

**DIAGNOSTIC DE SANTE DE TERRITOIRE  
DU PAYS COEUR D'HERAULT**

**Rapport d'étude - Juin 2009**

*Réalisé par la Commission santé du Pays Cœur d'Hérault  
Dr Guy LASSALVY, Président  
Mylène BALLESTER, Chargée de Mission*

Sommaire	2
Préambule	7
<b>DONNEES DE CADRAGE</b>	<b>8</b>
I Contexte socio démographique et environnemental	
1. Démographie	11
2. Accessibilité du territoire	15
3. Emploi	16

---

## **PHASE 1 ETAT DES LIEUX DES DONNEES DU TERRITOIRE : économiques, sociales et environnementales**

---

I- L'EVOLUTION DU TERRITOIRE SUR LES TROIS COMMUNAUTES DE COMMUNES DU PAYS COEUR D'HERAULT	19
A - LES DETERMINANTS DE L'ETAT DE SANTE	
1 Revenu et position sociale	19
2 Qualification des jeunes	20
3 Indicateurs de précarité	20
4 Emploi et dynamisme économique	21
B - LES INDICATEURS DE SANTE : UNE ETUDE DE L'ORS	22
1 indicateurs de mortalité	24
2 les entrées en ALD	27
3 les séjours hospitaliers	28
4 L'enfant	29
5 la grossesse	30
6 le dépistage	31
II- L'EXISTANT : LES STRUCTURES ET SERVICES RECENSES SUR LE TERRITOIRE	31
A- LES HOPITAUX ET CLINIQUES	
B- L'OFFRE DE SOINS	
a- les résultats du questionnaire aux Médecins généralistes	32

1 les facteurs de pénibilité	35
2 l'accès aux spécialistes	38
3 La perspective de la création d'une Maison Médicale de garde	39
b- les propositions	
C- LES STRUCTURES DU HANDICAP	44
D- LES STRUCTURES DE LA PERSONNE AGEE	46
E- LA PSYCHIATRIE	48

## **PHASE 2 PHASE D'ADAPTATION DES CONSTATS AUX BESOINS**

---

I.	LES BESOINS DES PROFESSIONNELS	49
	A- Trois réunions thématiques	52
	B- Un entretien semi directif avec un médecin généraliste	62
	C- Etat des lieux de la pédopsychiatrie	63
II.	LES BESOINS DE SANTE DE LA POPULATION	67
	1 Caractérisation de la population interrogée	70
	2 Accès aux soins	72
	3 Accès aux spécialistes	74
	4 Gardes médicales	75
	5 Prévention	
	6 Protection maternelle et infantile	79
	7 les besoins de santé	80
III.	LA PREVENTION	81

## **PHASE 3 ET 4 COMPARAISON DE L'OFFRE ET LA DEMANDE DE SERVICES DE SANTE / ADEQUATION DES PRIORITES AVEC LES ORIENTATIONS GENERALES, NATIONALES, REGIONALES ET LOCALES**

---

I	LES PRIORITES	85
II	LE SCHEMA DE DEVELOPPEMENT DE L'OFFRE DE SANTE	86
III	LES CONDITIONS DE REUSSITE DU PROJET	91

# RAPPEL DE LA METHODOLOGIE

VOLET 1 : LE DIAGNOSTIC DE SANTE

VOLET 2 : LE PROJET et LES AXES STRATEGIQUES

*Projet de Santé de Territoire du Pays Cœur d'Hérault*

## **DÉCOUPAGE DE LA MISSION en 4 PHASES:**

### **PHASE 1 : *Etat des Lieux des données du Territoire : économiques, sociales, environnementales***

- I Recherche sur l'évolution du territoire sur les quatre communautés de communes du Pays Cœur d'Hérault
- II l'Inventaire des services de santé (l'Existant)
  - Hôpitaux
  - Médecine générale
  - La médecine spécialisée
  - Soins infirmiers
  - Le Handicap
  - EHPAD
  - La psychiatrie

### **PHASE 2 : *Phase d'adaptation des constats aux besoins***

- Concertation avec les acteurs / institutions / usagers.
- Expression des besoins de santé ( professionnels, population)

### **PHASE 3 : *Comparaison de l'offre et la demande de services de sante***

- I- Recherche de priorités

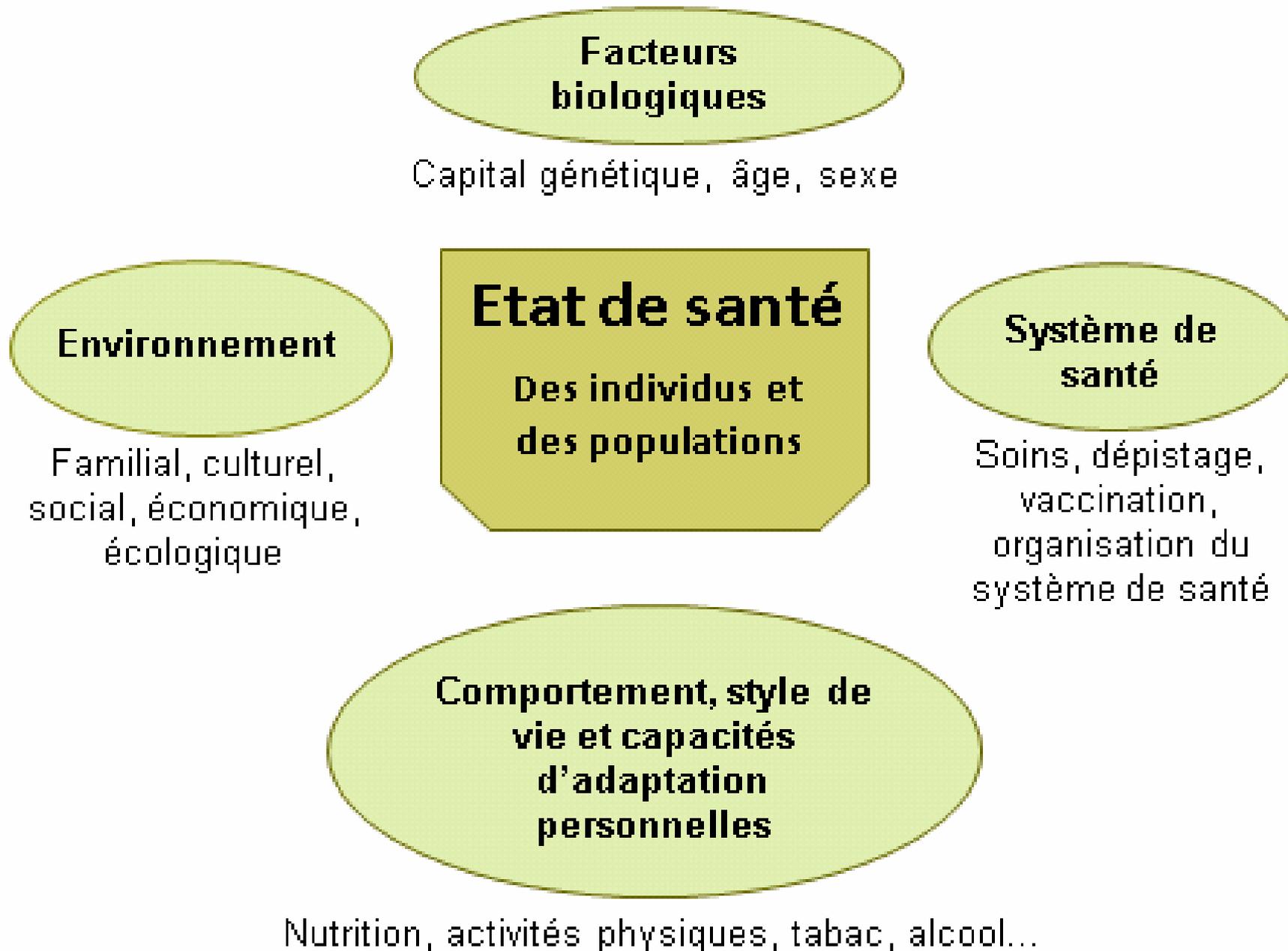
### **PHASE 4 : *Adéquation des priorités avec les orientations générales, nationales, régionales et locales***

- II- Le schéma de développement de l'offre de santé
- III- Les conditions de réussite du projet

La présente étude ne se veut pas exhaustive, il a été effectivement difficile entre octobre 2008 et juin 2009 d'élaborer un diagnostic de santé de territoire complet. Certaines données étaient manquantes d'une part, d'autres non disponibles, enfin tous les acteurs sollicités n'ont pas forcément pu répondre à notre demande au moment souhaité.

Cependant les données transmises ont permis d'avoir une photographie assez fine et fidèle de la situation sanitaire, économique, sociale et environnementale de ce territoire d'étude.

- o Les quatre communautés de communes , Vallée de l'Hérault, Clermontais, Lodevois Larzac et Avène orb et Gravezon ont participé à l'enquête , l'intérêt étant ,pour la Commission santé, d'obtenir des résultats spécifiques à chacune d'entre elles, consciente de leur caractère non homogène et leur étendue , celles-ci partagées entre zones dites « semi urbaines » et des zones de profonde ruralité.
- o Dans un premier temps, une priorité a été donnée sur l'offre de soins compte tenu de la réelle problématique de la Permanence des soins en Pays cœur d'Hérault et de la désertification médicale à venir pour les années 2010 à 2020.
- o Un questionnaire sur la médecine générale a été élaboré, administré et analysé et une restitution des résultats a été organisée pour la commission Santé.
- o S'est ensuite engagé un diagnostic de santé par tranche d'âge et par thématiques visées prioritaires. (une brève étude avait été initiée en 2004 par le Pays cœur d'Hérault sur la santé des populations et trois publics prioritaires avaient été définis : les précaires, les personnes âgées et les jeunes).
- o Trois rencontres thématiques ont été organisées en vue de faire émerger chez les professionnels de santé et autres professionnels du territoire concernés par le diagnostic, les problématiques rencontrées, liées avec la population cible.
- o Par ailleurs, une attention a été portée sur le ressenti des populations en vue d'obtenir leur participation et les éléments indispensables à la rigueur voulue de ce diagnostic.
- o Trois étapes de restitutions intermédiaires ont eu lieu pendant l'étude (28 novembre 2008, 20 mars 2009 et 2 juillet 2009) et ont permis aux professionnels participant à la Commission santé de donner leur point de vue, d'apporter des ajustements, des précisions. Cette évaluation de processus a été également garante de la qualité de ce travail.
- o Une Restitution finale a pu se dérouler devant les instances politiques de territoire, Président de Pays, Président des communautés de communes concernées, élus, professionnels du sanitaires , du social et du médico-social.

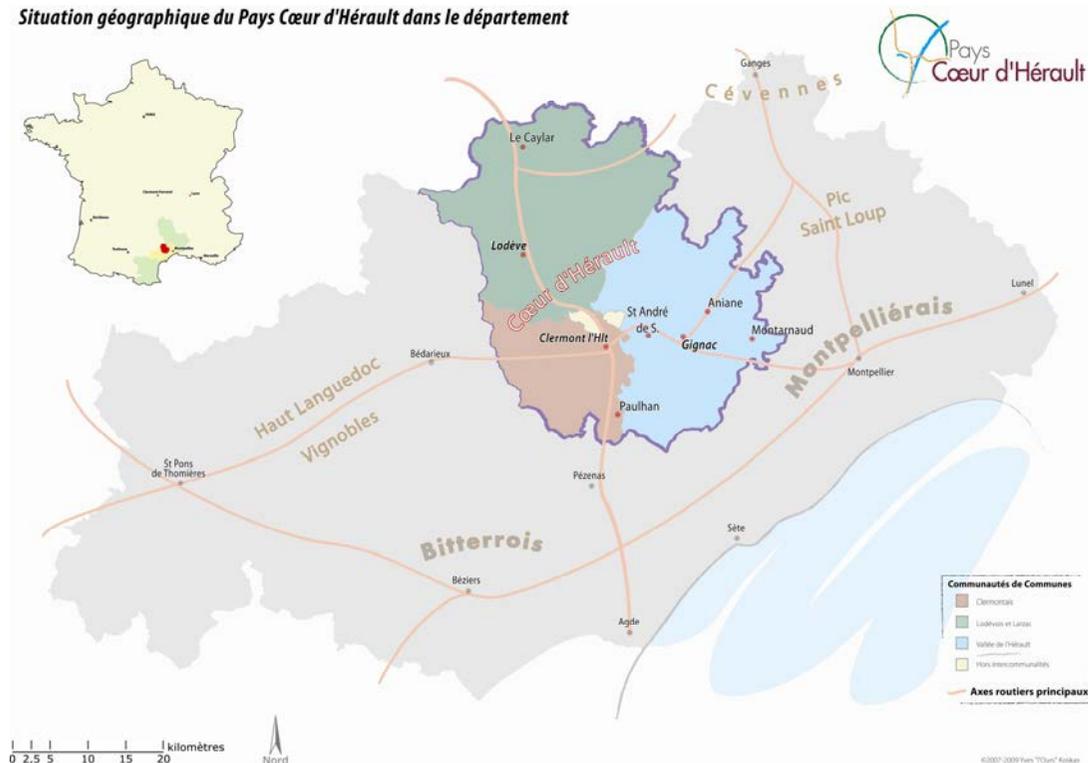


## PREAMBULE

En 2008, dans le cadre de l'aménagement du territoire, le Pays a décidé de lancer la définition d'un « Projet de santé de territoire ». En effet, afin de préparer au mieux l'avenir il convient de bien analyser la situation actuelle pour envisager collectivement des solutions rationnelles, réalistes budgétairement et couvrant au mieux les besoins actuels et futurs des habitants du territoire. Cette action est inscrite au contrat de pays 2008-2013, et elle est soutenue par le conseil général de l'Hérault, la Région Languedoc Roussillon, et l'Etat, notamment dans le cadre du volet territorial du « Contrat de Projet Etat-Région ». C'est en ce sens que, Le Pays Cœur d'Hérault, confronté à un nouveau paysage sanitaire de territoire, affirme sa volonté de répondre aux besoins de santé de proximité et de garantir l'attractivité du territoire et la qualité de vie de ses usagers. Pour cela et dans le cadre de ce projet, le Pays a créé une commission santé en septembre 2008. Cette commission a pour objet de réaliser **un diagnostic de santé de territoire**. Il vous est présenté ci après le rapport final de l'étude.

## DONNEES DE CADRAGE

Situation géographique du Pays Cœur d'Hérault dans le département



Un territoire aux frontières semi-urbaines d'une part et rurales d'autres part. Le Pays Cœur d'Hérault est un territoire bordé au sud par les agglomérations littorales de Montpellier, de Sète, d'Agde et de Béziers. A l'ouest se trouve le Pays du Haut Languedoc, au nord est, celui des Cévennes, et au nord celui des Causses aveyronnais. Cette situation lui confère une position charnière stratégique, à forte potentialité, un espace de centralité relatif situé au croisement de deux axes structurants, l'A75 et l'A750. Sa position est également centrale au sein de la région du Languedoc Roussillon laquelle est en forte expansion démographique et économique depuis 1960.

Il s'étend des garrigues montpelliéraines (100 m. d'altitude), jusqu'au plateau du Larzac (700 m. d'altitude). Il est traversé par le fleuve Hérault, et par la rivière de la Lergue

Il comprend les sites remarquables de Saint-Guilhem-le-Désert, du Cirque de Navacelles et du lac du Salagou.

Il s'organise autour de trois pôles ruraux que sont Clermont l'Hérault, Gignac/Saint André de Sangonis et Lodève (Sous-préfecture).

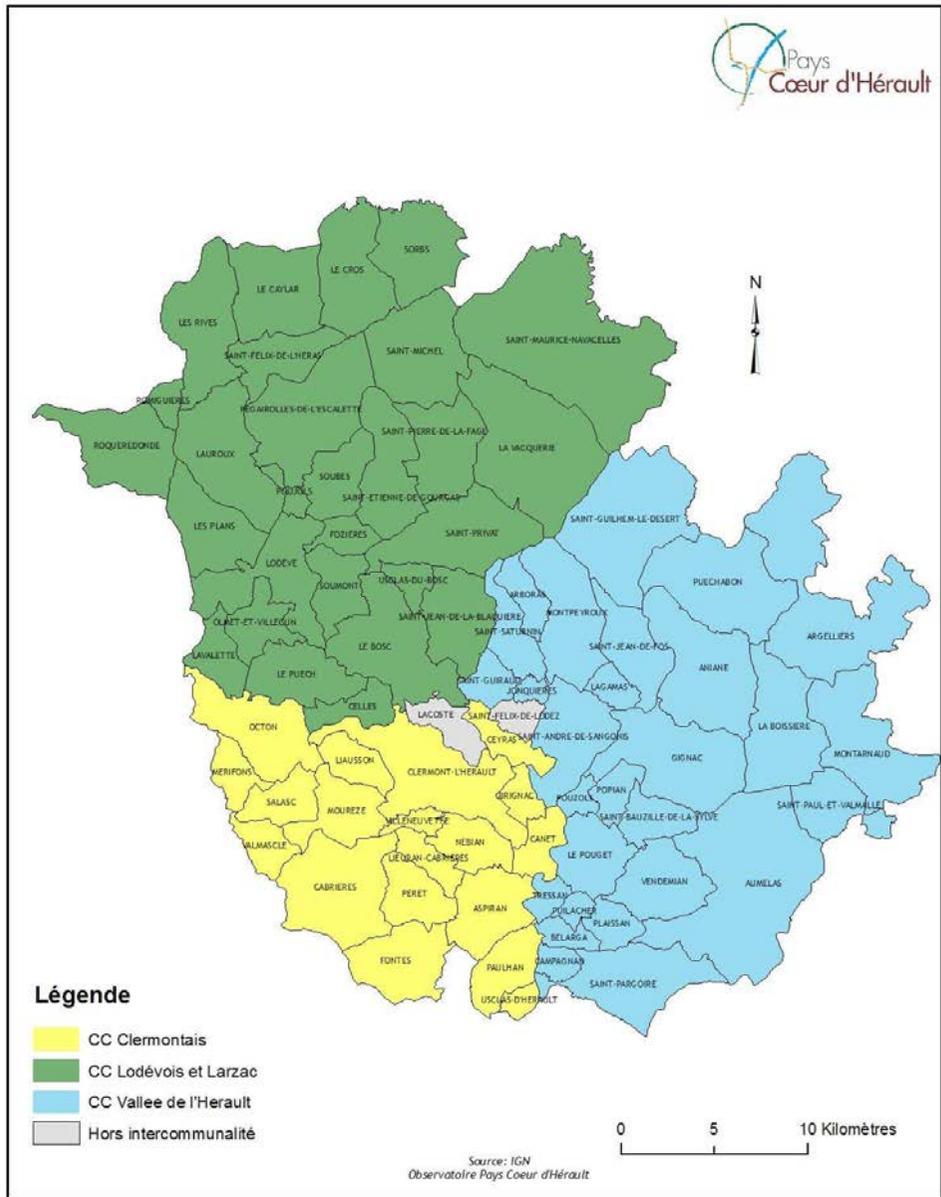
Le territoire est composé de 77 communes, dont 75 sont regroupées au sein de 3 communautés de communes, pour une population totale de 67 567 habitants au recensement de 2006 :

- ❑ la Communauté de communes Vallée de l'Hérault (28 communes, 30 700 habitants en 2006),
- ❑ la communauté de communes Lodévois et Larzac (27 communes, 13 400 habitants en 2006),
- ❑ la communauté de communes Clermontais (19 communes, 20 600 habitants en 2006),
- ❑ les communes de Saint Félix de Lodez et de Lacoste, pour un peu plus de 1 000 habitants.

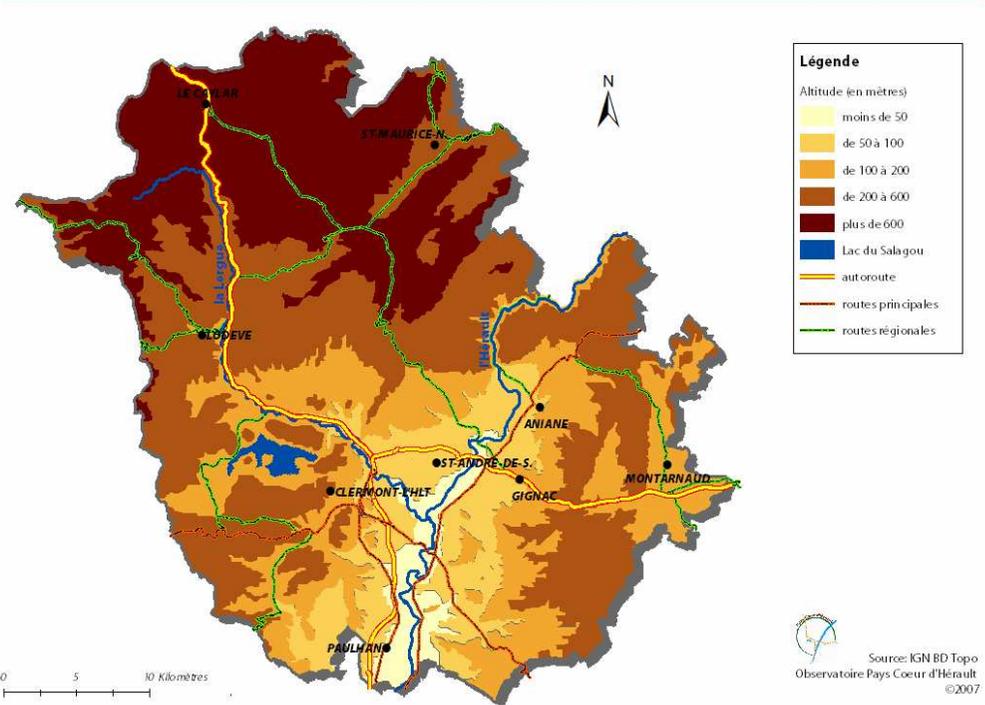
Ces collectivités ont constitué un pays en janvier 2001, dans le cadre de la loi d'orientation et d'aménagement et de développement durable du territoire du 25 juin 1999, dite loi Voynet. Il a été définitivement reconnu par arrêté préfectoral le 17 janvier 2005. Un syndicat mixte devant coordonner de développement de ce territoire a été créé le 17 octobre 2008 par le Préfet de l'Hérault suite à une demande des collectivités et des établissements consulaires.

