ENEIS Conseil

MISSION D'ELABORATION DU SCHEMA TERRITORIAL DE SANTE DU PAYS DU VAL D'ADOUR

DIAGNOSTIC TERRITORIAL DE SANTE

27 novembre 2012

ENEIS Conseil

SOMMAIRE

1. Introduction 4

1.1. Enjeux généraux 4

1.2. Une méthodologie s'appuyant fortement sur les acteurs locaux 8

1.3. Le diagnostic territorial de santé sur le Pays du Val d'Adour 10

2. Données sociodémographiques, socioéconomiques et d'état de santé 12

2.1. Population par âges et évolutions démographiques 14

2.1.1. Une légère augmentation de la population entre 1999 et 2008 14

2.1.2. Des naissances en hausse mais un indice de jeunesse inférieur aux échelles de comparaison 15

2.1.3. Une population âgée importante mais une progression moins marquée qu'aux échelles de comparaison 17

2.1.4. Des projections démographiques qui anticipent une légère croissance de la population, notamment des plus de 60 ans 18

2.2. Famille 20

2.3. Logement 21

2.4. Activité, emploi, revenus 22

2.4.1. Un taux d'activité proche de ceux des territoires de comparaison 22

2.4.2. Un taux de chômage un peu moins élevé qu'aux échelles de comparaison 23

2.4.3. des revenus inférieurs aux moyennes départementales et nationale 23

2.5. Autonomie et dépendance 25

2.5.1. Une part de personnes âgées vivant seules inférieure à celle des territoires retenus pour la comparaison 25

2.5.2. APA 25

2.6. Quelques éléments d'état de santé 27

3. Analyse de l'offre de services médico-sociaux et de santé au regard des besoins actuels et à venir 30

3.1. Accès aux services de santé : des enjeux en termes de démographie, de continuité et de coordination des accompagnements et professionnels 30

3.1.1. Une démographique médicale préoccupante sur plusieurs territoires 30

3.1.2. Une démographie paramédicale satisfaisante qui masque certaines problématiques 33

3.1.3. La permanence des soins et la gestion des urgences, des problématiques partagées par les territoires du Pays du Val d'Adour 35

3.1.4. Prévention et éducation à la santé : un territoire peu couvert par les acteurs institutionnels et associatifs 36

3.1.5. Des coordinations et coopérations à renforcer pour un accompagnement accessible, global et continu des personnes 37

3.2. Accompagnement médico-social des personnes âgées : une offre riche et diversifiée, des marges de progression en matière de coordination et d'adaptation aux besoins futurs..... 40

3.2.1. Un territoire bien doté en structures d'hébergement 40

3.2.2. Un maintien à domicile dépendant de l'offre de services de santé et des coordination entre professionnels..... 43

3.2.3. Des aidants familiaux au cœur de l'accompagnement médico-social des personnes âgées 45

4. Axes prioritaires identifiés pour l'élaboration du schéma territorial de santé du Pays du Val d'Adour..... 49

5. Annexes..... 50

6. Glossaire..... 69

7. Lexique 70

1. INTRODUCTION

1.1. ENJEUX GÉNÉRAUX

La santé, « un état de bien-être complet, physique, mental et social », facteur de qualité de vie et de développement social

Dans le rapport récent de la Commission sur la mesure des performances économiques et du progrès social dirigé par Stiglitz, Sen et Fitoussi de 2009, **la santé apparaît au premier rang des éléments à la fois subjectifs et objectifs facteurs de qualité de vie.** Par ailleurs, offrir aux individus l'accès à la santé et à l'assurance maladie leur permet d'améliorer leur capital humain, leur possibilités de gain sur le marché du travail et donc d'accroître la richesse totale à partager [Caussat et Raynaud, 2004]. La santé est donc facteur de bien-être, à la fois de façon directe mais aussi de manière indirecte par le biais de ses effets sur la situation économique individuelle et collective.

Souvent réduite à *« l'absence de maladie ou de perturbation d'une fonction physiologique »* [Lévy et al., 1975], la santé est pourtant définie par l'OMS en 1946 comme *« un état de bien-être complet, physique, mental et social »*. Cette définition rejette l'idée d'une approche négative de la santé basée sur l'absence de souffrances physiques et donc de maladies. Mobilisant la notion de bien-être, son approche est plus large que le soin, elle est globale mais aussi plus subjective.

La santé résulte d'une multitude de facteurs issus du système de soins lui-même mais, aussi et surtout, de l'environnement, des conditions de vie et des comportements. Le cas de la France en est un exemple puisqu'elle est à la fois au premier rang international pour ce qui est des performances du système de santé (classement OMS 2001) et au dernier rang parmi des pays comparables d'Europe de l'Ouest concernant les écarts de mortalité entre les hommes en fonction de leur classe sociale [Fassin, 2009]. La santé est liée à des processus croisés, économiques, sociaux, culturels, à la fois individuels et collectifs. Aussi, les leviers d'action pouvant contribuer à l'amélioration de la santé et à la réduction des inégalités sociales de santé sont multiples, éclatés et présentent des efficacités variables.

Des enjeux contraignants pour le système de santé français

Les experts pointent aujourd'hui les différents enjeux auxquels le système de santé, les institutions nationales, les collectivités territoriales et les citoyens sont et vont être confrontés.

Premièrement, **il existe une réelle nécessité de maîtriser les dépenses de santé qui entraînent des difficultés institutionnelles et organisationnelles** dans la mesure où environ 75% des dépenses de santé sont socialisées.

Deuxièmement, on note depuis plusieurs années **une évolution des besoins médico-sociaux avec notamment le développement important des pathologies dites au long cours**, pouvant être liées ou non au vieillissement de la population. Ce développement impose des évolutions de l'offre de services de santé et des prises en charge qui sont en France principalement orientées sur une réponse rapide aux besoins curatifs aigus. La mobilisation du système de santé doit être permanente afin de faciliter la continuité des soins dans des lieux de vie et situations psychologiques et sociales variables. Les formes multi-partenariales de prise en charge semblent alors les plus adaptées, celles-ci pouvant coordonner l'intervention de nombreux acteurs différents à la fois sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

Le troisième point concerne **la démographie médicale**. Trois problèmes se posent. Le premier concerne la **une diminution globale du nombre de médecins et donc de la densité médicale**. Les prévisions de la DREES envisagent, à formation et comportements constants, une diminution du nombre de médecins de 10% en 2019 et une baisse de 15% de la densité médicale globale. Le second point concerne **les disparités géographiques d'installation des médecins**. Le libre choix d'installation laissé aux professionnels de santé entraîne depuis déjà plusieurs années l'apparition de zones sous-dotées en médecins généralistes et spécialistes. De manière générale, les zones rurales et les zones urbaines sensibles sont en déficit de médecins libéraux par rapport à la moyenne française. Enfin, le dernier point concerne la féminisation de la profession. Il y a aujourd'hui 65% de femmes en deuxième année d'études de médecine. **La féminisation entraîne des évolutions de pratiques et d'organisation des soins**. Concilier vie familiale et vie professionnelle apparaît comme étant une des exigences à prendre en compte dans les aspirations professionnelles des jeunes médecins.

Enfin, **la France connaît une situation assez paradoxale sur la question des inégalités de santé dans la mesure où elle est à la fois reconnue pour la qualité et l'efficacité de son système de santé mais reste un des pays d'Europe occidentale où les inégalités de santé et de recours aux soins, notamment préventifs sont les plus fortes**. Les disparités devant la mort et les incapacités sont importantes. L'écart d'espérance de vie à 35 ans entre les cadres et les ouvriers est de sept ans pour les hommes et de trois ans pour les femmes, il atteint dix ans pour les hommes pour ce qui est de l'espérance de vie en bonne santé [DREES, 2011[1]][2]. Pour ce qui est de la prévention, la santé dentaire peut constituer un exemple. Elle situe la France en deçà de la moyenne des 30 nations de l'OCDE [OCDE, 2007[3]]. Par ailleurs, le montant des dépenses de santé plus important des bénéficiaires de la CMUC par rapport aux autres bénéficiaires de l'assurance maladie s'explique par leur moins bon état de santé, témoignant de la tendance des individus à recourir tardivement au système de santé et à négliger, de fait, les comportements préventifs [DREES, 2003[4]].

[1] DREES (2011), « L'état de santé de la population en France, Rapport de suivi des objectifs de la loi de santé publique 2009-2010 », *Etudes et Résultats*, n° 747.

[2] D'autres indicateurs peuvent être retenus, la France est, avec le Portugal, le pays où la mortalité avant 65 ans réduit le plus l'espérance de vie à la naissance [HCSP, 2002].

[3] OCDE (2007), *Panorama santé 2007.*

[4] RAYNAUD D. (2003), « Impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins », *Etudes et Résultats*, n°229, DREES.

Le cloisonnement des professions, les difficultés de coordination et le déficit de prévention caractéristiques des limites de l'offre de services de santé et médico-sociale

Au vu de ces différents éléments, les limites de l'offre de services de santé sont mises en évidences, elles concernent principalement :

- une **segmentation** des champs d'action et un **cloisonnement** entre secteur sanitaire et secteur social ; entre professionnels médicaux et professionnels paramédicaux ; et enfin entre professionnels hospitaliers et professionnels ambulatoires
- des **difficultés de coordination, de continuité** et donc de prise en charge de certaines situations épidémiologiques et/ou sociales dont font partie les maladies dites au long cours, les cas de pluri-pathologies ou encore le suivi des personnes âgées dépendantes
- un **déficit de prévention et d'éducation à la santé** pouvant pourtant d'une part, réduire les conduites à risques et faire évoluer les comportements et d'autre part, permettre aux individus malades de comprendre leurs affections et d'adopter les comportements appropriés
- la nécessité de renforcer les actions menées en amont des prises en charge par le système de santé dans un objectif **d'amélioration des contextes environnementaux et sociaux** qui impactent les états de santé
- un **manque d'attention portée à certaines problématiques de santé** dont la santé mentale fait largement partie

Or, l'OMS met l'accent sur quatre principes fondamentaux, *« l'accès universel aux soins et la couverture en fonction des besoins, l'engagement à garantir l'équité en matière de santé dans le cadre d'un développement orienté vers la justice sociale, la participation communautaire à la définition et à l'exécution des programmes de santé et l'adoption d'approches intersectorielles de la santé »* [OMS, 2003[5]].

