- 46) Observatoire des Territoires : Périmètre ZRR ; consulté en août 2017 <http://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr/le-p-rim-tre-des-zrr-au-1er-juillet-2017-0>
- 47) URSSAF - le FNAL ; consulté en août 2017 <https://www.urssaf.fr/portail/home/taux-et-baremes/taux-de-cotisations/les-employeurs/le-fnal.html>
- 48) Rôle du coordonnateur en MSP ; consulté en août 2017 <http://solutionsmedicales.fr/gerer-un-cabinet/la-coordination-en-maison-de-sante>
- 49) *Le tabouret à quatre pieds*  
*Recrutement et maintien en poste des médecins de famille ruraux*  
 Dr Goertzen  
 Revue "Le Médecin de famille canadien"  
 vol 51 SEPTEMBRE 2005
- 50) *Facteurs qui influencent le médecin de famille dans sa décision d'aller en pratique rurale : Le passé urbain ou rural joue-t-il un rôle?*  
 Benjamin T.B. Chan, Naushaba Degani, Tom Crichton, Raymond W. Pong, James T. Rourke, James Goertzen, Bill McCready  
 Revue "Le Médecin de famille canadien" vol 51 SEPTEMBRE 2005

- 51) Spousal perspectives on factors influencing recruitment and retention of rural family physicians  
Erin Mayo, Maria Mathews  
CJRM 2006
- 52) Québec : Plans Régionaux d'Effectif Médicaux ; consulté en août 2017  
<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/medecine-au-quebec/prem.php>  
<http://www.lefigaro.fr/mon-figaro/2013/06/04/10001-20130604ARTFIG00263-le-remede-du-quebec-pour-resorber-ses-deserts-medicaux.php>
- 53) Profil Médecin (une marque du groupe HOSPIMEDIA) ; consulté en sept 2017  
<http://www.profilmedecin.fr/contenu/medecins-en-europe-en-belgique-de-fortes-similitudes-avec-la-france/>
- 54) Impulseo - INAMI ; consulté en septembre 2017  
<http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/impulseo/Pages/default.aspx#.Wb1TY2SsVHA>
- 55) Wallonie Famille Santé Handicap ; consulté en sept 2017  
<http://sante.wallonie.be/?q=sante/soins-ambulatoires/dispositifs/impulseo>

# 7. Annexes

## Annexe 1 : compte rendu du comité de pilotage

### Direction Territoriale de Haute-Garonne

### Compte rendu du COFIL du Programme Territorial de Santé

### Bassin de santé de Saint-Gaudens

<b>Date :</b>	17/09/2014	<b>Heure :</b>	10 H - 12 H 30	<b>Lieu :</b>	Saint-Gaudens
---------------	------------	----------------	----------------	---------------	---------------

<b>Ordre du jour :</b>	
	Introduction : L. Poquet - Présentation des membres du COFIL
	Présentation par la DT 31 des fiches thématiques issues des éléments de diagnostics.
	Discussion - Conclusion

#### Composition du Comité de Pilotage :

	<i>Pr</i>	<i>Ex</i>	<i>Ab</i>		<i>Pr</i>	<i>Ex</i>	<i>Ab</i>
<i>M. AGARD Jean-Louis</i>			X	<i>Mme LABATUT Géraldine</i>			X
<i>M. ALIAS François</i>	X			<i>M. LASSERRE Jean-Jacques</i>	X		
<i>Mme BALLARIN-LAZARO Marie-Pierre</i>	X			<i>Dr. LONGEAUX Nicolas</i>	X		
<i>Dr. BOURSE Jean-François</i>	X			<i>M. LLORCA Pierre</i>	X		
<i>M. Jean-Philippe CALMEL</i>	X			<i>M. LOSEGO Jean-Michel</i>	X		
<i>Mme CAVALIER Monique</i>		X		<i>M. MASSALAZ Laurent</i>	X		
<i>Mme DAGAULT Nicole</i>	X			<i>Mme MAURY Annie</i>		X	
<i>Mme DECOTTIGNIES Florence</i>	X			<i>Dr. MONTASTIER Philippe</i>	X		
<i>Mme DE ALMEIDA LOUBIERE Elvire</i>		X		<i>Dr. ORDONO Bernard</i>	X		
<i>M. DIVERNET Christophe</i>			X	<i>Dr. PIAU Christine</i>	X		

<i>Mme DOMEJEAN Danielle</i>		X		<i>M. POQUET Laurent</i>	X		
<i>Dr. DUGAST Jean-Richard</i>			X	<i>M. PORTET Jean-Bernard</i>	X		
<i>Mme GIRIER-DIEBOLT Christine</i>	X			<i>M. ROUANET Régis</i>	X		
<i>Dr. GRIMA Philippe</i>			X	<i>Dr. THEVENOT Jean</i>	X		
<i>Dr. HUET Serge</i>	X			<i>Mme VIGNEAU Laure</i>			X
<i>M. JULIA Gilbert</i>	X						
<b>Ont également participé :</b>							
<i>Mme CRANIER Patricia Responsable adjoint Maison Des Solidarités (MDS)</i>				<i>Dr. OLERON Françoise MDS Saint- Gaudens</i>			
<i>Mme ESTEYRIE Elsa Directrice Adjointe EHPAD l'Ensoleillade</i>				<i>Mme THIEFFIN Lucile Cadre Infirmier EHPAD l'Ensoleillade</i>			
<i>M. ESTEVEZ Rémi Interne en Médecine Générale</i>				<i>M. VERGES Yohann Interne en Médecine Générale</i>			
<i>M. MAHE Jean-Yves Responsable MDS Saint- Gaudens</i>							

<i>Mme CHABRIERE Sophie DT 31</i>	<i>M. Jean-Sylvère ISNARD DT 31</i>
<i>M. DELANNOY Romuald DT 31</i>	<i>Mme MATHIEU Hélène DT 31</i>
<i>Mme FUMERY Lucille DT 31</i>	<i>Mme PARDO Aurélie DT 31</i>

<b>Rédacteur :</b>	Délégation Territoriale Haute-Garonne
--------------------	---------------------------------------

<b>Compte rendu :</b>	
<i>Sujets :</i>	<i>Eléments de discussion :</i>
<b><u>Présentation générale</u></b>	<p>M. Poquet excuse Mme CAVALIER Directrice Générale, retenue par la réunion d'installation de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA).</p> <p>Après un tour de table de présentation, M. Poquet rappelle la démarche et le calendrier du Programme Territorial de Santé et propose de passer à la présentation des fiches thématiques. Après chacune des présentations, il précise que des échanges pourront avoir lieu et un avis sur les objectifs de travail sera recueilli.</p> <p>De plus, en fin de séance un document relatif aux différents groupes de travail circulera pour permettre l'inscription des volontaires sur ceux-ci.</p>
<b><u>Fiches</u></b>	

<p><b><u>thématiques</u></b></p>	<p><b><u>PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE</u></b></p> <p>Présentation par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lucille Fumery, Elève Inspectrice</li> <li>▪ Jean-Sylvère Isnard, Ingénieur d'Etudes Sanitaires, pour la partie Santé environnement.</li> </ul>
<p><b><u>Commentaires</u></b></p>	<p>Le représentant de l'IREPS s'interroge sur le choix de la prévention, primaire ou secondaire.</p> <p>L'ARS souligne que l'objectif est de toucher un maximum de personnes éloignées du soin.</p>
<p><b><u>Avis</u></b></p>	<p>Les membres du Comité de Pilotage ne formulent aucune opposition ou commentaires quant aux axes proposés.</p>
<p><b><u>Commentaires</u></b></p>	<p><b><u>ACCES AUX SOINS</u></b></p> <p>Présentation par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Docteur Christine PIAU, Médecin de Santé Publique</li> </ul> <p><u>Comparaison des chiffres</u> - La comparaison des chiffres du Comminges à la moyenne de la Haute-Garonne présente des limites, du fait de l'impact très fort de la région toulousaine. Il conviendrait d'établir des comparaisons aux moyennes de départements ruraux du type Gers ou Ariège, plus proches sur le plan socio-démographique du bassin de St Gaudens.</p> <p><u>Démographie médicale</u> - Les problèmes identifiés en médecine de ville existent également au sein de l'hôpital dans différentes spécialités (imagerie-pédiatrie- anesthésie réanimation- gyneco-obstétricien). Ces difficultés induisent une fragilisation</p> <p>des services.</p> <p>La résolution de la démographie médicale ne se trouve pas uniquement en examinant le champ de la santé mais vient plus globalement interroger l'aménagement du territoire (écoles, commerces, etc...), et nécessite l'implication forte des élus. Un développement territorial concerté doit s'exercer à tous les niveaux, l'installation d'un professionnel ne passe pas seulement par l'aménagement d'un local.</p> <p>Le projet de la MSP d'Aurignac est cité : grâce à l'attractivité du secteur qui est dynamique, à l'engagement de la collectivité, au projet médical mis en place, deux couples de médecins prennent au sein de la MSP le relais des 3</p>



	<p>Aussi, les démarches d'aide à l'installation des professionnels de santé ne doivent pas concerner seulement les médecins mais aussi les infirmières libérales qui sont prêtes à faire des toilettes, dans la mesure où les SSIAD ne pourront pas absorber la masse sans cesse croissante de travail, qui bien souvent est réalisé dans l'urgence. Néanmoins, tous les IDE libéraux ne réalisent pas de toilette. La complémentarité d'action est aussi à rechercher entre les services d'aide à domicile et les SSIAD.</p> <p>Les membres sont favorables au maintien des axes proposés.</p>
<p><b><u>Avis</u></b></p>	<p><b><u>PARCOURS DE LA PERSONNE HANDICAPEE (secteur enfant et adulte)</u></b></p> <p>Présentation par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sophie CHABRIERE, Chargée de mission</li> </ul> <p>La présentation des chiffres relatifs aux listes d'attente en place SESSAD soulève une interrogation de la part de Mr MASSALAZ. Il semblerait que les chiffres transmis par la MDPH à l'ARS en juillet 2014 ne correspondent pas aux chiffres détenus par l'établissement. Les premiers laissent penser que les places actuellement installées semblent pouvoir répondre aux listes d'attente des SESSAD et n'appellent pas de remarque particulière.</p> <p>Les représentants de la MDS (Cazères et Saint-Gaudens) confirme la problématique soulevée pour les enfants + de 12 ans (jusqu'à 18 ans) : celle de la rupture dans le parcours du fait de l'absence de structures et de réponses pour assurer cette prise en charge y compris lors des situations complexes.</p> <p>La question de l'insertion professionnelle et la question de la rupture entre le secteur de l'enfance et le secteur de l'adulte, ont été citées comme points nécessitant également une réflexion. Il a été rappelé que ces thèmes avaient dû faire l'objet de priorisations malgré leur caractère essentiel méritant une réflexion pluridisciplinaire à part entière.</p> <p>Les membres sont favorables au maintien des axes proposés.</p>
<p><b><u>Commentaires</u></b></p>	<p><b><u>Avis</u></b></p> <p>Les membres sont favorables au maintien des axes proposés.</p> <p><b><u>Conclusion</u></b></p> <p>M. Poquet conclut en précisant que l'ensemble des axes définis par les fiches thématiques et validés par le COPIL permettront de préparer les travaux des groupes de travail et de définir le plan d'actions. Ces travaux vont s'étaler jusqu'au mois de mars 2015 et seront présentés à la conférence de territoire après validation du comité de pilotage.</p>

**Co-pilote**

Il indique que le pilotage des groupes de travail sera assuré par un binôme ARS - membre du COPIL. Il sollicite l'assemblée pour recueillir les coordonnées d'un co-pilote sur chacun des groupes.

**PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE**

- Bénédicte Brocard
- Dr. Jean-François Bourse

**SANTE ENVIRONNEMENT**

- Nicolas Sauthier
- Jean-Sylvère Isnard

**ACCES AUX SOINS**

- Dr. Christine Piau
- Dr. Serge Huet

**PARCOURS DE LA PERSONNE AGEE**

- Marie-Pierre Nunez
- Dr. Florence Decottignies
- Pierre Llorca

**PARCOURS DE LA PERSONNE HANDICAPEE**

• **SECTEUR ENFANT**

- Frédérique Pelangeon
- Laurent Massalaz

• **SECTEUR ADULTE**

- Maryse Fourroux
- 

**Information dernière minute**

Les groupes de travail Parcours de la personne handicapée initialement prévus le jeudi 13 novembre 2014 sont modifiés en raison de contraintes d'agendas et fixés au

- ✓ **Vendredi 7 novembre 2014 matin** pour le secteur enfant
- ✓ **Vendredi 7 novembre 2014 après-midi** pour le secteur adulte.

Tous les groupes de travail se dérouleront à Saint-Gaudens.

## Annexe 2 : invitation accès aux soins



Direction émettrice : Direction Territoriale de la Haute-Garonne  
Affaire suivie par : Laurent POQUET  
Courriel : laurent.poquet@ars.sante.fr  
Téléphone : 05.34.30.27.40  
Date : 8 octobre 2014

### Objet : Groupes de travail - Programme territorial de santé du bassin de Saint-Gaudens

Madame, Monsieur,

L'Agence Régionale de Santé de Midi-Pyrénées, en lien avec la Conférence de territoire, a engagé sur le **bassin de santé de Saint-Gaudens** une démarche de Programme Territorial de Santé (PTS) avec les collectivités territoriales, les professionnels de santé, les usagers et en accord avec les interventions menées par l'Association Santé Territoire Comminges, Barousse, Val d'Aran.

Le programme territorial de santé, à partir des besoins du territoire, a pour objectif de programmer de manière transverse les actions à conduire pour atteindre les cibles fixées par le Projet Régional de Santé (PRS) et les mettre en cohérence avec les démarches locales de santé.

Le comité de pilotage, installé le 17 septembre 2014, a retenu 4 axes de réflexion qui font l'objet de 6 groupes de travail, définis ci-dessous. Chaque groupe se réunira trois fois pour approfondir le diagnostic, valider les thématiques retenues et proposer un plan d'action.

Les groupes de travail se dérouleront à l'adresse suivante :

**SICASMIR**  
14, rue Robert Schuman  
31800 Saint-Gaudens

### Vous êtes sollicité pour participer au(x) groupe(s) :

- Promotion des comportements favorables à la santé
- Promotion d'un environnement favorable à la santé (santé environnement concernant la lutte contre l'habitat indigne)
- Accès aux soins
- Parcours de la personne handicapée enfant
- Parcours de la personne handicapée adulte
- Parcours de la personne âgée

Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées  
Délégation Territoriale de la Haute-Garonne  
10 Chemin du Raisin - 31050 TOULOUSE CEDEX 9  
Tel : 05.34.30.24.00  
[www.ars.midipyrenees.sante.fr](http://www.ars.midipyrenees.sante.fr)

### Prévention et la promotion de la santé

Groupe Promotion des comportements favorables à la santé

Réunion n°1 : jeudi 6 novembre 2014 10h00-12h30

Réunion n°2 : jeudi 11 décembre 2014 10h00-12h30

Réunion n°3 : jeudi 29 janvier 2015 10h00-12h30

Groupe Promotion d'un environnement favorable à la santé

(santé environnement concernant la lutte contre l'habitat indigne)

Réunion n°1 : vendredi 7 novembre 2014 10h00-12h30

Réunion n°2 : vendredi 12 décembre 2014 10h00-12h30

Réunion n°3 : vendredi 30 janvier 2015 10h00-12h30

### Accès aux soins

Réunion n°1 : jeudi 6 novembre 2014 14h00-16h30

Réunion n°2 : jeudi 11 décembre 2014 14h00-16h30

Réunion n°3 : jeudi 29 janvier 2015 14h00-16h30

### Parcours de la personne handicapée

Groupe Parcours enfant

Réunion n°1 : vendredi 7 novembre 2014 10h00-12h30

Réunion n°2 : jeudi 18 décembre 2014 10h00-12h30

Réunion n°3 : jeudi 5 février 2015 10h00-12h30

Groupe Parcours adulte

Réunion n°1 : vendredi 7 novembre 2014 14h00-16h30

Réunion n°2 : jeudi 18 décembre 2014 14h00-16h30

Réunion n°3 : jeudi 5 février 2015 14h00-16h30

### Parcours de la personne âgée

Réunion n°1 : vendredi 14 novembre 2014 10h00-12h30

Réunion n°2 : vendredi 19 décembre 2014 10h00-12h30

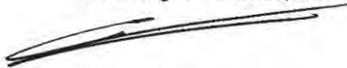
Réunion n°3 : vendredi 6 février 2015 10h00-12h30

Vous trouverez en accompagnement de la présente invitation les documents de travail relatifs au(x) groupe(s) pour lequel vous êtes sollicité.

**Je vous remercie de me confirmer votre présence ou celle de votre collaborateur par retour de mail : [ars-dt31-animation-territoriale@ars.sante.fr](mailto:ars-dt31-animation-territoriale@ars.sante.fr).**

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sincères salutations.

Le Délégué Territorial, chef de projet



Laurent Poquet

Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées  
Délégation Territoriale de la Haute-Garonne  
10 Chemin du Raisin - 31050 TOULOUSE CEDEX 9  
Tel : 05.34.30.24.00  
[www.ars.midipyrenees.sante.fr](http://www.ars.midipyrenees.sante.fr)

## **Annexe 3 : DT ARS : PTS bassin de santé de Saint Gaudens ; éléments généraux**

### **PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTE BASSIN DE SANTE DE SAINT-GAUDENS**

#### **PREAMBULE**

L'accès aux soins doit être approché dans ses différentes composantes, soins de premier recours et de proximité et soins de 2<sup>ème</sup> recours.

A cet égard, sont à prendre en compte :

- les ressources existantes, leur répartition et articulation, dans une approche quantitative et qualitative
- l'accessibilité géographique, financière et les pratiques de recours.

L'accès aux soins doit se traduire dans une dynamique de parcours.

Il convient de le resituer dans les objectifs prioritaires du CPOM Etat-ARS 2015-2018 :

- Garantir la qualité et la sécurité de prises en charge coordonnée et adaptées aux besoins des usagers
- Garantir l'égal accès au système de santé (continuité de prise en charge de proximité- accès pour les personnes les plus éloignées).

Les nouveaux dispositifs (MSP- Pôles de santé- CESP- Praticien territorial..), les leviers juridiques et financiers (expérimentation des nouveaux modes de rémunération...projet de généralisation du tiers payant d'ici 2017 et en 2015 pour les bénéficiaires à l'ACS...) sont à valoriser.

#### **1) SYNTHESE DES ELEMENTS DE DIAGNOSTIC EXISTANTS SUR L'ACCES AUX SOINS**

##### **■INDICATEURS DE SANTE SPECIQUES**

Quelques indicateurs méritent d'être soulignés :

- **un taux standardisé de mortalité générale** (2006), hommes et femmes supérieur au taux moyen départemental, régional et national
- **un taux standardisé de mortalité évitable par le système de soins<sup>i</sup>** pour les hommes le plus élevé de la région et supérieur à la moyenne nationale (49,1/100 000h vs 39,3 au niveau national). Pour les femmes, à l'inverse, ce taux est un des plus faibles de la région et inférieur à la moyenne nationale.

(infections intestinales- tuberculose- diphtérie- tétanos-polio- cancer colon/rectum- cancer de la peau- cancer du sein- malformations congénitales appareil circulatoire.....)

Plus spécifiquement, on peut noter :

- **un taux de mortalité lié aux maladies cardio-vasculaires** supérieur à la moyenne départementale, régionale et nationale avec un taux d'affections longue durée cardiopathies ischémiques également supérieur

- **un taux de mortalité par accidents vasculaires cérébraux**, très supérieur aux moyennes départementale, régionale et nationale tant chez les hommes que chez les femmes.

### **■INDICATEURS SUR LE RECOURS AUX SOINS**

**En ambulatoire**, les données concernant le recours aux soins, standardisées sur l'âge, font apparaître :

- un recours aux médecins généralistes, aux dentistes qui se situe dans la moyenne
- des actes infirmiers de soins (AIS) faibles par habitant mais certainement compensés par les interventions de SSIAD
- un recours aux kinésithérapeutes et au psychiatre inférieur à la moyenne départementale.

**Pour le recours à l'hospitalisation**, hormis l'HAD moins sollicité qu'au niveau départemental et régional, on observe un niveau de recours proche des moyennes départementales et régionales pour la médecine, supérieur pour le SSR en ce qui concerne les hommes. Le taux d'hospitalisation après passage aux urgences est supérieur à la moyenne départementale et régionale.

Le taux de fuite est à prendre en considération avec des recours hospitaliers hors bassin : taux de fuite global évalué à 50% en 2011 correspondant à 52% pour la médecine - 36% pour la chirurgie - 75% pour la maternité.

**Pour les actes de prévention**, on note :

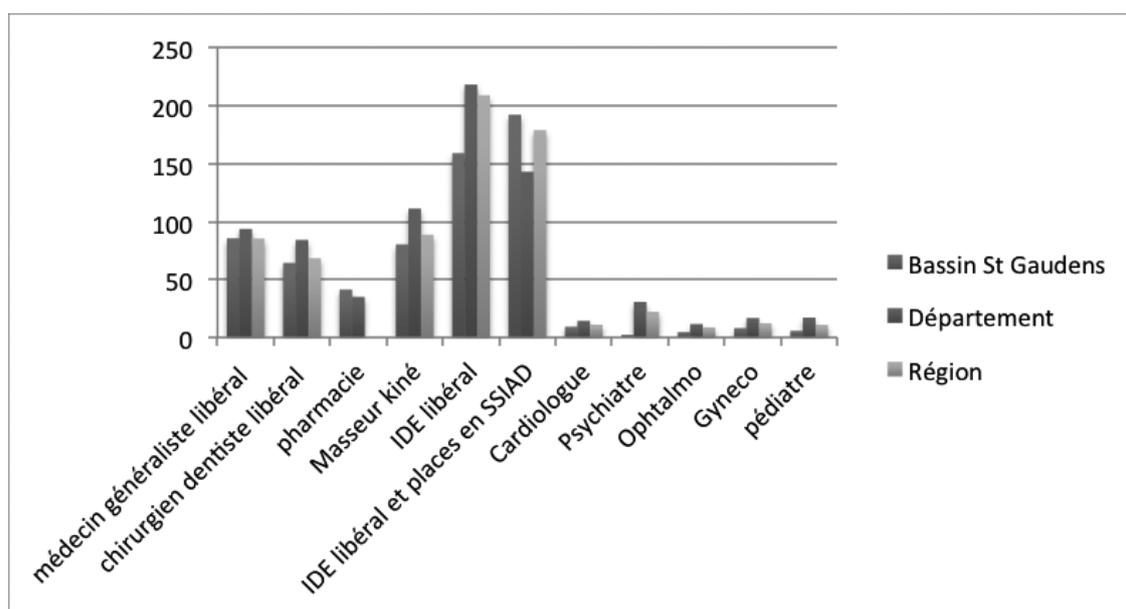
- un taux de vaccination antigrippale inférieur à la moyenne départementale et régionale
- un suivi médical du diabète (hémoglobine glyquée - fond d'œil) dans la moyenne départementale.