# LES INTERCOMMUNALITES DU TERRITOIRE CŒUR D'HERAULT

## Les intercommunalités du territoire Pays Coeur d'Hérault

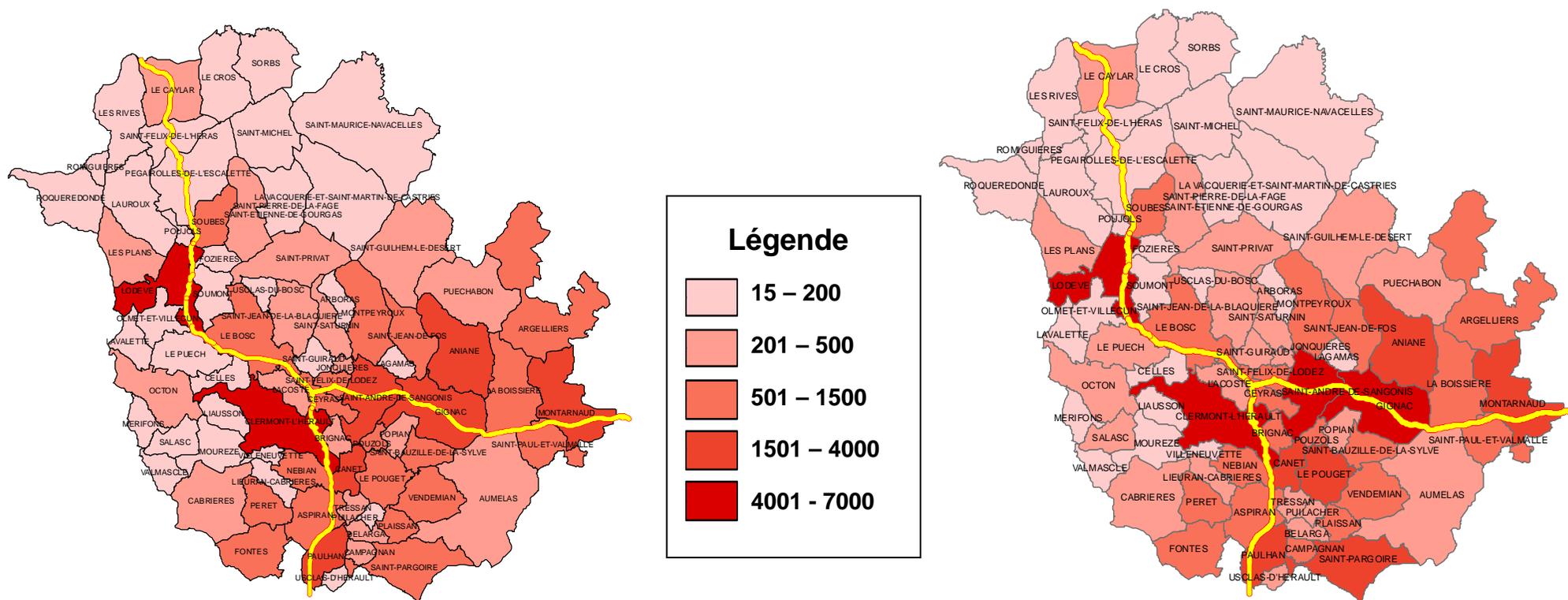


## Le cadre géographique du territoire Pays Coeur d'Hérault



## 1. Démographie

Répartition de la population en 1999

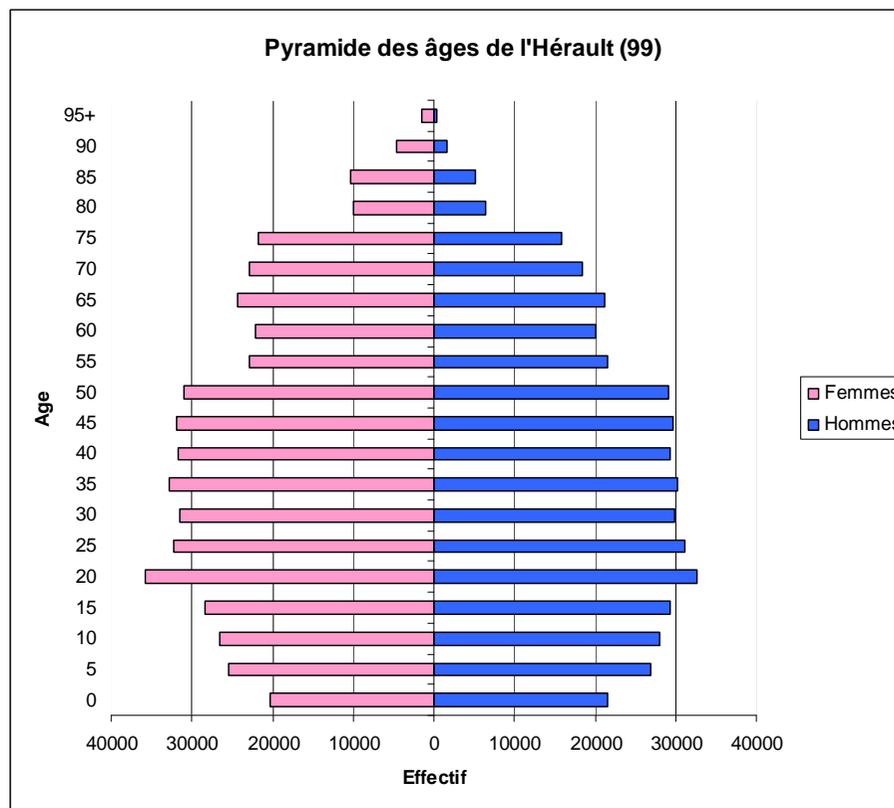
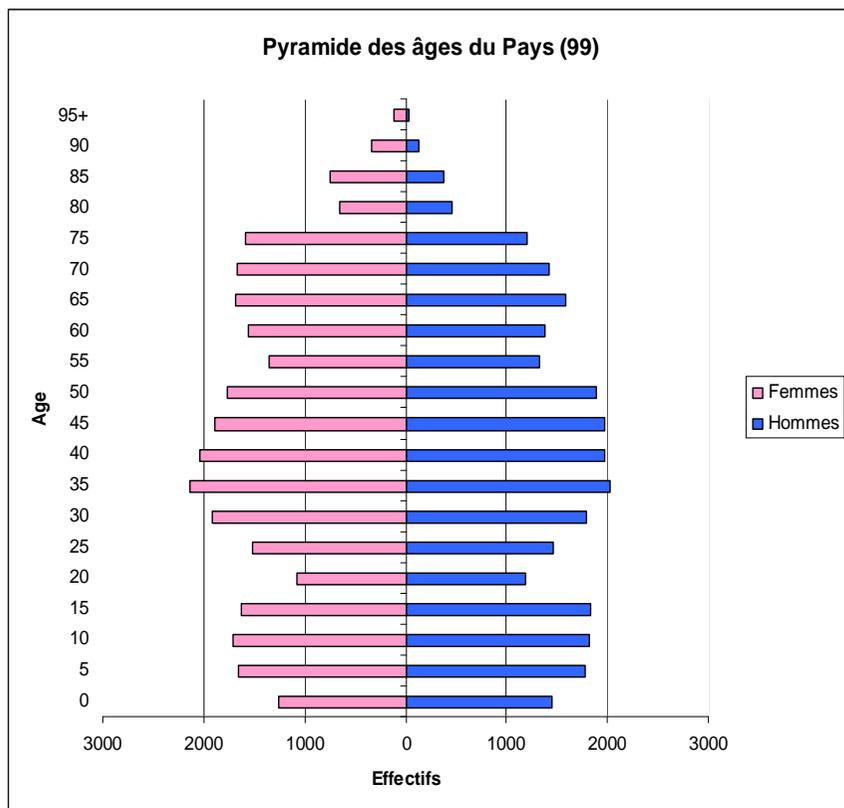


La répartition de la population résulte de la topographie, de la proximité de Montpellier et de l'autoroute gratuite. Ainsi, elle est principalement regroupée dans la vallée du fleuve Hérault et la plaine, en particulier le long de l'autoroute A750, qui rejoint Montpellier.

Le Pays se partage en 2 zones distinctes :

- La partie sud est du Pays, correspondant aux communautés de communes du Clermontais et de la Vallée de l'Hérault, représente 56 % de la surface mais 80 % de la population, soit une densité moyenne de 87 habitants / km<sup>2</sup>.
- La partie nord ouest, représente 44 % de la surface mais 20 % de la population, soit une densité moyenne de 25 habitants / km<sup>2</sup>. On y retrouve des communes très peu peuplées, à la population âgée, et un pôle urbain très dense (Lodève).

Depuis 1999, la population a connu une croissance de 22 %.



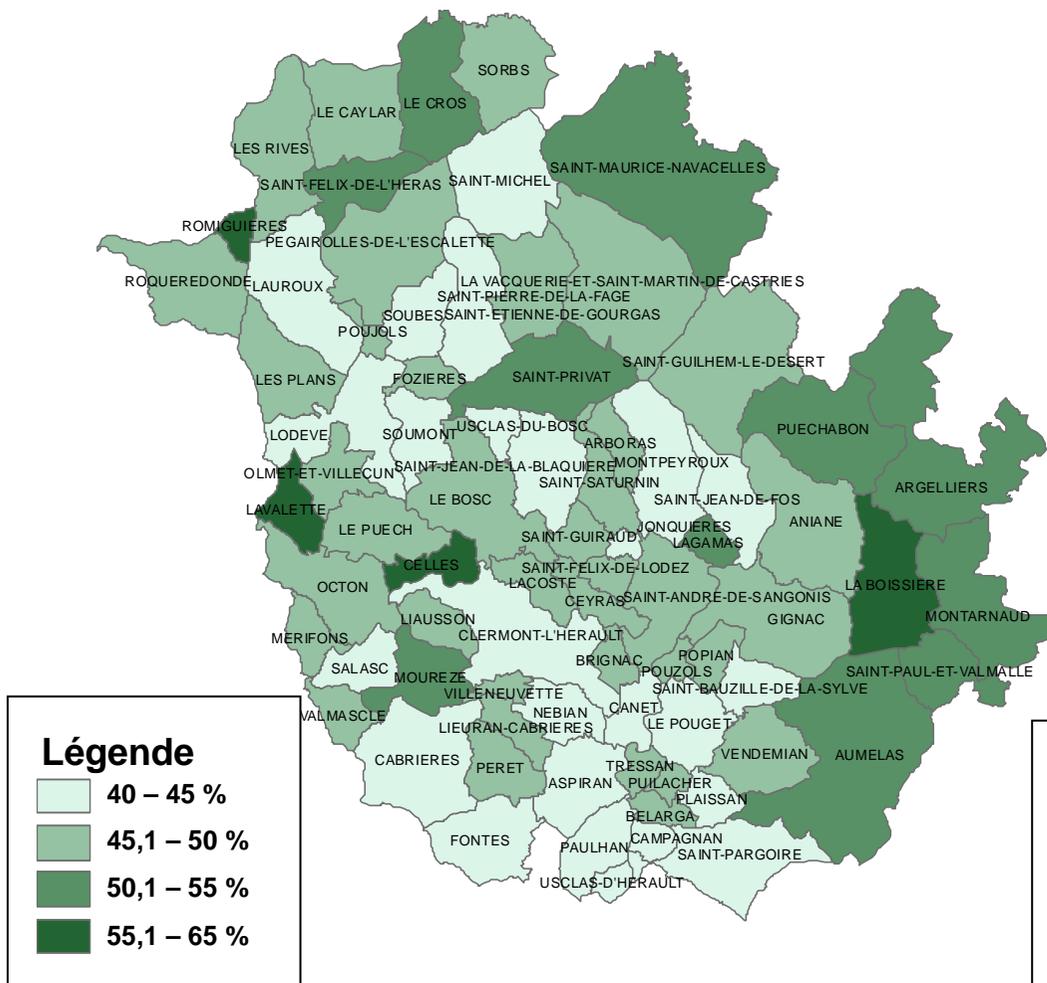
La comparaison des pyramides des âges du Pays et de l'Hérault en 1999 indique :

- ❑ Une sous représentation des 15-30 ans par rapport à l'Hérault (15,7 % contre 21,1)
- ❑ Une sur représentation des plus de 60 ans (26,9 % contre 22,9)

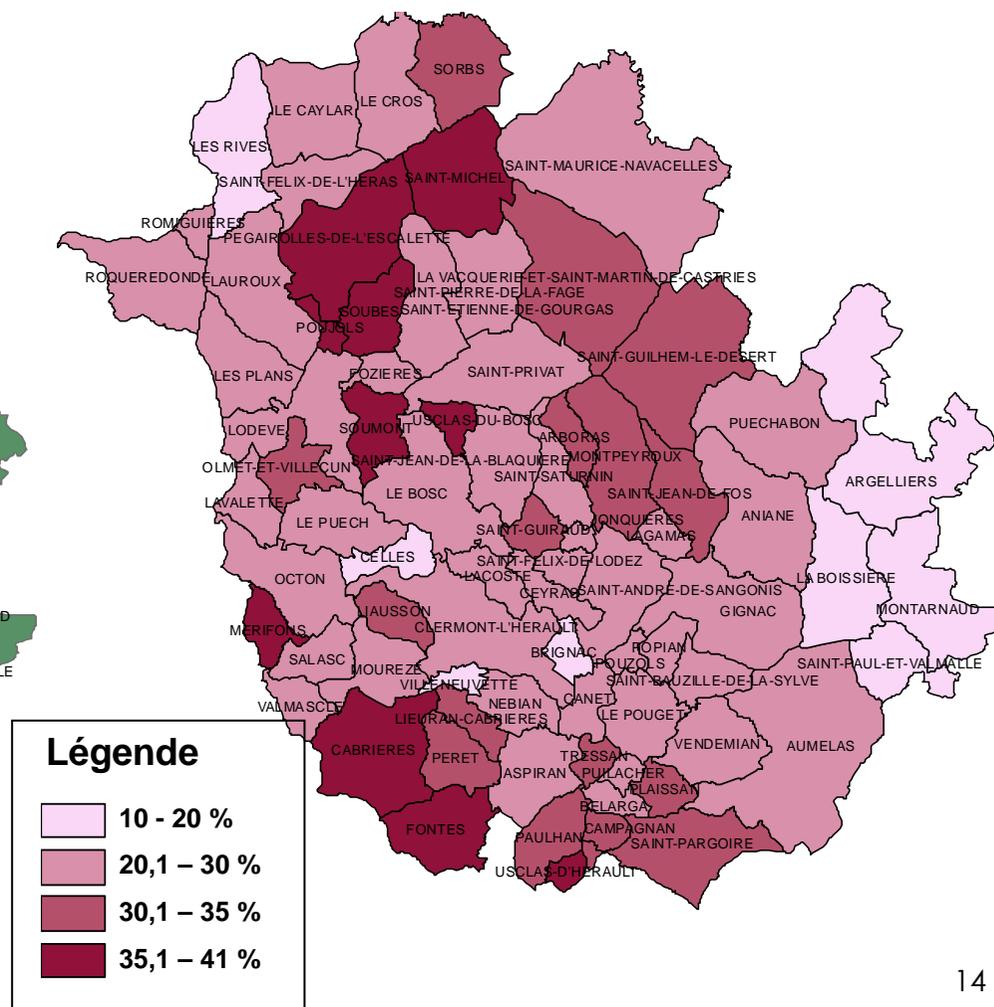
Au niveau de la proportion des classes d'âges par communes, on remarque :

- Une forte représentation des âges « moyens » à l'Est. Cette zone regroupe une majorité d'actifs travaillant sur Montpellier.
- Des communes peu peuplées et âgées au Nord et au Sud : St Michel, Pegairolles, La Vacquerie, Usclas d'H., Fontes, Cabrières, St pargoire ...
- Des communes très peu peuplées qui semblent jeunes : Sorbs, Roqueredonde, Soumont...

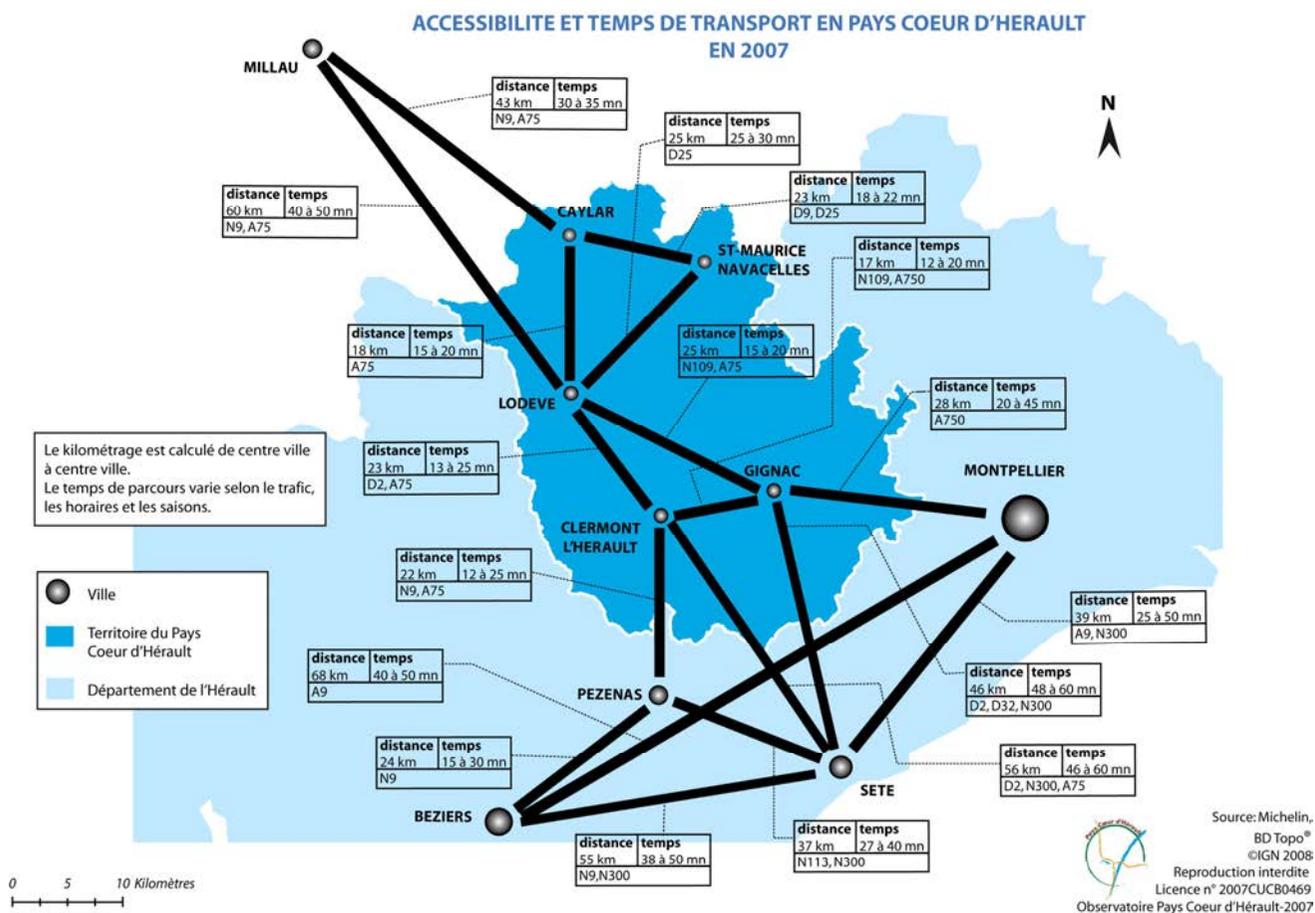
Proportion des 25 – 59 ans par commune



Proportion des plus de 60 ans par commune



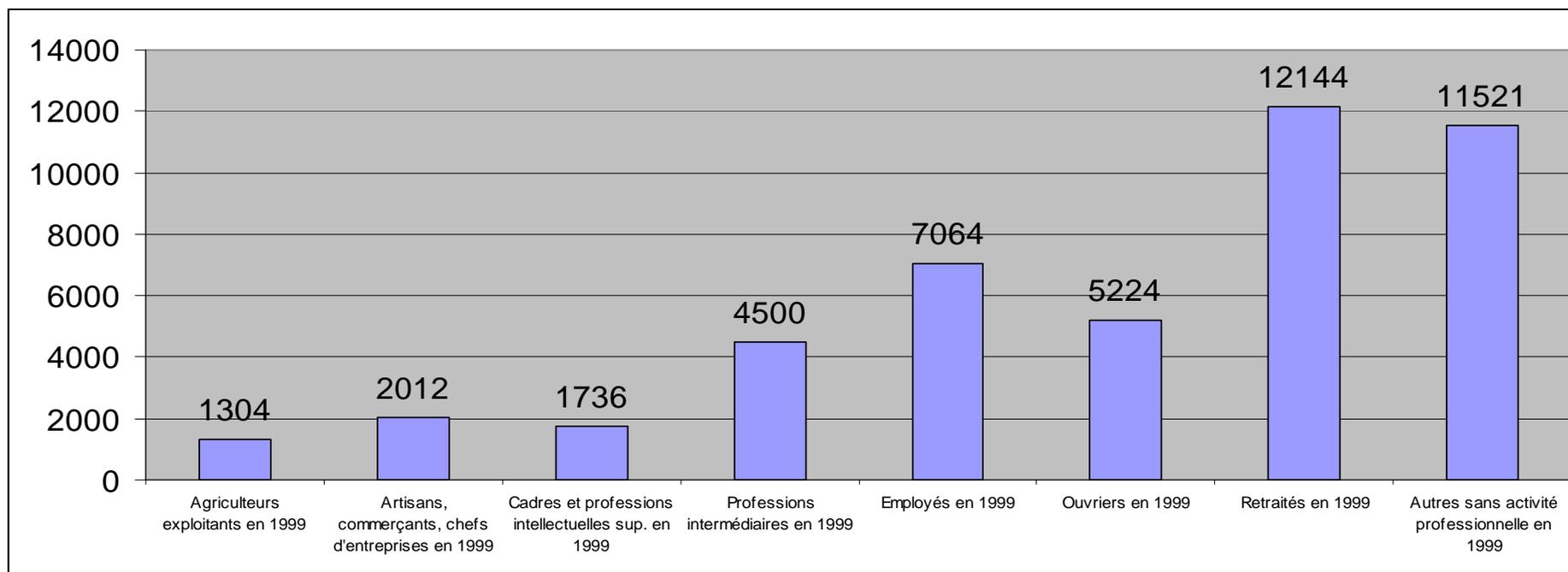
## 2. Accessibilité du territoire



Ce territoire, très proche de la capitale régionale, Montpellier, est aujourd'hui particulièrement ouvert grâce à l'autoroute A75 - A750 qui le traverse. Cependant, les principaux bourgs du Pays en sont situés à minimum une demi-heure de route. Certaines communes restent difficiles d'accès.

### 3. Emploi

Répartition par catégorie socio-professionnelle en 1999 (recensement)



Environ 80 % des actifs sortent du Pays pour travailler, à destination, principalement, de Montpellier.

Au 30 juin 2008, 7731 entreprises ont été recensées sur le Cœur d'Hérault. Au 31 décembre 2007, 61 % étaient sans salarié.

En 2006, on comptait 7099 salariés sur le territoire, majoritairement dans le secteur tertiaire (70 % des effectifs). Les secteurs prédominants sont la santé et de l'action sociale (15 % des effectifs), la construction (15 %) et le commerce de détail (13 %). L'économie est fortement orientée sur l'économie résidentielle.

Au 31 décembre 2007, la demande d'emploi en fin de mois concernait 6,5 % de la population du Pays, soit plus de 4 000 personnes, dont 35 % étaient inscrits depuis plus d'un an.

Avec un population relativement vieillissante, associée à un nombre important de nouveaux arrivants, ce territoire requière naturellement tout l'intérêt d'un bassin de vie de presque 70000 habitants . Les collectivités locales se préoccupent régulièrement de l'accroissement de population qui le caractérise et de l'importance aujourd'hui d'aménager au mieux ce territoire en le dotant de l'offre de santé adaptée à ce nouveau paysage démographique. La préoccupation du Pays dans le cadre de l'aménagement du territoire se porte sur la qualité de vie de ses habitants, l'attractivité du territoire et sur les réponses aux besoins que les institutionnels et organismes compétents pourraient apporter dans ce paysage démographique en pleine évolution. Conscience du déficit auquel le territoire est confronté, les acteurs , les professionnels, la population se sont mobilisés pour ce diagnostic faisant ainsi émerger de nouveaux besoins en lien avec la situation actuelle du territoire Cœur d'Hérault.

# **PHASE 1**

**Etat des Lieux des Donnees du Territoire : économiques,  
sociales, environnementales**

# • I- L'évolution du territoire sur les trois communautés de communes du Pays Cœur d'Hérault

## A- Introduction : les déterminants de l'état de santé

Partant du principe qu'un diagnostic de santé de territoire prend en compte un ensemble de facteurs déterminant l'état sanitaire d'une population, nous avons, comme l'indique le schéma ci-dessus, pris en compte l'état actuel de l'emploi, des revenus, du logement, et soulignés quelques indicateurs de précarité pertinents pour obtenir une photographie fidèle de l'évolution du territoire Cœur d'hérault.

Ces données sont issues de l'observatoire social permanent du Pays et nous sont données par la DRASS maître d'œuvre de l'observatoire.

### 1 Revenu et la position sociale

#### →ont la plus haute incidence sur l'état de santé

- ❑ Revenu fiscal moyen en 2007 :
  - ♦ 17 491 € (19 824 € Hérault)
  - ♦ Inférieur de 12 % par rapport à Hérault
- ❑ Foyers fiscaux non imposés : 57,5 % (51,4 Hérault)
- ❑ Revenus issus :
  - ♦ des salaires et traitements : 60,6 % (62,8 Hérault)
  - ♦ des retraites et pensions : 36,3 % (34,2 Hérault)
- ❑ Locataires en logement principal : 28,4 % (41,4 Hérault)

Les revenus en Pays Cœur d'Hérault sont inférieurs à ceux de l'Hérault avec plus de la moitié des foyers fiscaux qui sont non imposables. Le Pays compte plus de retraités que dans le département et une majorité de propriétaires.