Pilotage des Agences Régionales de Santé (ARS) et rôle central des collectivités territoriales en matière d'accès aux soins et à la prévention

Au sein des nombreux acteurs institutionnels des politiques de santé nationaux, régionaux et locaux, **les collectivités territoriales sont donc amenées à initier et porter une dynamique de gouvernance et d'innovation sur les questions d'organisation de l'offre de services de santé, notamment de premiers recours**.

A la suite de la mise en place des Ateliers Santé Ville à partir de 2000 ayant pour objet de favoriser la coordination des acteurs et des actions en lien avec la santé sur les territoires et des Contrats Locaux de santé Publique (CLSP) annoncés dans le cadre du Plan Espoir Banlieues en juin 2008, la loi du 22 juillet 2009 *« Hôpital, Santé, Patients, Territoire »* donne aux ARS la compétence du pilotage des questions de santé hospitalières et ambulatoires au niveau régional et implique les collectivités territoriales dans la politique de santé, d'accès aux soins et à la prévention des populations.

[5] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (2008), *Façonner l'avenir,* Rapport sur la santé dans le monde 2003.

Les Agences Régionales de Santé (ARS) ont alors pour mission de définir et mettre en œuvre de la politique régionale de santé, dans le respect des objectifs nationaux que sont l'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé, la promotion de l'égalité devant la santé et le développement d'un système de santé de qualité, accessible et efficient, afin d'assurer une gestion efficiente du dispositif sanitaire et médico-social. Pour cela, elles s'appuient sur un projet régional de santé (PRS) constitué :
- d'un **Plan Stratégique Régional de Santé** (PSRS), qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région,
- de **Schémas régionaux** qui organisent le travail des acteurs dans chaque champ d'intervention de l'ARS (schéma de prévention, d'organisation médico-sociale, de l'offre de soins)
- de **Programmes** qui sont transversaux à tous les champs d'intervention de l'ARS, peuvent être spécifiques à une population (PRAPS) ou un territoire (programmes territoriaux)
- du **Programme Régional Pluriannuel de Gestion Du Risque** (PRGDR)

Les collectivités sont, quant à elles, impliquées dans la mise en œuvre au niveau local d'actions et de programmes de santé cohérent avec les besoins, difficultés et contraintes de leur territoire. Elles s'imposent comme un échelon efficace pouvant participer à une évolution des prises en charge vers davantage de prévention, de coordination, de continuité et de globalité dans la mesure où il offre :

- une **plus grande proximité** permettant le repérage de problématiques de santé spécifiques et des déficits de l'offre de services de santé et la mise en œuvre de projets adaptés aux enjeux du territoire
- une **articulation cohérente des actions** agissant soit sur différents déterminants de la santé, soit sur différents bassins de vie
- une **réflexion collective et concertée** entre tous les acteurs de la santé (usagers, professionnels, associations, élus…)

Le Pays du Val d'Adour, des enjeux partagés par les territoires, un souhait marqué de pérenniser et améliorer l'accessibilité et la coordination des services médico-sociaux et de santé pour les prochaines années

Le Pays du Val d'Adour est investi sur trois champs d'actions, et ce par le biais, d'une charte paysagère, environnementale et architecturale, d'un schéma de développement économique et d'une charte territoriale des services. A ce titre, les élus et acteurs locaux du Pays du Val d'Adour ont choisi de placer le maintien des services sur le territoire au cœur de leur politique de développement. Dans ce cadre, le Pays du Val d'Adour s'est saisi des problématiques que partagent les 12 cantons du territoire en matière de santé, notamment des difficultés de pérennisation d'une offre de services de santé de proximité et plus largement d'organisation de l'offre de services médico-sociaux. Il a lancé au mois de mars 2012 une étude visant à l'élaboration d'un Schéma Territorial de Santé.

En effet, les communes du Pays du Val d'Adour se voient confrontées, comme la majorité des territoires ruraux, au vieillissement de la population, aux difficultés de maintien d'une offre suffisante de professionnels de santé libéraux, et à une faible densité de population, hétérogène sur le territoire à l'origine de besoins et de difficultés d'accès aux soins, plus largement à la santé. Ces éléments induisent la nécessité d'une coordination des professionnels et d'accompagnements adaptés aux spécificités du territoire et questionnent les acteurs quant aux moyens d'attirer de nouveaux professionnels médico-sociaux et de santé.

Ainsi le Pays du Val d'Adour souhaite anticiper les risques à venir liés au départ en retraite de nombreux professionnels de santé libéraux, assurer la permanence d'un accès aux soins de proximité pour tous les habitants et garantir une offre cohérente et suffisante de services à destination des personnes âgées. Pour cela, il souhaite définir d'une stratégie territoriale de santé issue d'une réflexion collective mobilisant les élus, les techniciens, les professionnels de santé, les professionnels des secteurs médico-social et social, les acteurs associatifs.

A partir d'une phase de diagnostic des besoins et de l'offre de services médico-sociaux et de santé, cette démarche vise à élaborer une feuille de route partagée par les acteurs du territoire. Celle-ci permettra de structurer les atouts et insuffisances de l'offre de services de santé sur le Pays du Val d'Adour et de guider l'action des communes, communautés de communes et autres acteurs institutionnels et associatifs dans un objectif de développement durable du territoire.

Le Pays du Val d'Adour a retenu le cabinet d'étude Enéis Conseil, spécialisé dans l'accompagnement des collectivités territoriales en matière d'action sociale, médico-sociale et sanitaire pour la réalisation de cette mission dont les conclusions seront rendues à l'automne 2012.

1.2. UNE MÉTHODOLOGIE S'APPUYANT FORTEMENT SUR LES ACTEURS LOCAUX

Les différentes phases du projet

L'élaboration du schéma territorial du Pays du Val d'Adour fait l'objet d'une démarche en 3 temps :

- La première étape vise à établir **un diagnostic médico-social et de santé** sur l'ensemble du territoire qui a pour objectif d'identifier les ressources et les besoins en matière d'offre médico-sociale et de santé.

Outre une analyse documentaire approfondie, la réalisation de ce diagnostic se décline en :

- le recueil et l'analyse de données quantitatives sociodémographiques, socioéconomiques et d'état de santé
- la réalisation de projections démographiques à l'échelle du Pays
- la réalisation d'une vingtaine d'entretiens individuels semi-directifs auprès des différents acteurs locaux élus, institutionnels, associatifs et professionnels de santé
- l'envoi d'un questionnaire complémentaire aux acteurs n'ayant pas été rencontré en entretien individuel (acteurs associatifs notamment)

- l'élaboration, la diffusion et le traitement de questionnaires à destination des professionnels de santé libéraux.

Cette étape repose sur l'échange, la concertation et la production d'un jugement collectif global sur les enjeux du territoire. Celle-ci s'achève avec la rédaction du rapport de diagnostic présenté en comité de pilotage.

- La seconde phase a pour objectif **l'identification collective des enjeux du territoire en matière de santé et l'élaboration partagée de scenarii répondant à ces enjeux.** Il s'agit de conduire une réflexion stratégique sur la politique locale de santé et les évolutions que l'on souhaite tout en veillant à s'inscrire dans les objectifs des Plans Régionaux de Santé fixés par les ARS

Après avoir déterminé des axes prioritaires lors du comité de pilotage de fin de phase 1, 3 groupes de travail collectif, regroupant environ 15 acteurs de terrain, seront organisés afin de travailler sur les enjeux du territoire en matière de santé et les scenarii de réponses les plus pertinents. Ces ateliers participatifs ont pour but de favoriser l'échange, la concertation ainsi que la production d'un jugement collectif et global des enjeux du territoire. Les scenarii seront ensuite formalisés en cabinet par les consultants d'Enéis Conseil.

- La troisième et dernière phase vise à élaborer **un programme opérationnel d'action, approfondissant les scenarii retenus**.

3 groupes de travail seront organisés, regroupant les acteurs (porteurs et partenaires) impliqués dans les scenarii permettant ainsi une déclinaison opérationnelle de ces derniers. Des fiches-action pourront être produites dès que nécessaire présentant les éléments suivants : objectifs, public cible, déroulement, acteurs mobilisés, partenariat…

<u>Les instances de pilotage</u>

Le projet d'élaboration du schéma territorial de santé est supervisé par un référent de mission, Mme Soubabère, Directrice de la SEMADOUR, instance technique de suivi de la mission ainsi que par une instance de pilotage.

Ce dernier a pour vocation de se réunir à chaque étape-clé de la démarche. Il est une instance chargée de la validation institutionnelle de la méthodologie de travail, de chaque phase du projet et des livrables produits par le cabinet. Il constitue un lieu de débats, de définition des orientations stratégiques et d'arbitrage sur les propositions d'évolution.

Il est composé :

- ➢ d'élus du Pays du Val d'Adour :
- *élue à la CC. Adour Rustan Arros, Présidente de la commission Services*
- *élu à la CC. du Madiranais, Maire de Castelnau Rivière Basse, Président de la commission Gérontologie Médico-social*

- *élu à la CC. Val d'Adour, Maire de Maubourguet*
- *élu à la CC. des Castels*
- *élu à la CC. de Lembeye*
- *élu à la CC. Monts et Vallée de l'Adour, Maire de Riscle*
- *élu à la CC. Monts et Vallée de l'Adour*
- *élu à la CC. du Madiranais*
- *élu à la CC. des Castels*

➢ de deux représentants du Conseil de Développement

➢ de partenaires institutionnels

- *Délégation Territoriale Hautes Pyrénées – ARS*
- *Délégation Territoriale Gers – ARS*
- *Délégation Territoriale Pyrénées-Atlantiques – ARS*
- *Conseil Général des Hautes-Pyrénées*
- *Conseil Général du Gers*
- *Conseil Général des Pyrénées-Atlantiques*
- *Conseil Régional Midi-Pyrénées*
- *Conseil Régional Aquitaine*
- *MSA Sud-Aquitaine*
- *Conseil de l'Ordre des médecins des Hautes-Pyrénées*
- *Conseil de l'Ordre des médecins du Gers*
- *Conseil de l'Ordre des médecins des Pyrénées-Atlantiques*

Le planning de réalisation

➢ La période d'élaboration schéma territorial de santé est de 9 mois, elle s'étend de mars à novembre 2012

➢ Le diagnostic territorial de santé a été réalisé entre mars et juillet 2012.