### **■PROFESSIONNELS DE SANTE**

**Sur la Haute-Garonne, 4 communes sont identifiées zones de vigilance** ou prioritaires (selon l'art R1434-4 du CSP...), zones caractérisées par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins : elles sont toutes situées dans le bassin de St-Gaudens :

- Boulogne-sur-Gesse
- L'Isle-en-Dodon
- Saintt-Béat
- Salies-du-Salat

## Densité standardisée des professionnels de santé (données ORS année 2010)



Densité standardisée : estimation des ETP (somme des honoraires perçus en 2010 divisés par la médiane régionale des honoraires perçus/ population pondérée (RP 2007 pondérée en fonction du recours aux soins observé en 2010)

La densité standardisée des divers professionnels de santé de 1<sup>er</sup> recours, sur le bassin de St-Gaudens, est inférieure à la densité départementale et régionale. Les chiffres sont particulièrement critiques pour les IDE libéraux et pour certaines spécialités médicales.

Par rapport aux IDE libéraux et à l'activité qu'ils peuvent assumer, une partie est probablement prise en charge par les SSIAD.

Si pour les médecins libéraux, les résultats observés sont proches de la moyenne régionale, il convient de prendre en compte la répartition par âge de ces professionnels, puisque sur 96 médecins généralistes identifiés début 2014 sur le bassin, 52% ont plus de 60 ans (25% ont plus de 65 ans et continuent à exercer faute de reprise de leurs cabinets), ce qui laisse présager en l'état d'une situation particulièrement préoccupante très rapidement.

### Laboratoires- Imagerie médicale

A compléter

### ■STRUCTURATON DU 1er recours

#### **MSP**

Sur le bassin de St-Gaudens, une MSP est en fonctionnement sur Aspet depuis 2013.

Plusieurs projets sont en cours :

- projet validé par le comité régional sur Aurignac (ouverture pour 2015)

- projets en réflexion, ayant fait l'objet de contact avec l'ARS : Boulogne – Montréjeau  
- L'Isle en Dodon - St Béat/Cierp Gaud - Luchon.

Une mobilisation des élus sur la construction de ces projets est constatée.

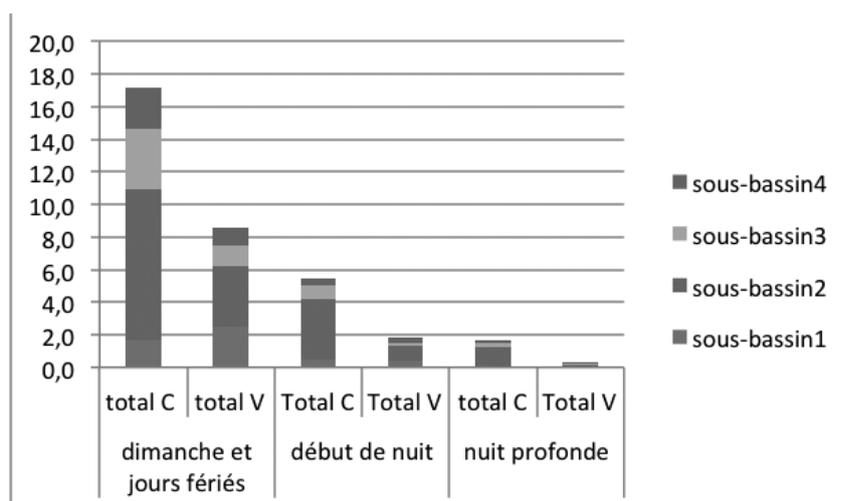
## PDSA

La nouvelle organisation de la PDSA est en place depuis début 2013 avec, pour l'effectif, passage de 11 à 4 sous-bassins et suppression de la nuit profonde.

On observe :

- une contrainte forte de cette PDSA sur plusieurs de ces sous-bassins en raison du faible nombre et du vieillissement des médecins et des conditions géographiques et climatiques. A noter une effectif fixe avec exemption de visite sur le sous-bassin de Bagnères-de-Luchon.
- une activité de PDSA très faible en soirée et en week-end sur les différents sous-bassins en dehors du sous-bassin de St-Gaudens ce qui entraîne une contrainte forte pour un petit nombre de médecins avec un revenu faible
- la nécessaire coordination de la PDSA et de la garde des pharmaciens.

### Nombre d'intervention moyenne quotidienne (consultation-visite) en PDSA



Plusieurs réunions de travail sur 2013 et 2014 ont été conduites pour étudier des hypothèses de réorganisation avec notamment la mise en place d'une maison médicale de garde sur le CH de St-Gaudens et mise en place d'effecteurs mobiles.

Depuis le 2 juin 2014, la régulation libérale passe par un numéro unique le 3966.

## ETABLISSEMENTS DE SANTE

**Le bassin de St-Gaudens comprend, outre le CH de Saint-Gaudens, des établissements SSR et USLD (CH Luchon - SSTR Salies du Salat - SSR déficients visuels).**

**Le CH de St-Gaudens est l'établissement pivot du bassin** comprenant activité d'urgences, SMUR, réanimation, médecine, chirurgie, obstétrique, SSR, USLD.

Sur le plan structurel, le regroupement des activités sur un seul site est aujourd'hui acté.

Dans le cadre de son CPOM, l'établissement a développé une filière gériatrique sanitaire complète.

Le développement de la chirurgie ambulatoire reste un objectif à soutenir et nécessite un partenariat formalisé avec les professionnels du domicile.

Depuis 2010, une activité d'hospitalisation à domicile a été développée.

La maternité, qu'il est nécessaire de maintenir, a une activité limitée aux alentours de 500 accouchements par an.

Différentes filières de prise en charge sont développées : AVC – cardiologie – diabétologie – oncologie.

La psychiatrie est rattachée pour les adultes au CH de Lannemezan et pour les enfants au CH Marchant.

Le service des urgences connaît une progression d'activité constante avec :

- une augmentation de 5,7 % de 2012 à 2013
- une augmentation moyenne de 4 % sur les 5 dernières années
- 10,7 % de CCMU1 en 2013 pour 9,4 % en 2012.

L'activité du SMUR est de 829 sorties primaires et 440 secondaires en 2013 pour respectivement 870 et 366 en 2012.

L'accès à un service d'urgences n'est pas à moins de 30' pour la totalité de la population du bassin, ce qui doit conduire à une réflexion sur des dispositifs complémentaires (correspondants SAMU...).

Des difficultés de recrutement sont identifiées dans certaines spécialités : gynécologie - radiologie – pédiatrie - anesthésie-réanimation.

La permanence des soins au CH est organisée autour des spécialités suivantes : anesthésie

- chirurgie orthopédique et traumatologique - chirurgie viscérale et digestive - cardio-vasculaire - gynéco-obstétrique - pédiatrie- radiologie – réanimation.

Un enjeu important est, autour des activités consolidées au sein de l'établissement, de renforcer le recours de proximité et d'éviter les fuites.

## **ARTICULATION DES PROFESSIONNELS - ARTICULATION VILLE-HOPITAL**

### **Dispositifs**

#### Réseaux :

- le réseau Reliance, à vocation départementale, a de nouvelles missions qui lui sont assignées : appuyer les équipes de premier recours et coordonner le parcours de santé pour les patients en situation complexe relevant de soins palliatifs ou de maladies

chroniques (conseil et orientation - coordination des acteurs - équipe d'appui intervenant auprès des acteurs de proximité.

MAIA (rattaché au CH de Muret) : c'est un dispositif visant à l'intégration des services et établissements pour personnes âgées et à un travail de coordination autour des situations complexes de prise en charge des personnes âgées à domicile. Une MAIA avec 3 gestionnaires de cas est en place, couvrant le bassin de Saint-Gaudens et le bassin de Muret,.

#### Equipes mobiles

L'équipe mobile gériatrique, rattachée au CH de St-Gaudens a actuellement une activité intramuros.

Association Santé Territoire Comminges-Barousse-Val d'Aran : regroupant élus, usagers, professionnels libéraux et établissements.

### **Les pratiques**

#### Protocoles de coopération et délégation d'actes

Sur le bassin de St-Gaudens, un protocole de coopération avec délégation d'actes aux IDE pour le dépistage de la fragilité est mis en place sur la MSP d'Aspet (formation des IDE par le Gérontopole prévue fin sept-début oct).

### **ACCESSIBILITE AU SOINS**

#### **Accessibilité géographique**

##### Les transports sanitaires, sociaux, de droit commun

##### Les organisations à compléter

- consultations avancées
- télémédecine

#### **Accessibilité financière**

##### Répartition des médecins secteur 1 et 2

	Généralistes		Spécialistes	
	Secteur 1	Secteur 2	Secteur 1	Secteur 2
Bassin St-Gaudens	92	2	54	10
Département	1 400	48	1206	403
Région Midi-Pyrénées	2 907	92	1990	567

La part des médecins en secteur 2 sur le bassin de St-Gaudens est très faible pour les médecins généralistes, plus élevée pour les spécialistes, mais reste dans les deux cas inférieure aux pourcentages départemental et régional :

- 2,1% des généralistes pour 3,4 % au niveau départemental et 3,1 au niveau régional.
- 18,5% des spécialistes pour 33,4% au niveau départemental et 28,4% au niveau régional.

## **FORMATIONS - MAITRES DE STAGE - AIDES SPECIFIQUES**

**Une antenne d'IFSI (20 places) et une école d'AS** (39 places - à majorer de 10% pour les post-VAE et les passerelles) sont en place sur le bassin de St-Gaudens.

Une formation par voie d'apprentissage se met en place à l'IFRASS et à la Croix Rouge sur Toulouse (16 places chacun) pour la région.

Le taux de renouvellement de formation, en Haute-Garonne, est de 5,9% pour les IDE, inférieur à la moyenne régionale et nationale. Il est de 5% pour les AS, proche de la moyenne régionale et inférieur à la moyenne nationale.

**Le CH de St-Gaudens accueille des stagiaires** (internes en médecine - étudiants infirmiers - AS). La problématique de lieux de stages est soulignée, notamment pour les paramédicaux dans les travaux conduits par le Conseil Régional.

X médecins généralistes sont maîtres de stage. à compléter

**Des contrats de fidélisation ont été mis en place par le Conseil régional** pour les étudiants IDE et masseurs-kinésithérapeutes : ces étudiants reçoivent une aide financière pour leurs études avec en contre-partie un engagement à travailler dans certains lieux.

**CESP : Un contrat de praticien territorial de médecine générale** a été signé avec un médecin qui s'est installé sur l'Isle-en-Dodon.

## **■ APPROCHE QUALITATIVE**

(Issue des travaux de la conférence de territoire avec diagnostic territorial Haute-Garonne en 2011/ 2014- états généraux de la santé association Santé-territoire 2013- débat territorial sur le bassin de St-Gaudens en 2014)

Différents constats et premières propositions émergent de ces différents travaux :

### **Constats**

- place de l'aménagement du territoire et des politiques publiques
- problèmes démographiques médicaux et paramédicaux et d'attractivité (effectifs-tranche d'âge-évolution des modes d'exercice et des attentes).
- spécificité du contexte géographique avec zone montagneuse
- question de l'accessibilité financière

## **Propositions**

- privilégier une approche multisectorielle, dépassant le cadre de la santé
- favoriser l'exercice en groupe et pluridisciplinaire (MSP, maillage du territoire, coordination des professionnels), développer l'activité multi-sites, les exercices mixtes, recentrer le soignant sur sa mission
- développer les délégations d'actes, l'activité en postes avancées
- développer les liens 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> recours ou ville hôpital
- conforter la place du CH de St-Gaudens
- mettre à disposition des plateaux techniques adaptés.
- développer les lieux de stage hors CHU
- engager l'usager à réinvestir son territoire et ses ressources
- développer une information sur le bon recours.

## **2) PROPOSITIONS D'OBJECTIFS DE TRAVAIL ISSUS DU CROISEMENT DES PRIORITES REGIONALES DE SANTE ET DES DIAGNOSTICS EXISTANTS**

En considérant les spécificités du bassin : ruralité - accessibilité géographique difficile - vieillissement de la population – précarité - démographie des professionnels de santé.

### **■ Maintenir et développer un accès aux soins de proximité**

- ⇒ Favoriser la venue et l'installation de jeunes professionnels de santé
- ⇒ Proposer un maillage du soin de premier recours avec le développement de pôle de santé et de MSP
- ⇒ Favoriser un travail pluridisciplinaire et coordonné hors MSP ou pôle de santé
- ⇒ Développer les formations et stages
- ⇒ Réorganiser la PDSA

### **■ Développer une articulation ville-hôpital et un exercice coordonné**

*Pour un parcours plus adapté du patient, pour prendre en compte les limites en termes de ressources humaines, pour rompre l'isolement des professionnels de santé.*

- ⇒ Identifier les thématiques et les populations à prioriser
- ⇒ Développer des postes mixtes
- ⇒ Développer un projet territorial de télémédecine
- ⇒ Identifier les champs pour lesquels la mise en place d'expertise téléphonique serait souhaitable

### **■ Promouvoir l'utilisation des ressources de proximité auprès des usagers et faire connaître aux professionnels de santé les dispositifs et ressources existantes**

## ■Composition du groupe de travail

- URPS (médecin – IDE - kiné)
- ordre (médecin – IDE – kiné - pharmacien)
- syndicat pharmaciens
- CPAM
- MSA
- Centre Hospitalier St-Gaudens (directeur - président CME)
- SSIAD - EHPAD
- Reliance
- PASS
- représentants usagers
- ARS

<p style="text-align: center;"><b>PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTE</b> <b>BASSIN DE SANTE DE SAINT-GAUDENS</b></p>
--

### PREAMBULE

L'accès aux soins doit être approché dans ses différentes composantes, soins de premier recours et de proximité et soins de 2<sup>ème</sup> recours.

A cet égard, sont à prendre en compte :

- les ressources existantes, leur répartition et articulation, dans une approche quantitative et qualitative
- l'accessibilité géographique, financière et les pratiques de recours.

L'accès aux soins doit se traduire dans une dynamique de parcours.

Il convient de le resituer dans les objectifs prioritaires du CPOM Etat-ARS 2015-2018 :

- Garantir la qualité et la sécurité de prises en charge coordonnée et adaptées aux besoins des usagers
- Garantir l'égal accès au système de santé (continuité de prise en charge de proximité-accès pour les personnes les plus éloignées).

Les nouveaux dispositifs (MSP- Pôles de santé- CESP- Praticien territorial..), les leviers juridiques et financiers (expérimentation des nouveaux modes de rémunération...projet de généralisation du tiers payant d'ici 2017 et en 2015 pour les bénéficiaires à l'ACS...) sont à valoriser.

### 3) SYNTHESE DES ELEMENTS DE DIAGNOSTIC EXISTANTS SUR L'ACCES AUX SOINS

#### ■INDICATEURS DE SANTE SPECIQUES

Quelques indicateurs méritent d'être soulignés :

- **un taux standardisé de mortalité générale** (2006), hommes et femmes supérieur au taux moyen départemental, régional et national
- **un taux standardisé de mortalité évitable par le système de soins<sup>ii</sup>** pour les hommes le plus élevé de la région et supérieur à la moyenne nationale (49,1/100 000h vs 39,3 au niveau national). Pour les femmes, à l'inverse, ce taux est un des plus faibles de la région et inférieur à la moyenne nationale.

(infections intestinales- tuberculose- diphtérie- tétanos-polio- cancer colon/rectum- cancer de la peau- cancer du sein- malformations congénitales appareil circulatoire.....)

Plus spécifiquement, on peut noter :

- **un taux de mortalité lié aux maladies cardio-vasculaires** supérieur à la moyenne départementale, régionale et nationale avec un taux d'affections longue durée cardiopathies ischémiques également supérieur
- **un taux de mortalité par accidents vasculaires cérébraux**, très supérieur aux moyennes départementale, régionale et nationale tant chez les hommes que chez les femmes.

### **■INDICATEURS SUR LE RECOURS AUX SOINS**

**En ambulatoire**, les données concernant le recours aux soins, standardisées sur l'âge, font apparaître :

- un recours aux médecins généralistes, aux dentistes qui se situe dans la moyenne
- des actes infirmiers de soins (AIS) faibles par habitant mais certainement compensés par les interventions de SSIAD
- un recours aux kinésithérapeutes et au psychiatre inférieur à la moyenne départementale.

**Pour le recours à l'hospitalisation**, hormis l'HAD moins sollicité qu'au niveau départemental et régional, on observe un niveau de recours proche des moyennes départementales et régionales pour la médecine, supérieur pour le SSR en ce qui concerne les hommes. Le taux d'hospitalisation après passage aux urgences est supérieur à la moyenne départementale et régionale.

Le taux de fuite est à prendre en considération avec des recours hospitaliers hors bassin : taux de fuite global évalué à 50% en 2011 correspondant à 52% pour la médecine - 36% pour la chirurgie - 75% pour la maternité.

**Pour les actes de prévention**, on note :

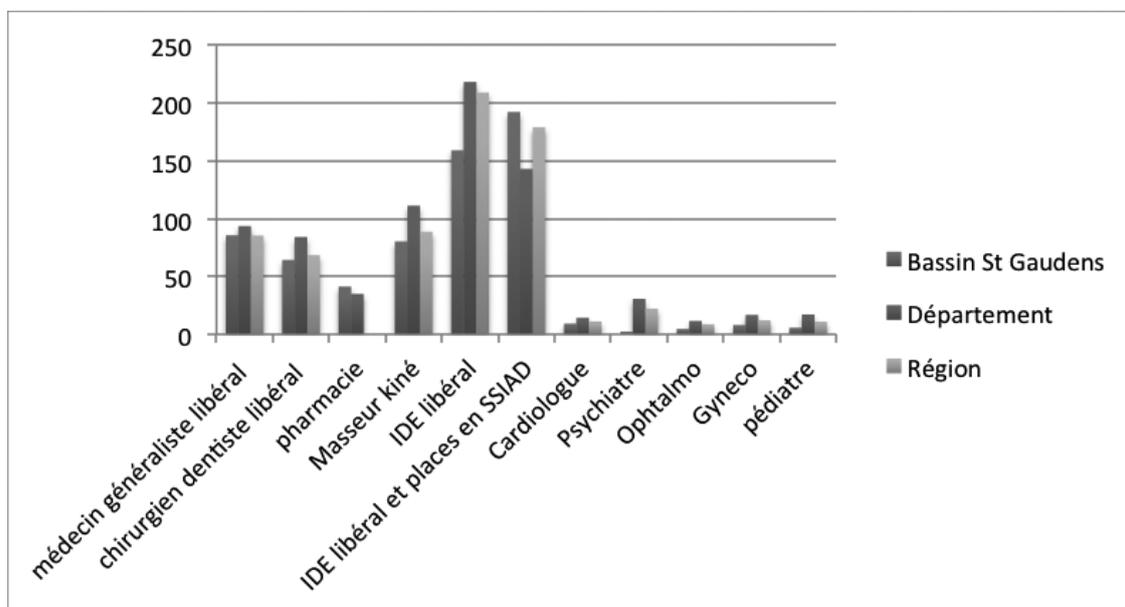
- un taux de vaccination antigrippale inférieur à la moyenne départementale et régionale
- un suivi médical du diabète (hémoglobine glyquée - fond d'œil) dans la moyenne départementale.

### **■PROFESSIONNELS DE SANTE**

**Sur la Haute-Garonne, 4 communes sont identifiées zones de vigilance** ou prioritaires (selon l'art R1434-4 du CSP...), zones caractérisées par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins : elles sont toutes situées dans le bassin de St-Gaudens :

- Boulogne-sur-Gesse
- L'Isle-en-Dodon
- Saintt-Béat
- Salies-du-Salat

### Densité standardisée des professionnels de santé (données ORS année 2010)



Densité standardisée : estimation des ETP (somme des honoraires perçus en 2010 divisés par la médiane régionale des honoraires perçus/ population pondérée (RP 2007 pondérée en fonction du recours aux soins observé en 2010))

La densité standardisée des divers professionnels de santé de 1<sup>er</sup> recours, sur le bassin de St-Gaudens, est inférieure à la densité départementale et régionale. Les chiffres sont particulièrement critiques pour les IDE libéraux et pour certaines spécialités médicales.

Par rapport aux IDE libéraux et à l'activité qu'ils peuvent assumer, une partie est probablement prise en charge par les SSIAD.

Si pour les médecins libéraux, les résultats observés sont proches de la moyenne régionale, il convient de prendre en compte la répartition par âge de ces professionnels, puisque sur 96 médecins généralistes identifiés début 2014 sur le bassin, 52% ont plus de 60 ans (25% ont plus de 65 ans et continuent à exercer faute de reprise de leurs cabinets), ce qui laisse présager en l'état d'une situation particulièrement préoccupante très rapidement.

### Laboratoires- Imagerie médicale

A compléter

## ■ STRUCTURATON DU 1er recours

### MSP

Sur le bassin de St-Gaudens, une MSP est en fonctionnement sur Aspet depuis 2013.

Plusieurs projets sont en cours :

- projet validé par le comité régional sur Aurignac (ouverture pour 2015)
- projets en réflexion, ayant fait l'objet de contact avec l'ARS : Boulogne – Montréjeau  
- L'Isle en Dodon - St Béal/Cierp Gaud - Luchon.

Une mobilisation des élus sur la construction de ces projets est constatée.

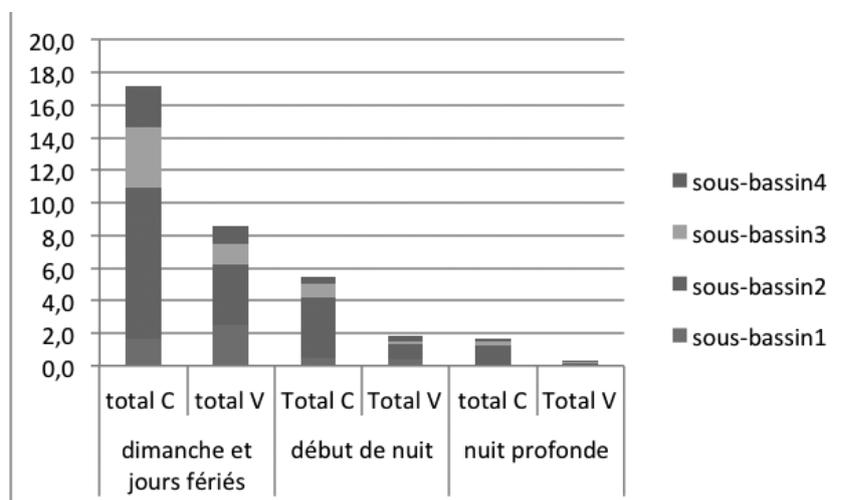
### PDSA

La nouvelle organisation de la PDSA est en place depuis début 2013 avec, pour l'effecton, passage de 11 à 4 sous-bassins et suppression de la nuit profonde.