### 2 Qualification des jeunes

#### + niveau d'étude est élevé

## → meilleur état de santé

- Jeunes du 2nd degré :
  - ♦ 82 % en lycée général
  - ♦ 48 % sortent du Pays pour se former dont :
    - 40 % en lycée techno
    - 47 % en lycée pro
- 20,3 % jeunes sont sans diplôme contre 16,97 dans l'Hérault
- Taux de recours aux Mission Locales Jeunes de 21,34 % contre 15,55 dans l'Hérault
- Jeunes de niveau de formation <= au Niveau 5 (CAP, BEP) : 20,21 % contre 12,5 dans l'Hérault

Beaucoup de jeunes sans qualifications ni diplôme, ce qui est assez inquiétant pour les années à venir dans l'optique de l'employabilité sur le territoire.

Les jeunes qui veulent davantage de qualification sont dans l'obligation de partir pour des lycées professionnels à l'extérieur du territoire et souvent se pose alors des problèmes en terme de moyens financiers pour les parents ou pour eux-mêmes.

## **3 Indicateurs de précarité**

- Temps partiel, travail saisonnier, intérim sont les emplois recherchés à 49 % en Pays cœur d'Hérault contre 36 % dans l'Hérault fin 2006
  - ♦ Avec une augmentation particulière en 2007 avec + 11,8 % contre une demande décroissante dans l'hérault la même année : 3,6 %
- Les allocataires du RMI :
  - ♦ 3 % d'allocataires contre 3,8 % dans l'Hérault
  - ♦ Avec cependant une disparité entre les communautés de communes : Communauté de Communes Lodévois et Larzac : 4,1 % / Communauté de Communes de la Vallée de l'Hérault : 2,5 %
  - ♦ Les Contrats d'insertion représentent 46 % contre 58% dans l'Hérault

- ❑ CAE : 424 contrats sur le Pays en 2007 (+31 %)
- ❑ Allocataires des prestations familiales
  - ♦ 15,2 % de la population est allocataire de la CAF contre 17 % dans l'Hérault
  - ♦ Avec une augmentation de + 1,8 % d'allocataires en 2007 (+ 1,1 H)
  - ♦ Pour 18 % des allocataires, les prestations représentent 100 % des revenus du foyer contre 22% dans l'Hérault)
  - ♦ Les Familles monoparentales avec l'allocation "Parent Isolé (API) représentent 17,69 % des allocataires (14,04 H)
  - ♦ Les Personnes vivant en dessous du seuil de bas revenus soit 871 €/mois représentent 15,6 % des allocataires (18 H)
  - ♦ Dans cette proportion :
    - 33 % = familles monoparentales contre 29% dans l'Hérault
    - 49 % = 40 - 59 ans (43 H)
- ❑ La Catégorie 1 est la catégorie CDI Temps Plein de demandeurs d'emploi la plus sous-représentée
- ❑ En terme de critère de précarité la situation du Pays est globalement meilleure ou équivalente à celle de l'Hérault cependant les familles monoparentales bien que moins nombreuses (22% / 29%) sont plus en difficulté.

#### **4 Emploi et dynamisme économique**

- ❑ On remarque en 2007 une hausse du nombre d'entreprises avec une augmentation de + 13 % en 5 ans  
Cependant 61 % des entreprises sont sans salariés fin 2007
- ❑ 222 entreprises artisanales sont immatriculées en 2007 dont 190 entreprises créées, 31 reprises  
Cependant en 2007, 121 radiations ont été constatées en Pays Cœur d'Hérault

Globalement on note une forte hausse de demandeurs d'emploi en 2007 par rapport à 2005 et 2006

- ♦ Surtout dans le Clermontais (+12,5 %)
- ♦ Surtout pour les + 50 ans (+ 43 %)

Le ratio population active / population au chômage est de 17 % en Pays Cœur d'hérault contre 10,9% dans l'Hérault  
Une importante réticence à la mobilité géographique est également constatée sur le territoire.

Le bilan en terme d'emploi et de dynamisme économique fait apparaître un développement de l'artisanat  
Les créations d'entreprise sont souvent issues d'une création de son propre emploi  
Et en terme de demandeurs d'emploi on constate une surreprésentation des seniors.

D'une manière plus large, la situation sociale est assez hétérogène sur le Pays, certaines disparités entre communautés de communes n'étant perceptibles que vues séparément (CCLL / CCVH) , l'effet des moyennes donne une situation globalement identique en terme d'indicateurs de précarité avec toutefois une plus grande précarité des jeunes, des seniors (+50 ans) et des familles monoparentales.

## **B . Indicateurs de santé : Etude de l'Observatoire Régional de la Santé**

1. Indicateurs de mortalité
2. Les entrées en ALD
3. les Séjours hospitaliers
4. l'Enfant
5. Grossesse
6. le Dépistage

Taux standardisés (pour 100 000 habitants)

Source : Inserm CépiDC- Insee – Exploitation : ORS-LR

**Les indicateurs épidémiologiques et de santé** qui nous ont été présentés témoignent d'un malaise parfois plus inquiétant sur notre bassin que dans l'hérault, mais globalement les conclusions sont fortement similaires. Seuls certains indicateurs sont à observer de plus près et demandent un approfondissement :

- il est noté une mortalité prématurée (avant 65 ans) significativement plus importante que dans le département
- une accidentologie largement supérieure à celle observée dans l'Hérault
- une mortalité plus élevée que dans l'Hérault pour les maladies cardiovasculaires
  - insuffisance coronaire
  - insuffisance cardiaque
  - insuffisance d'HTA sévère plus particulièrement

- un problème d'accès aux soins (peu de couverture CMU/CMUC pour les jeunes)
- malgré une population âgée relativement élevée, il y a moins d'entrée de patients en ALD que sur le reste de l'hérault. Ceci est un point inquiétant surtout quand il est corrélé à une entrée en hospitalisation plus importante que la moyenne départementale. La population médicale tant de généralistes que de spécialistes (moyenne d'âge élevée) est déficitaire, compte tenu du boum démographique de notre bassin.

L'inquiétude suscitée par ces indicateurs est soulignée surtout quand on sait que limiter l'accès aux soins primaires est un facteur d'aggravation "secondaire" des dépenses de santé.

# Indicateurs de santé du Pays Cœur d'Hérault

Commission Santé  
20 Mars 2008



D'après les résultats de :



## 1. Indicateurs de mortalité

Nombres moyens de décès par an (1996-2005)

Taux standardisés de mortalité (pour 100 000 habitants)

Source : Inserm CépiDC- Insee - Exploitation : ORS-LR

### 1.1. Toutes causes

		Nombre moyen de décès	Taux standardisé de mortalité
<b>Cantons</b>	Aniane	66	1 078
	Le Caylar	11	891
	Clermont-l'Hérault	193	972
	Gignac	213	986
	Lodève	146	959
	Lunas*	62	925
	Montagnac*	124	998
	<b>Pays</b>	Pays Cœur d'Hérault	816
<b>Département</b>	Hérault	8 634	892
<b>Région</b>	Languedoc-Roussillon	24 226	901

### 1.2. Prématurée

		Nombre moyen de décès	Taux standardisé de mortalité
<b>Cantons</b>	Aniane	12	212
	Le Caylar	2	285
	Clermont-l'Hérault	34	258
	Gignac	38	250
	Lodève	23	255
	Lunas*	7	241
	Montagnac*	17	250
	<b>Pays</b>	Pays Cœur d'Hérault	133
<b>Département</b>	Hérault	1 668	225
<b>Région</b>	Languedoc-Roussillon	4 360	227

### 1.3. Par maladies cardio-vasculaires

		Nombre moyen de décès	Taux standardisé de mortalité
Cantons	Aniane	21	343
	Le Caylar	3	247
	Clermont-l'Hérault	63	308
	Gignac	72	325
	Lodève	47	292
	Lunas*	20	279
	Montagnac*	40	304
Pays	Pays Cœur d'Hérault	265	306
Département	Hérault	2 699	276
Région	Languedoc-Roussillon	7 670	279

### 1.4. Par cardiopathies ischémiques

		Nombre moyen de décès	Taux standardisé de mortalité
Cantons	Aniane	7	114
	Le Caylar	1	98
	Clermont-l'Hérault	21	103
	Gignac	21	95
	Lodève	14	90
	Lunas*	6	85
	Montagnac*	10	80
Pays	Pays Cœur d'Hérault	80	93
Département	Hérault	750	77
Région	Languedoc-Roussillon	2 049	75

### 1.5. Par maladies vasculaires cérébrales

		Nombre moyen de décès	Taux standardisé de mortalité
Cantons	Aniane	4	73
	Le Caylar	1	61
	Clermont-l'Hérault	13	61
	Gignac	17	78
	Lodève	12	76
	Lunas*	4	58
	Montagnac*	11	86
Pays	Pays Cœur d'Hérault	63	72
Département	Hérault	639	65
Région	Languedoc-Roussillon	1 830	66

### 1.6. Par cancer

		Nombre moyen de décès	Taux standardisé de mortalité
Cantons	Aniane	16	250
	Le Caylar	2	149
	Clermont-l'Hérault	48	241
	Gignac	53	244
	Lodève	35	243
	Lunas*	13	218
	Montagnac*	30	247
Pays	Pays Cœur d'Hérault	197	240
Département	Hérault	2 283	237
Région	Languedoc-Roussillon	6 303	237

## 1.6.1. Selon le type de cancer

Taux standardisés de mortalité pour 100 000 hab	Pays	Hérault
<b>Intestin et côlon-rectum</b>	22	24
<b>Sein</b>	32	31
<b>Trachée, bronches, poumon</b>	44	45
<b>Voies aéro digestives sup.</b>	16	14

## 1.7. Par pathologies liées à l'alcool

		Nombre moyen de décès	Taux standardisé de mortalité
<b>Cantons</b>	Aniane	2	32
	Le Caylar	0	0
	Clermont-l'Hérault	6	30
	Gignac	6	30
	Lodève	4	33
	Lunas*	1	25
	Montagnac*	3	33
<b>Pays</b>	Pays Cœur d'Hérault	23	<b>30</b>
<b>Département</b>	Hérault	266	<b>29</b>
<b>Région</b>	Languedoc-Roussillon	740	29

## 1.8. Par maladies de l'appareil respiratoire

		Nombre moyen de décès	Taux standardisé de mortalité
<b>Cantons</b>	Aniane	4	63
	Le Caylar	1	52
	Clermont-l'Hérault	15	72
	Gignac	14	63
	Lodève	13	80
	Lunas*	5	71
	Montagnac*	11	81
<b>Pays</b>	Pays Cœur d'Hérault	62	<b>71</b>
<b>Département</b>	Hérault	595	<b>61</b>
<b>Région</b>	Languedoc-Roussillon	1 754	64

## 1.9. Par BPCO

		Nombre moyen de décès	Taux standardisé de mortalité
<b>Cantons</b>	Aniane	1	11
	Le Caylar	0	19
	Clermont-l'Hérault	6	27
	Gignac	4	16
	Lodève	5	33
	Lunas*	2	22
	Montagnac*	3	26
<b>Pays</b>	Pays Cœur d'Hérault	21	<b>24</b>
<b>Département</b>	Hérault	187	<b>19</b>
<b>Région</b>	Languedoc-Roussillon	548	20

## 1.10. Par accidents de la circulation

		Nombre moyen de décès	Taux standardisé de mortalité
<b>Cantons</b>	Aniane	1	13
	Le Caylar	0	13
	Clermont-l'Hérault	4	30
	Gignac	5	26
	Lodève	2	17
	Lunas*	1	25
	Montagnac*	2	28
<b>Pays</b>	Pays Cœur d'Hérault	14	<b>24</b>
<b>Département</b>	Hérault	142	<b>16</b>
<b>Région</b>	Languedoc-Roussillon	372	16

## 1.11. Par suicide

		Nombre moyen de décès	Taux standardisé de mortalité
<b>Cantons</b>	Aniane	1	12
	Le Caylar	1	56
	Clermont-l'Hérault	4	23
	Gignac	5	25
	Lodève	3	23
	Lunas*	0	4
	Montagnac*	1	12
<b>Pays</b>	Pays Cœur d'Hérault	14	<b>20</b>
<b>Département</b>	Hérault	194	<b>21</b>
<b>Région</b>	Languedoc-Roussillon	500	21

## 1.12. Infantile

2001-2005		Nombre moyen de décès	Taux de mortalité infantile
<b>Cantons</b>	Aniane	1	6,4
	Le Caylar	0	0,0
	Clermont-l'Hérault	0	2,0
	Gignac	0	1,5
	Lodève	1	8,8
	Lunas*	0	0,0
	Montagnac*	1	5,7
<b>Pays</b>	Pays Cœur d'Hérault	3	<b>3,8</b>
<b>Département</b>	Hérault	43	<b>3,8</b>
<b>Région</b>	Languedoc-Roussillon	103	3,7

## 2. Entrées en ALD

Nombre d'entrées en ALD – 2005

Taux standardisés d'entrée en ALD (pour 100 000 habitants)

Source : CnamTS, CCMSA, RSI - Insee – Exploitation : ORS-LR

## 2.1. Toutes affections

		Nombre d'entrée en ALD	Taux standardisé d'entrée en ALD
Cantons	Aniane	129	1 929
	Le Caylar	18	1 617
	Clermont-l'Hérault	371	2 019
	Gignac	374	1 826
	Lodève	227	1 782
	Lunas*	69	1 457
	Montagnac*	198	1 899
Pays	Pays Cœur d'Hérault	1 387	1 840
Département	Hérault	20 124	2 141
Région	Languedoc-Roussillon	53 002	2 097

## 2.2. Par cause :

Taux standardisés d'entrée pour 100 000 hab	Pays	Hérault
Tumeurs	450	497
Diabète	257	302
Psychiatrie	187	222
Hypertension	131	212
M. coronaire	155	161
Insuffisance card.	137	148

## 3. Séjours hospitaliers

Nombre de séjours hospitaliers – 2007

Taux standardisés de séjours hospitaliers (pour 100 000 habitants)

Source : ATIH - Insee – Exploitation : ORS-LR

## 3.1. Médecine, chirurgie, obstétrique

		Nombre de séjours hospitaliers	Taux standardisé de séjours hospitaliers
Cantons	Aniane	2 504	24 372
	Le Caylar	392	25 572
	Clermont-l'Hérault	6 828	29 595
	Gignac	7 332	27 213
	Lodève	4 499	25 572
	Lunas*	1 582	27 161
	Montagnac*	3 852	31 064
Pays	Pays Cœur d'Hérault	26 989	27 619
Département	Hérault	347 696	25 637
Région	Languedoc-Roussillon	908 397	24 964

## 3.2. Médecine

		Nombre de séjours hospitaliers	Taux standardisé de séjours hospitaliers
<b>Cantons</b>	Aniane	1 570	14 354
	Le Caylar	249	14 595
	Clermont-l'Hérault	4 222	16 750
	Gignac	4 498	15 394
	Lodève	2 866	14 595
	Lunas*	996	16 099
	Montagnac*	2 450	18 294
<b>Pays</b>	Pays Cœur d'Hérault	16 852	15 835
<b>Département</b>	Hérault	219 165	15 333
<b>Région</b>	Languedoc-Roussillon	593 018	15 079

## 3.3. Chirurgie

		Nombre de séjours hospitaliers	Taux standardisé de séjours hospitaliers
<b>Cantons</b>	Aniane	776	7 645
	Le Caylar	122	8 307
	Clermont-l'Hérault	2 169	9 451
	Gignac	2 353	8 744
	Lodève	1 407	8 307
	Lunas*	531	8 901
	Montagnac*	1 201	9 709
<b>Pays</b>	Pays Cœur d'Hérault	8 559	8 827
<b>Département</b>	Hérault	107 039	7 898
<b>Région</b>	Languedoc-Roussillon	263 373	7 454

## 4. Enfant

Source : CS8-CG34 – Exploitation : ORS-LR

Source : Dépistages34 – Exploitation : ORS-LR (obésité)

## 4.1. Naissances prématurées

		Nombre moyen de naissances prématurées	Taux de prématurité Pour 1000 naissances vivantes
<b>Cantons</b>	Aniane	4	6,4
	Le Caylar	1	15,8
	Clermont-l'Hérault	8	5,2
	Gignac	14	7,7
	Lodève	7	7,6
	Lunas*	2	9,4
	Montagnac*	5	6,3
<b>Pays</b>	Pays Cœur d'Hérault	42	6,9
<b>Département</b>	Hérault	600	7,1
<b>Région</b>	Languedoc-Roussillon	1 491	6,7

## 4.2. Naissances de petit poids

Enfants de moins de 2 500g (2001-2005)		Nombre moyen de naissances de petit poids	Taux de naissances de petit poids Pour 1000 naissances vivantes
Cantons	Aniane	5	6,0
	Le Caylar	1	17,5
	Clermont-l'Hérault	10	6,2
	Gignac	17	8,1
	Lodève	7	6,3
	Lunas*	1	5,1
	Montagnac*	5	5,9
Pays	Pays Cœur d'Hérault	46	6,8
Département	Hérault	644	7,0
Région	Languedoc-Roussillon	1 654	6,9

## 4.3. Surpoids des enfants 4-5 ans

		Nombre d'enfants en surcharge pondérale (2007)	Taux de surcharge pondérale Pour 100 enfants
Cantons	Aniane	7	7,7%
	Le Caylar	3	37,5%
	Clermont-l'Hérault	30	13,3%
	Gignac	45	15,2%
	Lodève	22	14,6%
	Lunas*	6	16,7%
	Montagnac*	26	15,9%
Pays	Pays Cœur d'Hérault	1 181	13,8%
Département	Hérault	1 320	13,9%

## 5. Grossesse

Source : CS8-CG34 – Exploitation : ORS-LR

## Grossesses peu ou pas suivies

Grossesses ayant fait l'objet de moins de 7 consultations prénatales (2001-2005) Taux pour 1 000 naissances vivantes		Nombre moyen de grossesses peu ou pas suivies	Taux de grossesses peu ou pas suivies
Cantons	Aniane	7	11,7
	Le Caylar	1	24,1
	Clermont-l'Hérault	19	17,0
	Gignac	18	12,9
	Lodève	11	16,1
	Lunas*	4	21,6
	Montagnac*	16	22,5
Pays	Pays Cœur d'Hérault	76	16,1
Département	Hérault	1 061	16,3
Région	Languedoc-Roussillon	2 281	12,4

## 6. Dépistage

Taux de participation pour 100 personnes invitées

Source : Dépistages34 – Exploitation : ORS-LR

## 6.1. Cancer du sein

Femmes de 50-74 ans (2007-2008)		Nombre de femmes ayant participé au dépistage	Taux de participation
Cantons	Aniane	994	50,3
	Le Caylar	138	47,8
	Clermont-l'Hérault	2 714	57,8
	Gignac	3 264	59,0
	Lodève	1 680	56,1
	Lunas*	619	57,0
	Montagnac*	1 384	58,7
Pays	Pays Cœur d'Hérault	10 793	57,2
Département	Hérault	137 368	50,8

## 6.2. Cancer du côlon-rectum

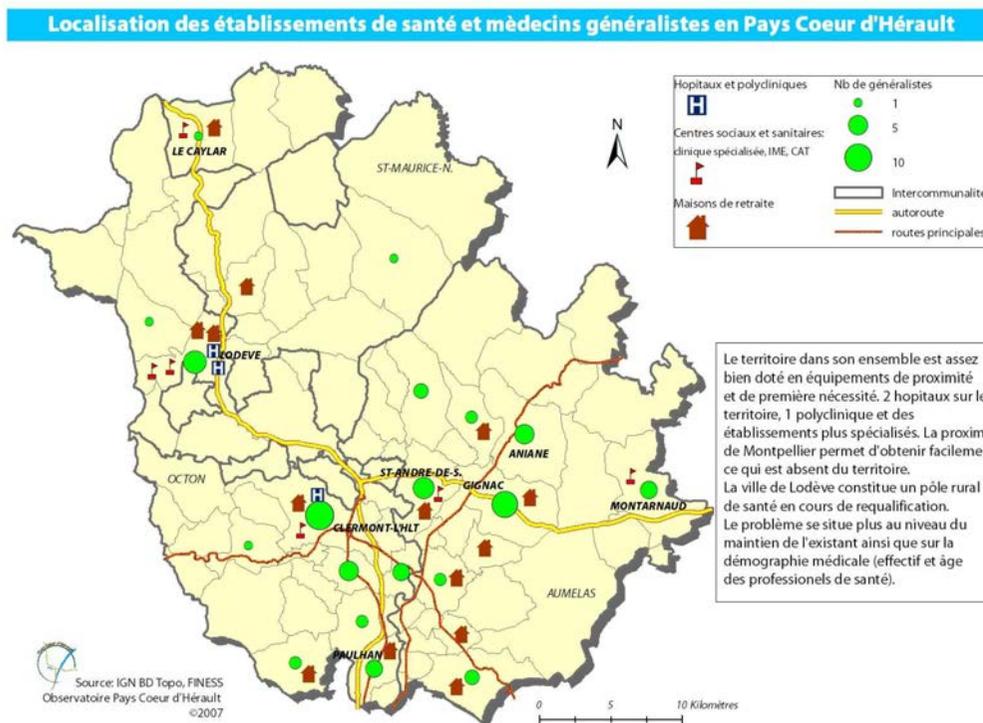
Personnes de 50-74 ans (2007-2008)		Nombre de personnes ayant participé au dépistage	Taux de participation
Cantons	Aniane	2 130	24,3
	Le Caylar	289	20,8
	Clermont-l'Hérault	4 728	25,5
	Gignac	5 149	25,8
	Lodève	3 084	26,2
	Lunas*	1 090	26,2
	Montagnac*	2 485	22,5
Pays	Pays Cœur d'Hérault	18 955	25,1
Département	Hérault	260 929	22,5

# II- L'EXISTANT : les structures et services recensés sur le territoire

## 1 LES HOPITAUX ET CLINIQUES

On recense sur le territoire Cœur d'hérault :

CLINIQUE SAINT-ANTOINE	Avenue Font Mosson	MONTARNAUD	62
CLINIQUE DU SOUFFLE LA VALLONIE	800 Avenue J. Vallot	LODEVE	66
POLYCLINIQUE SAINT-PIERRE	21 Avenue Denfert	LODEVE (maintenant fermée)	55
HOPITAL LOCAL LODEVE	13 Boulevard Pasteur	LODEVE	140
HOPITAL LOCAL CLERMONT-L' HERAULT	Cours Chicane	CLERMONT L HERAULT	41/ 17ou90



## 2 L'OFFRE DE SOINS EN MEDECINE GENERALE

L'offre de soins médicale en Pays Cœur d'Hérault mérite une attention particulière, effectivement déficitaire et en baisse, la désertification médicale est préoccupante sur le territoire Cœur d'Hérault et risque d'être encore plus importante dans les horizons 2010 avec les départs en retraite des baby boomer. Il est apparu indispensable dans le cadre d'un diagnostic de santé de territoire d'approfondir cette problématique et d'obtenir la parole des professionnels concernés..