➢ Au cours des mois de septembre, octobre et novembre 2012, se sont déroulées les deuxième et troisième phases de la mission, à savoir plus précisément, 3 groupes de travail avec les acteurs locaux d'élaboration des préconisations et scenarii de réponse aux enjeux et besoins identifiés puis un travail d'approfondissement des préconisations retenues en cabinet.

1.3. LE DIAGNOSTIC TERRITORIAL DE SANTÉ SUR LE PAYS DU VAL D'ADOUR

A la demande du Pays du Val d'Adour représenté par la SEMADOUR, un diagnostic territorial de santé a été réalisé en vue de l'élaboration du schéma territorial de santé.

Ce présent rapport rend compte du diagnostic territorial de santé réalisé à l'échelle du Pays et de ses Communautés de Communes.

Nous tenons, tout d'abord, à remercier l'ensemble des personnes qui ont contribué à la réalisation de ce diagnostic en nous consacrant du temps afin de nous transmettre des données quantitatives et qualitatives indispensables à l'analyse.

Les objectifs du diagnostic territorial de santé sont les suivants :

- **Disposer d'un état des lieux des caractéristiques** sociodémographiques, socioéconomiques et sanitaires des habitants afin de mieux cerner les besoins médicaux et médico-sociaux

- **Identifier les professionnels, structures, dispositifs et réponses** capables de satisfaire ces besoins

- **Anticiper l'évolution du territoire** et les enjeux inhérents à celle-ci pour les années à venir

- **Saisir, par un travail qualitatif, les atouts et insuffisances de l'offre existante** ainsi que les besoins et attentes des professionnels, des représentants institutionnels et des élus en matière de santé.

- **Identifier les axes prioritaires et les enjeux** en matière d'offre médico-sociale et de santé sur le territoire.

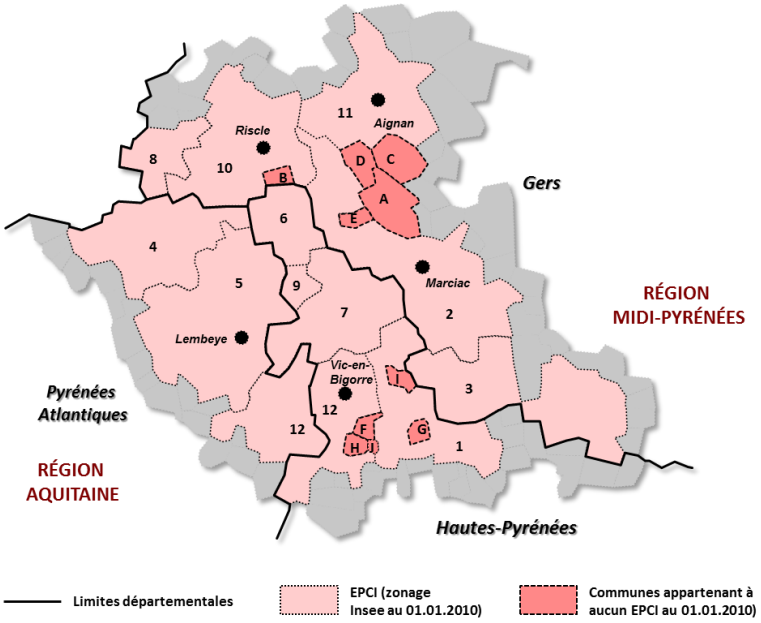
Conformément à la méthodologie proposée et arrêtée lors du comité de pilotage de lancement du 27 mars 2012, l'étude mobilise la rigueur et l'objectivité de données quantitatives sociodémographiques, socioéconomiques, d'état et d'offre de santé ainsi que la légitimité et la richesse de démarches qualitatives et participatives.

Suite aux éléments introductifs, le rapport de diagnostic présente dans un premier temps le **contexte local en termes d'environnement puis de caractéristiques sociodémographiques, socioéconomiques et d'état de santé**. Il s'appuie sur des données quantitatives obtenues auprès de l'INSEE pour les données sociodémographiques et socioéconomiques, du Pays du Val d'Adour, des Conseils Généraux des Hautes-Pyrénées, du Gers et des Pyrénées-Atlantiques et des ARS des régions Aquitaine et Midi-Pyrénées.

Dans un deuxième temps, le diagnostic est consacré à l'analyse des atouts et insuffisances de l'offre de services médico-sociaux et de santé au regard des besoins actuels et à venir. **Elle s'appuie sur les entretiens réalisés auprès des acteurs locaux, sur les réunions d'analyse partagée, sur un questionnaire complémentaire envoyé aux acteurs intervenant sur le territoire n'ayant pas été rencontrés en entretien individuel et sur une enquête adressée aux professionnels de santé libéraux** (cf. annexe). Ce diagnostic débouche sur la détermination de trois axes prioritaires, thématiques des groupes de travail organisés lors de la deuxième phase de ce projet en vue de l'élaboration du schéma territorial de santé du Pays du Val d'Adour.

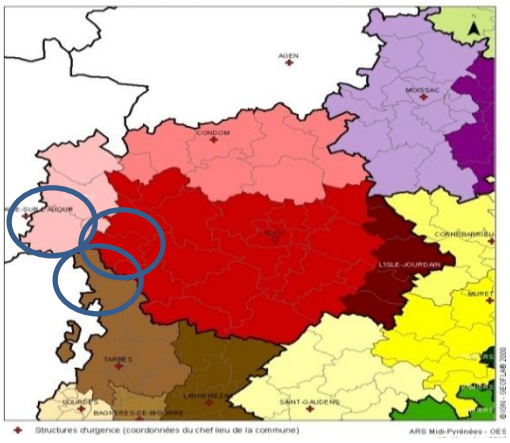
2. DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES, SOCIOÉCONOMIQUES ET D'ETAT DE SANTE

Le Pays du Val d'Adour s'étend sur 2 régions, Aquitaine et Midi-Pyrénées, sur 3 départements, le Gers, Les Pyrénées-Atlantiques et les Hautes-Pyrénées, et se compose de 12 Communautés de communes ainsi que de 10 communes dont le rattachement aux EPCI interviendra prochainement. Le Pays compte 51 537 habitants et se caractérise par une dominante rurale. La Communauté de communes (CC) la plus peuplée est celle de Vic-Montaner, avec 11 105 habitants, la moins peuplée la CC Les Castels avec 426 habitants. Au niveau des communes isolées, c'est Beaumarchés qui compte le plus grand nombre d'habitants (666) contre 55 pour Cannet.



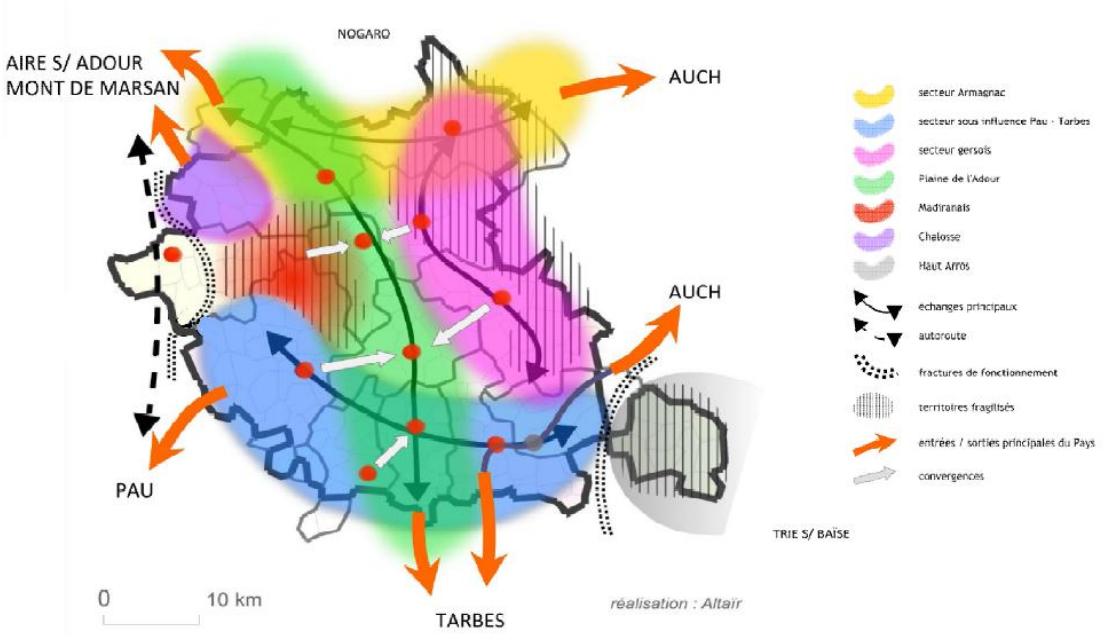
EPCI / COMMUNES	Correspondance avec la carte
CC Adour Rustan Arros	1
CC Bastides et Vallons du Gers	2
CC des Hautes Vallées de Gascogne	3
CC du Canton de Garlin	4
CC du Canton de Lembeye en Vic Bilh	5
CC du Madiranais	6
CC du Val d'Adour	7
CC Leez et Adour	8
CC Les Castels	9
CC Monts et Vallées de l'Adour	10
CC Terres d'Armagnac	11
CC Vic-Montaner	12
Beaumarchés	A
Cannet	B
Couloumé-Mondebat	C
Lasserade	D
Saint-Aunix-Lengros	E
Camalès	F
Lacassagne	G
Pujo	H
Ségalas	I
Villenave-près-Marsac	J

Le Pays du Val d'Adour est partagé entre quatre bassins de santé définis par les ARS : *celui de Nogaro et d'Auch pour les cantons du Gers, de Tarbes pour les cantons des Hautes-Pyrénées, et de Béarn Soule pour les cantons des Pyrénées-Atlantiques (ce territoire de santé n'apparaît pas sur la carte).*



Le territoire du Pays du Val d'Adour présente des zones d'échanges et de mouvements assez hétérogènes. Les cantons qui composent le Pays sont en effet desservis par les voies naturelles de communication de manière inégale, leur intégration au sein des zones dynamiques dépendant par ailleurs de leur proximité ou non avec les agglomérations.

La carte présentée ci-dessous présente les principaux flux du territoire.



Source : Diagnostic stratégique Habitat, Cadre de vie, Foncier, Urbanisme du Pays du Val d'Adour – 4 mars 2010

Des échanges verticaux se présentent tout d'abord sous la forme d'une ligne dorsale qui raccorde du nord au sud les communes de Riscle, Castelnau-Rivière-Basse, Maubourguet et Vic en Bigorre, desservant au nord les communes d'Aire sur l'Adour et de Mont-de-Marsan, et au sud l'agglomération de Tarbes.