On observe :

- une contrainte forte de cette PDSA sur plusieurs de ces sous-bassins en raison du faible nombre et du vieillissement des médecins et des conditions géographiques et climatiques. A noter une effecton fixe avec exemption de visite sur le sous-bassin de Bagnères-de-Luchon.
- une activité de PDSA très faible en soirée et en week-end sur les différents sous-bassins en dehors du sous-bassin de St-Gaudens ce qui entraine une contrainte forte pour un petit nombre de médecins avec un revenu faible
- la nécessaire coordination de la PDSA et de la garde des pharmaciens.

### Nombre d'intervention moyenne quotidienne (consultation-visite) en PDSA



Plusieurs réunions de travail sur 2013 et 2014 ont été conduites pour étudier des hypothèses de réorganisation avec notamment la mise en place d'une maison médicale de garde sur le CH de St-Gaudens et mise en place d'effecteurs mobiles.

Depuis le 2 juin 2014, la régulation libérale passe par un numéro unique le 3966.

## ETABLISSEMENTS DE SANTE

**Le bassin de St-Gaudens comprend, outre le CH de Saint-Gaudens, des établissements SSR et USLD (CH Luchon - SSTR Salies du Salat - SSR déficients visuels).**

**Le CH de St-Gaudens est l'établissement pivot du bassin** comprenant activité d'urgences, SMUR, réanimation, médecine, chirurgie, obstétrique, SSR, USLD.

Sur le plan structurel, le regroupement des activités sur un seul site est aujourd'hui acté.

Dans le cadre de son CPOM, l'établissement a développé une filière gériatrique sanitaire complète.

Le développement de la chirurgie ambulatoire reste un objectif à soutenir et nécessite un partenariat formalisé avec les professionnels du domicile.

Depuis 2010, une activité d'hospitalisation à domicile a été développée.

La maternité, qu'il est nécessaire de maintenir, a une activité limitée aux alentours de 500 accouchements par an.

Différentes filières de prise en charge sont développées : AVC – cardiologie – diabétologie – oncologie.

La psychiatrie est rattachée pour les adultes au CH de Lannemezan et pour les enfants au CH Marchant.

Le service des urgences connaît une progression d'activité constante avec :

- une augmentation de 5,7 % de 2012 à 2013
- une augmentation moyenne de 4 % sur les 5 dernières années
- 10,7 % de CCMU1 en 2013 pour 9,4 % en 2012.

L'activité du SMUR est de 829 sorties primaires et 440 secondaires en 2013 pour respectivement 870 et 366 en 2012.

L'accès à un service d'urgences n'est pas à moins de 30' pour la totalité de la population du bassin, ce qui doit conduire à une réflexion sur des dispositifs complémentaires (correspondants SAMU...).

Des difficultés de recrutement sont identifiées dans certaines spécialités : gynécologie - radiologie – pédiatrie - anesthésie-réanimation.

La permanence des soins au CH est organisée autour des spécialités suivantes : anesthésie

- chirurgie orthopédique et traumatologique - chirurgie viscérale et digestive - cardio-vasculaire - gynéco-obstétrique - pédiatrie- radiologie – réanimation.

Un enjeu important est, autour des activités consolidées au sein de l'établissement, de renforcer le recours de proximité et d'éviter les fuites.

## **ARTICULATION DES PROFESSIONNELS - ARTICULATION VILLE-HOPITAL**

### **Dispositifs**

#### Réseaux :

- le réseau Reliance, à vocation départementale, a de nouvelles missions qui lui sont assignées : appuyer les équipes de premier recours et coordonner le parcours de santé pour les patients en situation complexe relevant de soins palliatifs ou de maladies chroniques (conseil et orientation - coordination des acteurs - équipe d'appui intervenant auprès des acteurs de proximité.

MAIA (rattaché au CH de Muret) : c'est un dispositif visant à l'intégration des services et établissements pour personnes âgées et à un travail de coordination autour des situations complexes de prise en charge des personnes âgées à domicile. Une MAIA avec 3 gestionnaires de cas est en place, couvrant le bassin de Saint-Gaudens et le bassin de Muret,.

#### Equipes mobiles

L'équipe mobile gériatrique, rattachée au CH de St-Gaudens a actuellement une activité intramuros.

Association Santé Territoire Comminges-Barousse-Val d'Aran : regroupant élus, usagers, professionnels libéraux et établissements.

### **Les pratiques**

#### Protocoles de coopération et délégation d'actes

Sur le bassin de St-Gaudens, un protocole de coopération avec délégation d'actes aux IDE pour le dépistage de la fragilité est mis en place sur la MSP d'Aspet (formation des IDE par le Gérontopole prévue fin sept-début oct).

## **ACCESSIBILITE AU SOINS**

### **Accessibilité géographique**

Les transports sanitaires, sociaux, de droit commun

#### Les organisations à compléter

- consultations avancées
- télémédecine

### **Accessibilité financière**

Répartition des médecins secteur 1 et 2

	Généralistes		Spécialistes	
	Secteur 1	Secteur 2	Secteur 1	Secteur 2
Bassin St-Gaudens	92	2	54	10
Département	1 400	48	1206	403
Région Midi-Pyrénées	2 907	92	1990	567

La part des médecins en secteur 2 sur le bassin de St-Gaudens est très faible pour les médecins généralistes, plus élevée pour les spécialistes, mais reste dans les deux cas inférieure aux pourcentages départemental et régional :

- 2,1% des généralistes pour 3,4 % au niveau départemental et 3,1 au niveau régional.
- 18,5% des spécialistes pour 33,4% au niveau départemental et 28,4% au niveau régional.

## FORMATIONS - MAITRES DE STAGE - AIDES SPECIFIQUES

**Une antenne d'IFSI (20 places) et une école d'AS (39 places - à majorer de 10% pour les post-VAE et les passerelles) sont en place sur le bassin de St-Gaudens.**

Une formation par voie d'apprentissage se met en place à l'IFRASS et à la Croix Rouge sur Toulouse (16 places chacun) pour la région.

Le taux de renouvellement de formation, en Haute-Garonne, est de 5,9% pour les IDE, inférieur à la moyenne régionale et nationale. Il est de 5% pour les AS, proche de la moyenne régionale et inférieur à la moyenne nationale.

**Le CH de St-Gaudens accueille des stagiaires** (internes en médecine - étudiants infirmiers - AS). La problématique de lieux de stages est soulignée, notamment pour les paramédicaux dans les travaux conduits par le Conseil Régional.

X médecins généralistes sont maîtres de stage. à compléter

**Des contrats de fidélisation ont été mis en place par le Conseil régional** pour les étudiants IDE et masseurs-kinésithérapeutes : ces étudiants reçoivent une aide financière pour leurs études avec en contre-partie un engagement à travailler dans certains lieux.

**CESP : Un contrat de praticien territorial de médecine générale** a été signé avec un médecin qui s'est installé sur l'Isle-en-Dodon.

## ■ APPROCHE QUALITATIVE

(Issue des travaux de la conférence de territoire avec diagnostic territorial Haute-Garonne en 2011/ 2014- états généraux de la santé association Santé-territoire 2013- débat territorial sur le bassin de St-Gaudens en 2014)

Différents constats et premières propositions émergent de ces différents travaux :

## Constats

- place de l'aménagement du territoire et des politiques publiques
- problèmes démographiques médicaux et paramédicaux et d'attractivité (effectifs-tranche d'âge-évolution des modes d'exercice et des attentes).
- spécificité du contexte géographique avec zone montagneuse
- question de l'accessibilité financière

## Propositions

- privilégier une approche multisectorielle, dépassant le cadre de la santé
- favoriser l'exercice en groupe et pluridisciplinaire (MSP, maillage du territoire, coordination des professionnels), développer l'activité multi-sites, les exercices mixtes, recentrer le soignant sur sa mission
- développer les délégations d'actes, l'activité en postes avancées
- développer les liens 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> recours ou ville hôpital
- conforter la place du CH de St-Gaudens
- mettre à disposition des plateaux techniques adaptés.
- développer les lieux de stage hors CHU
- engager l'usager à réinvestir son territoire et ses ressources
- développer une information sur le bon recours.

## 4) PROPOSITIONS D'OBJECTIFS DE TRAVAIL ISSUS DU CROISEMENT DES PRIORITES REGIONALES DE SANTE ET DES DIAGNOSTICS EXISTANTS

En considérant les spécificités du bassin : ruralité - accessibilité géographique difficile - vieillissement de la population – précarité - démographie des professionnels de santé.

### ■ Maintenir et développer un accès aux soins de proximité

- ⇒ Favoriser la venue et l'installation de jeunes professionnels de santé
- ⇒ Proposer un maillage du soin de premier recours avec le développement de pôle de santé et de MSP
- ⇒ Favoriser un travail pluridisciplinaire et coordonné hors MSP ou pôle de santé
- ⇒ Développer les formations et stages
- ⇒ Réorganiser la PDSA

### ■ Développer une articulation ville-hôpital et un exercice coordonné

*Pour un parcours plus adapté du patient, pour prendre en compte les limites en termes de ressources humaines, pour rompre l'isolement des professionnels de santé.*

- ⇒ Identifier les thématiques et les populations à prioriser
- ⇒ Développer des postes mixtes

- ⇒ *Développer un projet territorial de télémédecine*
- ⇒ *Identifier les champs pour lesquels la mise en place d'expertise téléphonique serait souhaitable*

**■ Promouvoir l'utilisation des ressources de proximité auprès des usagers et faire connaître aux professionnels de santé les dispositifs et ressources existantes**

**■ Composition du groupe de travail**

- URPS (médecin – IDE - kiné)
- ordre (médecin – IDE – kiné - pharmacien)
- syndicat pharmaciens
- CPAM
- MSA
- Centre Hospitalier St-Gaudens (directeur - président CME)
- SSIAD - EHPAD
- Reliance
- PASS
- représentants usagers
- ARS

## **Annexe 4 : compte rendu de la réunion du 6/11/14**

### **Compte-rendu du 1<sup>er</sup> atelier du groupe de travail « Accès aux soins »**

**Objet :** Elaboration d'un Programme territorial de santé sur le bassin de Saint-Gaudens

Date :	6/11/2014	Heure :	14H	Lieu :	Saint-Gaudens
--------	-----------	---------	-----	--------	---------------

### **Ordre du jour**

- Tour de table
- Présentation de la démarche du Programme Territorial de santé et du calendrier (cf power-point)
- Présentation et discussion du diagnostic
- Priorisation des axes de travail

### **Participants**

- Docteur Bernard ORDONO, Membre de la CT-URPS
- François AZEMA, représente M. Fabrice HENNON, Président URPS Masseur-Kinésithérapeute
- Pierre LLORCA, Association Santé Territoire Comminges Pyrénées – Usager
- Marie-Pierre BALLARIN-LAZARO, Infirmière
- Rémi ESTEVEZ, Interne en Médecine Générale
- Docteur Serge HUET, Médecin Généraliste
- Sylvie BERTRAND, CHCP
- Nathalie SCHERFLING, IDE SSIAD Pays de Luchon
- Carine DURAND, CTS DTPSS 31
- Caroline FAIVRE-CARRERE, Médecin CHCP
- Laurent TEILLOL, Médecin urgentiste CHCP
- François AZEMA, URPS Kinésithérapeute
- Annie MERCIER, Directrice Réseau Reliance
- Clara DELMAS, stagiaire Délégation territoriale de la Haute-Garonne, ARS Midi-Pyrénées
- Christine PIAU, Médecin Inspecteur, ARS Midi-Pyrénées
- Romuald DELANNOY, Inspecteur secteur premier recours, ARS Midi-Pyrénées
- Laurent POQUET, Délégué Territorial de la Haute-Garonne, ARS Midi-Pyrénées

### **Présentation de la démarche du PTS**

Il s'agit d'une mise en œuvre infra-territoriale du Projet régional de santé (PRS). Dans cette démarche de Programme territorial de santé, l'objectif est de développer des actions, prenant en compte les ressources et les besoins spécifiques du bassin de santé de St Gaudens.

Quatre axes de travail liés au PRS sont validés par le COFIL du 17 septembre et donnent lieu à quatre groupes de travail :

- Prévention et promotion de la santé
- Accès aux soins
- Parcours de la personne âgée
- Parcours de la personne en situation de handicap

Le calendrier d'élaboration du programme territorial de santé est présenté.

Chaque groupe de travail se réunira en trois temps, d'ici février 2015 dans une logique de travail qui est la suivante :

1. Approfondissement du diagnostic partagé
2. Approfondissement des axes priorités
3. Validation de la démarche (plan d'actions)

Les comptes-rendus et divers documents relatifs à chaque groupe de travail seront transmis à tous les membres de la démarche du PTS afin de pouvoir croiser les propositions de chaque groupe, optimiser le travail conduit et assurer une cohésion globale.

Ce travail est conduit en partenariat avec le bureau de la Conférence de territoire. La démarche s'appuie sur des travaux préalables :

- débats public sur l'organisation des soins du premier recours dans un bassin de santé organisé par la conférence de territoire à Saint Gaudens le 24 janvier 2013
- travaux de l'association Santé territoire Comminges, Barousse et Val d'Aran.

### **Présentation du diagnostic (cf power-point et document adressé avec l'invitation à la réunion)**

- Problématique de la désertification au niveau des médecins généralistes et infirmiers. Plus de 50% des médecins généralistes ont plus de 60ans (pas de successeurs, situation de fatigue), ce qui augure de perspectives prochaines particulièrement difficiles. La densité des IDE libéraux est faible avec une compensation au niveau de la prise en charge de la toilette par les SSIAD. Sur le plan hospitalier, la problématique est présente dans certaines spécialités et notamment concernant les pédiatres, gynéco-obstétriciens, psychiatres
- La formation développée sur le bassin peut contribuer à une meilleure connaissance du secteur et à favoriser ainsi l'implantation des professionnels de santé. Une attention doit y être portée sur le bassin. L'antenne IFSI, l'école d'AS, des stages hospitaliers et en médecine libérale sont bien identifiés. Le développement de l'offre de stages doit être favorisé avec notamment, formations pour les futurs maitres de stage.
- Le taux de recours de la population concernant les psychiatres, les kinésithérapeutes, les infirmiers est faible par rapport à la moyenne départementale et régionale.
- Sur le bassin, une MSP a été ouverte en 2013 à Aspet qui développe l'exercice coordonné. Plusieurs amorces de projets ont été également portées à la connaissance de l'ARS.
- Une restructuration de la PDSA est nécessaire, avec des difficultés actuellement relevées. Des travaux sont déjà engagés sur ce sujet.
- Le centre hospitalier de Saint-Gaudens est le site pivot du bassin. La nécessité d'un maintien voire d'un développement de certaines activités est soutenue, concernant notamment la maternité, le développement de la chirurgie ambulatoire,...Il est constaté un taux de fuite dans toutes les disciplines (médecine, chirurgie, obstétrique) sur lequel il convient d'agir.
- Concernant l'articulation des professionnels et l'articulation ville-hôpital, certains acteurs sont identifiés : réseau Reliance (dont les missions sont élargies avec intervention dans le champ des pathologies chroniques), la MAIA, l'équipe mobile gériatrique.

## Discussion autour du diagnostic

Le Docteur HUET insiste sur la situation qu'il qualifie de catastrophique : il ne reste qu'un ophtalmologue avec des délais d'attente à 6 mois, entraînant un fort taux de fuite vers Tarbes. Il reste un dermatologue, un ORL, un neurologue, pour 90 000 habitants. En résulte là encore le problème du taux de fuite vers Tarbes et Toulouse.

A l'hôpital, il ne reste qu'un seul pédiatre d'où un risque de fermeture de la maternité. Les infirmières ne peuvent pas faire la toilette faute de temps donc on se repose sur les SSIAD. Pour les EHPAD les listes d'attentes sont longues.

Les nouvelles générations de médecins ont une vision différente de la profession médicale : ils veulent travailler en équipe et travailler moins. Ainsi il faudra deux jeunes médecins pour remplacer un médecin généraliste actuel.

La mise en place de MSP attirera des jeunes professionnels de santé. Ainsi les acteurs de terrain et les élus doivent s'impliquer pour faire venir des jeunes médecins.

Monsieur LLORCA Pierre, représentant des usagers, s'interroge sur les interventions des élus concernant l'installation des libéraux, cela pouvant induire une concurrence « déloyale ». Avant de solliciter les élus, il conviendrait de proposer sur le bassin un schéma d'organisation aux élus, aux médecins, et aux usagers afin de ne pas favoriser certains secteurs par rapport à d'autres. Par ailleurs sur le bassin de Saint-Gaudens, « l'absence » de la psychiatrie constitue un point faible.

Monsieur POQUET rappelle qu'un projet de MSP repose sur un projet de santé porté par des professionnels qui se sentent accueillis dans le projet de territoire.

## Méthode de travail

Le Docteur PIAU présente les axes de travail, validés lors du COPIL du 17 septembre :

<b>Axe 1 : Maintenir un accès aux soins de proximité</b>	<b>Axe 2 : développer l'articulation ville hôpital</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Un maillage avec soutien et développement MSP et pôle de santé</li><li>- Favoriser le travail disciplinaire et coordonné hors MSP ou pôle de santé</li><li>- Développer les formations et es stages</li><li>- Réorganiser la PDSA</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Identifier les thématiques et populations à prioriser</li><li>- Développer des postes mixtes (libéral-salarié) et des postes partagés (CHU-CH)</li><li>- Développer un projet territorial de télémédecine, télé-expertise</li></ul>

Ces deux axes sont complétés par un axe portant sur une communication à développer auprès des professionnels et des usagers sur les ressources existantes pour favoriser un meilleur recours, la continuité et la qualité des soins.

### **L'objectif de la première réunion est de prioriser les points à approfondir.**

Trois sous-groupes sont constitués pour répondre aux questions suivantes :

- Comment maintenir et attirer des PDS sur le bassin ?
- Comment mieux articuler les acteurs, services, dispositifs pour la prise en charge des patients ?
- Comment contribuer à un meilleur recours aux ressources existantes ?

## Synthèse des débats

<p><b>Comment mieux articuler les acteurs, services, dispositifs pour la prise en charge des patients ?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promouvoir l'usage de MEDIMAIL en tant qu'outil de communication autour des patients</li> <li>- Développer pour les professionnels un annuaire opérationnel, actualisé des professionnels de santé et des services (compétence, adresse, horaires de consultations, ...) pour connaître les ressources et les recours et ainsi améliorer l'articulation des acteurs</li> <li>- Se reposer sur la dynamique de la FMC .Développer des formations inter-disciplinaires.</li> <li>- Développer la télémédecine : existence de téléconsultations à Luchon. Développer la télémédecine en psychiatrie (avec pour corollaire les modalités de financement à poser)</li> <li>- Développer la place des équipes mobiles de psychiatrie et de gériatrie</li> <li>- Ouvrir certaines consultations hospitalières à l'extérieur (ex : plaie et cicatrisation)</li> <li>- S'appuyer sur le Réseau Reliance, sur l'HAD pour faire le lien sur les modalités de prise en charge hospitalière et le relai à domicile</li> <li>- Proposer un maillage de MSP ou pôles de santé avec une mobilisation des professionnels de santé autour d'un projet commun.</li> <li>- Réorganiser la PDSA avec développement de maison médicale de garde à côté du service des urgences</li> <li>- Développer des protocoles de coopération et délégation de tâches en soins de ville</li> </ul>
<p><b>Comment maintenir et attirer des PDS sur le bassin ?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valoriser et développer les lieux de stages : formation de maîtres de stage- promotion lors des choix de stage (ex : en Aveyron, accueil avec un buffet et un CESP pour les étudiants)</li> <li>- Favoriser la convivialité et des conditions d'accueil favorables pour de jeunes professionnels de santé (emploi pour les conjoints..) : situer le rôle de l' élu dans ce domaine.</li> <li>- Développer une culture commune des PDS avec un exercice en groupe favorable à la sécurité du patient et des professionnels, s'appuyant sur un projet de santé qui privilégie les actions de proximité, et les liens ville-hôpital,...)</li> <li>- Développer les MSP : maillage à proposer en faisant appel aux communautés de commune. Partir d'un projet de création d'une MSP en s'appuyant sur les jeunes PDS.</li> <li>- Développer les liens ville-Hôpital et préserver les liens avec le CHU : offrir des vacances à l'hôpital aux jeunes PDS</li> </ul>
<p><b>Comment contribuer à un meilleur recours aux ressources existantes ?</b></p>	<p>Mettre à disposition un annuaire en ligne pour une aide à l'orientation :, notamment pour les nouveaux PDS installés- cf projet d'annuaire de la MAIA- voir fascicule MSA mis en place pour le canton de Monréjeau Faire apparaître les associations par type de pathologie et actions</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer des informations lors du Forum pour les usagers qui se tient une fois par an : en apportant des informations sur les nouveautés au niveau du CH (cf journée des usagers en 2015 sur divers thèmes comme la rééducation, le dépistage, etc)</li> <li>- Examiner la possibilité de travailler de façon régulière et programmée avec les médias avec par exemple une page santé régulière.</li> <li>- Développer des FMC déportées sur le CH , afin de développer le lien ville-hôpital et faire connaître là aussi les nouveautés hospitalières (ex : Ariège)</li> </ul>

- |  |   |
|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"><li>-</li><li>- Sur le fond, face à la disparition de certains services (ex : PDSA et nuit profonde), un besoin de sécurisation et de compréhension concernant l'organisation de la permanence des soins et des urgences ressort. Des ressources sont en place avec un coût important (15- 3966- PDSA- pharmaciens- pompiers- ..)</li><li>- Le rôle majeur de l'infirmière dans la coordination est souligné : il est proposé d'examiner les possibilités de délégation de tâches afin de lui confier plus de responsabilités.</li><li>- Place du médecin généraliste dans l'anticipation des réponses à apporter aux besoins</li></ul> |
|--|---|

*Le prochain atelier du groupe de travail aura lieu le*

*Jeudi 11 décembre à 14h au même lieu.*

*Il s'agira d'approfondir les axes prioritaires en proposant des actions.*

## **Annexe 5 : compte rendu de la réunion du 11/12/14**

**Objet :** Elaboration d'un Programme territorial de santé sur le bassin de Saint Gaudens

Date :	11/12/2014	Heure :	14H-16H30	Lieu :	Saint-Gaudens
--------	------------	---------	-----------	--------	---------------

### **Ordre du jour**

- Présentation et discussion et propositions du plan d'actions (sur la base d'un document de travail).
- Présentation d'une fiche type pour la déclinaison des actions.

**Participants** Cf. : Liste d'émargement en annexe

### **Présentation – discussion- propositions du plan d'actions**

Au fur et à mesure de la présentation des axes du plan d'actions et des objectifs sous-jacents par le Docteur PIAU, ceux-ci sont discutés par l'ensemble des membres du groupe de travail.