Un questionnaire sur l'exercice de la médecine en Pays Cœur d'Hérault a donc été proposé aux médecins généralistes , il reprend les grands axes des préoccupations de la profession :

- a- Les facteurs de pénibilité de l'exercice
- b- L'accès aux spécialistes
- c- La perspective de la création d'une maison médicale de garde territoriale

Sur **une soixantaine de médecins interrogés** ,31 médecins ont répondu au questionnaire (soit environ 50% des médecins généralistes du territoire) les résultats suivants font apparaitre plusieurs pistes de réflexion et permettent de formuler des propositions :

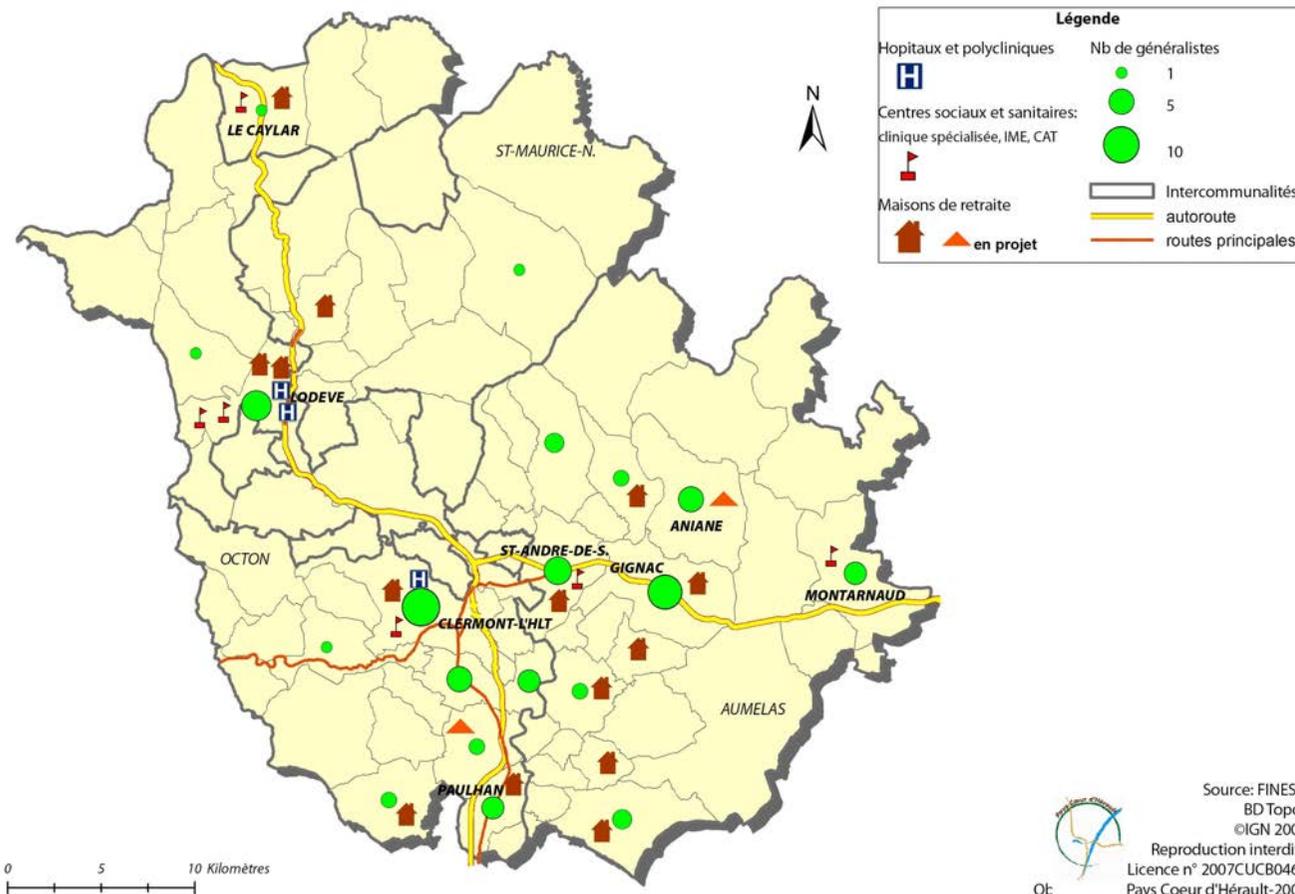
### ***b- LES RESULTATS du questionnaire proposé aux médecins généralistes***

Les graphiques ci après donnent une bonne photographie d'ensemble des préoccupations de l'exercice de la médecine générale en Cœur d'Hérault. Les résultats reprennent l'intégralité des réponses des 31 médecins qui se sont prononcés. Ces résultats représentent 50% de réponses, cependant l'exhaustivité n'est pas atteinte.

#### **Les Généralistes**

Au vu de la pyramide des âges présentée et compte de tenu d'une part de l'accroissement démographique constaté depuis 1999 (augmentation de plus de 25% de la population en 10 ans) et d'autre part du vieillissement de la population, un accroissement des besoins de soins de premiers recours est constaté dans le Pays Cœur d'Hérault.

# Localisation des établissements de santé et médecins généralistes en Pays Coeur d'Hérault

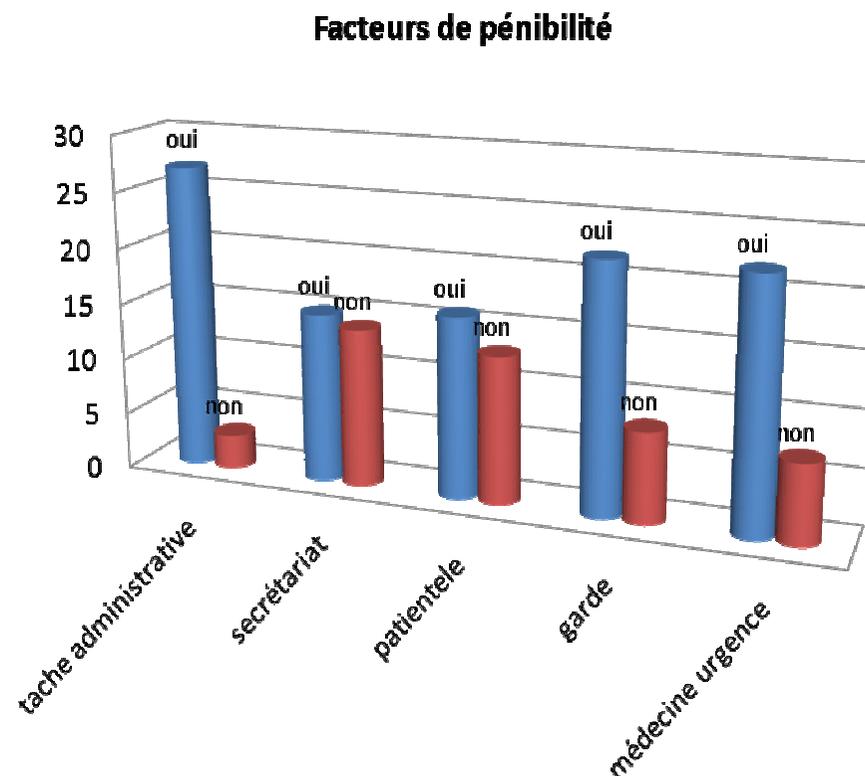
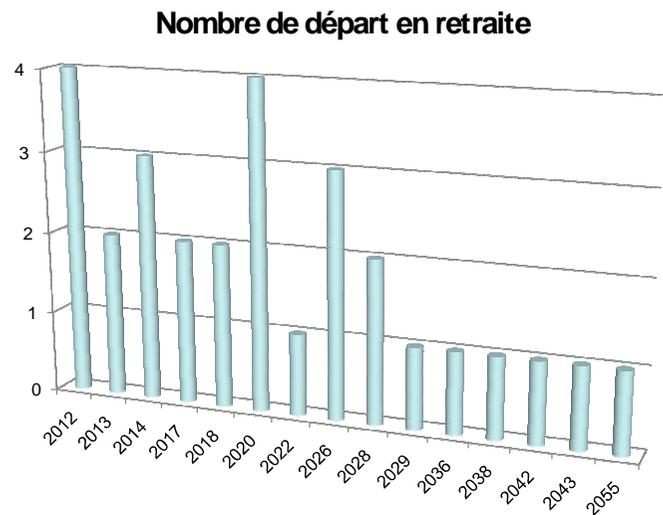


Cette carte permet de réaliser les effectifs totaux sur le territoire en nombre de médecins généralistes. La grande majorité d'entre eux sont installés en Centre Hérault (environ 51 médecins), le Lodevois et Larzac compte une population médicale bien inférieure compte tenu de sa plus faible démographie.

Source: FINES, BD Topo® ©IGN 2008  
 Reproduction interdite  
 Licence n° 2007CUCB0469  
 Pays Coeur d'Hérault-2007

	<b>CENTRE HERAULT</b>	<b>LODEVOIS ET LARZAC</b>
<b>MEDECINS GENERALISTES</b>	51	11

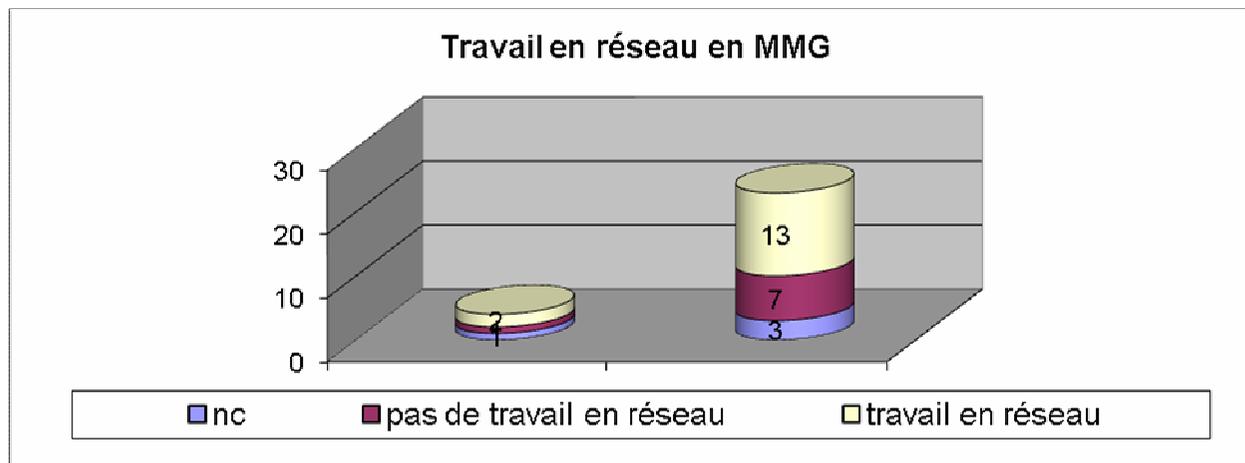
## 1 - LES FACTEURS DE PENIBILITES DE LA MEDECINE GENERALE



L'organisation de la permanence de soins constitue un objectif majeur en terme de santé publique pour le territoire Cœur d'Hérault au vu des besoins de la population non couverts et/ ou de la désertification médicale en marche si l'avenir de la profession n'est pas préparé en amont. Les évolutions démographiques sont déjà largement constatées comme l'indiquent le graphique « du nombre de départ en retraite » traduisant deux pics importants de départ en 2012 puis en 2020

- L'installation sur le territoire de nouveaux médecins est très compromise compte tenu d'un contexte d'isolement médical important et d'une grande pénibilité de l'activité avec des gardes surchargées et la gestion de l'aide médicale urgente qui vient s'ajouter aux gardes classiques (pas d'antenne SAMU sur le territoire). Les tâches administratives constituent également un facteur de pénibilité important occupant une partie considérable du temps médical que les médecins pourraient réserver à la consultation, aux conseils de prévention nécessaires aux patients.

- Le nombre d'intervention pompiers secours à personne est considérablement important compte tenu d'une absence d'antenne SMUR en Cœur d'Hérault ; L'intervention d'urgence nécessite une régulière actualité de la formation des médecins pompiers dont la démographie est faible sur le territoire. La réponse donnée est souvent du ressort de la médecine générale et cette réponse à caractère d'urgence n'est parfois pas possible compte tenu du manque de formation et de disponibilité des médecins généralistes sur notre territoire ;



L'isolement médical est également un motif qui ne favorise pas l'installation de nouveaux médecins , l'intérêt pour le travail en réseau représente une modalité d'exercice attrayante et source de solutions pour ces derniers puisque 13 d'entre eux sur 31 interrogés se montrent disposés à pratiquer leur activité dans le cadre d'une structure type Maison Médicale de Garde et valoriser ainsi un travail de partenariat pluridisciplinaire entre professionnels .

#### **Quelques éléments chiffrés :**

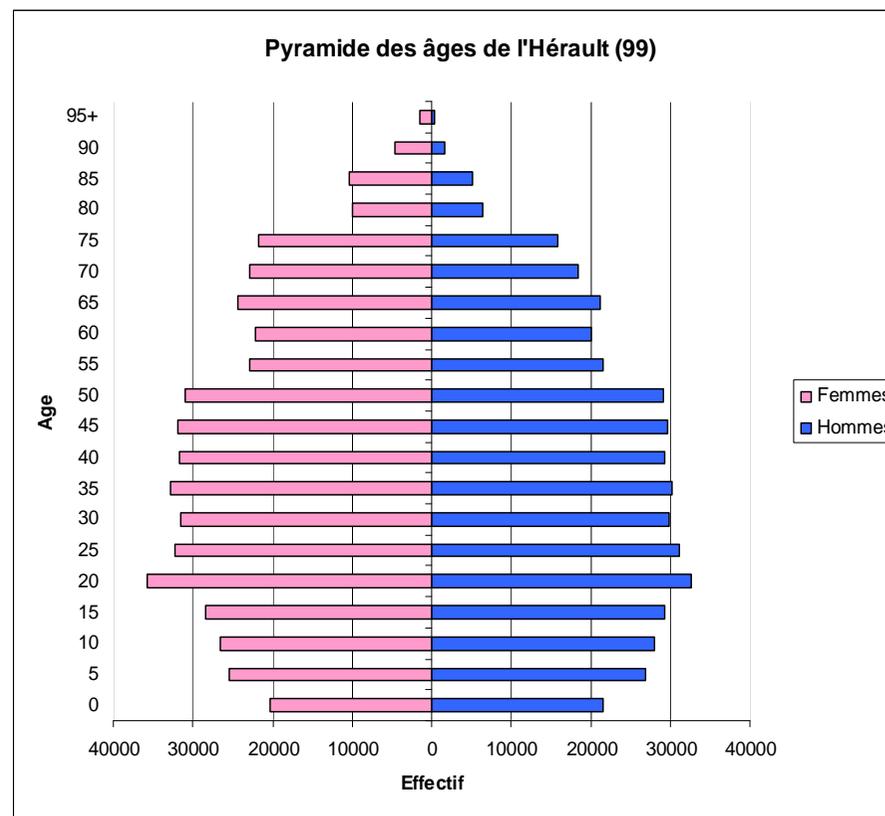
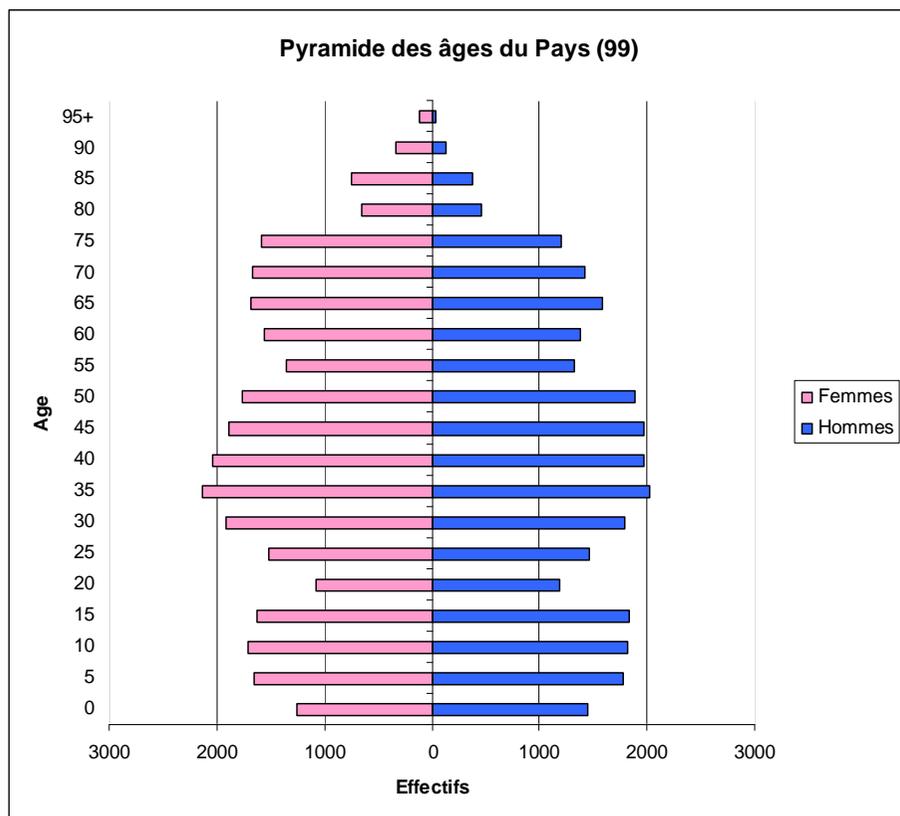
Les chiffres présentés ci-après proviennent d'une étude effectuée par l'Observatoire Régional de la Santé en vue d'apporter des éléments au Diagnostic de Santé de territoire.

Ces chiffres font état que certaines spécialités sont sous-représentées et ne permettent pas une bonne couverture et un bon accès aux soins

Ces difficultés d'accès aux soins concernent plus particulièrement les personnes peu mobiles (jeunes, personnes âgées)

Un questionnaire délivré à la population donne dans un chapitre (III) suivant des éléments supplémentaires sur les freins à l'accès aux soins et sur les efforts de sensibilisation et d'actions à observer pour certaines populations.

La couverture maladie Universelle Complémentaire (CMUC) est de 9,4 % contre 10,58% dans l'Hérault sachant que cette particularité concerne la part des jeunes couverts : 9,96 % contre 13,6% dans l'Hérault. On relève un problème d'information des jeunes sur l'accès aux droits au regard des chiffres CMUC.



- ❑ les 15-30 ans sont sous représentation → 15,7 % (21,1 H)
- ❑ les + 60 ans sont en sur représentation → 26,9 % (22,9 H)

Malgré une population âgée relativement élevée:

- il est remarqué un taux standardisé plus faible d'entrée de patients en ALD que dans l'Hérault: (1840/ 2141 dans l'Hérault)
- une entrée en hospitalisation plus importante que la moyenne départementale :(27619/25637 dans l'Hérault)

Dans l'accès aux soins, la question de la médecine spécialiste état également incontournable, les chiffres qui suivent nous indique également l'ampleur de besoins en matière d'accès aux soins sur ce territoire.

## 2- L'ACCES AUX SPECIALISTES

Pour 100 000 hab	Pays	Hérault
Spécialistes libéraux	45,17	151,8
Pédiatres	0	96,71
Psychiatres (pr <25ans)	32,47	98,87
Ophtalmologues	7,23	13,16
Infirmiers libéraux	274	276
Généralistes	148	163

la population médicale généralistes et spécialistes est déficitaire, la moyenne d'âge élevée et le boum démographique du bassin de vie sont deux facteurs influençant ce déficit. . Ces chiffres indiquent que certaines spécialités sont sous-représentées et ne permettent pas une bonne couverture et un bon accès aux soins

### 3 - LES PROBLEMATIQUES DE SANTE SOULEVEES ET RESSENTIES PRIORITAIRES PAR LA MEDECINE GENERALE

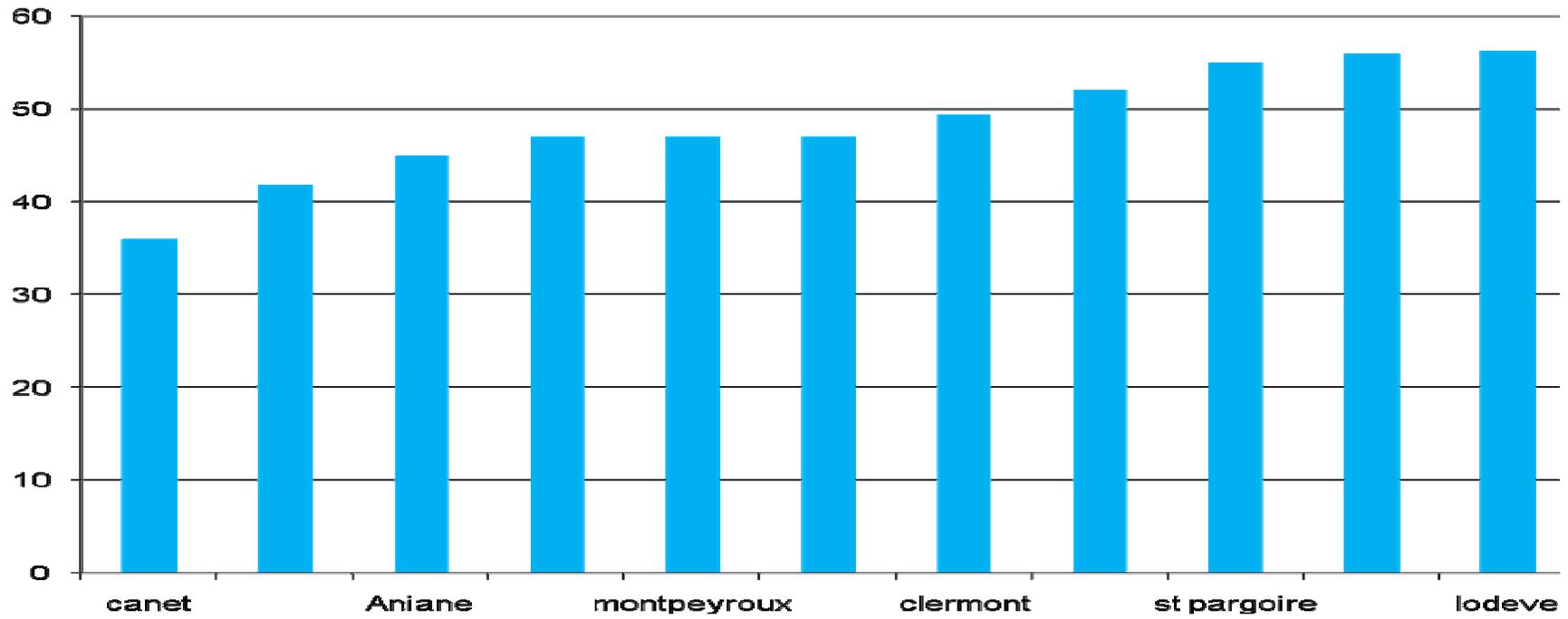
Accueil des urgences trop éloigné + manque de soins polyvalents	5
Permanence des soins et aide médicale d'urgence	17
Divers	3
Non communiqué	6
<b>Total</b>	<b>31</b>

Les médecins généralistes ressentent pour 17 d'entre eux sur 31 interrogés le besoin de répondre à la problématique de la permanence de soins et de l'aide médicale d'urgence, les deux étant très étroitement liées dans l'exercice de leur profession en milieu semi-rural. Ces problématiques constituent un véritable frein à l'exercice de leur fonction compte tenu de l'absence d'une antenne SMUR sur le territoire, d'un nombre croissant de départs en retraite de médecins non remplacés et de l'âge moyen des médecins généralistes assez élevé selon les zones géographiques (pour exemple dans la CC Lodevois Larzac l'âge moyen est de 57 ans).

On évoque souvent la nécessité du maintien d'un service d'urgence conscient que le territoire subit d'importantes évolutions démographiques, sanitaires et, sociales à savoir:

- Une crise de la démographie médicale criante avec des prévisions inquiétantes pour les années à venir (cf. graphique des départs en retraite)
- Le maintien d'un système de garde sur le territoire est nécessaire alors que les médecins traitants, organisés en garde pour leur cabinet, sont déjà surchargés
- Une population majoritairement âgée avec en corollaire un accroissement de la demande de soins
- Ce territoire subit également l'éclatement des urgences et des hospitalisations qui se font prioritairement sur MONTPELLIER et BEZIERS de plus en plus souvent maintenant sur PEZENAS.

Moyenne d'âge par lieu d'exercice



## c - LES PROPOSITIONS

Ainsi plusieurs propositions peuvent émerger de ces constats :

Les propositions

Trois points majeurs s'articulent autour du diagnostic de santé de territoire et constituent 3 axes stratégiques à proposer : :

- Le Lodevois
- Le centre Hérault
- La prévention

### ➤ LE LODEVOIS LARZAC

---

Lodève bénéficie de deux atouts majeurs. L'existence d'un passé médical fort avec un hôpital rural installé depuis de nombreuses années, la création de la clinique Saint Pierre qui date de 1968 et une médecine spécialisée en Pneumologie et Rééducation cardio-respiratoire qui constitue un atout de taille de ce territoire.