Deux mouvements horizontaux viennent par ailleurs rapprocher au nord d'une part le nord-ouest du Pays et la commune d'Aignan de l'agglomération d'Auch, et au sud d'autre part les communes de Lembeye, Vic en Bigorre et Rabastens, avec un débouché vers Auch à l'est également.

Un dernier échange existe de manière dorsale à l'est du Pays, entre Aignan, Plaisance et Marciac.

A l'intérieur du territoire, des mouvements de convergence permettent de rapprocher certaines communes, notamment Marciac et Lembeye vers la commune de Maubourguet située sur la dorsale principale, ou encore la zone du Madiranais et la commune de Plaisance de Castelnau-Rivière-Basse, également située sur la dorsale centre. La commune de Montaner entretient également des liens de convergence avec celle, plus importante, de Vic-en-Bigorre.

De manière générale, les zones en interaction naturelle avec les agglomérations sont celles du nord-ouest du Pays (canton de Riscle et zone de la Chalosse) vers Aire sur l'Adour et Mont-de-Marsan, le sud-ouest du Pays (canton de Lembeye en Vic Bilh) vers Pau, ainsi que les Terres d'Armagnac et la zone au sud de Marciac vers Auch. Quant à l'ensemble de la zone située au sud du Pays, regroupant

notamment les communes de Montaner, Vic-en-Bigorre et Rabastens-de-Bigorre, elle est naturellement sous l'influence de l'agglomération de Tarbes.

Soulignons néanmoins l'existence de territoires fragilisés, à l'instar du canton de Miélan, de la zone est du Pays (entre Aignan, Plaisance et Marciac), et de la zone située à l'ouest entre Castelnau-Rivière-Basse, Lembeye et Garlin.

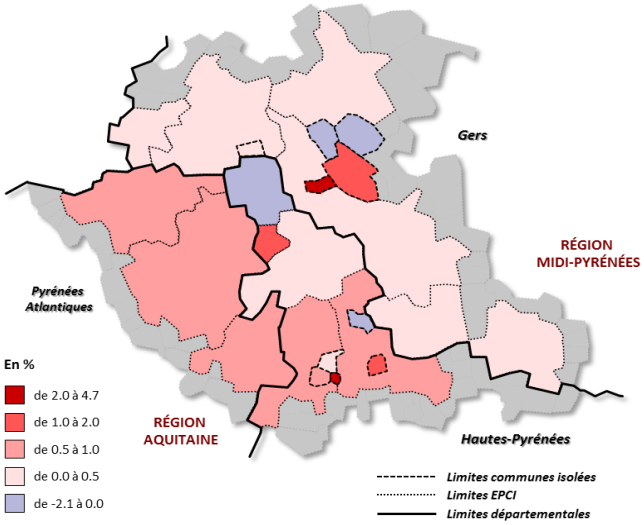
Enfin, notons l'existence d'un axe autoroutier à l'ouest du Pays du Val d'Adour, qui réalise la desserte entre Mont-de-Marsan et Pau.

L'hétérogénéité du territoire, les zones de fragilités et les éventuelles facilités ou difficultés permettant de rejoindre depuis le Pays du Val d'Adour les principales villes d'influence sont des éléments importants à prendre en compte dans la réalisation du diagnostic de santé, notamment concernant l'accès à aux offres hospitalières, spécialisées et d'urgence.

2.1. POPULATION PAR ÂGES ET ÉVOLUTIONS DÉMOGRAPHIQUES

2.1.1. UNE LEGERE AUGMENTATION DE LA POPULATION ENTRE 1999 ET 2008

Entre 1999 et 2008, le Pays du Val d'Adour connaît une évolution annuelle de sa population positive (+0,5%), soit une augmentation globale de l'ordre de 5%, ce qui est toutefois inférieur à l'évolution du Gers et des Pyrénées-Atlantiques (+0,8% par an) et de la France métropolitaine (+0,7%), mais supérieur à l'augmentation des Hautes-Pyrénées (+0,3%). On note à l'échelle des Communauté de communes, une diminution de la population sur celle du Madiranais (-0,3% par an) et sur les communes de Couloumé-Mondebat, Lasserade et Ségalas (respectivement -2,1%, -1,2% et -0,8% par an). C'est la CC Adour Rustan Arros qui enregistre la plus forte hausse démographique annuelle moyenne des EPCI du Pays (0,9%).



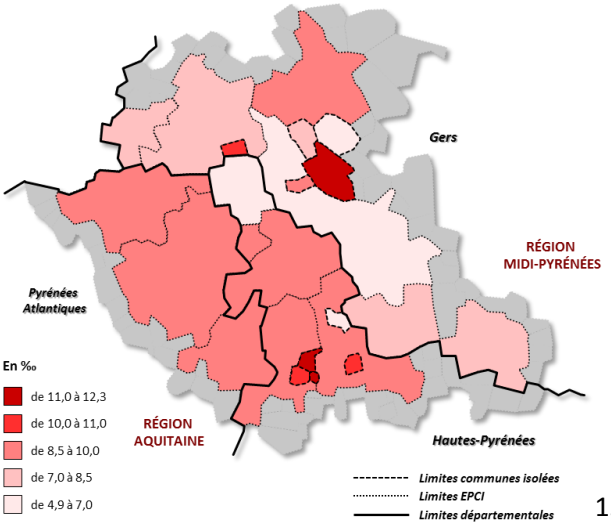
	Evolution
CC Adour Rustan Arros	0,9%
CC Bastides et Vallons du Gers	0,1%
CC des Hautes Vallées de Gascogne	0,3%
CC du Canton de Garlin	0,6%
CC du Canton de Lembeye en Vic Bilh	0,8%
CC du Madiranais	-0,3%
CC du Val d'Adour	0,5%
CC Leez et Adour	0,5%
CC Les Castels	1,5%
CC Monts et Vallées de l'Adour	0,2%
CC Terres d'Armagnac	0,0%
CC Vic-Montaner	0,8%
PAYS DU VAL D'ADOUR	**0,5%**
Gers	0,8%
Pyrénées-Atlantiques	0,8%
Hautes-Pyrénées	0,3%
France métropolitaine	0,7%

2.1.2. DES NAISSANCES EN HAUSSE MAIS UN INDICE DE JEUNESSE INFERIEUR AUX ECHELLES DE COMPARAISON

Un nombre de naissances en hausse

3 953 naissances sont recensées entre 1999 et 2008 au sein du Pays du Val d'Adour. Son taux de natalité est relativement élevé, mais inférieur aux échelles de comparaison : 8,7‰ contre respectivement 9,1‰, 10,3‰, 9,8‰ et 12,8‰ pour le Gers, les Pyrénées-Atlantiques, les Hautes-Pyrénées et la France métropolitaine.

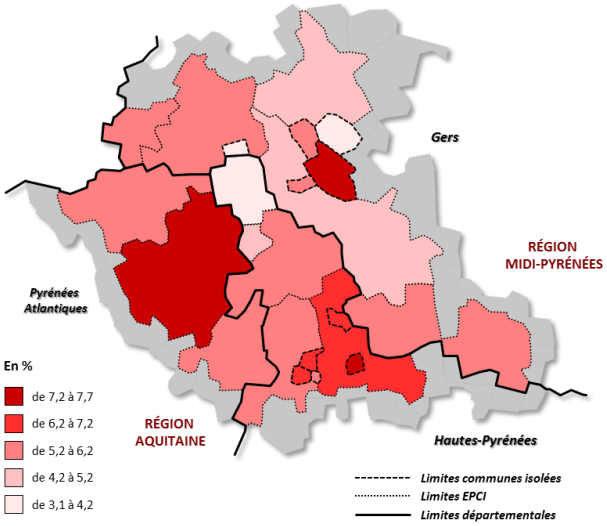
C'est la CC Vic-Montaner qui compte le plus de naissances entre 1999 et 2008, avec 905 nouveau-nés contre 35 pour la CC Les Castels. Au niveau des communes isolées, c'est Beaumarchés qui voit ses naissances le plus augmenter (66 entre 1999 et 2008) alors que Cannet et Ségalas n'en comptent que 5 sur la même période. Concernant le taux de natalité, c'est la commune de Villenave-près-Marsac qui enregistre la plus forte part entre 1999 et 2008 avec 12,3‰, contre 4,9‰ pour Couloumé-Mondebat.



	Naissances 99-08	Taux
CC Adour Rustan Arros	377	9,6‰
CC Bastides et Vallons du Gers	365	6,8‰
CC des Hautes Vallées de Gascogne	268	8,4‰
CC du Canton de Garlin	287	8,9‰
CC du Canton de Lembeye en Vic Bilh	434	9,7‰
CC du Madiranais	87	6,0‰
CC du Val d'Adour	397	8,9‰
CC Leez et Adour	59	7,6‰
CC Les Castels	35	9,7‰
CC Monts et Vallées de l'Adour	325	7,8‰
CC Terres d'Armagnac	178	9,1‰
CC Vic-Montaner	905	9,4‰
PAYS DU VAL D'ADOUR	**3953**	**8,7‰**
Gers	14643	9,1‰
Pyrénées-Atlantiques	57767	10,3‰
Hautes-Pyrénées	19871	9,8‰
France métropolitaine	6924639	12,8‰

Une part du nombre d'enfants âgés de moins de 6 ans similaire aux échelles de comparaison

Au 1er janvier 2008, le Pays du Val d'Adour compte 3 002 enfants âgés de 0 à 5 ans, soit 5,8% de sa population totale. Cette part est similaire aux moyennes de comparaison : les moins de 6 ans représentent 5,9% de la population gersoise, 6,1% de la population des Pyrénées-Atlantiques, 5,8% de celle des Hautes-Pyrénées et 7,3% de la population française. Au niveau intercommunautaire, c'est la Communauté de communes du Madiranais qui présente la plus faible part de 0-5 ans parmi sa population totale, avec 3,1%, contre 7,4% pour la CC du Canton de Lembeye en Vic Bilh.