#### **Axe 1 : Maintenir et développer l'accès aux soins de proximité**

##### **OBJECTIF STRATEGIQUE 1. Maintenir et attirer des professionnels de santé sur le bassin**

*Développement de stages :* l'association territoire-santé y travaille.

*Travail pour le conjoint :* la place des structures et acteurs hors du cadre de la santé est rappelée à cet égard , ainsi que l'existence de certaines infrastructures .

##### *Postes partagés*

Certains jeunes médecins en poste au CH de St Gaudens souhaiteraient développer des liens avec le CHU afin de ne pas avoir un exercice isolé. Mais se pose la difficulté, entre autre, de la disponibilité (seul praticien sur le site comme pour la médecine interne...). Par ailleurs, les postes partagés doivent être envisagés avec d'autres établissements (ex : CH Lannemezan...).

Pour les spécialités en tension (gynéco-obstétrique- pédiatrie- anesthésie-réanimation), un effectif minimum est nécessaire pour assurer des astreintes opérationnelles. Une réflexion est en cours sur une mutualisation pour la Gynéco-obstétrique entre le CH de Lannemezan et le CH de St Gaudens (projet médical partagé): 4 postes communs au lieu de 2 sur Lannemezan et 3 sur St Gaudens (actuellement certains postes non pourvus).

##### *Le contrat de fidélisation*

Ce type de contrat, mis en place par le Conseil régional est conclu entre un étudiant, le Conseil Régional et l'établissement de santé, afin de fidéliser de jeunes diplômés sur certains établissements: cela a concerné les étudiants IDE qui en contrepartie d'une aide globale de 800€ par mois (400 par le CR et 400 par le CH) , s'engagent en deuxième année d'étude à exercer, dès l'obtention du diplôme, au sein de l'établissement de santé cosignataire du contrat pendant une durée de 3 ans.

Ce dispositif pourrait-il être éventuellement être développé pour les étudiants en médecine ?

##### *Problématique lieux de stage*

Avec l'augmentation des quotas de formation (IDE et AS) , la disponibilité de lieux de stage est soulevée : Proposition d'étaler dans l'année le nombre de stagiaires- il semblerait que certaines propositions d'accueil de stagiaires puissent être laissées sans réponse.

##### **OBJECTIF STRATEGIQUE 2 : Favoriser un bon maillage du bassin de santé de Saint-Gaudens**

La Permanence des soins ambulatoires (PDSA) fait l'objet d'un groupe de travail spécifique : des scénarios de réorganisation sont à l'étude avec un projet d'enquête auprès des médecins du bassin, préalable à la mise en œuvre d'une expérimentation. La perspective d'une MMG unique et centralisée (dans le cadre de la PDSA) est par ailleurs évoquée

avec le risque d'un sentiment d'insécurité de la population. Il est rappelé que les organisations à l'étude pour la PDSA s'appuient sur l'activité très faible en PDSA et sur les ressources à disposition.

Quel maillage pour les MSP? Les bassins de vie sont conditionnés par l'existence de collège. Là où il n'y a pas de collèges, il n'y aura pas d'installation de médecins.

Les MSP doivent développer des lieux d'accueil et d'hébergement pour des stagiaires.

Des passerelles sont à développer entre réseaux de santé et les réseaux de santé regroupés dans Resomip.

Il est rappelé que l'exercice coordonné peut se faire sans regroupement géographique sur un site (pôle de santé) ou par un regroupement sur un site (MSP). Dans ce dernier cas, une position centralisée par rapport à la population paraît souhaitable.

Pour monter un projet commun de faire valoir le pays de Comminges, il convient d'acter avec le Conseil général, voire le Conseil régional.

### **OBJECTIF STRATEGIQUE 3. Développer la coordination et la complémentarité entre les acteurs de proximité**

#### Médimail

Le développement de son utilisation fait partie des objectifs stratégiques du CH de St Gaudens, du réseau Reliance.

Retenu par la région, cet outil est parfois trouvé trop complexe par certains médecins.

Au total, le déploiement est à soutenir.

#### Délégation de tâches (Cf. Protocoles autorisés en Midi-Pyrénées )

Avec la diminution des PDS, la délégation de tâches est nécessaire.

Il est rappelé qu'il ne reste plus que deux ophtalmologues avec 6 mois de délai d'attente pour les consultations : priorisation d'un travail avec opticien et orthoptiste.

Astreinte IDE en EHPAD : cela soulagerait la PDSA. Cette astreinte pourrait s'organiser avec les IDE des EHPAD, avec les IDE libéraux...

Formation partagée : des formations sont organisées par Reliance- le rôle du CH est rappelé- la FMC a une spécificité sur le département, avec regroupement de tous les médecins.

Accès à l'information : revues médicales, ... : le CH peut donner accès à sa documentation.

## **Axe 2 : Développer l'articulation ville hôpital ; recours d'experts**

### **OBJECTIF STRATEGIQUE 1. Favoriser un meilleur recours par une meilleure connaissance des ressources existantes et un partage d'outils**

S'inspirer de l'annuaire mise en place par la MAIA pour la filière gériatrique.

Une méconnaissance des médecins généralistes sur l'existant participe à une mauvaise utilisation des ressources.

Sur les activités développées au CH de St Gaudens, certains constats sont faits :

- La cardiologie et la prise en charge des AVC marchent bien et les taux de fuite sont faibles
- Fuite en chirurgie digestive
- Filière gériatrique complète qui fonctionne bien
- Chirurgie ambulatoire à bien identifier

La chirurgie ambulatoire est un bon modèle, c'est un gage de compétence et d'expertise pour l'hôpital, réguler ce modèle amènera la régulation de la chirurgie de courte durée. Un document serait utile identifiant les conditions de prise en charge, les ressources mobilisables...

L'expérimentation d'hôtels hospitaliers est évoquée (prise en charge par l'assurance maladie- moins coûteux que l'hospitalisation et permettant de répondre en ambulatoire à certains patients).

Une information des internes du CH est prévue par la PASS sur les éléments favorisant le retour à domicile.

Commission ville-hôpital : il n'y a pas de présence de libéraux au CH de St Gaudens. Il est proposé de se rapprocher du modèle de St Giron qui semble bien fonctionner.

**OBJECTIF STRATEGIQUE 2. Favoriser un meilleur recours par la mise à disposition d'experts et services**

Le CH de Lannemezan, qui serait prêt à s'investir dans la télé-psychiatrie, devrait rencontrer des psychiatres de Marchant. Il est précisé que le CH de Lannemezan pratique déjà la télé-médecine en psychiatrie pour les détenus.

La question de l'UHCD au CH de St Gaudens et de l'expertise psychiatrique est identifiée (Dr Boyer).

La question de la coordination d'un projet de télé-médecine est soulevée et est primordiale car le montage d'un projet de ce type est lourd. Interne et élève directeur d'établissement ?

Activités de télé-médecine déjà développées :

- Plaies et cicatrisation

- Télégériatrie

Télé-AVC

Des consultations avancées sont développées : par exemple, un diabétologue de Saint-Gaudens se déplace à Luchon.

A voir si d'autres besoins sont constatés.

**Présentation de la fiche d'action type :**

La structuration générale de la fiche est présentée.

Il est proposé un pré-travail avec déclinaison, au niveau de l'ARS, de chaque objectif opérationnel dans une fiche.

Les fiches rédigées qui feront l'objet d'un examen lors de la prochaine réunion seront adressés préalablement.

*Le prochain atelier du groupe de travail aura lieu le*

*Jeudi 29 janvier à 14h sur le même site.*

## Annexe 6 : exploitation de l'enquête sur la PDSA

### Résultats de l'enquête auprès des médecins généralistes du bassin de St Gaudens

( mai 2015)

L'enquête a été adressée le 3 mars 2015 par mail ou courrier aux médecins généralistes installés dans les secteurs de PDSA du bassin de St Gaudens (72 médecins installés sur les secteurs de PDSA – 82 installés sur le bassin), leur proposant d'associer également leurs remplaçants réguliers à répondre au questionnaire. Deux rappels ont été faits.

Répartition par sexe et par âge des 72 médecins installés :

- 44 hommes et 28 femmes.

- ont moins de 40 ans, 7 de 40 à 49 ans, 25 de 50 à 59 ans, 21 de 60 à 64 ans et 12 plus de 65 ans

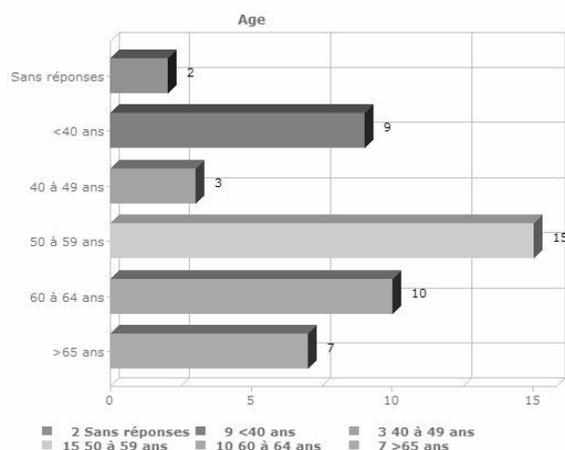
**Les répondants** : 46 médecins ont répondu dont 40 médecins installés (sur 72 médecins installés) et 6 remplaçants (2 sur sous-bassin 1- 1 sur sous-bassin 2- 3 sur sous-bassin 3- 1 sur sous-bassin 4)

**sexe** : 25 hommes, 16 femmes et 5 non précisé

**âge** : 32 des répondants ont 50 ans ou plus dont 16 ont 60 ans et plus

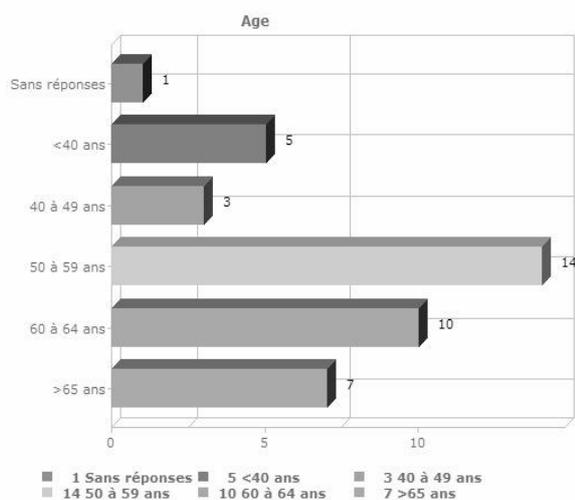
12 ont moins de 50 ans

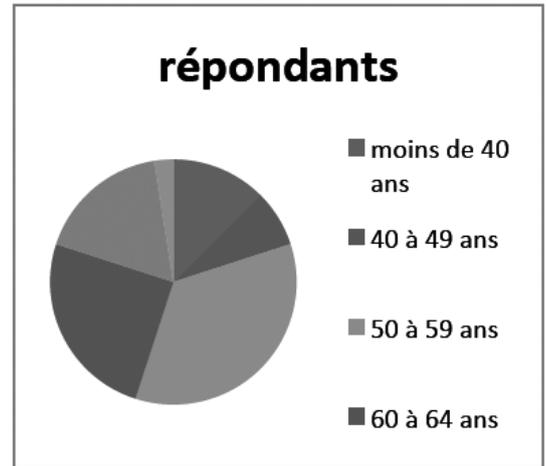
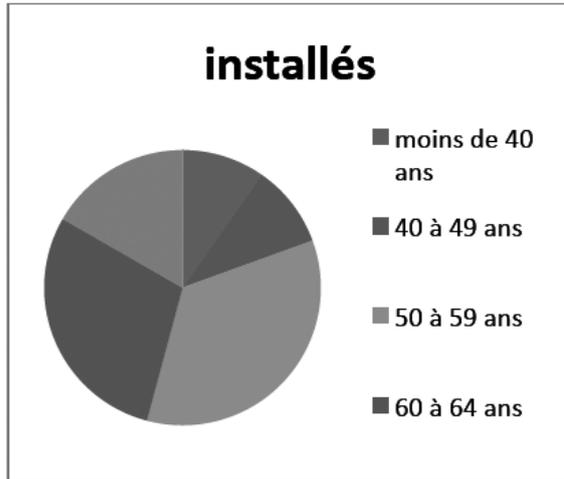
2 sans précision



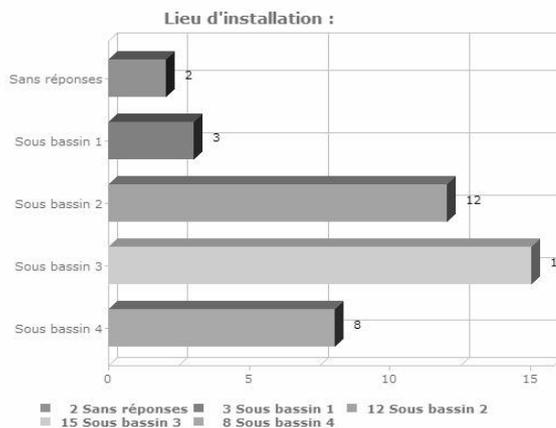
#### Répartition par âge et par sexe des médecins installés (secteurs PDSA) répondants

Parmi les 40 médecins installés ayant répondu ; on retrouve 24 hommes, 12 femmes et 4 sans précision





### Lieu d'installation



Les répondants installés se répartissent de la façon suivante :

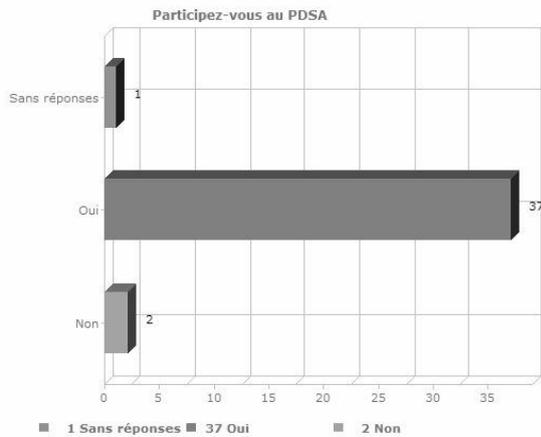
- sous-bassin 1 : 3 sur 8 médecins installés
- sous-bassin 2 : 12 sur 33 médecins installés
- sous-bassin 3 : 15 sur 18 médecins installés
- sous-bassin 4 : 8 médecins sur 13 installés

On observe une forte représentation des sous-bassins 3 et 4.

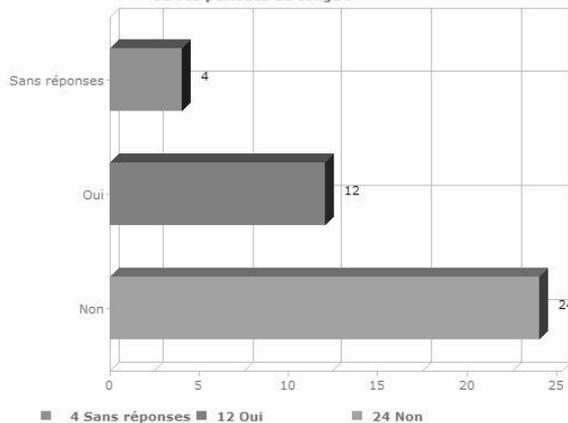
### **Participation à la PDSA:**

37 répondants participent à la PDSA. Parmi eux, 12 indiquent se faire régulièrement remplacer pour leurs gardes.

Par ailleurs, 2 indiquent ne pas participer à la PDSA et être exemptés, 7 n'ont pas répondu.



Si oui, êtes-vous régulièrement remplacé(e) pour vos gardes en dehors de vos périodes de congé ?



### **Participation à la PDSA des médecins installés selon les sous-bassins**

- sous-bassin 1 : participation 3/3 qui ne se font pas remplacer
- sous-bassin 2 : participation 10/12 dont 6 régulièrement remplacés
- sous-bassin 3 : participation 14/15 dont 1 régulièrement remplacé
- sous-bassin 4 : participation 8/8 dont 2 régulièrement remplacés

### **Perspectives d'exercice :**

Sur les 40 médecins installés répondants, 11 précisent qu'ils vont prochainement arrêter leur activité et 15 indiquent la date prévisionnelle d'arrêt :

- 9 d'ici 2017 (2 en 2015, 4 en 2016, 3 en 2017)
- 4 d'ici 2020 (1 en 2018, 1 en 2019, 2 en 2020) et 2 en 2022

Sur les 6 médecins remplaçants, 4 précisent envisager s'installer sur le bassin (3 citent le canton de Luchon, 1 le canton de Boulogne, 1 le canton de l'isle en Dodon).

## Attentes en matière de PDSA- Scénarios

### Les critères à privilégier

Selon les questions, sur les 46 répondants (installés et remplaçants), on retrouve 0 à 5 non réponse.

Les critères retenus par les médecins très favorablement ou plutôt favorablement par ordre décroissant sont :

- la coordination avec la garde des pharmaciens (39)
- avoir une organisation de transports des patients vers les MMG (39)
- être effecteur fixe (39)
- faire moins de gardes (37)

Les critères sur lesquels les médecins se prononcent de façon peu favorable ou pas favorable sont :

- être effecteur mixte (34 pas ou peu favorable /12 plutôt ou très favorable)
- être effecteur mobile (33/ 9)
- répartir les effecteurs de façon homogène entre les différents secteurs (30/ 8)

Les critères sur lesquels les médecins se prononcent de façon équilibrée favorable /défavorable

- avoir une activité en garde plus importante (23/ 19)
- participer à la PDSA sur un point fixe (23/19)

### Choix des scénarios

**De façon générale, le scénario 1 est le scénario retenu par la majorité des répondants :**

- le plus attractif pour 25 des médecins répondants
- le plus attractif pour des médecins qui viendraient s'installer pour 26 des répondants
- le plus adapté en lien avec l'évolution démographique pour 25 répondants

On observe sur l'ensemble de ces questions, 6 à 8 non réponses.

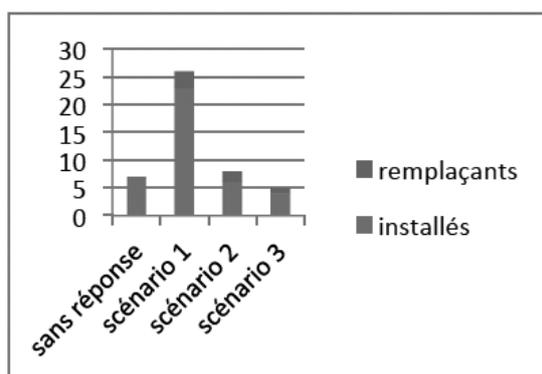
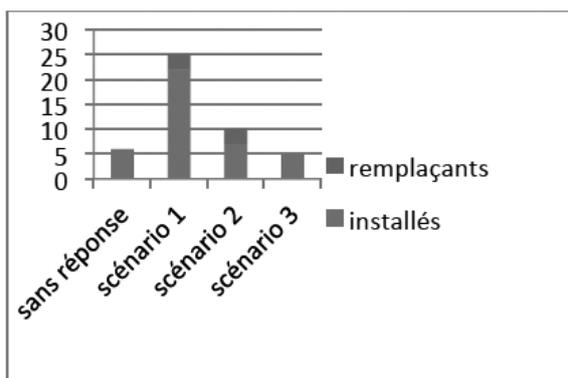
Le scénario avec deux secteurs est ensuite plébiscité par 10 médecins, le scénario avec trois secteurs est retenu par 5 médecins.

**Quel est le scénario le plus attractif pour vous ?  
plus attractif pour de**

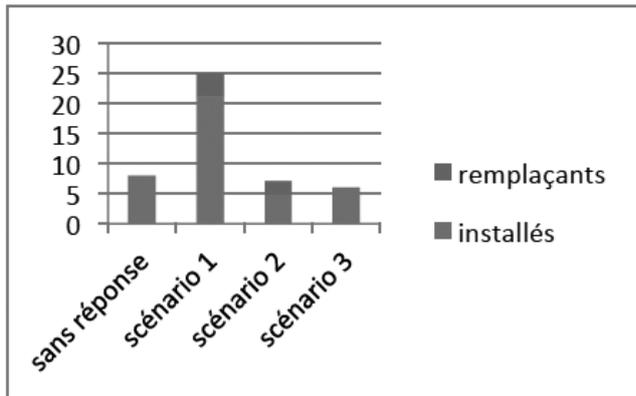
**le bassin**

**Quel est le scénario qui vous paraît le**

**nouveaux médecins s'installant sur**



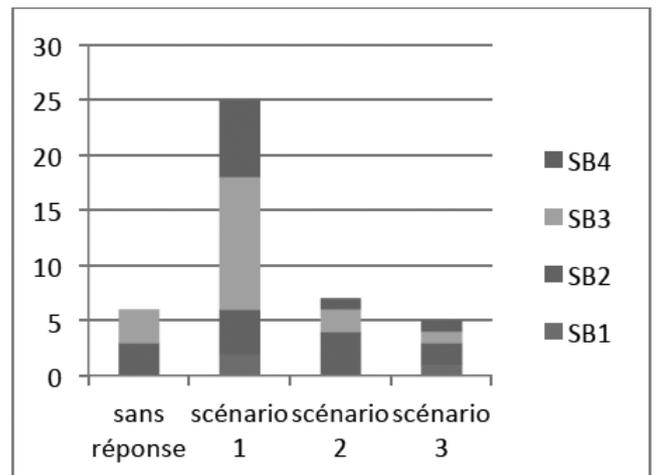
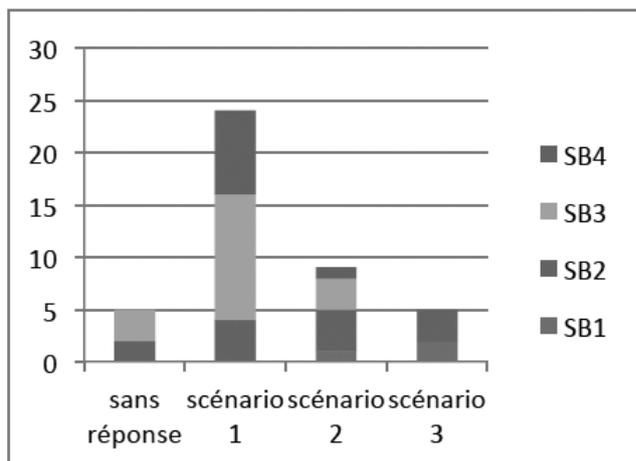
**Quel est le scénario qui vous paraît le plus adapté en fonction de l'évolution démographique et de la réponse à apporter en PDSA ?**



**Choix pour les médecins installés en fonction du sous-bassin d'installation**

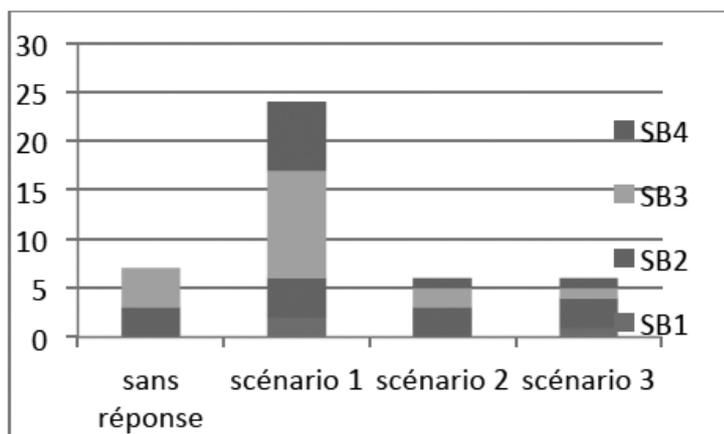
**Quel est le scénario le plus attractif pour vous ?**

**Quel est le scénario qui vous paraît le plus attractif pour de**



**nouveaux médecins s'installant sur le bassin**

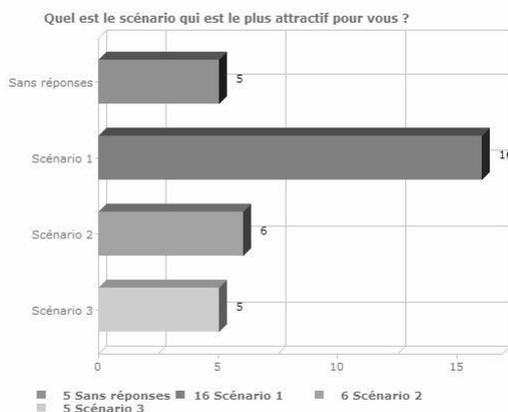
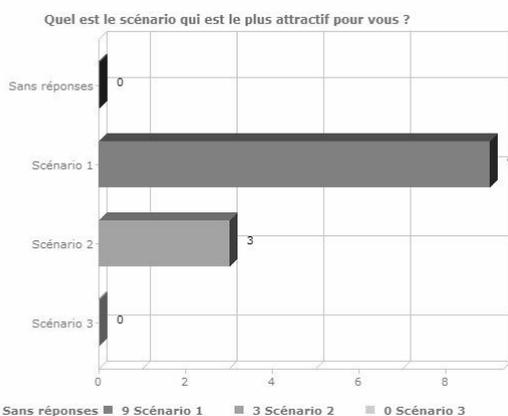
**Quel est le scénario qui vous paraît le plus adapté en fonction de l'évolution démographique et de la réponse à apporter en PDSA ?**



**Choix du scénario selon la tranche d'âge (installés et remplaçants)**

Moins de 50 ans

plus de 50 ans



**Dans l'hypothèse des scénarios avec deux ou trois secteurs, 17 médecins accepteraient un tableau de garde commun** afin de répartir de façon harmonisée le nombre de médecins sur chaque secteur, alors que 19 déclarent qu'ils ne l'accepteraient pas et 9 ne se prononcent pas.