Lodève est également le bassin versant naturel des villages environnants et draine une population d'environ 14 208 habitants (Lodevois, et Larzac et une partie d'Avène-Orb et Gravezon)

Cependant en l'état actuel du contexte médical, Lodève souffre de quelques faiblesses dont la plus importante est la fermeture de la clinique Saint Pierre et les conséquences qu'elle implique :

- Les urgences à l'hôpital local seront en difficultés de fréquentation si elles ne peuvent assurer la continuité des soins en l'absence d'un bloc chirurgical et une offre d'hospitalisation.
- Une démographie médicale en berne avec la perte de plusieurs spécialistes sur « le territoire ». 2 chirurgiens se retirent et 1 ORL. L'âge moyen des médecins généralistes est de 57 ans.
- Par ailleurs, aucun projet médical n'est porté par l'ensemble des professionnels de la santé

En conséquence plusieurs pistes se dessinent, il semblerait opportun de réfléchir sur la création d 'une maison de santé pluridisciplinaire regroupant médecins généralistes et médecins spécialistes et urgentistes. Ce qui laisse entendre au préalable un projet médical commun sur le Lodévois, une cohésion des professionnels de santé et un investissement des pouvoirs publics et des collectivités territoriales pour le bâti.

Ce type de projet de Maison de Santé de Proximité aurait pour avantage :

- de stabiliser la démographie médicale
- de constituer une facilitation d'installation pour les jeunes médecins généralistes qui pourraient mieux organiser leur activité en réduisant l'isolement médical.

Ce type de structure pourrait à terme déboucher sur une maison médicale universitaire avec la présence de stagiaires ou d'internes en médecine générale et répondre à la problématique du départ en retraite des médecins généralistes, bientôt plus en exercice.

## ➤ LE CENTRE HERAULT

---

Le territoire Centre Hérault présente lui aussi des points faibles et n'est pas caractérisé par une histoire médicale forte comme peut l'être le Lodévois.

En effet, la seule implantation d'un hôpital rural à Clermont l'Hérault où un petit service de médecine y est adossé ne permet pas de caractériser ce territoire comme fortement affirmé médicalement, la disparition de la maternité est également un élément de fragilisation du territoire.

Ce territoire subit également l'éclatement des urgences et des hospitalisations qui se font prioritairement sur MONTPELLIER et de plus en plus souvent maintenant sur PEZENAS.

La population est répartie ainsi :  
Clermontais : 21 332 habitants  
Gignacois : 30 516 habitants

Il requiert cependant quelques bons atouts qui laissent envisager la pertinence et la cohérence de l'implantation d'un solide projet médical :

- On constate une bonne cohésion médicale avec plus d'une trentaine de médecins qui partagent les mêmes préoccupations et se montrent volontaires et mobilisés pour monter un projet médical commun (association des médecins généralistes)
- Ce territoire affiche une démographie médicale satisfaisante avec 51 généralistes et 19 spécialistes.
- C'est également un territoire qui fait preuve d'une bonne démographie d'ensemble avec au total plus de 51848 habitants regroupés entre le Gignacois et le Clermontois.

En ce sens, et compte tenu de l'affluence des nouveaux arrivants et de l'importance de la population générale, la création sur ce territoire Centre Hérault d'une Maison Médicale de Garde paraît plus que pertinente et répondrait aux besoins de la population.

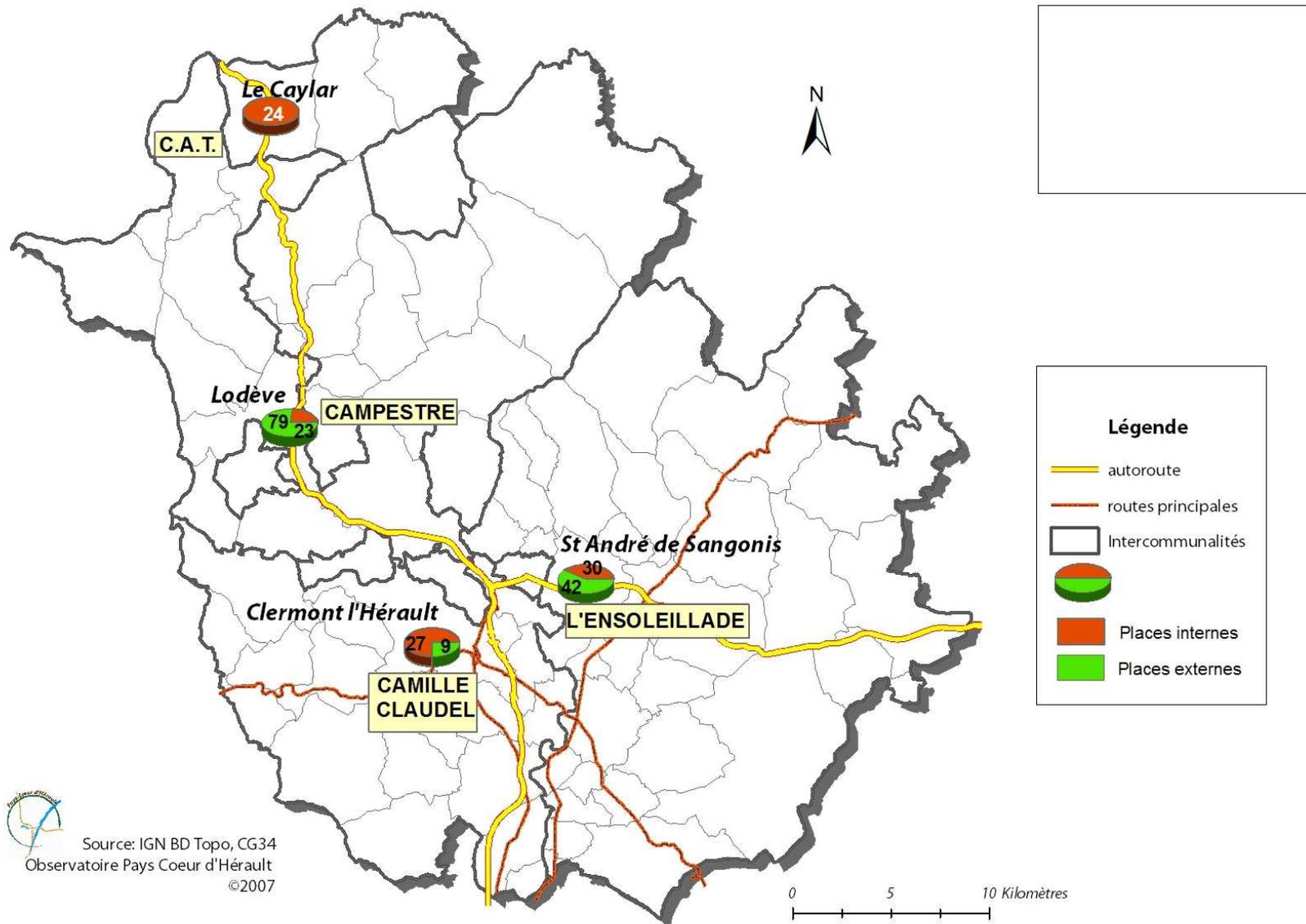
- Par ailleurs on remarque une large adhésion et participation déclarée des Médecins Généralistes si une MMG venait à être créée.

Le problème majeur étant de trouver des financements de fonctionnements puisque l'Agence Régionale d'Hospitalisation ne semble pas pouvoir répondre financièrement aux besoins que représente le montage d'un projet de MMG.

- Le lieu d'implantation est également une question importante à traiter et à envisager en prenant particulièrement en compte la facilité d'accès.
- Un certain nombre d'accords de principe devraient également être abordés avec le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et le Centre 15, sans l'appui desquels il semble compromis de mener à bien un tel projet.
- La population totale du Pays Cœur d'Hérault concernée par le diagnostic représente 66134 habitants population légale en vigueur au 1er janvier 2009 (chiffres 2006). avec une perspective de croissance démographique particulièrement élevée : la population totale estimée s'élèverait en 2020, entre les deux communautés de communes (Clermontois et Vallée de l'Hérault) par le projet, à 66 081 habitants .Si la croissance démographique du pays Cœur d'Hérault est identique que celle observée entre 1999 et 2009, elle serait de 2.2% ; Bien évidemment les chiffres donnés ne sont que des estimations et des variations sont fortement possibles.

## C- LES STRUCTURES DU HANDICAP

### Les structures d'accueil pour les personnes handicapées en Pays Coeur d'Hérault en 2006



Les services  
et structures  
recevant

**des personnes handicapées sur le territoire et leurs effectifs respectifs :**

INSTITUT DE REEDUCATION DE CAMPESTRE	1120 route de Bédarieux	LODEVE	30 Places internat / 56 externat
M.A.S. L'ENSOLEILLADE	15 r Aigues Vives	SAINT ANDRE DE SANGONIS	40 Places internat & 1 place accueil de jour
I.M.E. L'ENSOLEILLADE	55 av de Montpellier	SAINT ANDRE DE SANGONIS	30 Places internat 11 places de semi interne
SESSAD L'ENSOLEILLADE	Place des fontaines	SAINT ANDRE DE SANGONIS	20 places
Foyer CAT du Caylar	156, rue des Ecoles	LE CAYLAR	24 Places
Maison accueil spécialisée Camille CLAUDEL	r Hector Berlioz	CLERMONT L'HERAULT	56 Places internat

**Service d'accompagnement de la Vallée de l'Hérault**

Clermont l'Hérault et Lodève

**CAT ou ESAT**

« Le Roch Castel » Le Caylar

**MAS : Maison d'accueil spécialisée**

Clermont l'Hérault : « Camille Claudel »

Saint André de Sangonis : « La Parage »

**IME : Institut Médico Educatif**

Saint André de Sangonis : « L'enseillade »

ITEP : Lodève « Campestre »

**CLIS : Classes d'Intégration Scolaire**

Clermont l'Hérault : « Ecole Daudet »

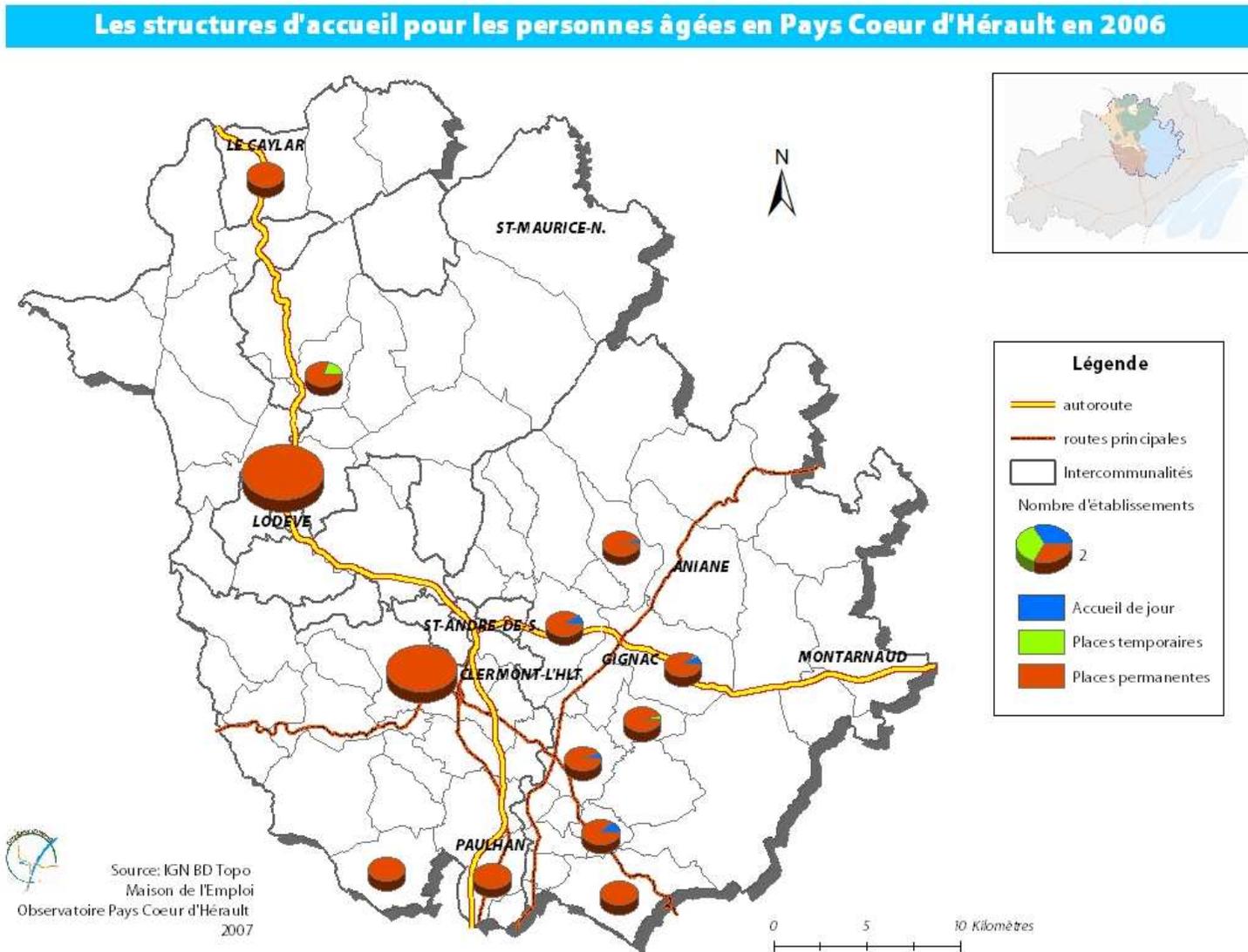
**CLIS : Classes d'Intégration Scolaire**

Lodève : « Ecole César Vinas » :

**UPI : Unité Pédagogique d'Intégration**

Clermont l'Hérault : « Collège du Salagou »

## D- LES STRUCTURES POUR PERSONNES AGEES



Nom de l'établissement	Adresse	COMMUNE	Capacité
Residence-foyer "Le Pioch"	Chemin de la république-BP 95	CLERMONT L'HERAULT	100
Residence-foyer "Le Micocoulier"	27 rue du Micocoulier - Font d'Encauvi	GIGNAC	34
Résidence-foyer "L'Ecureuil"	25 avenue de la République	LODEVE	70
Maison de retraite "La Providence"	4 rue Hôtel de Ville	LODEVE	60
Maison de retraite	10 route de Campagnan	PAULHAN	25
Maison de retraite " Le Clos des Oliviers"	Le Puech Bourdel	PLAISSAN	51
Residence-foyer "Docteur Raoul Boubal	13 colline de St-Amans	LE POUGET	31
Maison de retraite "La rouviere"	Chemin de Campis	SOUBES	54
Foyer logement "L'Anglade"	rue Ecoles	LE CAYLAR	30
Residence retraite "Yves Couzy"	rue Pierre de Coubertin	SAINT ANDRE DE SANGONIS	65
Maison de retraite "Le Roch Pointu"	12, av Gaston Brès	SAINT JEAN DE FOS	29
Residence-foyer "Montplaisir"	Le Village	SAINT PARGOIRE	44
Maison de retraite	1 rue Georges Clémenceau	FONTES	34
Notre Dame du Dimanche	Chemin départemental Cent Trente Un	SAINT BAUZILLE DE LA SYLVE	
Maison de retraite de l'Hopital local	Cours Chicane	CLERMONT L'HERAULT	
Maison de retraite de l'Hopital local	13 Boulevard Pasteur	LODEVE	100 long séjour 65 Maison de retraite

- ❑ L'Équipement en maison de retraite est de 93,54 % pour les personnes âgées de +75 ans sur notre territoire Cœur d'hérault ce qui, comparativement aux chiffres de l'Hérault (70,66 %), est nettement meilleur en terme de possibilité, celles-ci n'ont de plus, aucune liste d'attente.
- ❑ Pas de problème de prise en charge des personnes âgées en structure mais problème de prise en charge à domicile.

## **E- LA PSYCHIATRIE**

- Trois hôpitaux de jour respectivement à Gignac/Clermont-L'Hérault/Lodève
- Les CMP de Gignac/Clermont-L'Hérault/Lodève dépendent des Hôpitaux de jour
- Le CMPEA de Clermont l'Hérault dépend de l'Intersecteur N°2 de psychiatrie infanto-juvénile de l'Hérault
- une consultation de pédopsychiatre en libéral à Gignac

# **PHASE 2**

Phase d'adaptation des constats aux besoins

Une deuxième phase de ce diagnostic se compose en deux temps :

## **I- LES BESOINS DES PROFESSIONNELS**

## **II - LES BESOINS DE SANTE DE LA POPULATION**

Cette deuxième phase, plus qualitative, avait pour objectif de rencontrer les professionnels de santé et autres acteurs de la santé du territoire pour dresser ensemble les problématiques prioritaires de santé qu'ils ressentait dans leur pratique et les besoins nécessaires à l'amélioration de la qualité de vie des population.

Elle devait également faire émerger **la parole des usagers du système de santé**, un questionnaire était proposé à la population pour vérifier l'adéquation des besoins évoqués par les professionnels de santé avec ceux de la population. (le questionnaire est fourni en annexe)

### **Méthode :**

#### **I - LES BESOINS DES PROFESSIONNELS**

A - Trois réunions thématiques ont été organisées :

##### **a) Public cible**

- Les personnes âgées
- Les handicapés
- Les 25-59 ans

##### **b) Invités**

- CCAS,
- Associations
- Services du Pôle départemental de la Solidarité
- Structures d'accueil
- Personnel médical ...

##### **c) Méthode : 3 questions**

- Quelles sont pour vous sur le Pays CH les questions de santé auxquelles il vous semble prioritaire de répondre ?
- Quels sont les publics les plus touchés par ces questions ?
- Pourriez-vous citer 1 ou 2 actions sur le territoire visant à répondre au mieux aux difficultés de santé que vous avez repérées ?

**B- Un entretien semi- directif avec le médecin Généraliste du Caylar compte tenu du manque d'indicateurs de santé et autres indicateurs sur ce canton**

Le contenu de ces réunions est restitué ci après dans les diaporamas suivants présentés à la Commission Santé du 20 mars 2009

C- Un état des lieux sur la pédopsychiatrie enfants et adolescents

**II – LES BESOINS DE SANTE DE LA POPULATION**

Les résultats du questionnaire sur les besoins de santé de la population

## A- LES TROIS REUNIONS THEMATIQUES

La réunion du 15 janvier sur les personnes âgées :

### **Commission santé territoriale**

#### **Personnes âgées**

Dr DELMAS Candida

## **Commission personnes âgées**

- Problématique incontournable dans l'analyse des populations du territoire.
- Réunion le 15 janvier 2009 à Clermont l'Hérault
- Pluridisciplinaire
- Professionnels et élus impliqués
- Représentatif du secteur gérontologique

- ◊ **M. Rambaud, directeur EHPAD L'écureuil Lodève, président GEPA 34.**
- ◊ **Mme Bonnet, directrice EHPAD Vincent Badie Paulhan**
- ◊ **Mme Bochent, cadre supérieur de santé USLD Lodève**
- ◊ **Mme Da Silva, adjointe solidarité Mairie de Lodève**
- ◊ **M. Janson, kinésithérapeute libéral Clermont l'Hérault**
- ◊ **Mme Neil, coordinatrice Présence Verte SSIAD**
- ◊ **Mme Amouroux, infirmière CLIC REPER AGE**
- ◊ **Mme Lepert, assistante sociale CLIC REPER AGE**
- ◊ **Dr Delmas, médecin coordonnateur EHPAD USLD**
- ◊ **Dr Lassalvy, Président Commission Santé Pays**
- ◊ **Mme Ballester, chargée de mission Commission Santé Pays**

#### **Excusés:**

- ◊ **Mme Bilhac, directrice EHPAD Le Pioch Clermont l'Hérault**
- ◊ **Dr Jubineau, médecin inspecteur DDASS**
- ◊ **Mme Cadene, présidente association France Alzheimer Hérault.**

## **Axes de réflexions**

- L'état de santé des personnes âgées de notre territoire.
- Les structures d'hébergement pour personnes âgées: EHPAD et USLD.
- Situation de l'aide à domicile.
- Coopération et coordination entre les différentes structures: moyens disponibles et manques.

## Etat de santé des personnes âgées du territoire

- Pas d'étude existante ni pour le domicile, ni pour les structures d'hébergement.
- Apparition du PATHOS, outil obligatoire d'analyse des pathologies pour les structures d'hébergement non encore généralisé.

## Les structures d'hébergement pour personnes âgées

- EHPAD : établissement pour hébergement des personnes âgées dépendantes (maison de retraite).
- USLD : unité de soins de longue durée. Personnes malades avec soins médicaux techniques lourds. Réforme en cours.

## Les structures d'hébergement EHPAD.

- 25% des personnes âgées du territoire sont en établissement contre 30% dans d'autres départements de la région (Gard).
- Pas de liste d'attente et places vacantes depuis 1 an (capacité suffisante ou inadéquation des établissements aux besoins de la population).
- Ouverture/ agrandissement : Aspiran, Gignac, Aniane.

## Les structures d'hébergement EHPAD.

- Le financement de l'entrée en institution reste la difficulté majeure pour la personne âgée, encore plus pour les couples âgés.
- Facture journalière moyenne: 54,41 euros.

## Les structures d'hébergement pour personnes âgées EHPAD.

- L'entrée en institution se fait en tout dernier recours lorsque le maintien à domicile est impossible
- Dans l'urgence, par manque de sensibilisation des professionnels et de la population.

## Les structures d'hébergement EHPAD.

- De 65 à 80% de personnes désorientées en EHPAD (syndrome démentiel ou démence).
- Architecture non adaptée: pas assez de secteurs sécurisés spécifiques Alzheimer.
- Architecture adaptée: non-conformité d'utilisation de certains secteurs sécurisés d'EHPAD.

## Les structures d'hébergement EHPAD.

- Formation des personnels non adaptée : pas de formation initiale spécifique, pratique, enseignée dans les écoles d'aides soignantes et infirmières.

## Les structures d'hébergement EHPAD.

- Ratio personnel/ résident vraiment insuffisant.
- Plan solidarité Grand Age annonce
  - 1 agent/résident/ j pour GMP>800
  - 0.65 agent/résident/j pour GMP<800
- Réalité terrain variable : 0.47 dans certaines EHPAD.

## Les structures d'hébergement EHPAD.

- Pas d'évaluation réelle de la qualité de prise en charge des personnes en EHPAD.
- Outils actuels non suffisants.
- Evaluation de la qualité de vie des personnes atteintes de troubles cognitifs sévères non réalisée.

## Les structures d'hébergement EHPAD.

- Problème des personnes vieillissantes présentant des pathologies psychiatriques.
- Inadéquation des EHPAD à cette population.

## L'aide à domicile

- Réseau libéral médical (médecins libéraux), paramédical (infirmières, kinésithérapeutes), auxiliaires de vie:
  - Manque de coordination entre professionnels
  - Problème de disponibilité des médecins
  - Actes infirmiers souvent inadaptés surtout pour nursing.

## L'aide à domicile

- Méconnaissance des techniques de soins et de communication spécifiques aux personnes désorientées de la part de tous les professionnels intervenants.

## L'aide à domicile

- SSIAD (service de soins infirmiers à domicile)
  - Impossibilité de couvrir 24 heures.
  - Coût Aide soignant rapidement très important car plus de temps consacré au soin.
  - Nouveaux arrivants : 10% (Gignac).

## L'aide à domicile

- Augmentation des prises en charge médico-techniques lourdes (soins palliatifs).
- Formation nécessaire des professionnels intervenants aux soins techniques lourds.
- Méconnaissance du « réalisable sur le terrain » par les professionnels hospitaliers.

## L'aide à domicile

- Manque de coordination du retour à domicile, préparation insuffisante par les professionnels hospitaliers, soins techniques plus lourds (DMS, T2A).

## L'aide à domicile

- **HAD (hospitalisation à domicile) :**
  - Clinique Pasteur uniquement.
  - Ne couvre pas tout le territoire
  - Évite hospitalisation pour certaines pathologies précises.
  - Durée courte de prise en charge.