	Effectifs	Part
CC Adour Rustan Arros	302	6,6%
CC Bastides et Vallons du Gers	270	4,5%
CC des Hautes Vallées de Gascogne	200	5,5%
CC du Canton de Garlin	223	6,1%
CC du Canton de Lembeye en Vic Bilh	384	7,4%
CC du Madiranais	49	3,1%
CC du Val d'Adour	290	5,7%
CC Leez et Adour	52	5,9%
CC Les Castels	20	4,6%
CC Monts et Vallées de l'Adour	251	5,4%
CC Terres d'Armagnac	109	5,0%
CC Vic-Montaner	681	6,1%
PAYS DU VAL D'ADOUR	**3002**	**5,8%**
Gers	10989	5,9%
Pyrénées-Atlantiques	39795	6,1%
Hautes-Pyrénées	13358	5,8%
France métropolitaine	4 564 265	7,3%

Un indice de jeunesse beaucoup plus faible que sur le territoire national

En 2008, le Pays du Val d'Adour se caractérise par une relativement faible proportion d'enfants et de jeunes de moins de 20 ans dans la population globale (21% contre 25% en France métropolitaine). Toutefois, cette moyenne est très proche de celles des trois départements. Aux niveaux intercommunautaire et communal, ce sont la CC du Madiranais et la commune de Lacassagne qui présentent les parts les plus faibles de 0-19 ans (15%), contre 28% pour la commune de Villenave-près-Marsac.

De même, l'indice de jeunesse est assez faible, de l'ordre de 82,7 jeunes de moins de 20 ans pour 100 habitants âgés de plus de 65 ans au sein du Pays du Val d'Adour. Cet indice est inférieur de plus de 64 points à celui de la France métropolitaine (147,2), et de manière générale plus faible que celui des trois départements (86,9 pour le Gers, 107,3 pour les Pyrénées-Atlantiques et 91,5 pour les Hautes-Pyrénées).

La tranche des 18-24 ans ne représente quant à elle que 5% de la population totale du Pays, contre respectivement 5,7%, 7,7%, 7% et 8,9% pour le Gers, les Pyrénées-Atlantiques, les Hautes-Pyrénées et la France métropolitaine. Notons également que le territoire a vu cette tranche d'âges diminuer

entre 1999 et 2008, avec une évolution de -12,3%, contrairement aux augmentations notées pour tous les autres territoires de comparaison.

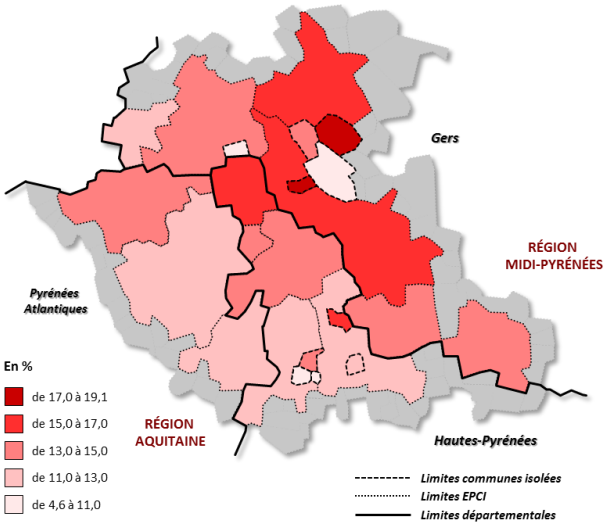
2.1.3. UNE POPULATION AGEE IMPORTANTE MAIS UNE PROGRESSION MOINS MARQUEE QU'AUX ECHELLES DE COMPARAISON

En 2008, les personnes âgées de 60 à 74 ans représentent 17,8% de la population du Pays du Val d'Adour, ce qui est supérieur à toutes les échelles de comparaison. Toutefois, cette tranche d'âges a vu ses effectifs diminuer entre 1999 et 2008 de l'ordre de 3,6%. Seuls le Gers et les Hautes-Pyrénées enregistrent également une diminution de cette tranche d'âges (respectivement -1,6% et -0,2%), tandis que les Pyrénées-Atlantiques et le territoire national la voient augmenter (respectivement +4,3% et +5,8%).

Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent quant à elles 13,6% de la population totale dans le Pays du Val d'Adour en 2008, soit près de 5 points de plus qu'en France métropolitaine (8,7%). La part des personnes âgées est également plus importante dans le Pays du Val d'Adour que dans les départements du Gers (13,1%), des Pyrénées-Atlantiques (10,9%) et des Hautes-Pyrénées (12,3%). Au sein du Pays, c'est la commune de Couloumé-Mondebat qui présente la part la plus importante de personnes âgées de 75 ans et plus (19,1%), Villenave-près-Marsac présente quant à elle la part la plus faible (4,6%, bien que ce chiffre doive être nuancé compte-tenu du faible nombre d'habitants qu'il représente, c'est-à-dire 3 personnes).

Entre 1999 et 2008, le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans progresse dans tous les territoires étudiés. Avec une croissance de 24,4%, l'augmentation dans le Pays du Val d'Adour reste moins marquée qu'aux niveaux départementaux et national (30,5% pour le Gers, 34,5% pour les Pyrénées-Atlantiques, 31% en Hautes-Pyrénées et 33,1% en France métropolitaine). Hormis les petites communes et les EPCI regroupant un faible nombre d'habitants, la progression la plus importante du nombre de 75 ans et plus est enregistrée dans la CC Terres d'Armagnac, avec 47,7% d'augmentation contre 9,7% pour la CC du canton de Lembeye en Vic Bilh.

Population âgée de 75 ans et plus



	Effectifs	Part
CC Adour Rustan Arros	590	13,0%
CC Bastides et Vallons du Gers	944	15,8%
CC des Hautes Vallées de Gascogne	472	13,1%
CC du Canton de Garlin	518	14,2%
CC du Canton de Lembeye en Vic Bilh	640	12,4%
CC du Madiranais	253	16,1%
CC du Val d'Adour	714	14,1%
CC Leez et Adour	103	11,7%
CC Les Castels	57	13,4%
CC Monts et Vallées de l'Adour	693	14,8%
CC Terres d'Armagnac	354	16,3%
CC Vic-Montaner	1357	12,2%
PAYS DU VAL D'ADOUR	**7017**	**13,6%**
Gers	24185	13,1%
Pyrénées-Atlantiques	70789	10,9%
Hautes-Pyrénées	28064	12,3%
France métropolitaine	5 389 105	8,7%

2.1.4. DES PROJECTIONS DEMOGRAPHIQUES QUI ANTICIPENT UNE LEGERE CROISSANCE DE LA POPULATION, NOTAMMENT DES PERSONNES DE PLUS DE 60 ANS

Après une augmentation de 2 340 habitants sur la période 1999-2008 (soit 5% de croissance démographique au total), les projections démographiques (cf. note méthodologique en annexe) réalisées pour 2013, 2018 et 2023 selon trois scenarii prévoient une augmentation moins soutenue de la population du Pays, voire même une baisse démographique d'après le scenario bas.

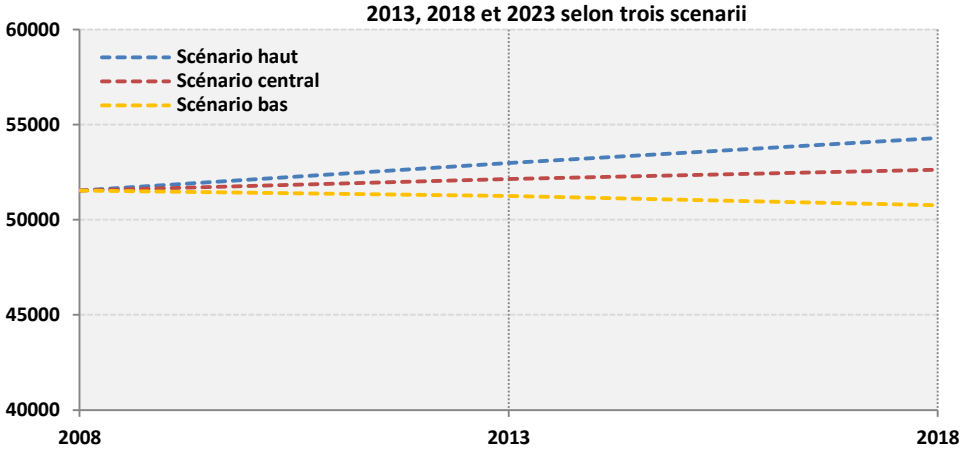
Le scenario central anticipe une augmentation de la population de 1,2% entre 2008 et 2013, soit 607 habitants supplémentaires, de 2,1% entre 2008 et 2018 (+ 1 097 habitants par rapport à 2008), et de 2,6% entre 2008 et 2023 (1 326 habitants supplémentaires).

Ce scenario doit toutefois être pondéré par les deux autres projections démographiques : le scenario bas anticipe en effet à l'inverse une baisse de la population de l'ordre de -0,5% pour 2013, -1,5% entre 2008 et 2018 et -2,9% à l'horizon 2023 (soit une perte globale de 1 477 habitants en 15 ans). Le scenario haut, quant à lui, prévoit une augmentation de la population légèrement plus soutenue que celle qu'a connue le Pays entre 1999 et 2008. Le territoire verrait sa population croître de 2,8% (1 441 habitants supplémentaires) à l'horizon 2013, de 5,4% entre 2008 et 2018 (+2 761 habitants) et de 7,4% jusqu'en 2023 (soit un gain de 3 825 habitants depuis 2008).

Soulignons par ailleurs la progression démographique qu'est amenée à connaître la tranche des 75 ans et plus, de l'ordre de 16,7% à l'horizon 2023, qui est toutefois moins soutenue que la hausse de la période 1999-2008 (+24%).