**La revalorisation du forfait** apparaît prioritaire pour l'effectif mobile pour 31 médecins. 4 médecins considèrent qu'elle est prioritaire pour l'effectif fixe et 11 ne répondent pas.

**Autres attentes formulées par les médecins (question ouverte) : 18 médecins sur 46 se sont exprimés**

<b>Dans une approche plutôt positive sur la réorganisation</b>	<b>Dans une approche défavorable à une réorganisation</b>
<p><b><i>réorganisation</i></b></p> <p>-maison médicale de garde oui mais en dehors de l'hopital/gerer toujours par le 15 et non des patients qui arrivent directement/medecin de garde qui gère son emploi du temps et non en attente du patient sur un point fixe/effecteur mobile pouvant rester chez lui en attente des appels            - Ne pas modifier la PDSA actuelle si le nombre d'effecteurs reste suffisant, si maison médicale de garde indispensable financement des locaux et de la maintenance assurée par les pouvoirs publics , ne pas diminuer la qualité des soins et l'accessibilité des personnes fragiles, de nos patients</p>	<p>-faire moins de garde , ne pas avoir à se deplacer à st gaudens pour prendre la garde en MMg ,route apres journée de travail surchargée (penurie de généralistes) 45kms et rentrer le soir tard apres minuit            -j'espere pouvoir continuer à faire les gardes sur Luchon à mon cabinet comme actuellement ,            -rester dans le cadre du sous secteur 3 qui est déjà bien étendu pour assurer une vraie médecine de proximité, en cas d'un autre choix, je sortirai de la PDSA et mes patients s'adresseront à moi directement            -nouveau changement en moins de 2 ans !! notre secteur marche ... pourquoi changer de nouveau. Le problème est celui de la démographie (s'il n'y a plus que 2 médecins dans le Sud Comminges ou se fera la Maison de garde ??</p>
<p><b><i>Organisation matérielle</i></b></p> <p>-assurer l'hébergement de l'effecteur mobile dans la maison médicale de garde            -un outil informatique commun dans la maison médicale de garde            -une maison médicale proche du service d'urgences            - La réponse à la question: qui financera la mise en route et le fonctionnement de la maison médicale de garde?</p>	
<p><b><i>Participation PDSA</i></b></p> <p>-Je souhaite être effecteur fixe exclusivement avec un secrétariat fourni ou rémunéré.            -Je ne ferais pas de garde si le nombre des médecins est insuffisant            -Mon âge et les problèmes de santé personnels seront peut être limitants surtout si les contraintes non médicales augmentent            - nécessité d'une réflexion sur l'ouverture d'une MMG dans le cas du scenario 1. S'agissant d'un service public il semble évident que le local ne pourra être pris en charge par les seuls médecins VOLONTAIRES pour la PDSA. Ce surcoût dans notre activité ne sera pas acceptable.            - une régulation cohérente . une MMG ne doit pas vouloir dire pour autant faire des consultations qui peuvent attendre la réouverture des cabinets des médecins traitants. Idem pour les visites car vue la taille de secteurs , les déplacements inutiles seraient mal vus.</p>	<p>-arret des gardes            -impossible d'assurer à la fois astreintes à La Fontaine Salée(CHU Salies) et garde sur SAINT GAUDENS            -Aucune attente . Le mal est déjà fait...J'assume mes responsabilités de garde depuis 37 ans mais je ne suis pas très sur de vouloir continuer à le faire dans ces conditions.            - j attend de faire le moins de gardes possible et d'avoir un maximum de remplaçants faisant 40 c par jour je suis épuisé en fin de journée et me sens pas capable d'enchaîner en soirée , ce qui me fait décider de partir dans 3 ans.            -. Garder le mode de fonctionnement actuel.            - QUE CETTE PDSA NE SOIT PAS RÉORGANISÉE TOUS LES ANS!</p>
<p><b><i>Principes</i></b></p> <p>-une définition des visites incompressibles, une régulation avisée et une information sur les patients vus en garde</p>	

## **Annexe 7 : Proposition de plan d'action**

### **DECLINAISON DU PLAN STRATEGIQUE Thème : ACCES AUX SOINS**

23 janvier

2015)

#### **OBJECTIF STRATEGIQUE 1: MAINTENIR ET DEVELOPPER L'ACCES AUX SOINS DE PROXIMITE**

##### **OBJECTIF OPERATIONNEL 1: Maintenir et attirer des PDS sur le bassin de St Gaudens**

- **Action 1: Développement de stages pour les étudiants sur le bassin**

Modalités/actions:

- Faire le bilan des offres de stages sur le bassin (IDE- médecins- en hospitalier, médico-social et ambulatoire)
- Inciter les médecins généralistes à être maîtres de stage et se former
- Promouvoir les lieux de stage auprès des étudiants.

Contact- Partenaires : Pr Oustric- IFSI- CH – MG- Etudiants- Association Santé territoire

- **Action 2 : Proposition de conditions attractives pour les PDS**

Modalités/actions :

- Développer ou veiller à des conditions d'accueil favorables (logement- emplois pour les conjoints...)
- Promouvoir les différents outils à disposition (CESP - praticiens territoriaux- contrat de fidélisation avec le Conseil Régional)

Contacts-Partenaires : élus – ARS- Conseil régional

- **Action 3 : Développement de postes mixtes (cf action 12)**

Modalités/actions :

- sur certaines disciplines en difficulté, examiner pour le CH St Gaudens la possibilité de postes partagés avec le CHU ou avec le CH de Lannemezan (psychiatrie- gyneco-obstétrique- pédiatrie- ....)
- favoriser pour certaines spécialités des liens avec le CHU pour rompre avec l'exercice isolé de certains praticiens sur le CH de St Gaudens
- Développer des vacations médicales pour des médecins généralistes

Contacts-Partenaires : CH St Gaudens- PDS- ARS – CH Lannemezan- CHU

##### **OBJECTIF OPERATIONNEL 2 : Favoriser un bon maillage du bassin**

- **Action 4 : Proposition d'un schéma des MSP ou pôle de santé sur le bassin- Information sur le dispositif MSP et accompagnement des projets s'inscrivant dans le schéma proposé ou autre projet pertinent**

Modalités/actions :

- Identifier les bassins de vie (articulation autour des collègues)
- Répertoire les professionnels présents et les projets en cours
- Proposer une distribution cohérente de MSP
- Valoriser l'impact en termes de qualité et de sécurité de l'exercice partagé tant pour les patients que pour les professionnels
- Faire témoigner des MSP ou Pôles existants lors de rencontres par bassins de vie selon le schéma retenu
- Favoriser l'émergence de projets de santé fédérant les acteurs de proximité et pouvant établir des liens avec l'hôpital

Contacts-Partenaires : Elus- PDS- ARS

- **Action 5 : Réorganisation de la PDSA**

Modalités/actions :

- proposer différentes hypothèses de réorganisation de la PDSA, répondant aux besoins des patients et aux contraintes démographiques, géographiques.
- Associer les professionnels et les élus à la réflexion
- Expérimenter une nouvelle organisation et l'évaluer

Contacts-Partenaires : CDOM- PDS-

**OBJECTIF OPERATIONNEL 3 : Développer la coordination et la complémentarité entre les acteurs de proximité**

• **Action 6 : Amélioration de l'utilisation d'outils d'échanges autour du patient**

Modalités/actions :

- Faire un état des lieux sur l'utilisation de Medimail, de trajectoires,...des systèmes d'information des MSP (acteurs et circonstances d'utilisation)
- Organiser une information sur ces outils auprès des professionnels de santé

Contact- Partenaires : URPS- GCS télésanté -PDS-CH St Gaudens -MSP

• **Action 7 : Développement du partage de compétences et délégation d'actes**

Modalités/actions :

- Identifier des protocoles de délégations d'actes qui répondraient à des besoins identifiés (priorité concernant les ophtalmo- : travail avec opticien et orthoptiste à développer)
- Informer les PDS pour recueillir leur volontariat, affiner le projet
- Mettre en place et suivre le projet

Contacts-Partenaires URPS- CDOM

• **Action 8 : Développement des formations pluridisciplinaires**

Modalités/actions :

- S'appuyer sur la FMC Pyrénées Comminges-Val d'Aran et autres organismes de formation continue
- Identifier les sujets communs à prioriser
- proposer un programme de formation, et des modalités d'intervention

Contacts-Partenaires:

- FMC- PDS- DPC du CH

**OBJECTIF STRATEGIQUE 2 : DEVELOPPER L'ARTICULATION VILLE-HOPITAL-RECURS EXPERTS**

**OBJECTIF OPERATIONNEL 1 : Favoriser un meilleur recours par une meilleure connaissance des ressources existantes**

• **Action 9 : Développement d'un annuaire opérationnel actualisé, référençant les ressources en identifiant leurs missions**

Modalités/actions :

- Repérer l'ensemble des travaux existants (ex : MAIA...)
- Identifier les manques et proposer un outil souple, actualisable à l'attention des professionnels de santé et notamment des nouveaux arrivants

• **Action 10 : Communication auprès des professionnels et selon des usagers sur certains services spécifiques, emblématiques de l'articulation entre la ville et l'hôpital**

Modalités/actions : ex : Urgence et PDSA- chirurgie ambulatoire et prise en charge à domicile ...hospitalisation à domicile- réseau Reliance ;

- Préciser les points clés nécessitant une information
- Identifier le public cible, le type d'information, formation , échanges de pratiques... et les médias à utiliser (formation continue déportée sur le CH...- plaquette sur les conditions d'hospitalisation et les ressources disponibles dans le cadre de la chirurgie ambulatoire - forum des usagers...chronique régulière Presse)
- Mettre en place les interventions

Contacts-Partenaires : Elus- PDS- Usagers- Carsat....

## **OBJECTIF OPERATIONNEL 2: Favoriser un meilleur recours par des projets mutualisés et la mise à disposition d'experts et services**

- **Action 11 : Construction d'un projet de télémédecine sur le bassin (sur la psychiatrie ou autre spécialité)**

Modalités/actions :

- identifier les besoins auxquels il faut répondre (rencontrer les psychiatres du CH Marchant et du CH de Lannemezan)
- répertorier les expériences existantes de télémédecine dans les champs retenus
- décliner un projet médical en identifiant un coordonnateur de projet

Contacts-Partenaires : CH Marchant- CH Lannemezan- CH St Gaudens- MG- ARS

- **Action 12 : Développement de partenariats inter-établissements (cf action 3)**

Modalités/actions :

- Identifier le besoin en consultations avancées
- Soutenir un projet médical commun dans certaines disciplines

Contacts-Partenaires :

- CH St Gaudens- CH Lannemezan- CH Luchon- CHU..

## **Annexe 8 : compte rendu de la réunion du 29/01/15**

# **« Accès aux soins »**

Compte-rendu réunion de 4 mars 2015

**Objet :** élaboration d'un Programme territorial de santé sur le bassin de Saint Gaudens

### **Ordre du jour**

- Présentation et discussion du plan d'actions et des fiches afférentes

### **Participants**

Cf. : Liste d'émargement en annexe

### **Introduction**

Pour cette réunion, le travail portera sur les actions du premier axe du plan d'actions.

Le second axe, sur l'articulation ville-hôpital, sera abordé lors d'une deuxième réunion qui aura lieu le 4 mars, réunion à laquelle seront invités le CH de Lannemezan et le CH Marchant. Pour cette 2<sup>ème</sup> réunion, il est retenu la participation de représentants du groupe de travail (le CH de St Gaudens- médecin généraliste- élu) et non de l'ensemble du groupe. Tous les membres du groupe recevront ensuite pour informations et observations les propositions issues de cette réunion.

A l'issue de ce cycle de réunions, l'ensemble des plans d'actions seront transmis aux différents groupes pour avoir une vision globale du PTS.

### **Commentaires sur les fiches d'action (documents de travail transmis)**

Pour chaque action, il est important :

- d'en affiner le contenu
- de définir un calendrier réaliste
- d'identifier un pilote de l'action

#### **Fiche action 1 : Développement de stage pour les étudiants du bassin**

Un des objectifs est de finaliser des outils pour l'automne 2015. Il est intéressant de recenser ce qui a pu être mis en œuvre dans d'autres départements ou régions. Il convient de valoriser tous les à-côtés de la vie professionnelle qui sont des facteurs d'attraction (question du logement- environnement scolaire- culturel...).

Pour les étudiants, la question du logement est prégnante. La création d'un site d'hébergement (pour étudiants en médecine- infirmiers- kiné... créant un espace pluridisciplinaire) ou plus largement universitaire est discutée. Cela peut s'envisager dans un moyen terme. A explorer avec le Conseil régional.

Il est rappelé que pour chaque stage (médecins- infirmiers..) il y a une évaluation d'une part par le maître de stage, d'autre part par l'étudiant.

La Directrice de l'IFSI ou l'Association des internes en médecine générale seraient des potentiels pilotes à solliciter, avec un accompagnement de la démarche par la délégation territoriale de la Haute-Garonne.

#### **Propositions**

- Mener auprès des stagiaires une enquête pour recenser les besoins
  - Solliciter le Conseil régional sur les perspectives de formations universitaires sur site et sur les besoins et les élus locaux sur l'hypothèse de création d'une structure de logements pour étudiants.
- Cette question peut être également articulée avec les travaux engagés dans le cadre de la politique de la ville.
- Organiser des moments de rencontre (journées d'accueil, apéritifs deux soirs par an, ..)

## **Fiche action 5 : Réorganisation de la PDSA**

Après présentation de l'état des lieux et des scénarios de réorganisation, la discussion a permis d'aborder les points suivants :

- sur l'absence de PDSA de 0h à 8h, il est indiqué que le niveau d'activité très faible et les moyens à déployer expliquent ce choix qui a été fait dès 2013. En cas de besoin, la régulation fonctionne et oriente si nécessaire vers les urgences.
  - quel que soit le scénario envisagé, une MMG sur St Gaudens est retenue et le CH de St Gaudens est sollicité pour l'héberger. La question posée est celle du choix entre deux systèmes séparés (urgences et MMG) ou un système intégré avec tri et orientation par l'Infirmière d'accueil et d'orientation des urgences.
  - la question de l'acceptabilité du dispositif, avec notamment regroupement et centralisation de la MMG est importante. Il est rappelé que la réorganisation qui sera proposée le sera de façon expérimentale.
- Pour l'instant, le choix de l'ARS irait dans une première étape vers un système avec deux circuits distincts, dans le respect de l'organisation de la régulation de la PDSA mise en place.
- Les conséquences financières sur le CH avec une éventuelle diminution des accueils aux urgences est à prendre en considération.

### **Propositions**

- Lancement de l'enquête auprès des médecins généralistes sur la réorganisation et les scénarios
- Recenser les expériences de mise en place de MMG au sein d'établissements de santé et analyser les points forts et les points faibles des systèmes différenciés et intégrés
- Calendrier de réorganisation à différer, à envisager pour fin 2015-début 2016.
- La question du transport sanitaire pour les personnes les plus éloignées est à approfondir avec les élus.

## **Fiche action 2 : Conditions attractives pour les professionnels de santé**

Cette action touche :

- Les contrats de fidélisation avec le Conseil régional
- Les dispositifs nationaux du Pacte territoire santé
- La plateforme dédiée aux professionnels de santé à promouvoir et à développer: elle décline les démarches à suivre pour les médecins désireux de s'installer, la création d'une MSP,.....

## **Fiche action 3 : Développement de postes mixtes et partagés**

Les propositions de cette fiche seront pour partie intégrées et développées dans le cadre de l'articulation ville-hôpital, fiches actions qui seront travaillées lors de la réunion du 4 mars.

La question du périmètre des futurs groupements hospitaliers de territoire est soulevée. Les partenariats à venir entre CH en dépendront.

### **Propositions**

- Bilan des partenariats existants, projets en cours et attentes du Centre hospitalier de St Gaudens à transmettre avant la réunion du 4 mars.
- Mise en place de la commission ville-hôpital à proposer dans les actions d'articulation ville-hôpital

## **Fiche action 4 : Proposition d'un schéma de MSP ou pôles de santé sur le bassin**

Les points suivants sont discutés :

- questionnement sur la notion de schéma, ce qui a permis de préciser qu'il s'agissait d'un guide et non d'un schéma opposable
- l'expérience de l'Ariège où a été constaté un déficit d'accord entre élus et professionnels de santé plaide en faveur d'un schéma
- la référence aux collègues pour identifier des bassins de vie a été débattue

### **- Propositions**

- Calendrier maintenu.
- Retrait de la notion de « collègue ».

## **Fiche action 6 : Amélioration de l'utilisation d'outils d'échange autour du patient**

### **Propositions**

Pilote : CH

## **Fiche action 7 : Développement du partage de compétences et des délégations d'actes**

A côté des délégations d'actes et protocoles de coopération, la présence de certaines compétences par des organisations ad hoc est soulevée : l'exemple de la présence ou du recours possible aux IDE en EHPAD la nuit est citée permettant de limiter le recours à la PDSA...

Il est précisé que l'application de protocoles validés par l'HAS peuvent être exportés sans repasser par une procédure lourde, dans la mesure où ils ne sont pas modifiés.

Il est fait écho d'un travail conduit dans un autre département sur l'adaptation d'un protocole AVK déjà autorisé.

Un point sera fait sur les différentes modalités d'exportation et d'adaptation éventuelle des protocoles déjà validés.

## **Suite de la démarche du PTS**

Une rencontre entre l'ARS et le maire de Saint-Gaudens est envisagée pour une articulation du PTS avec la politique de la ville.

Courant mars, l'ensemble des fiches actions élaborées seront adressées aux membres du groupe, ainsi que les plans d'actions et fiches actions des autres groupes.

Le calendrier établi prévoit, d'ici fin mars, une validation des plans d'actions et fiches actions par la Directrice générale de l'ARS et par la Conférence de territoire. Ce calendrier pourra varier de quelques semaines.

La version définitive du PTS qui s'étend sur une durée de 3 ans sera transmise à tous les participants. Chaque fiche action prévoira un mode de suivi et d'évaluation adapté.

Le PTS se concrétisera notamment au travers de Contrats locaux de santé.

*Prochaine réunion sur l'articulation ville-hôpital*

*le Mercredi 4 mars à 14h sur le même site.*

*Participants du groupe : Mme Girier-Diebolt - Dr Longeaux – Dr Huet- Mr Losego*

## Annexe 9 : accueil des étudiants

# Programme Territorial de Santé Bassin de Saint-Gaudens

Date de rédaction : /01/15

Date de mise à jour : mars15

Date de validation :

<b>THEME A</b>	<b>ACCES AUX SOINS</b>
<b>Action 1 :</b>	<b>Développement de stages pour les étudiants sur le bassin</b>

**Objectif stratégique :** Maintenir et développer l'accès aux soins de proximité

**Objectif opérationnel :** Maintenir et attirer des professionnels de santé sur le bassin de St Gaudens

## Contexte

### Professionnels de santé en exercice

Sur le bassin, 4 communes sont identifiées en zone de vigilance (Boulogne sur Gesse, l'Isle en Dodon, St Béat, Salies du Salat) : offre médicale insuffisante ou difficulté d'accès aux soins.

De façon plus globale, on constate sur le bassin :

- une densité de médecins généralistes proche de la moyenne départementale mais avec une répartition par âge très critique (52% ont plus de 60 ans - 25% ont plus de 65 ans)- pas ou très peu de remplacements et présence de retraités actifs pour pallier l'absence de reprise d'activité.

-une densité d'IDE libéraux < densité départementale et régionale

### Formation

- Antenne de l'IFSI à St Gaudens (20 places)
- Ecole AS de 39 places
- Contrat de fidélisation mis en place par le Conseil Régional pour les étudiants IDE et kiné
- Maîtres de stage pour les internes en médecine libérale : 24 maîtres de stage formés sur le bassin (juin 2013)
- Stages en établissements: le CH de St Gaudens accueille des stagiaires étudiants en médecine- IDE –AS- kiné – diététicienne.  
Pour les internes, 13 lieux de stage sont identifiés (médecine générale – biologie- chirurgie digestive- cardiologie).  
L'ensemble des postes offerts sont pourvus.