## L'aide à domicile

- **L'accueil de jour Alzheimer:**
  - Hôpital Local Clermont l'Hérault
  - Hôpital Local Lodève en projet
  - Certaines EHPAD
- Problème de prise en charge du transport: frein à l'utilisation du service.

## L'aide à domicile

- **CLIC: centre local d'information et de coordination pour personnes âgées.**
  - modification des missions en cours
  - disparition probable de la coordination locale entre professionnels et établissements locaux.
  - disparition probable du rôle d'écoute et d'entretien en cas de souffrance familiale ou personnelle compromettant le maintien à domicile.

## Coopération et coordination pour les structures d'hébergement

- Bonne coordination entre professionnels d'EHPAD:
  - Associations des directeurs
  - Association des médecins coordonnateurs
  - Réseau des infirmières coordinatrices
  - Réseau des psychologues
- Partenariat actif avec le Conseil Général.
- Absence de partenariat avec la DDASS.

## Coopération et coordination pour l'aide à domicile

- Le rôle prépondérant des CLIC risque de disparaître pour d'autres missions.
- Pas de coordination entre professionnels libéraux à domicile
  - Manque de disponibilité.
  - Absence de culture gériatrique

## Coopération et coordination pour l'aide à domicile

- Parcours très compliqué pour les personnes âgées pour accéder à une information claire et utile.

## Coopération et coordination pour l'action gériatrique

- Information des élus sur la réalité de la prise en charge de la personne âgée aujourd'hui, évolution et moyens.
- Information de la population sur les différentes aides, le maintien à domicile, l'entrée en institution et plus généralement le grand âge.

## Coopération et coordination pour l'action gériatrique

- Problème d'acheminement de l'information aux personnes concernées.
- Problématique du transport pour les personnes âgées pour accéder aux services et à l'information.

## Conclusion

- Créer un groupe de réflexion sur le thème personne âgée.
- Utilité d'un réseau spécifique de coordination.
- Analyse indispensable
  - des besoins auprès de la population âgée (questionnaire, enquête).
  - de l'état de santé des personnes âgées sur le territoire.
  - de la situation économique des personnes âgées du territoire (précarité, niveau socioéconomique, répartition)

## 2. Le Handicap

## Participants

- ❑ M. Castellon, Comité de liaison et de coordination des associations des personnes handicapées (membre FNATH)
- ❑ M. Saulet, Président du CLCPH
- ❑ M. Fauqueu, Directeur ESAT« Roc Castel »
- ❑ Mme Sauguet , AVH Lodève , Clermont
- ❑ Mme Millan , AVH Paulhan
- ❑ M. Derveaux, RASED Gignac
- ❑ Mme Delode, APAJH 34, Espace Camille Claudel (Mas, Foyer Occupationnel, Itep Lodève, 1 Sessad)

### 2.1. Constats

- ❑ Travail protégé : aucune réponse (1 CAT au Caylar + 1 foyer d'hébergement)
- ❑ Travailleurs handicapés reconnus mais pas de travail ni de navette pour se déplacer (Réal frein)
- ❑ AAH devient complément social et plus complément handicap, accession PCH difficile (nombre dossier)
- ❑ Problématique psychiatrique et Troubles envahissant du développement (T.E.D) récurrentes / GEM nécessaire, hôpital de jour surchargé

### 2.2. Besoins

- ❑ Un F.A.M. foyer d'accueil médicalisé (l'entre-deux MAS et atelier occupationnel)
- ❑ Structures d'accueil modulables → trop spécialisées dans l'accueil
- ❑ Un G.E.M. Groupement d'Entraide Mutuelle (activités)
- ❑ Trouver des réponses vers les maisons de retraite pour les publics relevant des foyers occupationnels (réponse: équipe tournante sur sites différents)
- ❑ Faire connaître le dispositif famille d'accueil
  - 1 seule famille sur le territoire
  - contraintes physiques et logements pas adaptés

- 
- ❑ ESAT « Hors les murs » (poste de travail intégré en milieu ordinaire)
  - ❑ Accueil de répit et de rupture  
→ aucune réponse à ce jour (réponse à rattacher à structures , gestion particulière)
  - ❑ Lieux d'implantation des structures à adapter aux familles (accessibilité sur les communes bourg)
  - ❑ Travailler en lien avec la psychiatrie → sortie d'hospitalisation (manque de moyens)
  - ❑ Infirmière et orthophoniste, pédopsy, psychiatres et MG sur les maisons d'accueil spécialisées
  - ❑ Eléments clairs statistiques pour les décisions liées au handicap

## 3. Les 25 – 59 ans

---

### Participants

---

- ❑ Mme Chevillon, Fédération des foyers ruraux
- ❑ Mme Dejean, Mairie de Gignac
- ❑ Mairie et CCAS de Paulhan
- ❑ Mairie de St Jean de Fos
- ❑ Mairie de Montarnaud
- ❑ Mairie de Clermont l'hérault
- ❑ Mme CONRAUX Agence sociale PDS Clermont
- ❑ Dr VIVER Médecine du Travail
- ❑ Secours Catholique
- ❑ Secours Populaire Français (Lodève)

### Constats et besoins

---

- ❑ Manque de médecins spécialistes
- ❑ Trop de délais d'attente
- ❑ Pratique de dépassement d'honoraires abusive
- ❑ Refus de soins en CMU (dentistes, ambulances)
- ❑ Mesures préventives faibles :
  - Stress au travail
  - visites médicales à l'embauche peu suivies (cotisations)
  - 1500 médecins du travail en moins dans 5 ans , 80 formés par an, quid dans l'avenir?
  - Manque de médecins scolaires
  - Thème prévention nécessaire : Sports / santé, Nutrition / santé pour toute la population

## AXES STRATEGIQUES

---

### I- STRUCTURER ET DEVELOPPER L'OFFRE DE SOINS et LA FORMATION

- ❑ Structurer Aide médicale d'Urgence et la PDS
- ❑ Encourager l'installation des médecins généralistes et spécialistes
- ❑ Développer les compétences des professionnels de santé en lien avec l'évolution des publics

### II- INFORMER, SENSIBILISER et VALORISER LES POTENTIALITES DU TERRITOIRE AUPRES DES POPULATIONS et DES PROFESSIONNELS

- ❑ Développer des espaces ou modalités d'informations
- ❑ Organiser du lien entre professionnels
- ❑ Permettre une meilleure coopération sanitaire et sociale

### III- FAVORISER DES MODES OPERATOIRES INNOVANTS EN SANTE

- ❑ Développer les UNITES MOBILES
- ❑ Développer les équipes tournantes (spécialisées et pluridisciplinaires)
- ❑ Améliorer l'accompagnement et la prise en charge des personnes à domicile
- ❑ Favoriser la mobilité (navette personnes âgées, handicap, jeunes et moins jeunes)

## **B- L'ENTRETIEN SEMI DIRECTIF AVEC LE MEDECIN DU CAYLAR, LE DR MARTIN DUPPE**

Ne disposant d'aucun indicateur de mesure de l'état de santé de la population sur le Canton du Caylar, un entretien semi directif avec le Docteur MARTIN DUPPE, médecin généraliste Le Caylar a été organisé :

1- Quelles sont pour vous sur les cantons les plus éloignés du territoire du Cœur d'Hérault les questions de santé auxquelles il est prioritaire de répondre?

2- Quels sont les publics les plus touchés ?

3- Pourriez vous me citer une ou plusieurs actions en promotion de la santé dans cette partie du territoire qui vise à répondre au mieux aux difficultés repérées?

### **1- Problèmes dans son activité :**

Le Docteur MARTIN souligne aucun problème majeur dans la pratique de son activité de médecine générale

La régulation par le 15 est un réel progrès dans leur pratique

Un tour de garde est organisé avec les médecins généralistes qui semblent-ils en cas d'empêchement font intervenir le médecin remplaçant qui intervient sur tous les cabinets du Lodévois et le sien.

Elle soulève cependant un problème de remplacement parfois difficile sur le Caylar

Elle fait pro-pharmacie dans son cabinet mais souligne que l'aboutissement à la mise en place d'une pharmacie sur le territoire serait nécessaire.

### **2- Les publics :**

Elle souligne aucun public particulièrement en difficultés sur un problème spécifique de santé. Elle n'a que 4 à 5% de prise en charge CMU

En terme de précarité elle ne note aucun souci particulier : 9 logements sociaux ont été construits il y a peu de temps, ils sont tous occupés par des jeunes mais ces derniers sont en activité.

### **3- Sur les questions de santé prioritaires et leurs réponses?**

Le seul problème majeur est la psychiatrie adulte dû à l'isolement. Elle travaille étroitement avec l'Hôpital de jour de Lodève et CHU de la Colombe.

Peu de jeunes sur le canton, la prise en charge en pédopsychiatrie n'est pas nécessaire, le peu de jeunes en difficultés sont au CAT et suivis par Dr Hemmi qui consulte une fois par quinzaine

Les soins palliatifs sont bien pris en charge, un kiné sur place, seul problème, trop peu d'infirmière (elles viennent de la Cavalerie)

Les actions de prévention sont très peu nombreuses, la PMI intervient mais le planning n'est pas présent (le médecin apprend l'existence des permanences de Lodève)

La mammo est présente, tout comme le dépistage du cancer du col de l'utérus, celui du colon et de la prostate. Un projet d'implantation d'une pharmacie est prévu sur le village, il en cours d'étude.

### **C- UN ETAT DES LIEUX SUR LA PEDOPSYCHIATRIE ENFANTS ET ADOLESCENTS**

a été fourni par les services du CMPEA de Clermont l'Hérault pour la problématique de la psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence , il est transmis ci-après :

La Consultation Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents du Pays Cœur d'Hérault est mise en place par l'Intersecteur N°2 de psychiatrie infanto-juvénile de l'Hérault Elle dépend de l'UAM Enfance.

Le CMPEA est abrité dans des locaux situés sur la commune de Clermont l'Hérault.

Les missions d'un CMP sont :

- Une activité de consultation (1er entretien, entretiens de suivi, bilans, visites à domicile, mise en commun des évaluations...)
- Une activité de soins ambulatoires
- Des actions de prévention et de dépistage

L'activité déployée par CMP doit satisfaire aux principes suivants :

- Une réponse rapide aux demandes, en connaissance du contexte et en lien avec les acteurs de terrain
- Une mise en œuvre de solutions à proximité, en articulation avec les ressources locales
- La prévention en partenariat avec les autres structures de l'enfance.

L'offre de services d'un CMP est normalement complétée par des structures d'hospitalisation, sises dans le cas présent à Montpellier.

### **I –Activité du CMP de Clermont l'Hérault**

Le CMP de Clermont l'Hérault tend à réaliser ses missions selon trois modes d'actions :

- Des actions directes auprès des enfants :
  - Consultations d'évaluation
  - Interventions à domicile
  - Ateliers thérapeutiques (CATTP) et thérapie de groupe
  - suivis ambulatoires
- Des actions indirectes sur le milieu : famille, crèches, écoles, collèges, centres aérés...
- Des liens inter-institutionnels : sanitaire (médecins généralistes, pédiatres, psychiatres libéraux , PMI,..) Services sociaux, Justice

En pratique,

le CMP assume de manière partielle

- les évaluations diagnostiques
  - les soins ambulatoires (CATTP)
  - les prescriptions d'aides (MDPH) et de soins
  - les orientations médico-sociales
- la prévention tertiaire

### **II ne peut assurer**

- la prévention secondaire
- le dépistage

Les indications d'hospitalisation de jour sont réorientées sur Montpellier et incomplètement satisfaites.

Enfin ce site, en tant que CHU, participe à la formation des acteurs médicaux et para-médicaux de la région (stagiaires).

### **Les consultants s'adressent au CMP**

- sur les conseils des partenaires sanitaires, sociaux, scolaires..
- par eux-mêmes : en règle, un lien est alors fait avec le médecin traitant, le pédiatre ou le médecin scolaire.

En amont et en aval, la mise en place des soins ou de toute autre forme d'aide se concrétise après des temps de rencontres, réguliers ou ponctuels, avec ces partenaires..

## **II – Aspects quantitatifs :**

Les ressources :

Les professionnels du SMPEA 2 intervenant au CMP :

- 60 % de temps médical (1 Docteur, praticien hospitalier)
- 80% de temps de psychologue (1 Psychologue)
- un temps plein d'éducatrice de jeunes enfants,, à temps plein (100%)
- un mi-temps de secrétariat

Les correspondants libéraux sont limités à un pédopsychiatre, à Gignac.

Les locaux sont inadaptés à la fonction : vétustes, exigus, excentrés, mal desservis.

La population desservie

De la période ante-natale à 16 ans

Bassin de population : la croissance démographique a accru l'écart entre l'offre de soin, peu importante, et la demande.

Caractéristiques sociales : l'augmentation de la précarité diminue la possibilité pour les familles de se mobiliser pour faire soigner leurs enfants

## **L'activité réalisée :**

Année 2008 : 107 enfants en file active, 1070 actes enregistrés

- Dont 743 actes de consultations
- CATP, HJ, VAD : 33 enfants suivis par l'éducatrice (de manière hebdomadaire/à quinzaine)

Année 2009 (Janvier à Juin)

- 122 patients ont bénéficié d'un acte au moins
- 88 patients ont sollicité un premier rendez-vous qui n'a pu être honoré
- Le délai d'attente du traitement des demandes de consultation n'ayant aucun sens compte tenu de nos conditions de travail, nous avons opté pour une lecture systématique des demandes, priorisant les situations de crises et les petits enfants. En dehors de ces cas de figure, le délai moyen d'attente pour une première consultation est de 6 à 8 mois d'attente.

## **III –Projets**

Le projet de service rédigé en 2007, validé par le CA du CHU, proposait compte tenu de l'accroissement démographique de l'ensemble du département (un secteur infanto-juvénile dessert en théorie un bassin de 170 000 habitants, les deux secteurs de Montpellier en desservent à eux 650 000) la création d'un troisième secteur et dans ce cadre une nouvelle répartition des moyens

- 7 places d'hospitalisation de jour et 5 places d'hospitalisation à domicile, avec le personnel soignant en conséquence
- l'augmentation du temps médical
- un changement de locaux

## **IV –Conclusion**

Le mérite de la situation actuelle est de maintenir une offre de proximité. Sa limite est de ne pouvoir honorer les besoins connus. Il n'est pas possible de satisfaire aux trois polarités de notre mission :

- répondre aux demandes en un temps raisonnable afin d'éviter l'installation de cercles vicieux et la constitution de sur handicaps..
- mettre en oeuvre les moyens nécessaires auprès de l'enfant et de son entourage pour répondre à ses besoins spécifiques
- dépister et prévenir les conséquences handicapantes des particularités des enfants ou de leurs conditions de vie..

Concrètement, le manque de moyens de l'ensemble du Secteur SMPEA2 conduit à laisser un grand nombre de situations signalées dans le pays Cœur d'Hérault sans suite lorsque les demandeurs ne peuvent se déplacer sur Montpellier.

En conclusion, il est rappelé que les soins médico-psychologiques aux enfants nécessitent des actions multiples, répétées, de proximité, dans la durée, dans la continuité, dans le respect et le souci de l'articulation du sanitaire avec les autres acteurs de terrain.

## **II - LES BESOINS DE SANTE DE LA POPULATION**

Un questionnaire sur les besoins de santé de la population a également été proposé aux habitants des trois communautés de communes, faisant émerger la parole des usagers, phase indispensable pour considérer la validité de ce diagnostic.

Les résultats de ce questionnaire vous sont présentés ci après. (le questionnaire est fourni en annexes)

## Introduction

Dans le cadre d'une étude sur l'état de santé de la population, le Pays Cœur d'Hérault souhaitait connaître l'avis de la population sur ses besoins en matière de santé : « VOS BESOINS DE SANTE EN PAYS CŒUR D'HERAULT » était un questionnaire destiné à la population des 15-25 ans, 26-59 ans, 60 ans et plus.

### Quelques remarques méthodologiques :

Le questionnaire a été distribué dans une vingtaine de Mairie et /ou CCAS, il a également été proposé dans certains services tels que Pôle départemental de la solidarité de Clermont l'Hérault, cabinet de radiologie ou antennes des missions locales Jeunes du Cœur d'Hérault, Présence Verte, ou ADMR du territoire. Notre volonté était de toucher tout type de population, à tout âge afin d'obtenir une photographie au plus près de la réalité des habitants du Pays.

L'enquête par questionnaire s'est déroulée de Février 2009 à Mai 2009, 394 questionnaires ont été retournés pour cette enquête sur 600 déposés, treize inexploitables, car mal remplis. Nous obtenons un taux de remplissage de 87,3% sur les 394 questionnaires retournés, toutes items ne pouvant être remplies intégralement en fonction du sexe de l'interrogé ; Au vu des résultats, nous remarquons les éléments suivants :

- Aucun échantillonnage au préalable n'a été possible car aucune personne n'a été dédiée tout particulièrement pour interroger la population, les questionnaires étaient disponibles dans les halls d'accueil et salles d'attentes des divers lieux cités.
- Les réponses recueillies sont issues de personnes se sentant concernées par la question posée puisque volontaires pour y répondre ;
- Pour vérifier la validité de notre échantillon, les deux critères retenus sont la tranche d'âge et la communauté de communes d'appartenance. Une comparaison a ainsi été faite entre les personnes interrogées et la population de base du Pays selon ces deux critères :
  - les tranches d'âge sont réparties de manière similaire entre population interrogée et population de base du Pays, nous pouvons donc considérer la validité de l'échantillon par rapport à la tranche d'âge avec cependant une sous représentation des 15-25 ans au profit des 60 - 75 ans .
  - au niveau des Communautés de communes, on remarque une sur-représentation du Clermontois dû à un fort taux de participation des habitants de Paulhan et une sous représentation du Lodévois Larzac et de la Vallée de l'Hérault.

De ce fait et compte tenu de notre hypothèse de départ sur l'importance de mettre en valeur la disparité des situations et des besoins entre chaque communauté de communes du Pays Cœur d'Hérault, certaines questions ont été traitées avec l'application d'un indice de redressement des résultats par pondération des individus.

**Le coefficient de pondération** =  $\frac{\text{proportion d'habitants de la Communauté de communes dans la population de base du Pays}}{\text{proportion des habitants de cette communauté de communes dans l'échantillon interrogé}}$

Enfin quelques questions à choix multiples font que dans les tableaux des résultats apparaissent parfois un plus grand nombre de réponses (citations) que de questionnaires (observations). Ces questions dans ce cas sont traitées sur la base du nombre de citations et non d'observations.

### **Quelques biais lors du traitement des résultats ont été constatés :**

Certaines questions ont été mal formulées et de fait mal comprises. Elles ont conduit à des difficultés de traitement :

- sur la partie « 'accès aux soins » l'accès aux soins de médecine générale (soins de premiers recours)n'a pas été comprise sous cette forme, certains répondent sur l'accès à la médecine en général prenant en compte la médecine spécialisée.
- Situation professionnelle : cet item est insuffisamment renseigné , la définition des situations possibles n'est pas assez détaillée et conduit à ce qu'un nombre important d'individus se retrouve dans la catégorie « autre » sans que nous puissions savoir de quelle situation professionnelle ils dépendent.

# 1. CARACTERISATION DE LA POPULATION INTERROGEE

Tranche d'âge		
	Nb	% cit.
15/25	45	11,4%
26/40	84	21,3%
41/59	124	31,5%
60/75	100	25,4%
76 et plus	41	10,4%
<b>Total</b>	<b>394</b>	<b>100,0%</b>

Tranche d'âge	Population totale Pays	Déduite des 0-14 ans	Population interrogée
15-25 ans	10,3%	12,5%	11,4 %
26-40 ans	19,5%	23,7%	21,3 %
41- 59 ans	25,6%	31%	31,5 %
60- 75 ans	16,8%	20,3%	25,4%
76 et plus	10,2%	12,4%	10,4%

Commune de résidence	Nb	% cit.
PAULHAN.	73	18,5%
CANET.	49	12,4%
GIGNAC.	44	11,2%
CLERMONT L'HERAULT.	31	7,9%
MONTARNAUD.	29	7,4%
ANIANE.	26	6,6%
LODEVE.	24	6,1%
NEBIAN.	16	4,1%
SAINT ANDRE DE SANGONIS.	15	3,8%
MONTPEYROUX.	9	2,3%

Les communes concernées par le questionnaire sont nombreuses (35), seules les principales communes apparaissent par ordre de participation en nombre de réponses dans le tableau ci-joint,

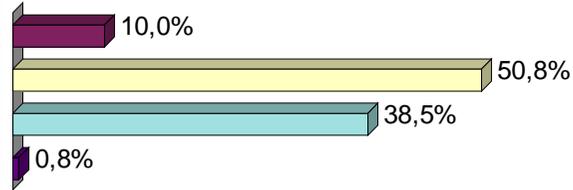
CEYRAS.	9	2,3%
LE POUGET.	8	2,0%

Elles sont cependant toutes visibles en annexes. La commune de Paulhan est avec un taux de participation de quasi 18% des questionnaires totaux, augmentant ainsi considérablement le taux de réponse pour le Clermontais (cf . tableau suivant)

Ce fort taux de participation est peut-être lié au contexte connu de désertification médicale de Paulhan (4 médecins partant en retraite dans l'année avec aucun remplacement à ce jour). On peut imaginer que les habitants se sentent d'autant plus concernés par l'enquête.

### Communauté de communes

	Nb	% cit.
CC Lodévois et Larzac.0	39	10,0%
CC Clermontais.1	198	50,8%
CC Vallée de l'Hérault.2	150	38,5%
St Félix de Lodez, Lacoste.5	3	0,8%
<b>Total</b>	<b>390</b>	<b>100,0%</b>

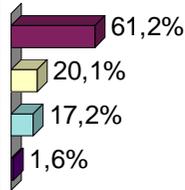


31%, CCvallée de l'hérault 47%, Lacoste-St Felix 2%)

En terme de participation, il semblait pertinent d'observer la répartition des questionnaires par communauté de communes sur l'échantillon interrogé. On remarque une surreprésentation du Clermontais et une sous représentation du Lodevois Larzac et de la Vallée de l'Hérault. Nous avons donc utilisé une technique de redressement des résultats par pondération des individus par communauté de communes. Ainsi les pourcentages attendus de taux de participation ont été redressés par rapport au taux officiel de population dans le pays au dernier recensement ; (CCom du Lodévois Larzac 20%, CCom du Clermontais

### Situation Familiale

	Nb	% cit.
Vie en couple	235	61,2%
Vie seul	77	20,1%
Célibataire	66	17,2%
Famille monoparentale	6	1,6%
<b>Total</b>	<b>384</b>	<b>100,0%</b>

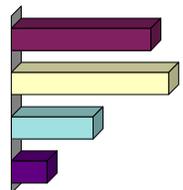


Globalement, ce sont les personnes qui vivent en couple ou vivant seul qui ont répondu au questionnaire avec une faible représentativité des familles monoparentales.

Le croisement de la situation familiale avec une autre question ne pourra être analysé pour les familles monoparentales en raison du faible effectif interrogé (problème de fiabilité statistique).

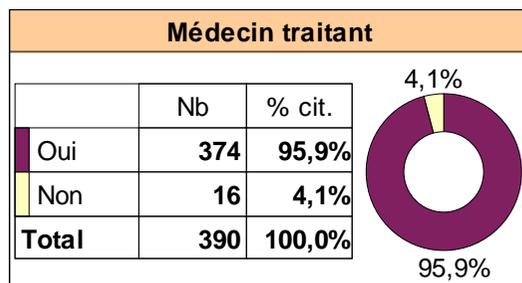
### Situation professionnelle

	Nb	% cit.
Salarié	133	33,8%
Retraité	148	37,7%
Sans emploi	77	19,6%
Autre	35	8,9%
<b>Total</b>	<b>393</b>	<b>100,0%</b>

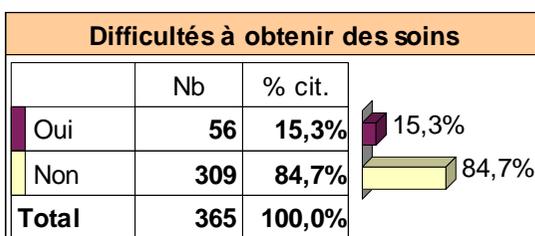


Les retraités et les salariés sont les plus nombreux à avoir répondu au questionnaire. Cette répartition est intéressante compte tenu de l'importance de ces deux statuts professionnels sur le plan de la représentativité dans le cadre d'une enquête de ce type sur ce territoire. Les sans emplois apparaissent également à presque 20% ce qui est également important pour la représentativité de l'échantillon interrogé par rapport à la population de base du Pays. La catégorie « autre » est cependant mal renseignée alors qu'elle représente un important taux de participation. Ceci est un frein à l'analyse et pose problème en terme de représentativité de l'échantillon. En croisant les deux variables « la situation professionnelle » avec « l'âge », nous supposons que ces individus sont des agriculteurs ou des professions indépendantes, et éventuellement des lycéens / voire des étudiants.