	PROJECTIONS DEMOGRAPHIQUES : SCENARIO Central								
	2013	Evolution globale 2008-2013	Part dans population totale en 2013	2018	Evolution globale 2008-2018	Part dans population totale en 2018	2023	Evolution globale 2008-2023	Part dans population totale en 2023
0-2 ans	1151	-15,8%	2,2%	1078	-21,1%	2,0%	1064	-22,2%	2,0%
3-5 ans	1451	-11,3%	2,8%	1320	-19,3%	2,5%	1279	-21,8%	2,4%
6-10 ans	2761	-3,4%	5,3%	2450	-14,3%	4,7%	2263	-20,8%	4,3%
11-17 ans	4261	9,4%	8,2%	4346	11,6%	8,3%	4032	3,6%	7,6%
18-24 ans	2878	11,6%	5,5%	3353	30,0%	6,4%	3694	43,2%	7,0%
25-59 ans	21925	-4,8%	42,0%	21127	-8,3%	40,1%	20732	-10,0%	39,2%
60-74 ans	10046	9,8%	19,3%	11085	21,1%	21,1%	11607	26,8%	22,0%
75 ans et plus	7671	9,3%	14,7%	7874	12,2%	15,0%	8192	16,7%	15,5%
Population totale	52144	1,2%	100,0%	52634	2,1%	100,0%	52863	2,6%	100,0%

Evolution du nombre d'habitants du Pays du Val d'Adour entre 2008 2013, 2018 et 2023 selon trois scenarii



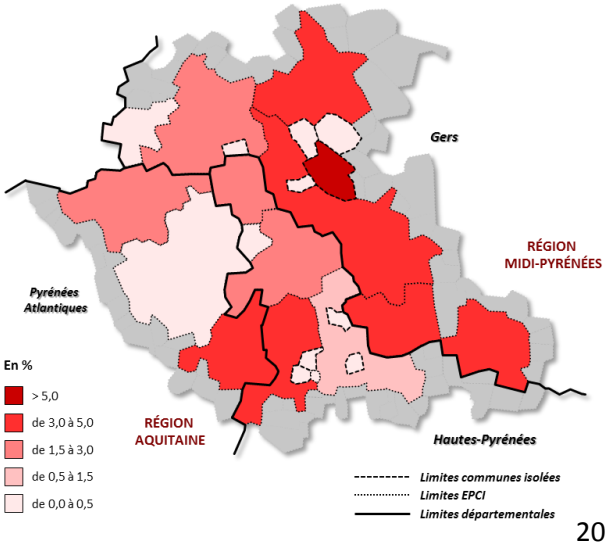
Source : Insee, RGP 2008 ; Eneis Conseil, Modèle de projections démographiques locales

2.2. FAMILLE

En 2008, le Pays du Val d'Adour présente une part de couples avec enfants dans l'ensemble des familles de près de 40%, inférieure de 4 points à la moyenne nationale mais légèrement supérieure aux niveaux du Gers et des Hautes-Pyrénées ; une part de familles monoparentales de 12%, inférieure à toutes les échelles de comparaison à l'exception du département du Gers et une part de couples sans enfants de plus de 48%. Cette dernière est plus élevée de 6 points par rapport à la moyenne nationale et s'explique notamment par la forte représentation des couples murs, âgés ou très âgés, ayant des enfants de plus de 18 ans.

	Couples avec enfant(s)	Familles monoparentales	Couples sans enfant
CC Adour Rustan Arros	44,4%	11,5%	44,0%
CC Bastides et Vallons du Gers	35,4%	12,4%	52,2%
CC des Hautes Vallées de Gascogne	39,6%	10,9%	49,5%
CC du Canton de Garlin	40,3%	15,0%	44,6%
CC du Canton de Lembeye en Vic Bilh	46,7%	9,2%	44,0%
CC du Madiranais	31,1%	8,7%	60,2%
CC du Val d'Adour	37,4%	13,6%	49,1%
CC Leez et Adour	46,9%	10,9%	42,2%
CC Les Castels	41,7%	0,0%	58,3%
CC Monts et Vallées de l'Adour	36,6%	11,1%	52,4%
CC Terres d'Armagnac	34,4%	9,0%	56,6%
CC Vic-Montaner	40,7%	14,9%	44,5%
PAYS DU VAL D'ADOUR	**39,7%**	**12,0%**	**48,3%**
Gers	38,7%	11,3%	49,9%
Pyrénées-Atlantiques	41,6%	13,7%	44,7%
Hautes-Pyrénées	38,8%	14,0%	47,3%
France métropolitaine	44,0%	13,5%	42,5%

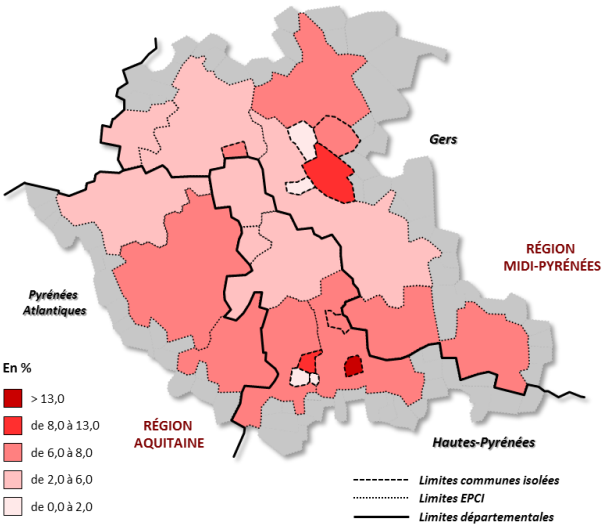
En 2008, le Pays du Val d'Adour présente une part de familles nombreuses similaire aux trois départements sur lesquels il s'étend, mais inférieure à celle du territoire national (6% tout comme dans le Gers et les Hautes-Pyrénées et 7% en Pyrénées-Atlantiques contre 10% en France métropolitaine). La part de familles comptant 3 enfants ou plus est de 3% dans la CC Les Castels contre 8% dans la CC Terres d'Armagnac. A l'échelle des communes isolées, notons que plusieurs d'entre elles ne comptent aucune famille nombreuse, tandis que Lacassagne en présente une proportion de 20% (soit toutefois seulement 4 familles sur 20).



	Familles nombreuses	Part
CC Adour Rustan Arros	80	6,0%
CC Bastides et Vallons du Gers	83	4,7%
CC des Hautes Vallées de Gascogne	81	7,3%
CC du Canton de Garlin	63	5,9%
CC du Canton de Lembeye en Vic Bilh	102	6,5%
CC du Madiranais	20	4,8%
CC du Val d'Adour	84	5,7%
CC Leez et Adour	12	4,7%
CC Les Castels	4	2,8%
CC Monts et Vallées de l'Adour	72	5,2%
CC Terres d'Armagnac	50	7,6%
CC Vic-Montaner	220	6,9%
PAYS DU VAL D'ADOUR	**929**	**6,1%**
Gers	3096	5,7%
Pyrénées-Atlantiques	12154	6,7%
Hautes-Pyrénées	3763	5,8%
France métropolitaine	1636476	9,6%

2.3. LOGEMENT

La part de logements sociaux est très faible au sein du Pays du Val d'Adour, de l'ordre de 2,6% sur l'ensemble des résidences principales. Ce taux est inférieur à toutes les échelles de comparaison, à savoir 5,2% dans le Gers, 9,1% en Pyrénées-Atlantiques, 9,6% en Hautes-Pyrénées et 14,7% en France métropolitaine. Alors que les CC Leez et Adour et Les Castels ne comptent aucune résidence HLM, leur part est de 4,3% dans l'EPCI Bastides et Vallons du Gers. Notons que 9 des 10 communes isolées n'accueillent aucune résidence HLM sur leur territoire.

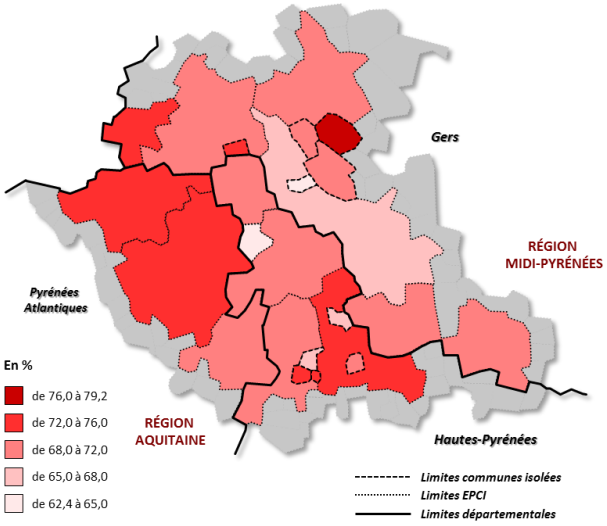


	Résidences HLM	Part
CC Adour Rustan Arros	16	0,9%
CC Bastides et Vallons du Gers	113	4,3%
CC des Hautes Vallées de Gascogne	54	3,5%
CC du Canton de Garlin	24	1,6%
CC du Canton de Lembeye en Vic Bilh	4	0,2%
CC du Madiranais	10	1,6%
CC du Val d'Adour	35	1,6%
CC Leez et Adour	0	0,0%
CC Les Castels	0	0,0%
CC Monts et Vallées de l'Adour	52	2,6%
CC Terres d'Armagnac	41	4,1%
CC Vic-Montaner	186	4,1%
PAYS DU VAL D'ADOUR	**553**	**2,6%**
Gers	4227	5,2%
Pyrénées-Atlantiques	25993	9,1%
Hautes-Pyrénées	9848	9,6%
France métropolitaine	3900516	14,7%

2.4. ACTIVITÉ, EMPLOI, REVENUS

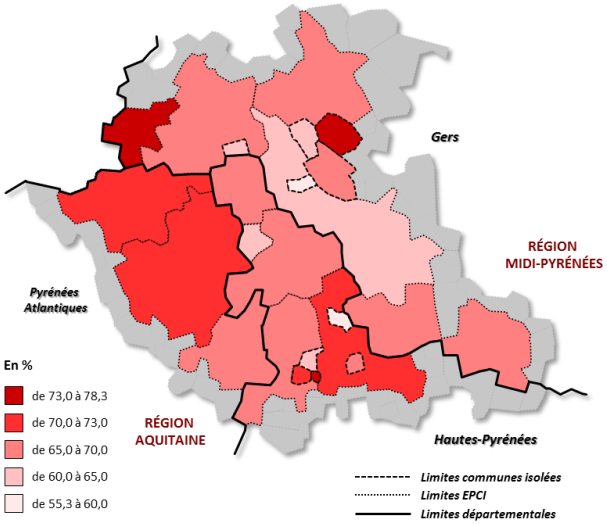
2.4.1. UN TAUX D'ACTIVITE PROCHE DE CEUX DES TERRITOIRES DE COMPARAISON

En 2008, le taux d'activité des 15-64 ans dans le Pays du Val d'Adour est de 71,2%, soit très proche des moyennes de comparaison : 72,1% pour le Gers, 71,2% en Pyrénées-Atlantiques, 70,5% en Hautes-Pyrénées et 71,7% sur le territoire national. Les Communautés de Communes composant le Pays présentent toutefois des différences marquées, avec un taux d'activité de 62,4% pour la CC Les Castels contre 75% d'actifs dans la CC du Canton de Garlin.