La réalisation de stage sur un bassin, la découverte d'un exercice, les relations établies avec les professionnels de santé locaux peuvent être de nature à favoriser l'intérêt et l'installation sur le bassin.

## Public concerné – Secteur géographique

Professionnels de santé - établissements du bassin de santé de Saint-Gaudens  
Instituts de formation  
Internes en médecine générale- internes de spécialités

## Description et modalités de l'action

Compléter l'état des lieux : identifier les taux de recours aux différents lieux de stage et les difficultés éventuelles (Université- Président des internes- IFSI- Ecole AS)- Synthèse des évaluations conduites par les étudiants et par les responsables pédagogiques

Développer les lieux de stage en fonction des besoins relevés.

Introduire dans tous les projets de MSP la formation des stagiaires

Promouvoir les lieux de stage :

recenser les outils et partenariats qui ont été utilisés dans d'autres départements-régions (plaquette- brochure-...) et adapter les outils aux réalités et besoins du bassin. Valoriser les « à-côté » de la vie professionnelle. Présence lors de certaines manifestations (séances de choix de stages deux fois par an-congrès des internes-...)

Optimiser les conditions de stage avec une réflexion sur un site de logements universitaires

- permettant par ailleurs des échanges pluridisciplinaires entre étudiants du champ de la santé

-pouvant répondre à des besoins d'autres formations universitaires

## Identification des leviers et freins

### Portage/Responsable/Pilote de l'action

Leviers : nombre de maîtres de stage- mobilisation des élus- attraits du bassin (montagne..)

Freins : distance et caractère excentré par rapport à un grand centre urbain.

## Pilote de l'action

- 1) Directrice IFSI ou association interne en médecine générale (à solliciter)
- 2) Collectivités locales- conseil régional

## Partenaires à mobiliser

Elus St Gaudens et communautés de commune - Conseil Général- Instituts de formation- Faculté de médecine- Association des internes en médecine générale (Lucie Gasc) - Professionnels de santé installés sur le bassin- CH St Gaudens- Office habitat- Conseil régional-

## Moyens à mobiliser

Rencontre et réunions de travail avec organismes de formation –Conseil régional- ARS- collectivités

### A court terme

- Proposition de conditions attractives pour une immersion de quelques mois dans le bassin (logement- accessibilité aux activités locales.....)

- Plan de communication et d'information :

Support et diffusion plaquettes lors de forum- salon- réunion des choix de stage.....

Temps d'informations et de rencontres conviviales.

▪ Poursuite journée d'information organisée au CH pour les internes en stage au CH, en associant les internes en stage auprès des médecins généralistes, voire les étudiants d'autres formations paramédicales.

▪ Journée d'accueil des stagiaires effectuée conjointement par le Pr Oustric et le Dr Huet

### A moyen terme, en articulation avec la politique de la ville

-Enquête auprès des étudiants sur le besoin en matière de logement

-Étude de solutions sur un moyen terme (locaux de l'ancienne clinique : échéance fin 2018) à articuler avec la politique de la ville

## Financements

- Financement éventuels de prestations pour l'accès à des activités (collectivités ?)
- Financement des plaquettes et supports, élaboré en groupe de travail (collectivités- ARS...)
- Financement éventuel logements universitaires (CR- politique de la ville...)

## **Calendrier prévisionnel de réalisation**

Outils finalisés pour automne 2015 et utilisation dès l'année universitaire 2015- 2016 (voir calendrier.... )  
Perspective sur création logement universitaire (2019)

## **Indicateurs de suivi et de résultat**

(Voir exploitation des enquêtes de satisfaction des organismes de formation)

Supports de communication réalisés  
Interventions dans des événements spécifiques  
Nombre de lieux de stage et type de stage  
Nombre de stagiaires sur le bassin  
Nombre d'installations suite à un stage sur le bassin

## Annexe 10 : amélioration des conditions d'installation

# Programme Territorial de Santé Bassin de Saint-Gaudens

Date de rédaction : /01/15

Date de mise à jour : mars 2015

Date de validation :

<b>THEME A</b>	<b>ACCES AUX SOINS</b>
<b>Action 2</b>	<b>Proposition des conditions attractives pour les professionnels de santé</b>

**Objectif stratégique : Maintenir et développer l'accès aux soins de proximité**

**Objectif opérationnel : Maintenir et attirer des professionnels de santé sur le bassin de St Gaudens**

### Contexte

#### Professionnels de santé en exercice

Sur le bassin, 4 communes sont identifiées en zone de vigilance (Boulogne sur Gesse, l'Isle en Dodon, St Béat, Salies du Salat) : offre médicale insuffisante ou difficulté d'accès aux soins.

De façon plus globale , on constate sur le bassin :

- une densité de médecins généralistes proche de la moyenne départementale mais avec une répartition par âge très critique (52% ont plus de 60 ans - 25% ont plus de 65 ans)- pas de remplacement et présence de retraités actifs pour pallier l'absence de reprise de cabinets
- une densité d'IDE libéraux < densité départementale et régionale

#### Outils du pacte territoire santé

- CESP : nombre?
- PTMG : un sur l'Isle en Dodon

#### Autres dispositifs

- Contrat de fidélisation avec le conseil régional données chiffrées
- Voir les travaux sur le schéma des formations du CR
- 

#### Démographie population générale

Population vieillissante et rurale , habitat dispersé, zone montagneuse, Raréfaction des services de proximité.

### Public concerné – Secteur géographique

Professionnels de santé et établissements du bassin de santé de Saint-Gaudens

Etudiants dans le champ de la santé (Instituts de formation- Université... )

## Description et modalités de l'action

- Promouvoir et développer les contrats de fidélisation, les dispositifs CESP et PTMG sur le bassin de St Gaudens
- Promouvoir la plateforme dédiée à l'installation des professionnels de santé en région Midi-Pyrénées (identification des lieux d'installation, des conditions d'installation... ; connaissance de l'environnement général et sanitaire)
- Développer ou veiller à des conditions d'accueil favorables (logement-....) et valoriser l'existant (faire connaître les ressources)

## Identification des leviers et freins

### Portage/Responsable/Pilote de l'action

- Leviers : Marge de manœuvre existante sur les outils du pacte- mobilisation du Conseil régional
- Freins : Choix d'un certain nombre de médecins de rester dans un statut de remplaçant.
- Organisation actuelle de la PDSA- Isolement
- 

## Pilote de l'action

DT-ARS (R. Delannoy)-

## Partenaires à mobiliser

Conseil régional- communauté de communes- professionnels de santé- les ordres- les URPS

## Moyens à mobiliser

Identifier la programmation des départs à la retraite des PDS  
Recenser les actions mises en place dans d'autres départements (ex : Aveyron.....)  
Adaptation des outils au département et au bassin  
Présentation et diffusion des outils à définir

## Financements

- Financement de supports, élaborés en groupe de travail

## Calendrier prévisionnel de réalisation

1<sup>er</sup> semestre 2016

## Indicateurs de suivi et de résultat

Supports de communication réalisés  
Nombre d'interventions pour accompagner les outils  
Nombre d'installations

## Annexe 11 : améliorer le maillage du bassin de santé

# Programme Territorial de Santé Bassin de Saint-Gaudens

Date de rédaction : /01/15

Date de mise à jour : 03/15

Date de validation :

<b>THEME A</b>	<b>ACCES AUX SOINS</b>
<b>Action 3</b>	<b>Proposition d'un schéma de MSP ou pôles de santé sur le bassin</b>

**Objectif stratégique : Maintenir et développer l'accès aux soins de proximité**

**Objectif opérationnel : Favoriser un bon maillage du bassin**

### Contexte

Il est constaté une évolution des attentes des professionnels qui ne souhaitent plus de façon générale un exercice isolé tant en libéral qu'en milieu hospitalier.

La prise en charge des pathologies chroniques ont aujourd'hui une place importante dans les soins de proximité, encore majorée dans un bassin où la population âgée est fortement représentée. Ce constat vient renforcer la vigilance particulière à apporter au parcours du patient et au développement de l'exercice coordonné des professionnels de santé et des services impliqués Afin de contribuer à une amélioration des prises en charge et des soins, .

Les MSP ou pôles de santé avec un projet de santé partagé intégrant promotion de la santé , éducation thérapeutique, évaluation des pratiques professionnelles , formations permet d'apporter des réponses aux attentes et aux besoins repérés.

Dans le bassin de St Gaudens, une MSP à Aspet est déjà en fonctionnement.

Plusieurs projets de MSP ont été validés (Aurignac- St Martory) , d'autres en réflexion ou en cours de développement (Boulogne- Montrejeau- Isle en Dodon- St Béat/Cierp Gaud- Luchon) . Face à des démarches parfois isolées et juxtaposées, l'apport d'un guide sur une répartition et un maillage des MSP sur le bassin peut orienter les porteurs de projet et favoriser des regroupements d'acteurs.

### Public concerné – Secteur géographique

Bassin de santé- Professionnels de santé- Communautés de communes

### Description et modalités de l'action

Actualiser les Professionnels présents et les projets en cours  
Proposer une distribution cohérente ou schéma d'implantation des MSP avec un socle commun en lien avec les besoins et des complémentarités en lien avec les bassins de vie.  
Promouvoir le portage de projets

## Identification des leviers et freins

### Portage/Responsable/Pilote de l'action

- Leviers : Elus mobilisés- Politique ARS
- Freins : Elus mobilisés

### Pilote de l'action

DT-ARS (C Piau- R. Delannoy)

### Partenaires à mobiliser

Elus- représentants des professionnels de santé- conseil régional - MSP

### Moyens à mobiliser

Commission départementale MSP à mettre en place

Réunion de travail sur les différentes cartographies du bassin (socio-économique- démographique- sanitaire- ....)

Soirée d'information et d'échanges auprès des PDS et des élus sur les MSP (présentation d'expériences ) et sur le schéma proposé par bassin de vie identifié ( à coupler peut-être avec une intervention sur l'ETP) voir groupe promotion de la santé. Les maires pourraient être sollicités pour organiser ces réunions.

### Financements

- Pas de financement sur les réunions de travail et
- Financement des MSP par les différents partenaires via le comité régional (droit commun) (Région- Préfecture- ARS...)

### Calendrier prévisionnel de réalisation

- Elaboration du schéma pour octobre 2015
- Réunions de sous-bassins 4<sup>e</sup> trimestre 2015- 1<sup>er</sup> semestre 2016
- Instruction en continue des projets de MSP

### Indicateurs de suivi et de résultat

Schéma proposé  
Nombre de réunions d'information sur les sous-bassins  
Nombre de Professionnels de santé et d'élus participants à ces rencontres  
Nombre de projets de MSP ou pôles de santé proposés , validés

## Annexe 12 : des outils d'échanges

# Programme Territorial de Santé Bassin de Saint-Gaudens

Date de rédaction : /01/15

Date de mise à jour : mars 2015

Date de validation :

<b>THEME A</b>	<b>ACCES AUX SOINS</b>
<b>Action 5</b>	<b>Amélioration de l'information et de l'utilisation d'outils d'échanges autour du patient entre professionnels de santé</b>

**Objectif stratégique : Maintenir et développer l'accès aux soins de proximité**

**Objectif opérationnel :** Développer la coordination et la complémentarité entre les acteurs de proximité pour optimiser le parcours du patient

## Contexte

**L'amélioration de la prise en charge des patients passe par une communication optimisée entre les professionnels de santé :**

- dans le contenu des informations partagées
- dans les délais de transmission.

**Objectifs recensés pour les établissements de santé intervenant dans la prise en charge**

CH St Gaudens

- améliorer la qualité et les délais d'envoi des courriers après hospitalisation
- faciliter l'hospitalisation du patient et organiser son admission

CH Lannemezan

- améliorer la qualité et les délais d'envoi des courriers après hospitalisation

### Les outils en place

**Médimail est la messagerie sécurisée** qui est validée sur la région Midi-Pyrénées. Son utilisation fait partie des objectifs inscrits dans les CPOM des établissements de santé

Un bilan de la montée en charge de son installation et de son utilisation par les libéraux et les établissements de santé et médico-sociaux est effectué par le GCS Télé santé : .....Pour l'année 2014, 3289 mails sont recensés sur le bassin de St Gaudens dont 500 sur le mois de décembre (ce qui laisse penser qu'il y a une montée en charge). Pour le CH de St Gaudens , 58 mails sont recensés (dont 8 en décembre 2014)

**L'outil trajectoires** a été développé entre les services de court séjour et les SSR.

Sur le bassin de St Gaudens, les établissements suivants ont été formés (voir GCS) et des objectifs ont été définis dans les CPOM des différents établissements. Le dernier état des lieux fait apparaître.....  
Le CH de St Gaudens, le CH de Luchon et le CH de Salies sont formés, équipés et utilisent Trajectoires.

## Public concerné – Secteur géographique

Bassin de santé

Professionnels de santé- MSP- Etablissements de santé du bassin - GCS télé-santé-

## Description et modalités de l'action

- Sur la base du bilan d'équipements et d'utilisation, identifier les résistances existantes, les solutions éventuelles et prioriser les lieux d'interventions
- Programmation d'intervention par bassin de vie sur les Systèmes d'information partagés ( à voir si cela peut être couplé avec d'autres interventions : MSP- ETP...)
- Mise en place de la commission ville -hôpital

## Identification des leviers et freins

**Porta** Leviers : Choix de médimail sur la région-Montée en charge trajectoire- soutien du GCS dans l'information

- Freins : Lourdeur d'utilisation de Médimail invoqué par certains PDS

## Pilote de l'action

CH St Gaudens - DT-ARS

## Partenaires à mobiliser

Médecins généralistes –IDE libérales- URPS (représentants des 5 professions) – Etablissements de santé- CDOM- GCS

## Moyens à mobiliser

- organisation de soirée d'informations (6 à 8 réunion sur le bassin )

## Financements

-

## Calendrier prévisionnel de réalisation

- Etat des lieux complété d'ici septembre 2015
- Programmation des interventions à partir du 4è trimestre 2015 et en 2016
- 

## Indicateurs de suivi et de résultat

Nb de réunions d'informations- Nb de participants – exploitation questionnaire évaluation  
Nb d'utilisateurs médimail (en distinguant libéraux et différents types de PDS et établissements de santé) et nombre de mails  
Nb d'utilisations médimails  
Nb de dossiers trajectoires  
Evolution des DMS en court séjour

## Annexe 13 : partage de compétences

# Programme Territorial de Santé Bassin de Saint-Gaudens

Date de rédaction : /01/15

Date de mise à jour : mars 2015

Date de validation :

<b>THEME A</b>	<b>ACCES AUX SOINS</b>
<b>Action 6</b>	<b>Développement du partage de compétences et délégation d'actes</b>

**Objectif stratégique : Maintenir et développer l'accès aux soins de proximité**

**Objectif opérationnel : Développer la coordination et la complémentarité entre les acteurs de proximité**

### Contexte

La loi HPST( art 51) prévoit le développement de protocoles de coopération entre professionnels de santé : « (...) les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. (...) » Pour être mis en œuvre, un protocole de coopération doit être autorisé par l'Agence régionale de santé, après avis favorable de la Haute Autorité de santé. La HAS peut décider d'étendre un protocole de coopération à tout le territoire national.»

Sur la région Midi-Pyrénées, plusieurs protocoles ont déjà été autorisées ( programme ASALEE- suivi des diabétiques par télé-médecine avec suivi et prescription par IDE- bilan visuel par orthoptiste- dépistage de la fragilité par IDE- coopération radiologues et manipulateurs radio sur l'échographie).

Des besoins sont identifiés concernant notamment les bilans visuels sur le bassin : aujourd'hui le bassin compte 3 ophtalmologistes et 5 orthoptistes en cabinets.

Par ailleurs, sur le bassin est implanté un centre de rééducation basse vision à vocation régionale où exercent également des ophtalmo et orthoptistes.

### Public concerné – Secteur géographique

Bassin de santé

Professionnels de santé- MSP

## Description et modalités de l'action

### Volet 1 : proposer et mettre en œuvre un protocole de coopération sur le bilan visuel

- Réunion de travail avec ophtalmo-orthoptiste-opticien- URPS- CDOM + professionnels ayant mis en place le protocole
- Recueil volontariat
- Décliner le projet conformément au protocole validé par l'HAS en l'adaptant au bassin
- Mise en œuvre du protocole

### Volet 2 : identifier d'autres besoins éventuels pour mise en œuvre de protocoles adaptés

- présentation des protocoles déjà existants et des expériences conduites
- identification des besoins

## Identification des leviers et freins

**Porta**Leviers :

- Freins :

## Pilote de l'action

Volet 1 : Ophtalmo + orthoptiste (à définir après 1<sup>ère</sup> réunion)

Volet 2 : amorce au niveau de l'ARS et ensuite en fonction des axes dégagés

## Partenaires à mobiliser

Ophtalmo- IDE libérales- URPS (représentants des 5 professions)- CDOM- GCS

## Moyens à mobiliser

Signature protocole

A compléter-

## Financements

-

## Calendrier prévisionnel de réalisation

- 1<sup>er</sup> volet : 2015 pour sensibilisation et adaptation du projet- mise en œuvre début 2016
- 2<sup>e</sup> volet : amorce des travaux sur l' identification d'autres besoins début 2016 pour des protocoles éventuels à retenir et amorcer fin 2016- début 2017
- Evaluation 2017

## Indicateurs de suivi et de résultat

### 1er volet

Volontariat des professionnels

Nb de bilans réalisés dans le cadre du protocole (enfants- adultes)

Délai pour les rendez-vous

### 2è volet

## Annexe 14 : formations pluridisciplinaires

# Programme Territorial de Santé Bassin de Saint-Gaudens

Date de rédaction : 06/01/15

Date de mise à jour : mars 2015

Date de validation :

<b>THEME A</b>	<b>ACCES AUX SOINS</b>
<b>Action 8 :</b>	<b>Développement de formations pluridisciplinaires</b>

**Objectif stratégique : Maintenir et développer l'accès aux soins de proximité**

Objectif opérationnel : Développer la coordination et la complémentarité entre les acteurs de proximité

### Contexte

Les rencontres lors de formations partagées permettent aux professionnels d'échanger sur les pratiques, de mieux se connaître et ensuite de mieux travailler ensemble.

Ces temps peuvent renforcer les pratiques coordonnées autour des prises en charge des patients.

**Les CPOM des établissements mentionnent des objectifs dans ce cadre :**

CH St Gaudens (éléments issus du CPOM et du plan de retour à l'équilibre)

- développement des échanges avec les professionnels de santé

CH Lannemezan

- favoriser les échanges avec les professionnels de santé

CH Marchant

**Les organismes de formations continues intervenant sur le bassin (FMC Pyrénées Comminges-Val d'Aran **CH de St Gaudens**)– libéraux) sont actives et déjà investis dans certaines formations pluridisciplinaires.**

D'autres organismes de formation continue (autres PDS libéraux) sont à identifier.

### Public concerné – Secteur géographique

Bassin de santé

Professionnels de santé libéraux- professionnels des établissements de santé

## Description et modalités de l'action

Rencontre des différents acteurs de la formation et identification des sujets communs

Programmation annuelle d'une ou plusieurs formations partagées en fonction d'axes prioritaires dégagées sur le bassin et accompagnant certains projets: ex dépistage fragilité.....

## Identification des leviers et freins

**Porta** Leviers : acteurs locaux bien engagés

- Freins : diversité des modalités de financement

## Pilote de l'action

## Partenaires à mobiliser

Les différents organismes de formation

Les professionnels de santé

## Moyens à mobiliser

Réunion avec les organismes de formation continue

## Financements

-

## Calendrier prévisionnel de réalisation

Programmation pour 2016 et 2017

## Indicateurs de suivi et de résultat

Programmation des formations pluridisciplinaires

Nombre et qualité des professionnels de santé participants aux formations

Analyse des évaluations de formation

## **Annexe 15 compte rendu de l'enquête sur le mode de PDSA**

### **PDSA St Gaudens Réorganisation PDSA**

**1<sup>er</sup> septembre 2015**

#### **Présents :**

- **Médecins généralistes:** Dr Alibert- Dr Petit- Dr Huet (coordonnateur sous-bassin 4)- Dr Faye Pichon (coordonnateur sous-bassin 2) - Dr Perrot- Dr Couret- Dr Bosc ((coordonnateur sous-bassin 1)-
- **Association santé territoire Comminge- Val d'aran- Barousse :** Dr Bourse
- **Association MMOB31 :** Dr Poinot
- **CH de St Gaudens :** Dr Longeaux (vice-président CME)
- **ARS :** Mr Poquet- Dr Piau

#### **Excusés:**

- **CDOM**
- **CH de St Gaudens :** Mme Girier-Diebolt ( directrice)

#### **Documents de travail adressés préalablement (ci-joints )**

- données d'activité 2014
- projet de statuts de l'association Médecins PDSA Comminges (modifiés suite à la réunion de ce jour)
- projet de convention tripartite Association Médecins PDSA Comminges – association MMOB31- ARS

#### **Rappel des propositions retenues par le groupe de travail**

L'organisation actuelle est maintenue en semaine. L'expérimentation d'une nouvelle organisation est retenue pour les week-end et jours fériés pour une mise en œuvre à partir de janvier 2016.

Elle prévoit pour les 4 sous-bassins :

- un point fixe de consultation centralisé à St Gaudens, dans les locaux du centre hospitalier
- deux effecteurs mobiles, basés à St Gaudens
- un point fixe complémentaire saisonnier sur quelques week-end d'hiver et d'été à Luchon.

Horaires des effecteurs mobiles : 12h-20h le samedi et 8h-20h le dimanche.

Horaires des effecteurs fixes : sur les horaires habituels de la PDSA mais avec des horaires d'ouverture du point fixe plus restreints, à définir.

Valorisation du forfait du médecin mobile pour garantir 3C de l'heure (forfait+actes), conforme aux dispositions prises pour les médecins de l'association MMOB31.

#### **Points examinés**

##### **Horaires du médecin mobile**

Il est proposé, aujourd'hui, d'examiner la proposition d'horaires décalés pour les deux médecins mobiles.

Après échange, la proposition d'horaires décalés est retenue :

- pour une amplitude horaire de réponse plus grande
- tout en maintenant une réduction globale des tranches horaires assurées au regard de l'activité constatée, notamment en début de soirée.

**Nouvelle proposition :**

- samedi : un mobile de 12h à 20h et un mobile de 14h à 22h
- dimanche : un mobile de 8h à 20h et un mobile de 10h à 22h

**Horaires d'ouverture du point fixe****Proposition :**

- samedi : 14h à 20h et 20h à 24h
- dimanche : 8h à 12h, 14h à 20h et 20h à 24h

Le médecin effecteur fixe est joignable sur la totalité des horaires PDSA et peut ouvrir le point fixe en plus de ces horaires s'il le juge nécessaire.