## 2. ACCES AUX SOINS

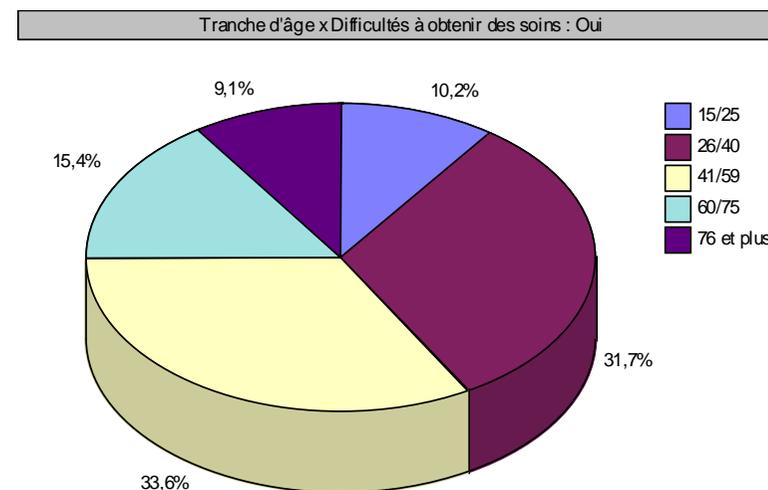


La population interrogée déclare à **95,9 %** avoir un médecin traitant, ce qui montre une bonne information et une complaisance de la population aux directives données par les caisses d'assurance maladie concernant le remboursement des soins.



**84,7 %** sont satisfaits en terme d'accès aux soins. On note globalement un constat positif en matière d'accès à la médecine générale.

**15,3 %** de la population déclare toutefois avoir une difficulté à obtenir des soins. Ce sont prioritairement les **41-59 ans** qui rencontrent des difficultés.



Difficulté d'accès aux soins selon la situation professionnelle					
	Salarié	Retraité	Sans emploi	Autre	Total
Oui	35,5%	26,2%	16,4%	22,0%	100,0%
Non	34,6%	33,3%	25,6%	6,5%	100,0%
<b>Total</b>	<b>34,7%</b>	<b>32,2%</b>	<b>24,2%</b>	<b>8,8%</b>	<b>100,0%</b>

Le croisement des variables « difficultés d'accès aux soins » et « situation professionnelle » permet de supposer que la population salariée (33%) peut être la même population que celle qui est en difficulté. (33,6%). On note par ailleurs une égale difficulté entre les salariés et les personnes âgées.

Difficulté d'accès aux soins selon la situation familiale					
	Vie en couple	Vie seul	Célibataire	Famille monoparentale	Total
Oui	16,0%	16,2%	12,8%	20,5%	15,6%
Non	84,0%	83,8%	87,2%	79,5%	84,4%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Le statut marital ne semble pas avoir d'incidence sur la difficulté d'accès aux soins. Les familles mono parentales interrogées auraient plus de difficultés que les autres à obtenir des soins. Cependant, comme énoncé en introduction, ces résultats ne sont pas fiables car liés à un effectif de 6 familles sur l'ensemble de l'échantillon. Il serait pertinent d'approfondir cette question avec un nombre plus important de familles.

Ces difficultés sont pour quasiment **50 %** d'entre elles liées à l'accès au dentiste, à l'ophtalmologiste, au gynécologue, au podologue ou au rhumatologue. Ici se dessine un biais à l'enquête puisqu'il ne devait s'agir seulement que de difficultés liées à l'accès aux soins de médecine générale et on note que les individus soulignent leurs difficultés à l'accès à des spécialistes. La question a été mal formulée et ne permet qu'en partie d'analyser ces difficultés. Effectivement le problème d'accès aux soins de médecine générale vient en deuxième position et ne peut davantage être renseigné avec ce tableau.

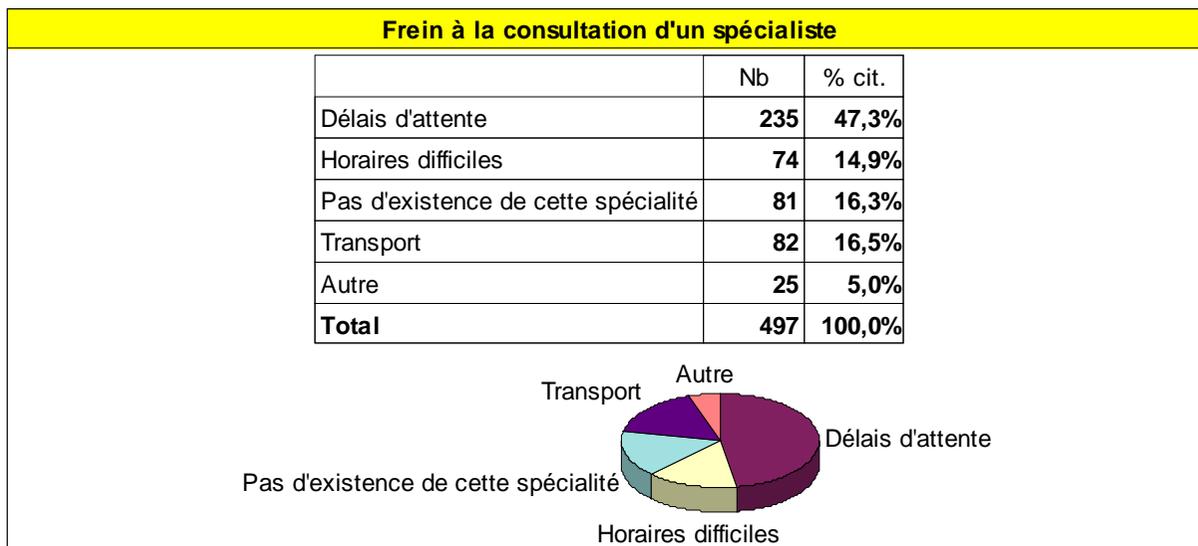
Difficultés rencontrées pour ces soins:		
	Nb	% cit.
DENTAIRE OHTALMO GYNECO PODOLOGUE RHUMATOLOGUE	21	46,7%
MEDECINE GENERALE	11	24,4%
PEDIATRIE	5	11,1%
RADIOLOGIE	2	4,4%
DISTANCE	1	2,2%
HORAIRES	1	2,2%
MEDECINE DE GARDE	1	2,2%
SOINS LOURDS -POST OPERATOIRE	1	2,2%
TOILETTE	1	2,2%
TRANSPORT	1	2,2%
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0%</b>

Raison de la difficulté rencontrée		
	Nb	% cit.
INDISPONIBILITE DU MEDECIN	8	18,2%
ATTENTES TROP LONGUES	7	15,9%
DISTANCE	5	11,4%
GARDE MEDICALE	5	11,4%
PROBLEME FINANCIER	5	11,4%
HORAIRES	4	9,1%
MEDECINES SPECIALISEES	3	6,8%
TRANSPORT	3	6,8%
ABSENCE SUR LE TERRITOIRE	1	2,3%
DEPASSEMENT HONORAIRES	1	2,3%
QUALITE DES SOINS	1	2,3%
VISITE DOMICILE	1	2,3%
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,0%</b>

Cependant et pour conclure sur la partie « Accès aux soins » de l'enquête, le tableau « les raisons de la difficulté rencontrée » nous renseigne plus précisément sur les freins à la consultation du médecin généraliste. Ce tableau vient corriger en partie le problème de la mauvaise formulation signalée plus haut. Le motif de « non disponibilité du médecin généraliste » est cité en priorité, à **20 %**, puis les « trop longs délais d'attente » (**16 %**) viennent constituer la seconde raison de la difficulté d'accès aux soins.

Au vu de ces derniers constats, la question des situations professionnelle s'étaye en analyse : il semble logique que les salariés et les retraités soient ceux concernés majoritairement par les difficultés d'accès aux soins de par leur emploi du temps pour les uns et de par leur grand âge pour les autres.

### 3. ACCES AU SPECIALISTE

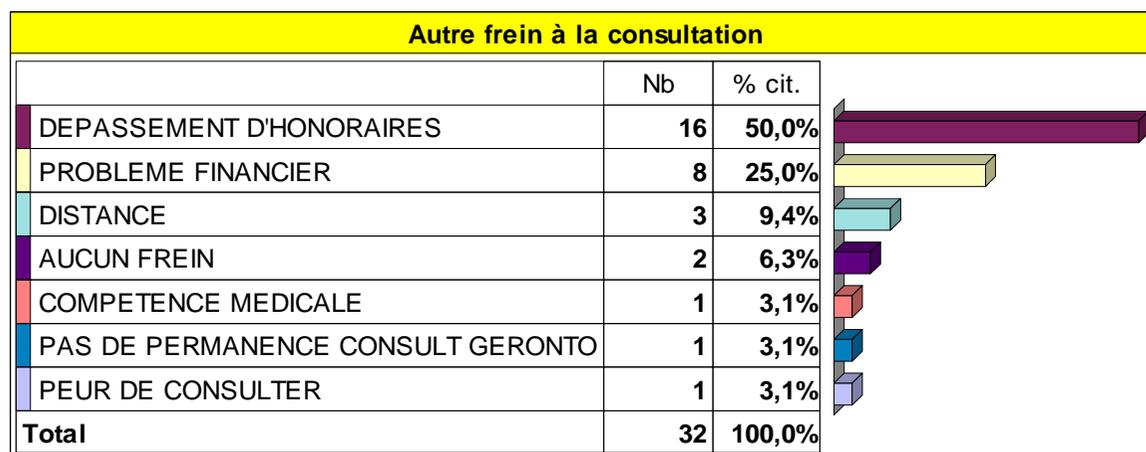


En ce qui concerne les freins à l'accès aux spécialistes, la population interrogée répondait à une question à choix multiples :

- les délais d'attente représentent **50%** des réponses.
- les transports et la non existence de cette spécialité constituent **16%** des réponses respectivement pour ces deux items
- les horaires difficiles viennent en troisième position.

Ces éléments confirment la nécessité pour la population d'implanter de nouvelles spécialités sur le territoire Cœur d'hérault.

Cette question sous forme ouverte est d'autant plus à considérer car sous le mode déclaratif et spontané ; Cependant, il n'est renseigné sur les 394 questionnaires qu'à **8%**.

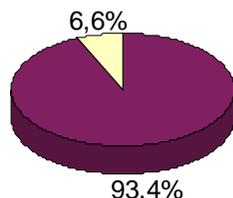


Les dépassements d'honoraires représentent pour **50%** des réponses un autre frein à la consultation d'un spécialiste. Vu l'importance du nombre de citations spontanées, il semble pu faire l'objet d'une préoccupation récurrente.

## 4. GARDES MEDICALES

### Connaissance du 15

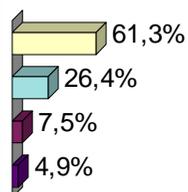
	Nb	% cit.
Oui	368	93,4%
Non	26	6,6%
<b>Total</b>	<b>394</b>	<b>100,0%</b>



La population déclare connaître à **93%** le numéro 15 qui est le numéro d'appel des régulations des urgences médicales. Globalement on peut considérer que cette connaissance est acquise. Cependant quand on questionne la population plus précisément sur l'utilisation de ce numéro, on remarque que certaines fonctions de ce numéro sont mal connues.

### Utilisation du 15

	Nb	% cit.
Pour une urgence	302	61,3%
Pour avoir un médecin	130	26,4%
Appeler les pompiers	37	7,5%
Pour un conseil sur votre santé	24	4,9%
<b>Total</b>	<b>493</b>	<b>100,0%</b>



Cette question est également à choix multiples. La population répond à **61%** qu'elle utilise ce numéro pour les urgences médicales puis pour avoir un médecin (à 27%)

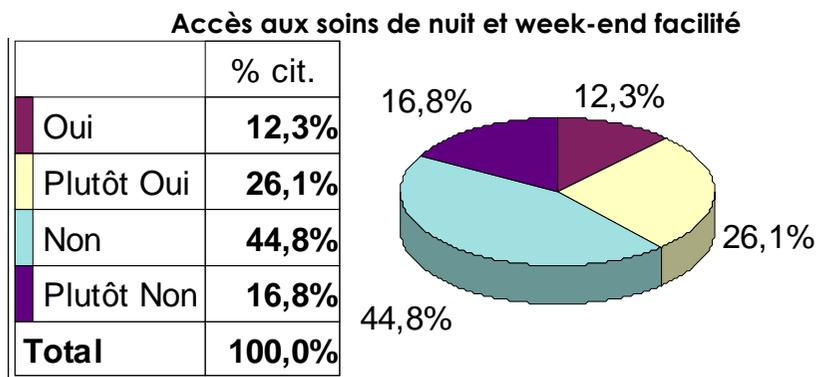
Cependant on peut constater que la fonction « pour un conseil en santé » est très mal connue du public puisque seulement **4,9%** de la population utilise ce numéro à ce titre.

Il serait peut-être pertinent de sensibiliser davantage les usagers sur cette fonction.

### Utilisation du 15 selon la tranche d'âge

	15/25	26/40	41/59	60/75	76 et plus	<b>Total</b>
Appeler les pompiers	3,3%	4,8%	10,3%	9,0%	15,0%	8,3%
Pour une urgence	78,6%	59,8%	60,8%	65,2%	50,7%	62,6%
Pour avoir un médecin	16,9%	28,2%	22,6%	23,5%	28,9%	24,1%
Pour un conseil sur votre santé	1,1%	7,2%	6,3%	2,2%	5,4%	4,9%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

La population est à peu près bien informée sur l'utilisation du 15, et semble avoir le même niveau d'information entre les différentes tranches d'âge ; on remarque que les 26-40 ans semblent légèrement mieux informés et que les 76 ans et plus par contre auraient tendance à utiliser ce numéro parfois par erreur pour appeler les pompiers. Ceci s'explique peut-être par la récente fonction du 15 non encore complètement connue de tous et par les anciens réflexes des personnes âgées.

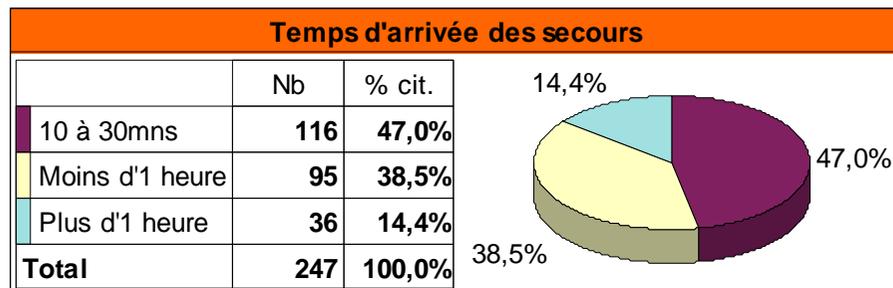


Accès facilité au médecin de nuit et week-end selon la Communauté de Communes					
	CC Lodévois et Larzac.0	CC Clermontais.1	CC Vallée de l'Hérault.2	St Félix de Lodez, Lacoste.5	Total
Oui	21,9%	8,1%	11,7%	0,0%	12,3%
Plutôt Oui	25,0%	23,3%	28,3%	33,3%	26,1%
Non	40,6%	50,0%	41,7%	66,7%	44,8%
Plutôt Non	12,5%	18,6%	18,3%	0,0%	16,8%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

**44,8%** de la population interrogée considère que l'accès aux soins de nuit et le week-end n'est pas facilité sur le territoire Cœur d'hérault.

On remarque que par ailleurs c'est plus particulièrement les habitants de la Communauté de communes du Clermontais qui se prononcent négativement avec **50%** des réponses. Ce constat est peut-être à analyser sous l'angle de la position géographique centrale du Clermontais, distant aussi bien de Montpellier pour les urgences que de Pézenas.

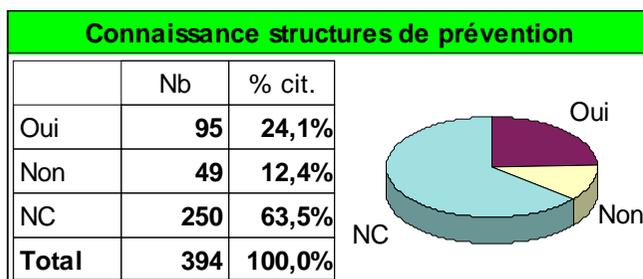
Saint Felix de Lodez et Lacoste ne peuvent être pris en compte puisqu'ils ne représentent que 3 questionnaires remplis sur les 394 traités.



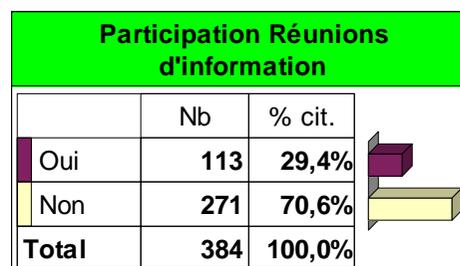
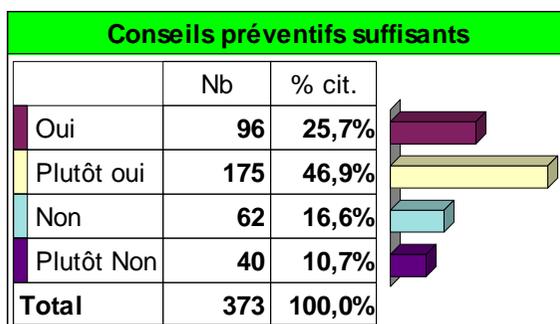
Temps d'arrivée des secours selon la communauté de communes				
	10 à 30mns	Moins d'1 heure	Plus d'1 heure	Total
CC Lodévois et Larzac.0	31,3%	19,1%	17,0%	24,5%
CC Clermontais.1	31,3%	36,9%	20,7%	31,9%
CC Vallée de l'Hérault.2	32,9%	44,0%	62,3%	41,4%
St Félix de Lodez, Lacoste.5	4,5%	0,0%	0,0%	2,1%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Là encore il semble pertinent de corréler la Communauté de commune de résidence avec le temps d'arrivée des secours. Globalement les résultats sont équivalents d'une communauté à une autre avec une attente moyenne de 10 à 30 minutes. Les communes de la Vallée de l'Hérault déclarent attendre plus d'une heure pour l'arrivée des secours. Ceci s'explique peut-être par le fait que les secours ne se déplacent pas aussi facilement dans la communauté de commune la plus proche de Montpellier et proposent un déplacement vers Montpellier.

## 5. PREVENTION



On note une faible connaissance des structures de prévention en général puisque **63,5%** des individus interrogés ne citent pas de structure de prévention connue sur le territoire.



Cependant, les **24%** qui déclarent avoir cette connaissance mentionnent la Mammobile comme première structure connue à 34% puis vient la PMI. Le planning familial n'est cité qu'à 5,4% des réponses et l'Ecole des parents et des Educateurs est cité à 1,8%. L'association Réseau Action santé par contre est largement citée puisqu'elle est connue au même titre que le planning familial. C'est un élément encourageant pour les représentants de cette structure de Clermont l'hérault.

**STRUCTURES DE PREVENTION CITEES**

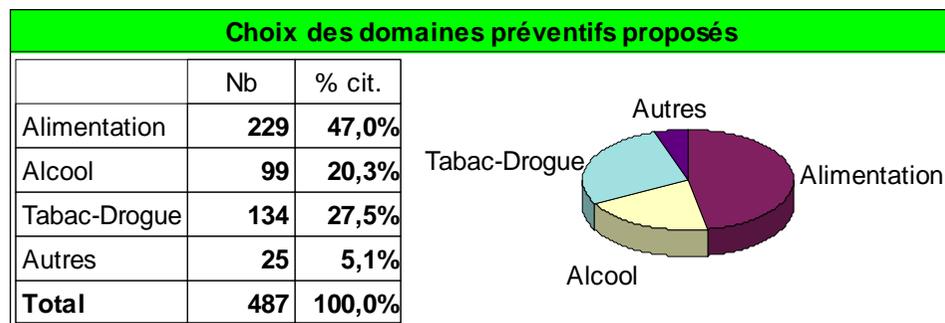
MAMMOBILE	38	34,0%
PMI	21	19,0%
CANCER COLORECTAL	10	9,0%
EPIDAURE	7	6,3%
POMPIERS	7	6,3%
PLANNING FAMILIAL	6	5,4%
RESEAU ACTION SANTE	6	5,4%
SAMU	4	3,6%
HOPITAL	4	3,6%
PIJ	4	3,6%
ECOLE DES PARENTS	2	1,8%
CLIC	1	1,0%
ANTENNE MEDICO SOCIALE	2	1,8%
DIVERS	6	

### Le sentiment d'être bien informé selon la participation à des réunions d'info.

		Oui	Non	Total
Sentiment bien	Oui	27,9%	26,4%	26,8%
	Plutôt oui	50,1%	43,2%	45,0%
	Non	11,5%	19,4%	17,3%
	Plutôt Non	10,5%	11,0%	10,9%
	<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

La population ne participe que très minoritairement aux réunions d'informations portant sur la prévention des problèmes de santé. Elle se sent également suffisamment informée par des conseils préventifs sur sa santé.

Il est souligné dans le croisement des variables « sentiment d'être bien informé » avec « participation à des réunions d'informations » que **50%** de la population interrogée qui participe à des réunions d'information a le sentiment d'être bien informée mais que ce sentiment est quasiment identique pour ceux qui ne participent pas à des réunions d'information (**43%**). Il est probable que ce sentiment soit issu du fait que les réunions d'information ne sont pas le seul moyen pour eux d'être informés. Internet, télévision, magazine etc. sont aujourd'hui autant de moyens de recevoir de l'information sur la prévention des problèmes de santé ; La modalité de réunions d'information est peut-être aussi à repenser.



Autre question à choix multiples : les domaines de prévention pour lesquels ils souhaitent être mieux informés ; Largement renseigné, cette question présente à **47%** un besoin d'information sur l'alimentation.

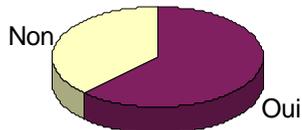
Le tabac et les drogues étant à moitié moins source d'intérêt pour eux, ils constituent cependant une thématique qu'ils souhaitent aborder à **27,5%**.

Dans les autres domaines qu'ils souhaitent aborder et pour **5%** d'entre eux, les « maladies graves » est un sujet qui les intéresse, viennent ensuite les jeux vidéo (addictions) et les médicaments et leurs effets secondaires.

Autres domaine d'intérêt		
	Nb	% cit.
MALADIES GRAVES	<b>6</b>	<b>25,0%</b>
JEUX VIDEO INTERNET	<b>4</b>	<b>16,7%</b>
MEDICAMENTS ET EFFETS NOTOIRES	<b>2</b>	<b>8,3%</b>
SIDA	<b>2</b>	<b>8,3%</b>
SPORT	<b>2</b>	<b>8,3%</b>
ARTICULATIONS	<b>1</b>	<b>4,2%</b>
BRUIT	<b>1</b>	<b>4,2%</b>
CANCER	<b>1</b>	<b>4,2%</b>
MALADIES CARDIO VASCULAIRES	<b>1</b>	<b>4,2%</b>
MEDECINE ALTERNATIVE	<b>1</b>	<b>4,2%</b>
POLLUTION	<b>1</b>	<b>4,2%</b>
PREMIERS SECOURS	<b>1</b>	<b>4,2%</b>
SEXUALITE	<b>1</b>	<b>4,2%</b>
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100,0%</b>

## 6. PROTECTION MATERNELLE ET ENFANTILE

Connaissance PMI		
	Nb	% cit.
Oui	208	62,3%
Non	126	37,7%
<b>Total</b>	<b>334</b>	<b>100,0%</b>



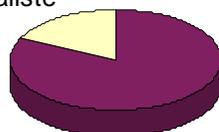
Globalement cette structure est assez bien connue à **62,3%**.