	Population active	Taux
CC Adour Rustan Arros	2053	74,3%
CC Bastides et Vallons du Gers	2283	66,6%
CC des Hautes Vallées de Gascogne	1500	69,6%
CC du Canton de Garlin	1634	75,0%
CC du Canton de Lembeye en Vic Bilh	2305	74,7%
CC du Madiranais	630	69,3%
CC du Val d'Adour	2097	70,8%
CC Leez et Adour	387	73,3%
CC Les Castels	163	62,4%
CC Monts et Vallées de l'Adour	1921	69,7%
CC Terres d'Armagnac	895	71,2%
CC Vic-Montaner	4800	70,9%
PAYS DU VAL D'ADOUR	**21791**	**71,2%**
Gers	80623	72,1%
Pyrénées-Atlantiques	291185	71,2%
Hautes-Pyrénées	99972	70,5%
France métropolitaine	28961390	71,7%

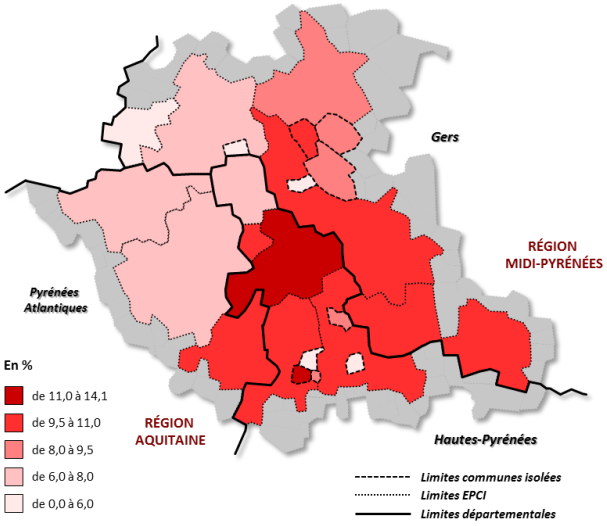
Concernant le taux d'activité féminin, il est similaire aux échelles de comparaison, avec 68,1% de femmes actives au Pays du Val d'Adour, 68,7% dans le Gers, 67,6% dans les Pyrénées-Atlantiques, 68,3% dans les Hautes-Pyrénées et 67,8% en France métropolitaine. Notons ici également des disparités entre les EPCI et les communes du Pays, puisque le taux le plus élevé est enregistré à Villenave-près-Marsac (78,3%), le plus faible à Saint-Aunix-Lengros (55,3%, bien que cette part ne représente que 27 actives sur 48).



	Population active féminine	Taux
CC Adour Rustan Arros	972	71,4%
CC Bastides et Vallons du Gers	1068	62,8%
CC des Hautes Vallées de Gascogne	701	66,0%
CC du Canton de Garlin	745	72,0%
CC du Canton de Lembeye en Vic Bilh	1064	71,3%
CC du Madiranais	285	66,6%
CC du Val d'Adour	984	66,5%
CC Leez et Adour	192	74,9%
CC Les Castels	75	61,1%
CC Monts et Vallées de l'Adour	924	67,2%
CC Terres d'Armagnac	415	68,0%
CC Vic-Montaner	2282	68,5%
PAYS DU VAL D'ADOUR	**10242**	**68,1%**
Gers	38608	68,7%
Pyrénées-Atlantiques	139409	67,6%
Hautes-Pyrénées	48501	68,3%
France métropolitaine	13819176	67,8%

2.4.2. UN TAUX DE CHOMAGE UN PEU MOINS ELEVE QU'AUX ECHELLES DE COMPARAISON

Le Pays du Val d'Adour affiche un taux de chômage (9,1%) un peu moins élevé que les autres échelles de comparaison. Seul le Gers présente une moyenne inférieure, avec 8,4% de chômeurs. Le territoire national enregistre quant à lui un taux de 11,1% en 2008. Au niveau des Communautés de communes, des différences sont à noter, avec un taux de chômage de 17,3% pour la CC Monts et Vallées de l'Adour contre 37,2% pour la CC Les Castels.

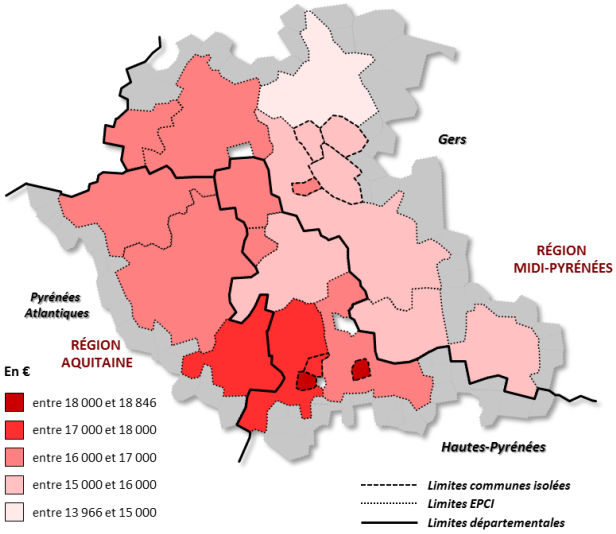


	Chômeurs	Taux
CC Adour Rustan Arros	218	10,6%
CC Bastides et Vallons du Gers	226	9,9%
CC des Hautes Vallées de Gascogne	147	9,8%
CC du Canton de Garlin	111	6,8%
CC du Canton de Lembeye en Vic Bilh	154	6,7%
CC du Madiranais	48	7,6%
CC du Val d'Adour	256	12,2%
CC Leez et Adour	19	4,8%
CC Les Castels	17	10,1%
CC Monts et Vallées de l'Adour	140	7,3%
CC Terres d'Armagnac	78	8,7%
CC Vic-Montaner	478	10,0%
PAYS DU VAL D'ADOUR	**1994**	**9,1%**
Gers	6783	8,4%
Pyrénées-Atlantiques	28093	9,6%
Hautes-Pyrénées	10872	10,9%
France métropolitaine	3215904	11,1%

2.4.3. DES REVENUS INFERIEURS AUX MOYENNES DEPARTEMENTALES ET NATIONALE

Le Pays du Val d'Adour est caractérisé par des niveaux de revenus relativement faibles au regard des moyennes départementales et nationale, notamment dans l'Est du Pays. En effet, toutes les Communautés de communes composant le Pays présentent un revenu annuel médian par unité de

consommation inférieur à la moyenne nationale (18 355 euros), allant de 13 966 euros pour la CC Terres d'Armagnac à 17 243 euros pour la CC Vic-Montaner.

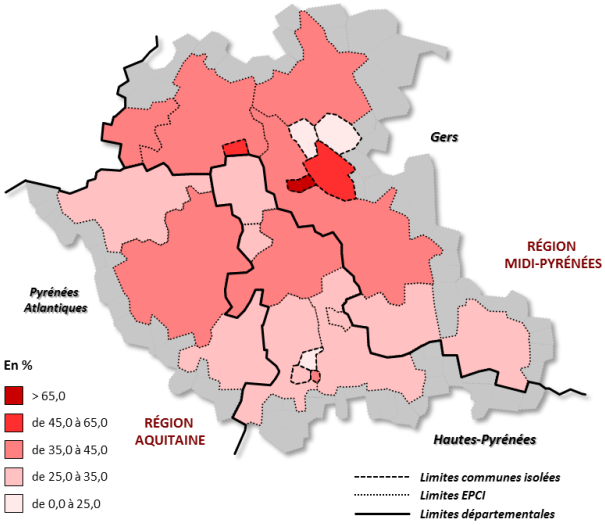


	Montant
CC Adour Rustan Arros	16 513 €
CC Bastides et Vallons du Gers	15 153 €
CC des Hautes Vallées de Gascogne	15 867 €
CC du Canton de Garlin	16 370 €
CC du Canton de Lembeye en Vic Bilh	16 252 €
CC du Madiranais	16 153 €
CC du Val d'Adour	15 602 €
CC Leez et Adour	16 409 €
CC Les Castels	16 449 €
CC Monts et Vallées de l'Adour	16 453 €
CC Terres d'Armagnac	13 966 €
CC Vic-Montaner	17 243 €
PAYS DU VAL D'ADOUR	-
Gers	16 904 €
Pyrénées-Atlantiques	18 617 €
Hautes-Pyrénées	17 414 €
France métropolitaine	18 355 €

2.5. AUTONOMIE ET DÉPENDANCE

2.5.1. UNE PART DE PERSONNES AGEES VIVANT SEULES INFERIEURE A CELLE DES TERRITOIRES RETENUS POUR LA COMPARAISON

Dans le Pays du Val d'Adour en 2008, 34,9% des personnes âgées de plus de 80 ans vivent seules. Cette part est inférieure à celle des trois départements sur lesquels s'étend le Pays (38,6% dans le Gers, 44,6% dans les Pyrénées-Atlantiques, 44,5% dans les Hautes-Pyrénées) et à l'échelle nationale (42,7%). Les EPCI présentent des différences assez marquées sur ce point, les personnes âgées vivant seules étant davantage représentées dans les CC du Canton de Lembeye en Vic Bilh (38,3%), Leez et Adour (38,5%) et Monts et Vallées de l'Adour (38%).



	Effectifs	Part
CC Adour Rustan Arros	91	33,1%
CC Bastides et Vallons du Gers	162	36,4%
CC des Hautes Vallées de Gascogne	89	32,4%
CC du Canton de Garlin	73	26,9%
CC du Canton de Lembeye en Vic Bilh	138	38,3%
CC du Madiranais	35	32,3%
CC du Val d'Adour	125	37,7%
CC Leez et Adour	25	38,5%
CC Les Castels	9	25,5%
CC Monts et Vallées de l'Adour	131	38,2%
CC Terres d'Armagnac	74	38,0%
CC Vic-Montaner	207	34,6%
PAYS DU VAL D'ADOUR	**1217**	**34,9%**
Gers	4792	38,6%
Pyrénées-Atlantiques	16036	44,6%
Hautes-Pyrénées	6292	44,5%
France métropolitaine	1341140	42,7%

2.5.2. APA

Les données sont disponibles uniquement pour les cantons des départements des Hautes-Pyrénées et du Gers.