**Forfait du médecin mobile**

Il est constaté, lors des échanges, une divergence d'interprétation sur ce qui avait été annoncé lors des réunions précédentes : certains médecins indiquent avoir compris que les 3C de l'heure correspondaient au forfait seul et non au cumul forfait+ actes qui est en vigueur au sein de l'association MMOB31.

Les principes qui ont prévalu pour fixer le forfait des médecins mobiles de MMOB31 est rappelé par l'ARS : un revenu garanti (forfait+actes) de 3C de l'heure, ce qui a conduit à une première puis une 2<sup>ème</sup> revalorisation après démarrage de l'expérimentation et évaluation de la réalité de l'activité.

Les médecins font part de leur inquiétude quant à l'attractivité de remplaçants pour être effecteur mobile sur le bassin de St Gaudens, préférant rester sur Muret, moins contraignant géographiquement et où l'activité est plus importante.

Afin de garantir une participation sur les différents bassins des médecins remplaçants ou non installés, l'ARS demande si l'association MMOB31 qui a une vocation départementale, ne peut pas introduire dans ses statuts une condition de participation pour chaque médecin non installé de participation sur les deux bassins pour assurer le tableau de garde.

Cette proposition ne paraît pas acceptable pour l'association MMOB31, au nom du respect du volontariat.

Les médecins du bassin et l'association MMOB31 demande une revalorisation complémentaire du forfait pour l'effecteur mobile sur le bassin de St Gaudens par rapport à l'effecteur mobile sur Muret, avec différents arguments :

- pénibilité spécifique du bassin (étendue géographique- caractère montagneux)
- faible attractivité du bassin
- pas de contrainte d'exercice sur les bassins dans le cadre de l'association en raison de la liberté d'exercice.
- la faible activité.

MMOB31 indique que le montant moyen d'une visite sur Muret est de 80 euros.

La question du forfait d'indemnité kilométrique à retenir sur le bassin de St gaudens, est posée : forfait plaine ou forfait montagne ?

**La demande est** d'un forfait de 150 euros par tranche de 4h.

Un contact sera pris avec l'assurance maladie au sujet du forfait indemnité kilométrique sur le bassin.

**Equipement technique MMOB31**

L'équipement est présenté par le Dr Pointot :

Matériel de communication

- boîtier de géolocalisation

-tablette pour la transmission des informations médicales et administratives entre la régulation et les médecins MMOB31

- téléphone portable.

Il mentionne que l'ARS a financé ce matériel et les abonnements.

#### Matériel médical et médicaments

- ECG, Oxymètre de pouls, défibrillateur

- Malette avec médicaments .

Ces matériels et médicaments sont mis à disposition par la Clinique Occitanie.

Après évaluation, le Dr Poinot indique que l'ensemble de ce matériel se justifie dans cet exercice.

Pour le matériel médical, le Dr Longeaux indique, à confirmer avec la direction, que l'établissement ne pourra pas mettre à disposition ce matériel. Pour les médicaments, la gestion de la pharmacie est encadrée par le contact de bon usage du médicament n'autorisant pas une mise à disposition de médicaments pour les libéraux..

#### **Proposition**

Pour le matériel de communication, l'ARS fera un point, notamment avec l'ORUMIP, sur la possibilité de regrouper certains de ces outils.

Pour le matériel médical, le point sera fait avec la direction du CH.

Pour les médicaments, il est proposé que l'association passe une convention avec une officine privée et finance cet équipement.

La vérification du matériel et de la malette sera assurée par un des médecins de l'association.

#### **MMOB et transport**

Un échange porte sur les possibilités de transport avec chauffeur des médecins mobiles en lien avec les conditions climatiques.

Il est rappelé par les acteurs du bassin que, l'incapacité de rouler sur certaines routes peut conduire occasionnellement en effet à des solutions complémentaires mais cela se décline au cas par cas et il ne paraît pas évident de définir des conditions climatiques posant des conditions spécifiques d'organisation.

La responsabilité du médecin, renonçant dans ce cas à un déplacement est questionnée. L'information de la régulation permet de rechercher des solutions alternatives.

#### **Proposition**

Prévoir une rencontre de régul'31 et une information du SDIS sur la nouvelle organisation

#### **Locaux et équipement mis à disposition par le CH**

Le Dr Longeaux présente l'état de la réflexion sur le CH :

- mise à disposition, pour le point fixe, de locaux de consultation, non utilisés le week-end, (avec partie salle d'attente d'environ 8 places assises) à proximité de l'entrée principale et hors du service des urgences, dans la mesure où le choix s'est orienté vers un dispositif non intégré .

- présence d'une hôtesse d'accueil et standard téléphonique 24h/24

- libre accès à l'internat pour les médecins effecteurs et plateaux repas

Le besoin ou non d'un secrétariat au niveau d'un point fixe est discuté.

Le CH ne peut assurer l'hébergement des effecteurs mobiles et des effecteurs fixes . il est indiqué la possibilité de recourir au parc hôtelier de St Gaudens à des tarifs peu importants.

Une réunion ARS- ORUMIP-MMOB31 s'est tenue pour faire le point sur les outils de communication et les indicateurs d'évaluation. Dans ce cadre, la réflexion a porté sur le développement d'un outil informatique permettant le recueil et la transmission de données sur le patient au niveau du point fixe, comme cela existe pour le médecin mobile, avec à l'étude également une possibilité de transmission vers le médecin traitant. Une nouvelle rencontre sera organisée en octobre.

#### **Proposition**

Démarrage sans secrétariat.

L'hôtesse d'accueil pourra orienter et donner des informations simples sur l'ouverture du point fixe,....

### **Protocole CH- point fixe de PDSA**

Il est prévu de formaliser, entre le CH et l'association PDSA, le partenariat avec la mise à disposition des locaux, les conditions d'orientation du service des urgences vers la PDSA et inversement. Le Dr Longeaux et le Dr Huet ont déjà échangé sur le sujet et des protocoles sur d'autres sites ont été récupérés.

Il est confirmé par l'ARS que l'orientation par les urgences vers la PDSA vaut régulation.

### **Statuts association**

L'association Médecins PDSA Comminges est responsable de l'effectif fixe et doit favoriser l'organisation globale de la PDSA sur le bassin qui se fera en lien avec l'association MMOB31, responsable de l'effectif mobile.

Quelques modifications sont apportées au projet de statuts. (ci-joint)

### **Articulation avec la garde des pharmaciens**

Le tableau de garde des pharmaciens est fixé pour l'année suivante fin octobre- début novembre. Actuellement, dans l'organisation, il n'y a pas systématiquement une pharmacie de garde sur St Gaudens.

#### **Proposition**

Prévoir une rencontre du syndicat des pharmaciens pour présenter l'expérimentation et voir quelles sont les possibilités de mettre en place une pharmacie de garde le week-end sur St Gaudens.

### **PDES la Fontaine salée**

Actuellement, une partie de la PDES sur la Fontaine salée est assurée par les médecins généralistes et parfois dans le cadre de la PDSA.

#### **Proposition**

Un point va être fait par l'ARS avec le CHU pour anticiper sur l'organisation de la PDES dans la mesure où la PDSA n'a pas vocation à répondre à cette permanence.

## **Suites des travaux**

- Constitution de l'association médecins PDSA Comminges avec une AG courant septembre
- Prochaine réunion du groupe à la suite
- Attente de positionnement de l'ARS sur les financements possibles pour présentation à l'association

Lorsque l'association sera constituée, prévoir :

- rencontre régulier 31- syndicat pharmaciens-
- appel à volontariat formalisé

## **PDSA St Gaudens 24 juin 2015**

### **Présents :**

- **Médecins généralistes dont coordonnateurs de sous-bassin de PDSA** : Dr Faye-Pichon ( coordonnateur SB2)- Dr Alibert- Dr Fages-Polge (coordonnateur sous-bassin 3) - Dr Bosc (coordonnateur sous-bassin 1)- Dr Huet (coordonnateur sous-bassin 4)- Dr Grezy Chabardes- Dr Thomas
- **CDOM** : Dr Rougé
- **ARS** : Mr Poquet- Mr Delannoy- Dr Piau

### **Objectif de la réunion**

- Présentation des résultats de l'enquête réalisée auprès des médecins sur la réorganisation de la PDSA
- Scénario proposé à la suite de ces résultats
- Travaux à conduire

En introduction, Mr Poquet rappelle que cette démarche s'inscrit dans le programme territorial de santé, qui est une approche transversale de différentes thématiques de santé. L'accès aux soins et notamment la problématique de la désertification en professionnels de santé font l'objet de propositions de plusieurs actions dont la réorganisation de la PDSA fait partie .

### **Résultats de l'enquête**

Le document ci- joint est présenté.

### **Les principaux points suivants sont relevés :**

- rappel de la méthodologie de l'enquête : objectifs- élaboration du questionnaire- calendrier
- taux de participation correct (40 médecins sur 72 installés et 6 remplaçants) avec une bonne représentativité par tranche d'âge et sexe , une sur-représentation des sous-bassins 3 et 4.
- participation à la PDSA pour la majorité des répondants installés (35dont 9 régulièrement remplacés)
- perspectives : 4 médecins remplaçants envisagent de s'installer sur le bassin- 9 médecins signalent leur arrêt d'activité d'ici 2017
- critères sur lesquels les médecins sont majoritairement favorables dans une réorganisation de la PDSA : coordination avec la garde des pharmaciens- organisation des transports vers les points fixes- être effecteur fixe- faire moins de gardes

- critères sur lesquels les médecins sont majoritairement défavorables : être effecteur mixte- être effecteur mobile- répartir les effecteurs harmonieusement
- critères faisant l'objet d'avis favorable et défavorable globalement répartis : augmentation de l'activité en garde- PDSA organisée sur un point fixe.
- le scénario 1 avec regroupement de l'ensemble des sous-bassins est le plus attractif pour la majorité des répondants, pour eux-mêmes, pour les éventuels nouveaux installés, en regard des perspectives démographiques.

Le scénario 1 comprenait :

- un point fixe de consultation centralisé à St Gaudens
- deux effecteurs mobiles, basé à St Gaudens
- un point fixe complémentaire saisonnier sur quelques semaines d'hiver et d'été à Luchon.

**Après exploitation de l'enquête, la proposition actuelle à discuter serait d'expérimenter ce scénario avec une organisation panachée**, permettant une plus grande acceptabilité et une meilleure faisabilité :

- scénario 1 sur le we, avec possible modulation des temps d'exercice des médecins mobiles par rapport aux horaires de PDSA.
- maintien de l'organisation actuelle en soirée de semaine.

Sur le week-end, la proposition est donc la suivante :

- un effecteur fixe sur St Gaudens
- deux effecteurs mobiles basés à St Gaudens, avec à étudier, du fait de l'activité constatée, une intervention du médecin mobile jusqu'à 20h et non jusqu'à 24h. Cela pourrait s'articuler avec la possibilité de transports sanitaires vers la MMG (voir projet art 66 cité plus loin). Une revalorisation du forfait concernant l'effecteur mobile sur ce bassin est retenue.
- une antenne saisonnière sur Luchon (point fixe) quelques semaines en hiver et quelques semaines en été.

### **Points de discussion :**

#### **Réponse à l'enquête**

- un des médecins mentionne ne pas avoir reçu le questionnaire
- un autre indique ne pas retrouver dans les résultats la réponse qu'il a fourni quant à son projet d'installation

Il est indiqué que les questionnaires ont été envoyés par mail ou courrier en mars 2015 avec 2 rappels jusqu'en mai. Les listes de médecins avec mail avaient été soumises au médecin coordonnateur pour validation.

Une vérification va être faite sur les mails adressés.

**Visite incontournable :** Une définition partagée de la visite incontournable est demandée.

Le CDOM avait travaillé avec différents professionnels sur cette définition qui n'a pas eu un consensus.

Toutefois il est rappelé que dans le bassin de Muret, l'association MMOB31 s'appuie sur un cadre de la visite incontournable.

Ce cadre pourrait être repris au niveau du bassin de St Gaudens, évalué et adapté si besoins. A la question posée sur la possibilité de 0 visite, cette hypothèse n'apparaît pas adaptée dans le contexte actuel de la PDSA.

**Régulation :** Il est souligné par les médecins concernés que la régulation au niveau des Hautes-Pyrénées n'est pas correctement assurée. Il y a transfert des appels patients vers les médecins de PDSA qui finalement régulent eux-mêmes l'appel.

**Transports sanitaires vers les lieux de consultation :** L'ARS informe qu'un dossier va remonter au Ministère au cours de l'été sur une expérimentation concernant la participation des transports sanitaires à l'aide médicale Urgente dans le cadre de l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale 2012. Cette expérimentation, si elle est retenue intègre la possibilité de transport des patients vers la MMG.

Dans le cadre de ce projet, il est précisé que le nombre de secteur de garde des transporteurs sanitaires privés a été réduit : pour le bassin de St Gaudens, il y aura un secteur de garde correspondant au périmètre du bassin de santé, avec un renfort le soir et weekend, au lieu de 6 secteurs actuellement, avec proposition d'un forfait spécifique pour assurer un revenu suffisant.

#### **Point fixe de consultation**

- Après échanges, dans la mesure où un point fixe de consultation est organisé sur St Gaudens, le principe généralisé de consultation sur ce point fixe, même pour les médecins de St Gaudens est retenu.

- L'accès au point fixe : le principe est l'accès au point fixe après régulation. Toutefois, certains patients se rendront probablement directement sur le lieu de consultation. Il est proposé de prévoir, dans ce contexte, des horaires d'ouverture de la MMG affichés sur la porte. Le médecin du point fixe est par contre joignable sur l'ensemble des horaires de la PDSA. Il est confirmé qu'il ne peut pas y avoir aujourd'hui ouverture de la MMG le samedi matin car c'est hors horaire PDSA. Par contre, pour prendre en compte les difficultés en lien avec les fermetures des cabinets de plus en plus fréquentes le samedi matin, la régulation par le 3966 est en place sur ce créneau permettant d'orienter les patients qui appellent le matin vers les médecins qui sont ensuite en PDSA à partir de 12h.

- le lieu d'implantation du point fixe : le groupe préconise de façon préférentielle une implantation au sein du CH, à proximité des urgences mais pas au sein des urgences. La situation au sein du CH offre plusieurs avantages : sécurité- non isolement- possibilité de recours à la radiologie et la biologie- réorientation facile par les urgences- acceptabilité par les médecins.

Les conditions de mise à disposition de locaux seront vues avec le CH. L'équipement informatique sera à prévoir.

L'accessibilité en voiture, avec possibilité de stationnement devra être examinée.

La mairie sera également sollicitée.

#### **Scénario**

La proposition de panacher une expérimentation de réorganisation sur le we avec maintien de l'organisation actuelle en semaine recueille un avis favorable des participants.

## **Suite des travaux**

### **Différentes rencontres doivent être organisées, pour affiner le projet, avec**

- CH St Gaudens sur le lieu de consultation fixe et les moyens à disposition, ainsi qu'avec la mairie de St Gaudens
- MMOB31 pour l'effectif mobile
- la régulation pour appréhender la nouvelle organisation
- le syndicat des pharmaciens pour tendre vers une harmonisation des gardes
- les représentants ambulanciers pour l'organisation de transports (si expérimentation art 66 retenue)
- les présidents de communautés de communes pour l'information et la communication et le soutien de la démarche

Ces rencontres vont être programmées d'ici fin septembre.

La suite de ces travaux doit se conduire avec les médecins de terrain représentés par les participants à cette réunion. Une invitation à ces différents temps leur sera adressée. Par ailleurs, il est convenu d'inviter également l'association Santé-territoire du Comminges.

**Présentation du scénario retenu avec ses déclinaisons et appel à volontariat** auprès des médecins en octobre 2015

### **Retour intermédiaire de l'enquête aux médecins généralistes :**

Les médecins présents proposent de faire un premier retour de cette réunion vers les médecins de leurs sous-bassins.

Il est proposé ensuite en septembre, un retour formalisé, dans une présentation à adapter.

## **Annexe 16 : compte rendu de la réunion du 4/03/15**

### **« Accès aux soins »**

Compte-rendu réunion de 4 mars 2015

**Objet :** élaboration d'un Programme territorial de santé sur le bassin de Saint Gaudens

#### **Ordre du jour**

Articulations ville-hôpital et complémentarités inter-hospitalières dans le PTS sur le bassin de St Gaudens :

#### **Participants**

Dr Huet (médecin généraliste)- Mr Estevez (interne médecine générale)- Mme Pasquet (directrice CH Marchant)- Mme Dirier-Giebolt (directrice CH St Gaudens)- Dr Longeaux (président CME CH St Gaudens)- Dr Klein (CH Marchant)- Mme Espes, Dr Feyfant-Raimond, Mr Poquet, Dr Piau (ARS).

Excusé : Mr Losego (président de communautés de communes)

#### **Introduction**

La démarche du PTS sur le bassin de St Gaudens est présentée (Présentation jointe) :

- la méthodologie et le calendrier de travail
- une démarche générale basée sur un diagnostic de bassin, en lien avec le PRS, dans les champs suivants : la promotion de la santé, l'accès aux soins, les personnes âgées, les personnes handicapées.
- Pour l'accès aux soins, deux axes de travail principaux ont été retenus ; d'une part autour du maintien et du développement de l'accès aux soins de proximité, d'autre part autour du développement de l'articulation ville hôpital.

Dans ce dernier axe, le groupe a proposé de travailler sur :

- la construction d'un projet de télémédecine de bassin
- le développement de partenariats inter-établissements.
- 

Il est proposé d'examiner successivement ces deux propositions.

**A noter que l'absence du CH de Lannemezan n'a pas permis de recueillir l'ensemble des points de vue sur ces deux sujets.**

#### **Construction d'un projet de télémédecine de bassin**

La proposition du groupe concernait en premier lieu la psychiatrie. Différents éléments peuvent soutenir l'opportunité d'un tel projet : bassin étendu, difficulté d'accès aux spécialistes, référence aux CPOMs des établissements potentiellement impliqués, existence d'activités de télémédecine déjà développées.

#### **Discussion**

**La discussion est engagée sur la prise en charge en pédopsychiatrie sur le bassin de St Gaudens :**

- le CH Marchant n'intervient sur le bassin que par son hôpital de jour situé à St Gaudens
- le CMPP porté par l'ASEI est présent sur le bassin et assure pour partie une mission sanitaire. Toutefois, il est rappelé que le CMPP est un établissement médico-social. Du fait des besoins, les moyens du CMPP ont été renforcés sur la dotation sanitaire afin d'assurer certaines consultations notamment pour les enfants très jeunes. Mais il n'assure pas en globalité les missions d'un CMP, en particulier la prise en charge des adolescents.
- La mission de pédopsychiatrie, dans le champ sanitaire, reviendrait normalement en totalité au CH Marchant.

### **Difficultés de prise en charge relevées :**

La prise en charge psychiatrique des jeunes dans le service des urgences, suite à des tentatives de suicide, nécessite un avis psychiatrique. Pour les moins de 18 ans, il est impossible d'avoir cet avis et il est proposé à la famille de prendre RV. Le plus souvent, les jeunes, après prise en charge en unité d'hospitalisation de courte durée, sortent sans avis spécialisé. Parfois, un avis est donné par le psychiatre du CMPP. Si des difficultés majeures sont identifiées, il ya un transfert vers le CH Marchant. Cette mission relèverait du CH de Marchant dont un secteur de pédopsychiatrie couvre ce bassin.

D'autres difficultés sont identifiées avec un déficit de réponses : quelle prise en charge de crises clastiques, des troubles psychotiques, de troubles du comportement alimentaire, des addictions... ?

Les insuffisances actuelles et besoins identifiés concernent donc principalement l'adolescent pour des avis en phase aiguë et les prises en charge dans la durée.

### **Proposition :**

Peut-on envisager une consultation via la télémédecine en UHCD ?

A travers les échanges, il apparaît indispensable de clarifier préalablement la situation concernant l'organisation de la pédopsychiatrie en lien avec le CH de Marchant et le CMPP :

- refaire le point sur les délégations de missions et les conventions
- repenser la répartition des missions, les articulations.

Une rencontre spécifique des deux structures sera organisée.

### **Autres interventions en télémédecine :**

Des propositions sont émises concernant les plaies et cicatrisation, la conduite de RCP en cancérologie, la filière gériatrique avec également l'articulation avec les EHPAD.

Le problème du modèle médico-économique est soulevé. Pour l'instant, il y a des expérimentations en cours conduites après appel à projet national.

## **Développement de partenariats inter-établissements et postes partagés**

**La question du partenariat inter-établissements**, du fait de l'absence du CH de Lannemezan, ne peut être réellement explorée. Des articulations sont bien sûr développées entre le CH de St Gaudens et le CH de Lannemezan. Il paraît adapté actuellement, dans la perspective de la création de groupement hospitalier de territoire prévue par la future loi de santé d'attendre les regroupements qui seront retenus.

### **Postes mixtes ville-hôpital :**

Afin de rompre avec l'exercice isolé, de conserver un lien avec l'hôpital, à côté de formations partagées, quelle activité peut être proposée et utile au niveau de l'hôpital pour les médecins généralistes, pour les médecins spécialistes ? Plusieurs pistes sont identifiées déjà en cours ou à explorer: HAD- éducation thérapeutique- SSR – participation à la continuité des soins (ex : Salies du Salat)

**Une prochaine réunion avec le CH de St Gaudens sur le projet de MMG est programmée le 7 mai 2015 à 10h.**

## Annexe 17 : développement de postes mixtes

# Programme Territorial de Santé Bassin de Saint-Gaudens

Date de rédaction : /01/15

Date de mise à jour :

Date de validation :

<b>THEME A</b>	<b>ACCES AUX SOINS</b>
<b>Action 3</b>	<b>Développement de postes mixtes et partagés (cf action12)</b>

**Objectif stratégique :** Maintenir et développer l'accès aux soins de proximité

**Objectif opérationnel :** Maintenir et attirer des professionnels de santé sur le bassin de St Gaudens

### Contexte

Evolution des attentes des professionnels qui ne souhaitent plus, en général, un exercice isolé, tant en libéral qu'en milieu hospitalier.  
Développement de la notion de parcours et de l'exercice coordonné, dans la prise en charge des patients  
Développement des EPP.  
Nécessité de disposer d'une activité minimale de 3 praticiens pour assurer la permanence des soins dans certaines spécialités au niveau du CH  
  
(cf débat public- asso comminges)

### Public concerné – Secteur géographique

Professionnels de santé  
Etablissements du bassin de santé de Saint-Gaudens et des bassins voisins ou établissements experts.

### Description et modalités de l'action

Soutenir et développer avec le CH de St Gaudens et le CH de Lannemezan un projet médical commun dans des spécialités où cela permettrait de maintenir une activité de proximité en optimisant les moyens humains et donc les prises en charge (psychiatrie- gyneco-obstétrique- pédiatrie....)  
  