En croisant la connaissance de la PMI avec l'âge ou la situation familiale, on remarque que les personnes qui connaissent la PMI sont ceux en âge d'avoir ou d'avoir eu des enfants (26- 60 ans) et ceux qui ont déclaré vivre en couple. C'est une observation qui indique que les publics non concernés par les actions de la structure, ne la connaissent pas.

## 7. SUIVI MATERNITE

Suivi de la grossesse		
	Nb	% cit.
Gynécologue	132	82,5%
Médecin généraliste	28	17,5%
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100,0%</b>

Médecin généraliste



Gynécologue

En majorité et à **82%** les femmes de la population interrogée ont été suivies par un gynécologue sur le territoire durant leur grossesse ;

Quand elles ont été suivies par leur médecin généraliste elles se montrent tout autant satisfaites de ce suivi. Et quand on leur demande pourquoi elles ont choisi leur médecin généraliste pour le suivi de leur grossesse, elles déclarent avoir fait ce choix à **33%** pour des raisons de proximité ou de simplicité à **25%**.

Elles sont satisfaites à **93%** quelque soit le suivi choisi

Satisfaction sur le suivi		
	Nb	% cit.
Oui	140	92,7%
Non	11	7,3%
<b>Total</b>	<b>151</b>	<b>100,0%</b>

### Raisons évoquées

	Nb	% cit.
PROXIMITE	4	33,3%
SIMPLICITE	3	25,0%
PAS DE GYNECO A L'EPOQUE	2	16,7%
GYNCOLOGUE PAS DISPONIBLE	1	8,3%
MEDECIN DE FAMILLE	1	8,3%
MIEUX VAUT DEUX AVIS	1	8,3%
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,0%</b>

## 7. LES BESOINS DE SANTE

Enfin la dernière question de l'enquête portait sur les besoins de santé de la population ; Cette dernière question ouverte permettait à la population de s'exprimer de manière spontanée sur les besoins prioritaires qu'ils ressentaient. Par ordre d'importance , voici ci après les préoccupations majoritaires de la population :

- La médecine de garde à presque 30% des réponses
- La nécessité d'avoir un médecin localement dans les villages
- La demande forte d'une structure de soins d'urgence est également représentée à 10% des réponses.

Vos besoins de santé		
	Nb	% cit.
MEDECINE DE GARDE	32	28,7%
MEDECIN LOCAL	21	19,4%
STRUCTURE DE SOINS D'URGENCE	12	10,7%
MEDECINE SPECIALISEE	11	9,6%
DISPONIBILITE DES MEDECINS	9	8,3%
PEDIATRES	4	4,0%
MEDECINS A DOMICILE	4	3,3%
PHARMACIE DE PROXIMITE	3	2,8%
PSYCHOLOGUE	3	2,4%
SOINS GERONTOLOGIQUES	2	2,2%
HUMANISATION DU CORPS MEDICAL	2	1,8%
RADIOLOGIE	1	1,1%
SOINS POUR PERSONNES EN OBESITE	1	1,1%
SOINS TROP CHERS	1	1,1%
CANTINE BIO	1	0,6%
DEPASSEMENT HONORAIRES	1	0,6%
PHARMACIE A PROXIMITE	1	0,6%
PLANNING FAMILIAL	1	0,6%
REFUS DE SOINS CMU	1	0,6%
TRANSPORT	1	0,6%
<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>100,0%</b>

La même question a ensuite été traitée par communauté de communes : les résultats font apparaître une forte proportion de demande de médecine de garde sur le Clermontais (44%) la même proportion pour les mêmes habitants pour un médecin local. Enfin la structure de soins d'urgence est très largement demandée sur la Communauté de communes de la Vallée de l'Hérault à 72% sachant effectivement qu'il est cohérent pour cette communauté de commune compte tenu d'une absence totale de structure de soins hospitaliers.

<b>Besoins de santé selon la Communauté de Communes</b>					
	CC Lodévois et Larzac.0	CC Clermontais.1	CC Vallée de l'Hérault.2	St Félix de Lodez, Lacoste.5	Total
MEDECINE DE GARDE	12,7%	44,6%	42,7%	0,0%	100,0%
MEDECIN LOCAL	28,2%	43,1%	28,7%	0,0%	100,0%
STRUCTURE DE SOINS D'URGENCE	17,0%	10,4%	72,6%	0,0%	100,0%
MEDECINE SPECIALISEE	19,0%	34,7%	46,3%	0,0%	100,0%
DISPONIBILITE DES MEDECINS	0,0%	86,7%	13,3%	0,0%	100,0%
PEDIATRES	45,0%	27,5%	27,5%	0,0%	100,0%
MEDECINS A DOMICILE	0,0%	33,3%	66,7%	0,0%	100,0%
PHARMACIE DE PROXIMITE	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
PSYCHOLOGUE	76,6%	23,4%	0,0%	0,0%	100,0%
SOINS GERONTOLOGIQUES	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
HUMANISATION DU CORPS MEDICAL	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
RADIOLOGIE	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
SOINS POUR PERSONNES EN OBESITE	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
SOINS TROP CHERS	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
CANTINE BIO	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
DEPASSEMENT HONORAIRES	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
PHARMACIE A PROXIMITE	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
PLANNING FAMILIAL	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
REFUS DE SOINS CMU	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
TRANSPORT	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
<b>Total</b>	<b>18,2%</b>	<b>41,7%</b>	<b>40,1%</b>	<b>0,0%</b>	<b>100,0%</b>

Enfin la question de la Prévention est également un volet important à considérer et à développer sur le territoire Centre Hérault.

Il constitue un axe de réflexion incontournable pour servir les efforts du territoire et répondre à des questions de santé non encore bien coordonnées et ce malgré la volonté des professions médicales sur ce territoire (généralistes et spécialistes etc.).

Au moment où les réseaux de santé sont appelés à devenir des réseaux territoriaux pluri thématiques, l'implantation dans chaque structure en projet (MSP sur le Lodévois et MMG sur le Clermontois) d'un réseau de santé de prévention tel que le Réseau Santé Jeunes porté par la MLJ et financé par le Conseil Régional du Languedoc Roussillon, devient plus que cohérente. Et ceci d'autant plus qu'au travers de ce travail, conduit par la commission santé, le Pays affiche clairement sa volonté de répondre aux préoccupations de qualité de vie de sa population et à maintenir une attractivité toujours plus importante de son territoire.

Ce type de collaboration médicale représente une modalité d'exercice à exploiter.

Par ailleurs, des réseaux de soins spécifiques peuvent être également envisagés compte tenu des problématiques de soins identifiées par les médecins généralistes et présentes sur le territoire

-cf. extrait du questionnaire des médecins généralistes- (Diabète, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, dialyse, consultation anti-tabac, soins palliatifs et gériatrie)

La mise en place de réseaux de santé prévention ou de réseaux de soins sur le territoire Cœur d'Hérault, compte tenu du profil de sa démographie d'ensemble, (population majoritairement âgée ou composée de nombreux nouveaux arrivants) pourrait répondre aux besoins de santé de la population.

Le souci financier étant à nouveau celui qui reste à résoudre mais pourrait être envisagé au travers des financements des collectivités (Conseil Régional, Conseil Général) ou de l'Etat.

## **Les Réseaux de soins sur le territoire Cœur d'Hérault :**

On dénombre plusieurs réseaux montpelliérains qui interviennent sur le territoire :

- Le Réseau SPHERE
- Le Réseau cardio
- Le Réseau violences conjuguales (réseau local, Clermont l'Hérault)
- Le Réseau Santé Jeunes de la Mission Locale Jeunes Pays Cœur d'Hérault

D' autres réseaux de soins pourraient s'implanter compte tenu de l'importance de la population âgée sur le territoire. Prenant en charge associ à des maladies chroniques, ces réseaux pourraient apporter une réponse à une demande de soins toujours plus importante.

# **PHASE 3 et 4 :**

**Comparaison de l'offre et la demande de services de sante**

(Recherche de priorités)

**Adéquation des priorités avec les orientations générales,  
nationales, régionales et locales**

## I- LES PRIORITES

Trois axes d'orientation majeurs définis par ce diagnostic peuvent se résumer ainsi faisant de la santé des habitants une de ses priorités :

- faciliter l'accès aux soins
- prévenir et réduire les souffrances psychologiques.
- développer la prévention et le dépistage

Le mot « diagnostic » implique qu'il soit suivi d'actions correctives. Il me semble que les acteurs ne saisissent pas ce mot de la même façon. Par ailleurs, on peut regretter que le diagnostic porte plus souvent sur les besoins que sur les ressources d'un territoire.

Lors de la préparation du diagnostic, il est important de bien savoir qui l'on souhaite mobiliser et qui aura par la suite un pouvoir de décision. Ce sont à ce jour de vraies questions de fond à aborder en prévision de la mise en place d'actions concrètes :

Il nous a cependant été possible de dresser un tableau par axe stratégique. Document de travail provisoire, il permet d'avoir une idée concrète des préoccupations des acteurs et de la population et donne des pistes d'actions pour les mois à venir.

en Pays Cœur d'Hérault

	<i>OBJECTIFS</i>	<i>ACTIONS 2010 - 2015</i>	<i>MODALITES</i>	<i>LIEUX DE CONCERTATION</i>
<b>AXE I - DISPOSER DES MOYENS INDISPENSABLES POUR FAVORISER UN MEILLEUR ACCES AUX SOINS EN CŒUR PAYS D'HERAULT</b>	<b>OBJECTIF I.1</b> - Planifier et organiser la Permanence de soins en Cœur d'hérault	<b>ACTION I.1.1</b> - Organiser la garde médicale territoriale	-Organiser de manière formelle la Permanence de soins sur le territoire (tableau de bords ) et permanence dans un lieu identifié du public.  -Mettre en place une MMG	Commission Santé Pays Cœur d'Hérault  Communautés de Communes  Association des médecins du Pays
		<b>ACTION I.1.2</b> Intégrer la Permanence Des Soins dans une organisation cohérente avec l'AMUTH	Apporter une réponse à l'absence d'Antenne SMUR, sur le territoire, d'une offre en soins d'urgence coordonnée avec la PDS disponible à destination des populations	Commission Santé Pays Cœur d'Hérault  Communautés de Communes  Association des médecins du Pays
		<b>ACTION I.1.2bis</b> - Soutenir les initiatives de la médecine de soins de premiers recours	Réalisation d'un dossier de subvention pour l'AMU (déjà en cours)	Commission Santé Pays Cœur d'Hérault  Communautés de Communes  Association des médecins du Pays
		<b>ACTION I.1.3</b> - Renforcer l'attractivité du Pays pour l'installation de jeunes MG	Redynamiser les activités de la médecine générale par la mise en place d'un lieu ressource	Commission Santé Pays Cœur d'Hérault

<b>AXE I - DISPOSER DES MOYENS INDISPENSABLES POUR FAVORISER UN MEILLEUR ACCES AUX SOINS EN CŒUR PAYS D'HERAULT</b>	<b>OBJECTIF 1.2</b> <b>- Permettre un meilleur accès aux soins</b>	<b>ACTION I.2.1</b> - Améliorer le repérage des entrées en ALD en Pays Cœur d'Hérault	- sensibiliser les médecins sur la problématique constatée -organiser avec un laboratoire pharmaceutique une demi-journée de sensibilisation -impliquer la CPAM sur la nécessité d'inviter les délégués médicaux à rencontrer les MG du Cœur d'Hérault -interpeller les directeurs de CPAM et MSA et les inviter à la Commission Santé  -Favoriser le développement d'un système innovant pour dégager du temps médical aux médecins ( création d'un poste de secrétariat administratif , regrouper les médecins)	Commission Santé Pays Cœur d'Hérault
		<b>ACTION I.2.2</b> - Soutenir la bonne couverture CMU, CMUC pour les jeunes	Développer la connaissance des usagers sur le dispositif CMU, CMUC , (info collective MLJ, disposer d'indicateurs d'alerte (à réfléchir en commission santé).	MLJ Cœur d'Hérault Commission Santé Pays Cœur d'Hérault
		<b>ACTION I.2.3</b> - Coordonner la mise en œuvre de la prise en charge de la personne âgée en Pays Cœur d'hérault	-Disposer d'une instance de coordination , d'animation d'un groupe thématique entre les divers interlocuteurs chargés de la prise en charge de la personne âgée-Permettre la généralisation de l'utilisation de l'outil PATHOS dans les établissements EHPAD, USLD,	
	<b>OBJECTIF 1.2</b> <b>Renforcer la qualité de vie et la continuité des soins pour la personne âgée en Cœur d'Hérault</b>	<b>ACTION I.2.3 bis-</b> Améliorer la prise en charge de la personne âgée en établissement Pays Cœur d'hérault	- développer les secteurs sécurisés spécifiques Alzheimer sur le territoire Cœur d'Hérault  - Sensibiliser et favoriser les professionnels à la réalisation d'une réelle évaluation de la qualité de vie des résidents	Commission Santé Pays Cœur d'Hérault EPHAD du territoire
		<b>ACTION I. 2.3 Ter</b> - Améliorer la prise en charge de la personne âgée à domicile	-Former des professionnels aux techniques de soins et de communication spécifiques aux personnes désorientées, aux soins techniques lourds (soins palliatifs),	Commission Santé Pays Cœur d'Hérault

-Coordonner le retour à domicile (demande d'une meilleure préparation faite par les hospitaliers),

			- Mieux organiser l'HAD pour couvrir tout le territoire	
		<p><b>ACTION I.2.4</b> - Améliorer la Coopération et coordination pour l'action gérontologique</p>	<p>Informers les élus sur la réalité de la prise en charge de la personne âgée aujourd'hui, évolution et moyens.</p> <p>Informers la population sur les différentes aides, le maintien à domicile, l'entrée en institution et plus généralement le grand âge.</p> <p>Analyser la situation économique des personnes âgées du territoire (précarité, niveau socio-économique)</p> <p>Envisager l'approfondissement de la problématique du transport pour les personnes âgées pour accéder aux services et à l'information</p>	<p>CLIC ou autre instance en charge des personnes âgées ( ADMR, Présence Verte)</p> <p>Commission Santé</p>
<b>AXE I - DISPOSER DES MOYENS INDISPENSABLES POUR FAVORISER UN MEILLEUR ACCES AUX SOINS EN CŒUR PAYS D'HERAULT</b>	<b>OBJECTIF I.3 - Mettre en place une stratégie de promotion de la santé en favorisant le travail de coordination des soins en Pays Cœur d'Hérault</b>	<b>ACTION I.3.1 - Développer un pôle de coordination ou un réseau santé tout public</b>	<p>Création d'un lieu ressource er structurant pour les animations santé de Pays</p> <p>S'appuyer sur les initiatives prises avec le Réseau santé Jeunes de la MLJ - organiser la formation de groupe thématiques -</p> <p>Prendre en compte la parole des usagers (questionnaire des besoins de santé) - faire remonter les besoins aux instances compétentes</p> <p>Réaliser une restitution des résultats pour les élus)</p>	
	<b>OBJECTIF I.4 - Renforcer la qualité de l'accueil des personnes handicapées en</b>	<b>ACTION I.4.1</b> - Sensibiliser les partenaires aux dispositifs pour le handicap	<p>Disposer d'une information quasi-exhaustive de l'offre d'accueil disponible pour attirer et accompagner l'implantation de nouvelles familles d'accueil sur le territoire</p>	Commission Santé Pays Cœur d'Hérault

	Cœur d'hérault	<p>ACTION I. 4.2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer le travail en milieu protégé sur le territoire</li> </ul>	<p>Développer un plus large partenariat avec les entreprises locales pour l'implantation d'un ESAT "hors les murs"</p>	<p>Pays Cœur d'Hérault</p> <p>Maison de l'emploi</p>
		<p>ACTION I.4.3</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Permettre aux professionnels l'accès à des éléments clairs statistiques pour les décisions liées au handicap</li> </ul>	<p>Faciliter la coordination entre la MDPH de Montpellier et les organismes en charge du handicap</p>	<p>Commission Santé Pays Cœur d'Hérault</p>
		<p>ACTION I.4.4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordonner l'orientation et la complémentarité des interventions pour la personne handicapée</li> </ul>	<p>Trouver des réponses vers les maisons de retraite pour les publics relevant des foyers occupationnels</p> <p>Organiser et formaliser une réponse en réseau type : équipe tournante sur sites différents</p>	<p>Commission Santé Pays Cœur d'Hérault</p>
		<p>ACTION I.4.5</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer des structures d'accueil sur le territoire Cœur d'Hérault</li> </ul>	<p>Favoriser les conditions d'accueil en familles d'accueil.</p>	<p>Pôle départemental de la solidarité</p> <p>Commission Santé Pays Cœur d'Hérault</p>
	<p>AXE II - DEVELOPPER ET ORGANISER LES INFRASTRUCTURES FNECESSAIRES A UN MEILLEUR A L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE</p>	<p>OBJECTIF II.1 - Mettre en adéquation l'offre et la demande de soins</p>	<p>ACTION II-1.1</p> <p>Equiper le territoire pour répondre aux besoins de santé de la population en Pays Cœur d'Hérault</p>	<p>Travaux d'aménagement de la Maison Médicale de Garde Territoriale -</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mettre en place un groupe thématique sur la pédopsychiatrie associant professionnels et représentants institutionnels</li> <li>- Etudier le faisabilité d'une structure d'accueil, de consultation pour la pédopsychiatrie (création d'un CMPP et d'un CAMPS)</li> </ul>			<p>Voir avec les collectivités locales, communautés de communes, communes</p>	

			Etudier la pertinence et la faisabilité de la mise en place en Pays Cœur d'Hérault d'un Foyer d'Accueil Médicalisé	Voir avec l'Hôpital de Clermont l'Hérault
		<p>ACTION II.1.2</p> <p>Favoriser et inciter à l'installation de spécialistes</p>	Garantir une attractivité suffisante pour l'installation de pédopsychiatres, pédiatres, dentistes, ophtalmologistes, rhumatologues, podologues	Commission Santé du Pays Cœur d'hérault
<p>Axe III - ACOMPAGNER ET SOUTENIR LA PREVENTION EN PAYS CŒUR D'HERAULT</p>	<p>OBJECTIF III.1</p> <p>Permettre la formalisation de projet en santé publique</p>	<p>ACTION III.1.1</p> <p>Soutenir et favoriser la mise en place d'une campagne d'information sur l'alimentation</p>	Modalités à réfléchir en amont et en interne	
		<p>ACTION III.1.2</p> <p>Sensibiliser les PMI à mieux se faire connaître du public</p>	Modalités à réfléchir en amont et en interne	Commission Santé du Pays Cœur d'hérault
		<p>ACTION III.1.3</p> <p>Favoriser la mise en place de bilans de santé gratuits pour les jeunes et pour les publics précaires</p>	Modalités à réfléchir entre partenaires, MG, CPAM	
		<p>ACTION III.1.4</p> <p>Sensibiliser les publics sur les fonctions d'utilisation du N° 15 (Urgence médicales)</p>	Modalités à réfléchir en amont et en interne	

Ce document de travail provisoire a été soumis aux membres de la Commission Santé présents le 02 juillet 2009 où étaient présents les membres suivants :

**Elus :**

M. L. Villaret (Conseiller Général Gignac, Président CCVH et Pays), M. A. Cazorla (Conseiller Général Clermont l'Hérault, Président CCC), M. F. Bardeau (mairie Nébian),

**Excusée :** Mme MC Bousquet (Conseillère Générale Lodève, Présidente CCLL)

**Professionnels de Santé et autres professionnels:**

Mme. A. Belzunce (Directrice MLJ Cœur d'Hérault), Dr. C. Delmas (CHU Montpellier-Médecin Coordinateur Cœur d'Hérault), Dr. L. Garcin (généraliste), Dr. F. Hemmi (CHU Montpellier-secteur psychiatrique), Mme. F. Mayran (assistante sociale CHU la Colombière)

**Commission Santé du Pays :**

Dr. G. Lassalvy (Président Commission), M. T. Rebuffat (Directeur du Pays), Mlle. M. Ballester (chargée de mission projet santé-coordinatrice commission), Mlle. V. Soma (chargée d'études Observatoire Pays)

## **II- CONDITIONS DE LA REUSSITE DU PROJET DE SANTE TERRITORIAL :**

Il est nécessaire de s'appuyer sur l'existant au sein du territoire Cœur d'Hérault, de pérenniser les initiatives territoriales de santé qui ont émergé de ce diagnostic en s'inspirant des travaux «élaborés ici avec les professionnels, les élus et la population et surtout de doter les territoires d'animateurs locaux en santé.

Ce processus s'inscrit dans une démarche de développement, en collaboration étroite avec les agents de développement local et durable et en sensibilisant les élus en tant que promoteurs en santé.

Dans cette perspective, d'autres actions ont été préconisées pour les mois à venir suite à la présentation finale de ce diagnostic de santé territorial le 02 juillet 2009, à Clermont l'Hérault à la Salle du Parc, Communauté de communes du Clermontais:

- Une conférence de presse est prévue pour le 16 juillet 2009 en vue de faire connaître à la population, aux institutionnels de la santé et aux acteurs ayant participé à ce travail, l'importance que ces orientations puissent connaître une suite et trouver des issues favorables aux constats réalisés.
- Une matinée de restitution du diagnostic est prévue pour le mois de septembre afin de faire connaître ce diagnostic à tous les maires des communes représentées dans ce diagnostic et les sensibiliser à la demande et aux besoins évoqués par la les professionnels de santé et la population interrogés.
- Enfin la pertinence de pérenniser cette commission santé de Pays est également actée pour les mois à venir , les modalités et les financements restant à définir dans les prochains jours.

Dans le cadre des orientations nationales et plus particulièrement à l'aube du vote de la » Loi HOPTITAL PATIENT SANTE ET TERRITOIRE » il revient de conclure sur les facteurs favorables à la mise en place des axes stratégiques cités ci-dessus . Un programme en santé se construit avec les acteurs locaux qui formulent la demande et grâce à la capacité du réseau d'identifier la complexité des déterminants de santé et de s'affranchir des découpages administratifs :

- La loi prévoit un redécoupage des territoires, aussi il apparaît nécessaire d'attendre la définition de ce nouveau découpage avant de définir les actions à poursuivre.
- la problématique de la prévention prévue dans le cadre des missions du médecin généraliste conduira probablement les professionnels de santé à un nouveau positionnement et peut-être à de nouvelles pratiques médicales. En projet et à l'étude sur ce territoire, l'éducation thérapeutique pratiquée par la médecine générale pour les patients atteints de pathologies chroniques (asthme, diabète, maladie cardio-vasculaires etc)
- dans le cadre des CAPI préconisés pour la médecine générale, certaines orientations en terme de prise en charge devront être définies, elles auront vraisemblablement des conséquences sur le pratique de la médecine générale et l'accès aux soins.
- La définition de nouveaux secteurs de garde départementaux (diminution de 27 à 12 secteurs de garde) préconisée par Roselyne BACHELOT, ministre de la santé, auront sans doute également un impact à considérer dans le projet de Maison Médicale de Garde prévu dans ce diagnostic.

La participation des professionnels de santé à la réalisation de ses axes prioritaires reste toutefois incontournable et il dépend beaucoup de leur volonté pour réaliser ces actions.

Une animation locale en santé se construisant dans le temps, il est nécessaire de prendre en compte les temporalités différentes des financeurs et des animateurs en santé.

Le système de soins concourt pour 15 à 20 % à la construction de la santé d'une population. Les autres facteurs sont la paix, la qualité de l'air et de l'eau, une politique industrielle saine, une politique agricole respectueuse de l'environnement, une politique de développement durable, une politique du logement et une organisation du travail respectant la dignité humaine. Les acteurs de la puissance publique, dédiés à l'intérêt général ; et les acteurs économiques, au service d'intérêts privés, sont donc responsables de l'état de santé de la population.