Favoriser des liens avec le CHU et la clinique Occitanie dans certaines spécialités pour conforter les équipes médicales et rompre avec l'exercice isolé sur le CH de St Gaudens (ex : médecine interne)  
  
Identifier et soutenir des vacations médicales au sein du CH pour des médecins généralistes, en

fonction des besoins.

## Identification des leviers et freins

### Portage/Responsable/Pilote de l'action

- Leviers : Démarche engagée par les établissements . Perspective de projet médical commun (GHT)
- Freins :

### Pilote de l'action

Ch St Gaudens ?,

### Partenaires à mobiliser

CH St Gaudens - CH Lannemezan- CH Luchon- CHU

### Moyens à mobiliser

CME  
CPOM

### Financements

-

### Calendrier prévisionnel de réalisation

Projet médical validé Septembre 2015 ?

### Indicateurs de suivi et de résultat

Maintien des activités concernés  
Nombre de praticiens partagés  
Nombre de vacations mise en place pour des médecins généralistes

A approfondir avec DOSA (ARS)

## Annexe 18 : développement d'un annuaire

# Programme Territorial de Santé Bassin de Saint-Gaudens

Date de rédaction : 06/01/15

Date de mise à jour : mars 2015

Date de validation :

<b>THEME A</b>	<b>ACCES AUX SOINS</b>
<b>Action 8 :</b>	<b>Développement d'un annuaire opérationnel actualisé, référençant les ressources en identifiant leurs missions</b>

**Objectif stratégique : Développer l'articulation ville-hôpital recours experts**

Objectif opérationnel : Favoriser un meilleur recours par une meilleure connaissance des ressources existantes

### Contexte

Un besoin de connaissances des ressources à disposition et des missions est identifié par les différents acteurs dans un contexte où de nouvelles modalités de prise en charge se développent et de nouveaux services sont mis en œuvre.

Cet outil comprenant également l'identification des interlocuteurs et des accès directs favorise des recours adaptés et de proximité

Existence d'un annuaire en cours d'élaboration par la MAIA

Projet de développement du ROR avec pilotage par ORUMIP

### Public concerné – Secteur géographique

Bassin de santé

Professionnels de santé

### Description et modalités de l'action

Identifier les annuaires existants sur les établissements de santé sur le bassin

Recenser les ressources

Structurer un annuaire reprenant missions et ressources, articulé avec la structuration du futur ROR

Identifier un responsable de la mise à jour

Définir les modes de communication

## Identification des leviers et freins

Leviers : demande des professionnels

Freins : multiplication des outils et nécessaire articulation et complémentarité à privilégier. Difficulté de la mise à jour des annuaires.

- Difficultés de la mise à jour des annuaires.

## Pilote de l'action

Ch St Gaudens - ARS

## Partenaires à mobiliser

ORUMIP

Service Système d'information ARS

## Moyens à mobiliser

Groupe de travail : CH St Gaudens- représentants professionnels de santé libéraux- ARS- MAIA

## Financements

A définir sur les outils de communication (papier- informatique..)

## Calendrier prévisionnel de réalisation

2016

## Indicateurs de suivi et de résultat

Annuaire réalisé

Enquête auprès des professionnels de santé sur la réponse aux besoins

## Annexe 19 : communication ville – hôpital

# Programme Territorial de Santé Bassin de Saint-Gaudens

Date de rédaction : 06/01/15

Date de mise à jour : mars 15

Date de validation :

<b>THEME A</b>	<b>ACCES AUX SOINS</b>
<b>Action 9</b>	<b>Communication auprès des professionnels et des usagers sur des services spécifiques emblématiques de l'articulation entre la ville et l'hôpital</b>

**Objectif stratégique : Développer l'articulation ville-hôpital recours experts**

Objectif opérationnel : Favoriser un meilleur recours par une meilleure connaissance des ressources existantes

## Contexte

**Certaines prises en charge sollicitent de façon très spécifique l'articulation ville-hôpital:** prise en charge en HAD- chirurgie ambulatoire- urgences et PDSA.

**Dans ces différents champs, l'analyse de l'activité met en exergue des possibilités d'amélioration. Le recours à la chirurgie ambulatoire est encore limité.** La prise en charge en HAD doit se développer.

Une information spécifique sur ces thèmes contribuera à mieux connaître les missions et les enjeux de ces prises en charge, à les faciliter et les optimiser, en développant également si nécessaire des outils de liaison, et en favorisant la mise en place de conditions favorables de prise en charge avec un recours adapté, une continuité de la prise en charge et la coordination des acteurs.

**Cette approche se retrouve dans les objectifs recensés dans les CPOM des établissements de santé intervenant sur le bassin :**

CH St Gaudens (éléments issus du CPOM et du plan de retour à l'équilibre)

- favoriser les échanges avec les professionnels de santé
- développer les alternatives à l'hospitalisation

CH Lannemezan

- favoriser les échanges avec les professionnels de santé
- développer les alternatives à l'hospitalisation : rapprocher les lieux de prise en charge psychiatrique au plus près des lieux de vie.

**Le contexte de la réorganisation de la PDSA conduit également à travailler sur l'articulation Urgences- PDSA (renvoi fiche PDSA).**

## Public concerné – Secteur géographique

Bassin de santé

Professionnels de santé - usagers

## Description et modalités de l'action

- Etablir un bilan des activités déployées et des difficultés identifiées dans le recours et les articulations
- Définir une programmation de la communication
- Pour chaque thème, mise en place d'un groupe de travail approprié, travaillant au contenu sur le plan technique et identifiant les modes de diffusion adapté
- Finalisation des supports et Diffusion

## Identification des leviers et freins

**Porta** Leviers : démarche qualité pour le CH de St Gaudens et accompagnement du projet médical dans certains de ses axes

- Freins :

## Pilote de l'action

CH St Gaudens -ARS

## Partenaires à mobiliser

Partenaires prévus dans le groupe de travail : CH St Gaudens - professionnels de santé libéraux- représentants usagers- ARS

Partenaires de la communication : médias (gazettes du Comminges- bulletin du CDOM- ....)

## Moyens à mobiliser

Mise en place groupes de travail

## Financements

## Calendrier prévisionnel de réalisation

- Planification communication 2è semestre 2015
- Organisation groupe de travail sur les différents thèmes 2è semestre 2015
- Communication 2016 -2017

## Indicateurs de suivi et de résultat

- communications réalisées
- indicateurs sur l'évolution du recours

## Annexe 20 : télémédecine

# Programme Territorial de Santé Bassin de Saint-Gaudens

Date de rédaction : 06/01/15

Date de mise à jour : Mars 2015

Date de validation :

<b>THEME A</b>	<b>ACCES AUX SOINS</b>
<b>Action 11</b>	<b>Construction d'un projet télémédecine sur le bassin</b>

**Objectif stratégique : Développer l'articulation ville-hôpital recours experts**

Objectif opérationnel : Favoriser un meilleur recours par des projets mutualisés et la mise à disposition d'experts et de services

### Contexte

**Le bassin de St Gaudens présente des caractéristiques qui sont propices au développement de la télémédecine** : il est étendu avec des contraintes géographiques et climatiques. La mobilité des habitants est dans un certain nombre de situations réduite , notamment en ce qui concerne les personnes âgées, les personnes en situation de précarité. La démographie médicale et plus particulièrement des spécialistes tend vers une réduction de réponses spécialisées de proximité, devant conduire à repenser les modes d'accès pour certains avis spécialisés.

**Certains objectifs recensés pour les établissements de santé intervenant dans la prise en charge sont à prendre en considération dans le cadre d'un tel projet.**

CH St Gaudens (éléments issus du CPOM et du plan de retour à l'équilibre)

- Amélioration des parcours de prise en charge : des personnes âgées- des patients atteints de cancer- de la mère et du nourrisson- des AVC- des pathologies chroniques
- Développement de la prise en charge de la douleur
- Utilisation du PACS régional

CH Lannemezan (éléments issus du CPOM)

- améliorer la prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux
- développer les AAH : rapprocher les lieux de prise en charge psychiatrique au plus près des lieux de vie
- développer la télémédecine

CH Marchant (éléments issus du CPOM)

- améliorer le parcours de santé de la personne souffrant de troubles mentaux en portant une attention particulière à la prise en charge des urgences, en lien avec les autres établissements du

territoire

- développer les dispositifs spécifiques de prise en charge du parcours des adolescents en crise
- développer la télémédecine avec les établissements médico-sociaux , sanitaires et en milieu pénitentiaire et la visioconférence avec les établissements sociaux
- favoriser le développement des échanges entre professionnels de santé
- améliorer la qualité et le délai d'envoi du courrier en fin d'hospitalisation

**L'organisation de la psychiatrie sur le bassin de St Gaudens**, (pédopsychiatrie assurée par le CH de Marchant -psychiatrie adulte assurée par le CH de Lannemezan avec un HDJ, un CMP sur St Gaudens et une antenne de CMP sur Luchon ) peut conduire à développer la télémédecine pour certaines prises en charge.

**Les insuffisances et besoins identifiés, dans une première approche, concernent principalement :**

1) La psychiatrie

- l'adolescent pour des avis en phase aigüe et des prises en charge dans la durée

En étape préalable, une clarification des missions du CH Marchant et de l'ASEI sur ce bassin doit être apportée.

2) Les personnes âgées

- troubles du comportement

- plaies et cicatrisation

3) La cancérologie

**Des activités de télémédecine sont déjà développées sur le bassin**

- activité de télé-AVC avec le CHU
- téléradiologie CH St Gaudens- CH Luchon (en journée)
- Téléradiologie pour l'activité en astreinte du scanner du CH de St Gaudens en lien avec une plateforme extra-régionale

## Public concerné – Secteur géographique

Bassin de santé

Professionnels de santé - usagers

## Description et modalités de l'action

**Affiner les besoins, les axes d'intervention et les partenaires impliqués**

**Elaboration du projet médical et des conditions d'organisation**

**Contractualisation avec l'ARS**

**Mise en oeuvre**

## Identification des leviers et freins

**Porta** Leviers :

- Freins : disponibilité pour la construction du projet – modèle médico-économique non défini

## Pilote de l'action

CH St Gaudens

## Partenaires à mobiliser

CH St Gaudens – CH Marchant- CH Lannemezan- CHU- professionnels de santé- EHPAD-ARS-GCS

## **Moyens à mobiliser**

Possibilité de soutien d'un consultant ? ( voir expérience du Tarn)

## **Financements**

- Financement des matériels via le GCS

## **Calendrier prévisionnel de réalisation**

- 2015- 2016- 2017

## **Indicateurs de suivi et de résultat**

Thèmes retenus  
Etablissements et professionnels partenaires  
Equipement des services ou structures  
Nombre de consultations  
Réduction des transports ?

## Annexe 21 : présentation du PTS



# PROGRAMME TERRITORIAL DE SANTE



## Bassin de Saint-Gaudens ACCES AUX SOINS

4 mars 2015

### Pourquoi un PTS sur le bassin de Saint-Gaudens?

#### •Spécificités et problématiques du territoire

-un territoire rural présentant trois zones de vie :

- au nord à proximité du Gers
- au centre autour de l'axe autoroutier
- au sud à proximité de la chaîne pyrénéenne

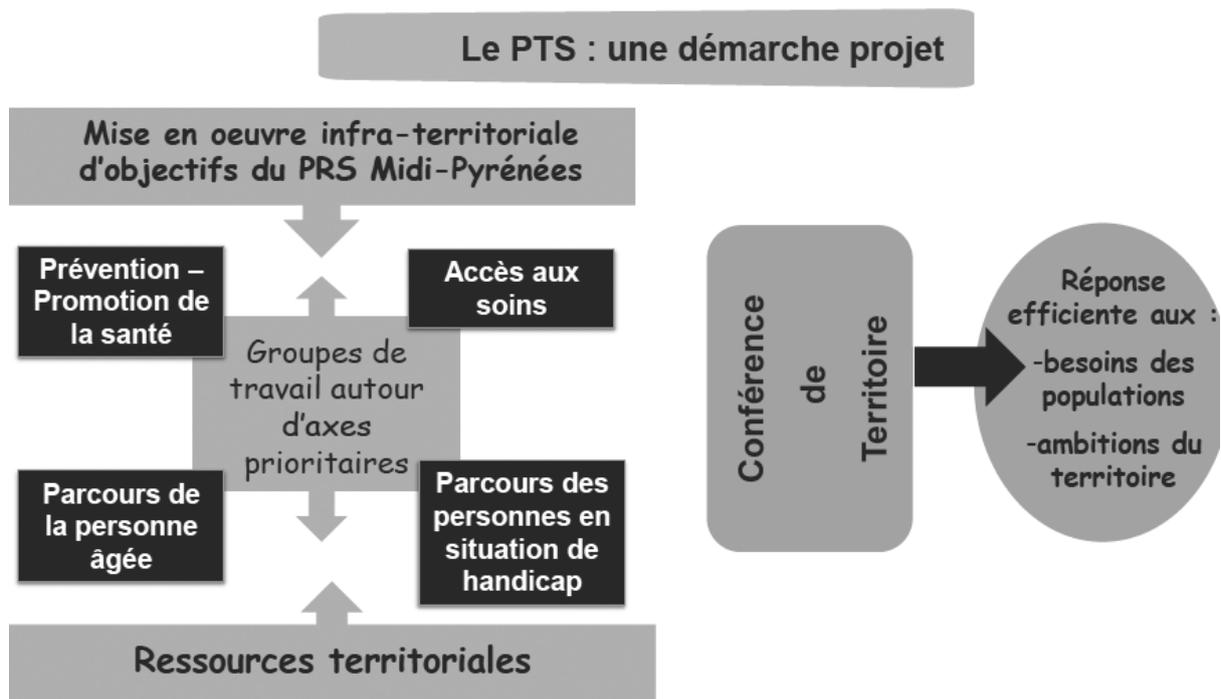
- un bassin de santé qui compte 87 205 habitants soit 7,2% de la population haut-garonnaise (en 2007), parmi laquelle 13,7% de la population a plus de 75 ans

-une surmortalité élevée dont surmortalité évitable liée aux comportements à risque et accès aux dispositifs. La surmortalité porte particulièrement sur les AVC, la cardiologie et le cancer

#### •Mobilisation des acteurs du territoire

débat public du 24 janvier 2014

association santé, territoire, Comminges, Barrouste, Val d'Aran



## Méthodologie de travail

- Un pré-diagnostic établi avec tableau de bord ORS, analyse des bassins de vie et connaissances de terrain
- Un diagnostic partagé avec les groupes de travail (3 vagues de réunions)
- Un plan stratégique et opérationnel à décliner en fiches actions pour chaque thématique après validation DG ARS

## Calendrier prévisionnel

PHASE 1 Septembre 2014 – Février 2015		PHASE 2 Février – Avril 2015		PHASE 3	
<b>COPIL</b> -Présentation de la démarche et des fiches thématiques -Validation des groupes de travail et du calendrier	<b>17 septembre</b>	<b>ARS</b> mise en forme du livrable « Programme Territorial »	<b>Février 2015</b>	<b>Démarrage et mise en œuvre des actions du PTS</b>	<b>A partir d'avril 2015</b>
<b>GROUPE DE TRAVAIL</b> -approfondissement du diagnostic partagé - validation des thèmes priorités	<b>6 au 14 novembre 2014</b>	<b>DG ARS COPIL</b>  validation	<b>Fin février 2015</b>		
<b>GROUPE DE TRAVAIL</b> – approfondissement des thème priorités	<b>11 au 19 décembre 2014</b>	<b>ARS</b> présentation en conférence de territoire	<b>Mars 2015</b>		
<b>GROUPE DE TRAVAIL</b> - validation des orientations de travail à inscrire dans le PTS	<b>29 janvier au 6 février 2015</b>				



## Accès aux soins: constats

- Des indicateurs de santé défavorables
- 4 communes en zone de vigilance
- Offre de soins de 1<sup>er</sup> recours fragile sur l'ensemble du bassin
- Exercice pluridisciplinaire engagé , 1 MSP en place et des projets
- Organisation de la PDSA non satisfaisante
- Taux de recours aux soins dans la my départementale
- Taux de fuite dans le recours hospitalier
- Accessibilité géographique à favoriser dans les réponses à apporter
- Formations et stages en déploiement



## Accès aux soins: les axes de travail

- **Composition des groupes de travail :**

URPS (médecin – IDE - kiné), Ordres (médecin – IDE – kiné - pharmacien), Syndicat pharmaciens, CPAM – MSA, Centre Hospitalier St-Gaudens (directeur président CME), SSIAD –EHPAD, réseau Reliance, représentants usagers

- **Axes de travail**

Maintenir et développer l'accès aux soins de proximité

Développer l'articulation ville-hôpital et recours experts

1er axe de travail

### Maintenir – développer un accès aux soins de proximité

#### Maintenir et attirer des PDS sur le bassin de santé de St Gaudens

- Développement de stages pour les étudiants
- Proposition de conditions attractives pour les PDS
- Développement de postes mixtes

#### Favoriser un bon maillage du bassin

- MSP
- Pôle de santé, réorganisation de la PDSA)

#### Développer la coordination et la coopération entre les acteurs de proximité

- Amélioration outils d'échanges autour du patient,
- Développement partage de compétences et délégation d'actes
- Développement de formations pluridisciplinaires

## Développer l'articulation ville-hôpital – recours expert

### Favoriser un meilleur recours par une meilleure connaissance des ressources

- Développement annuaire opérationnel actualisé, référençant ressources et missions
- Communication auprès des PDS et usagers sur des services impliquant spécifiquement le lien ville-hôpital
- Mise en place de la commission ville- hôpital

### Favoriser un meilleur recours par des projets mutualisés et la mise à disposition d'experts et services

- Construction d'un projet de télémédecine sur le bassin
- Développement de partenariats inter-établissements

## Construction d'un projet de télémédecine sur le bassin: contexte

### Bassin étendu et accès aux spécialistes

#### CPOM des établissements de santé

- **CH St Gaudens**

- améliorer les parcours de prise en charge: PA- Cancer- Mère/nourrisson- AVC- Pathologies chroniques
- développer la prise en charge de la douleur

- **CH Lannemezan**

- améliorer la prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux
- développer les AAH: rapprocher les lieux de prise en charge psychiatrique des lieux de vie
- développer la télémédecine

## Construction d'un projet de télémédecine sur le bassin: contexte

### CPOM des établissements de santé (suite)

#### •CH Marchant

- améliorer les parcours des personnes souffrant de troubles mentaux (prise en charge des urgences et lien avec autres établissements)
- développer les dispositifs spécifiques de prise en charge du parcours des ado en crise
- développer la télémédecine avec les établissements sanitaires et médico-sociaux et la visioconférence
- favoriser le développement des échanges entre professionnels de santé

### Psychiatrie sur le bassin

- pédopsychiatrie assurée par le CH de Marchant
- psychiatrie adulte assurée par le CH de Lannemezan (HDJ- CMP sur St gaudens et une antenne CMP sur Luchon)

### Activités déjà développées

- télé-AVC avec le CHU
- téléradiologie
- téléradiologie pour l'astreinte du scanner du CH de St Gaudens avec une plateforme extra-régionale

## Construction d'un projet de télémédecine sur le bassin: quelles propositions?

### Quels besoins ?

- Spécialités et prises en charge spécifique: psychiatrie- douleur- troubles du comportement
- Populations: personnes âgées - mère-enfant

### Quels partenaires impliqués?

- Etablissements de santé,
- Etablissements médico-sociaux

### Quelles modalités pour construire le projet?

- Pour décliner le projet médical, définir les conditions d'organisation, préparer la contractualisation avec l'ARS
- Groupe de travail à constituer avec un pilote
- Calendrier envisageable

## Développement partenariat entre établissements et postes partagés: contexte

### Contexte général

- Evolution des attentes des professionnels
- Développement de la notion de parcours
- Développement des EPP
- Nécessité d'un minimum de praticiens pour le maintien de certaines activités

### CPOM des établissements de santé

- CH St Gaudens
  - améliorer les parcours de prise en charge: PA- Cancer- Mère/nourrisson- AVC- Pathologies chroniques
  - développer la prise en charge de la douleur
  - développer les AAH: HAD- chirurgie ambulatoire
- CH Lannemezan
  - améliorer les parcours de prise en charge: PA- cancer- AVC- conduites addictives
  - développer les AAH: chirurgie ambulatoire- HAD- psychiatrie

## Développement partenariat entre établissements et postes partagés : quelles propositions?

### Quels besoins et quelles actions?

- Soutien et développement d'un projet commun CH St Gaudens- CH Lannemezan
  - pour améliorer les parcours de prise en charge
  - pour le maintien d'activités de proximité
  - pour une complémentarité des réponses apportées
- Développement de liens avec CHU, clinique Occitanie, cliniques toulousaines
  - pour améliorer le parcours de prise en charge
  - pour bénéficier d'expertises
- Identification et soutien de vacations médicales au sein du CH pour les MG

### Quels partenaires impliqués?

### Quelles modalités pour construire le projet?

- Groupe de travail à constituer avec un pilote
- Calendrier envisageable

---

ESTEVEZ Rémi

# COMMENT AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS DANS UN DÉSERT MÉDICAL?

Etude basée sur l'investigation menée par l'ARS dans le bassin du Comminges (Midi Pyrénées)

*How to improve health access in a medical desert?*

2017 TOU3 1159

Thèse soutenue à Toulouse le 16 novembre 2017

---

En 2014, l'ARS Midi Pyrénées a choisi le bassin de santé du Comminges (Haute Garonne) pour mener une étude sur l'accès aux soins dans les zones de désert médical. Un bilan du contexte ayant été réalisé en 2013, cette étude de 2014 avait pour objectif de mettre au point des outils pratiques, en vue de remédier à la pénurie de professionnels de santé dans les zones rurales. Cette étude a réuni ARS, professionnels de santé, sécurité sociale, élus locaux et usagers, et a consisté en une série de réunions sur différents thèmes. Une enquête a aussi été menée auprès des médecins généralistes participant à la permanence des soins ambulatoires.

En 2015, nous avons abouti à des orientations de travail à mettre en œuvre :

- favoriser la collaboration entre médecins et paramédicaux, tout en s'adaptant aux modes d'exercice des nouveaux professionnels de santé, au travers de Maisons de Santé Pluri professionnelles ;
- favoriser l'accueil des étudiants et des nouveaux professionnels de santé ;
- réorganiser la permanence des soins ambulatoires pour la rendre plus efficiente ;
- améliorer la connaissance des ressources disponibles dans le territoire ;
- améliorer les relations ville-hôpital, au travers de postes mixtes et de réunions régulières entre médecins hospitaliers et médecins libéraux ;
- développer les alternatives à l'hospitalisation ;
- favoriser le développement de la télémédecine.

**Discipline administrative :** MEDECINE GENERALE

**Mots-Clés :**

ARS – santé – fragilité – accès aux soins – déserts médicaux – soins de proximité – relation ville hôpital

---

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France

Directeur de thèse : HUET Serge