APA à domicile par canton par GIR au 30/06/12 – département Hautes-Pyrénées

Canton	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Total APA
Maubourguet	1	7	9	68	85
Rabastens	1	7	19	50	77
Vic-en-Bigorre	0	17	21	100	138

APA à domicile par canton et par GIR au 31/03/12 – département du Gers

Canton	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Total APA
Aignan	5	25	20	81	131
Marciac	4	17	14	73	108
Miélan	5	25	38	124	192
Plaisance	3	28	22	113	166
Riscle	7	39	39	118	205

Ce qu'il faut retenir…

- Une augmentation de la population entre 1999 et 2008, des différences entre EPCI et communes
- Un nombre de naissance en évolution mais un indice de jeunesse relativement faible comparativement aux échelles départementales et nationale
- Une population âgée importante mais une progression moins marquée qu'au niveau national
- Une part de logements sociaux largement inférieure au niveau national ainsi qu'à celle des trois départements
- Un taux de chômage moins élevé par rapport à celui des territoires de comparaison
- Un taux d'activité féminin similaire à ceux des départements et du territoire national, malgré des différences à l'échelle intercommunautaire
- Un niveau de revenu relativement faible au regard des territoires retenus pour la comparaison, notamment dans l'Est du Pays
- Une part de personnes âgées de 80 ans et plus vivant seules inférieure à celle des territoires de comparaison, des disparités entre EPCI et communes

2.6. QUELQUES ÉLÉMENTS D'ÉTAT DE SANTÉ

L'état de santé des populations peut être caractérisé par plusieurs indicateurs, des indicateurs objectifs, de mortalité et de morbidité et des indicateurs subjectifs tels que l'état de santé perçu. Dans cette mission, ce sont sur les indicateurs d'état de santé objectifs que nous portons l'attention. Cette analyse descriptive mobilise des données concernant les taux comparatifs de mortalité et de mortalité prématurée[6] et taux comparatifs de mortalité par grandes causes[7] ainsi que les taux comparatifs d'incidence[8] des principales affections de longue durée (ALD).

Les données, transmises par l'ARS Midi-Pyrénées sont disponibles au niveau des bassins de santé Tarbes/Vic, Nogaro et Auch. Ces mêmes données n'ont pu être transmises par l'ARS des Pyrénées-Atlantiques.

Des taux comparatifs de mortalité[9] relativement proches des moyennes départementales, régionales et nationale

Sur la période 2006-2008 les taux de mortalité générale annuelle standardisés sont proches des moyennes départementales et régionales dans les 3 bassins de santé étudiés. Ils sont inférieurs dans les bassins d'Auch et de Nogaro (985 décès pour 100 000 habitants) par rapport au département du Gers, à la région Midi-Pyrénées et à la France métropolitaine (respectivement 985,8, 1009,2 et 1089,7).

Concernant la mortalité prématurée[10], elle est relativement élevée dans le bassin de santé de Nogaro (336,8 pour 100 000 habitants) et proche dans les 2 autres bassins de santé des moyennes départementales et régionales. En effet, les taux de mortalité prématurée sont de 256,6 pour 100 000 habitants dans le bassin de Tarbes-Vic, de 262,9 dans celui d'Auch contre 255,4 dans le Gers, 275,2 dans les Hautes-Pyrénées, 241 dans la région Midi-Pyrénées et 280,1 en France métropolitaine. Notons une mortalité prématurée évitable liée aux comportements à risque plus importants dans les 3 bassins de santé par rapport aux moyennes de comparaison.

[6] La mortalité prématurée en France où l'espérance de vie est de 77,6 ans pour les hommes et 84,2 ans pour les femmes, correspond à la mortalité survenue avant 65 ans.

[7] Le taux comparatif est le taux de mortalité que l'on observerait si la population du territoire avait la même structure par âge que la population de référence qui est celle de la France métropolitaine (RP 2006). Il présente l'avantage d'éliminer les effets de différences de structure par âge liées au vieillissement de la population.

[8] L'incidence des ALD correspond au nombre de nouveaux cas déclarés sur une période donnée

[9] Le taux comparatif est le taux de mortalité que l'on observerait si la population du territoire avait la même structure par âge que la population de référence qui est celle de la France métropolitaine (RP 2006). Il présente l'avantage d'éliminer les effets de différences de structure par âge liées au vieillissement de la population.

[10] La mortalité prématurée en France où l'espérance de vie est de 77,6 ans pour les hommes et 84,2 ans pour les femmes, correspond à la mortalité survenue avant 65 ans.

			TARBES-VIC		Hautes-Pyrénées	Midi-Pyrénées	France métro.
	État de santé général		Nbre	Taux	Taux	Taux	Taux
1	Mortalité générale (TSM)	H	681	1064,9	1108,1	1009,2	**1089,7**
		F	674	597,4	603,2	586,4	**619,2**
2	Mortalité prématurée (TSM)	H	144	256,6	275,2	241,0	**280,1**
		F	82	139,4	131,0	115,9	**126,3**
3	Mortal. préma. évitable liée aux comportements.à risque (TSM)	H	50	90,3	101,4	85,3	**104,6**
		F	22	37,9	32,7	25,5	**30,0**
4	Mortalité préma. évitable par le système de soins (TSM)	H	24	41,1	38,5	32,0	**39,3**
		F	23	38,7	40,1	37,3	**40,0**

			AUCH		Gers	Midi-Pyrénées	France métro.
	État de santé général		Nbre	Taux	Taux	Taux	Taux
1	Mortalité générale (TSM)	H	538	985,3	985,8	1009,2	**1089,7**
		F	485	565,4	583,4	586,4	**619,2**
2	Mortalité prématurée (TSM)	H	112	262,9	255,4	241,0	**280,1**
		F	53	121,1	117,4	115,9	**126,3**
3	Mortal. préma. évitable liée aux comportements.à risque (TSM)	H	43	107,4	97,6	85,3	**104,6**
		F	12	28,0	24,6	25,5	**30,0**
4	Mortalité préma. évitable par le système de soins (TSM)	H	14	32,2	30,4	32,0	**39,3**
		F	16	35,7	36,1	37,3	**40,0**

			NOGARO		Gers	Midi-Pyrénées	France métro.
	État de santé général		Nbre	Taux	Taux	Taux	Taux
1	Mortalité générale (TSM)	H	136	1109,5	985,8	1009,2	**1089,7**
		F	128	627,7	583,4	586,4	**619,2**
2	Mortalité prématurée (TSM)	H	29	336,8	255,4	241,0	**280,1**
		F	13	150,7	117,4	115,9	**126,3**
3	Mortal. préma. évitable liée aux comportements.à risque (TSM)	H	10	115,8	97,6	85,3	**104,6**
		F	2	19,2	24,6	25,5	**30,0**
4	Mortalité préma. évitable par le système de soins (TSM)	H	2	25,7	30,4	32,0	**39,3**
		F	5	56,2	36,1	37,3	**40,0**

Des taux comparatifs d'incidence des affections de longue durée[11] plutôt supérieurs aux moyennes départementales et régionales notamment dans le bassin de santé d'Auch, plutôt inférieurs dans les bassins de Tarbes-Vic et de Nogaro

Les taux d'incidence sont dépendants à la fois d'éléments ayant trait aux déterminants de la santé (conditions de vie, de travail, nutrition…), aux démarches de prévention des professionnels et des personnes ainsi qu'au dépistage des pathologies.

Sur la période 2006-2008, les taux comparatifs annuels d'incidence des ALD (taux comparatifs pour 100 000 habitants) sont pour la plupart supérieurs dans le bassin de santé d'Auch comparativement aux moyennes départementales et régionales, supérieurs dans le bassin de Tarbes-Vic concernant les ALD « cancers » et « cardiopathies ischémiques », inférieurs dans le bassin de Nogaro pour toutes les ALD étudiées.

	Auch	Tarbes-Vic	Nogaro	Gers	Hautes-Pyrénées	Midi-Pyrénées
ALD cancers	445,8	454,1	248,9	421,6	431,8	423,6
ALD maladies cardiovasculaires	719,7	687,7	565,8	702,9	702,2	702,6
ALD cardiopathies ischémiques	166,7	179,6	107,2	155,4	177,1	155,6

[11] L'incidence des ALD correspond au nombre de nouveaux cas déclarés sur une période donnée.

ALD accidents vasculaires cérébrales	68,9	59,8	52,0	68,7	67,5	64,5
ALD diabète	266,1	271,4	223,1	272,5	273,1	273,8
ALD maladies d'Alzheimer et apparentées	84,2	72,5	50,2	81,8	72,0	91,9

Rappelons toutefois que les bassins de santé d'Auch et de Tarbes-Vic sont étendus et que les cantons du Pays du Val d'Adour ne représentent qu'une partie du territoire.

3. ANALYSE DE L'OFFRE DE SERVICES MEDICO-SOCIAUX ET DE SANTE AU REGARD DES BESOINS ACTUELS ET A VENIR

3.1. ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ : DES ENJEUX EN TERMES DE DÉMOGRAPHIE, DE CONTINUITÉ ET DE COORDINATION DES ACCOMPAGNEMENTS ET PROFESSIONNELS

L'accès aux soins et à la prévention renvoie aux possibilités, pour un individu, de bénéficier de tous les accompagnements médicaux et médico-sociaux existants, qu'ils soient préventifs, éducatifs ou curatifs. Il intègre les notions de volume de soins ainsi que de trajectoires suivies dans le système et de type de soins délivré par ce dernier. Il peut donc être influencé par les comportements de recours au système de soins des patients ainsi que par la capacité du système à offrir les différents services nécessaires à la santé et au bien-être de chacun.

La problématique se décline selon le type de freins à l'accès aux soins et selon les publics. Nous identifions trois problématiques distinctes :

- les **difficultés financières d'accès aux soins** liées en partie à la problématique de l'accès aux droits mais aussi aux tarifs et dépassements d'honoraires pratiqués par certains professionnels et non pris en charge dans le panier de soins de la CMUC
- les **difficultés géographiques d'accès aux soins** principalement liées à la problématique de démographie médicale qui regroupe trois questions majeures : la diminution globale prévue du nombre de certains professionnels de santé dans les années à venir, les déséquilibres entre territoires qui se font déjà ressentir (de manière générale les zones rurales et les zones urbaines sensibles connaissent un déficit de médecins libéraux par rapport à la moyenne française) et enfin les aspirations des jeunes médecins et la féminisation de la profession qui imposent une réorganisation du fonctionnement de l'offre de services de santé. Ces difficultés concernent également la problématique de mobilité des personnes.
- les **difficultés sociales d'accès aux soins et à la prévention** qui renvoient aux représentations des individus de leur santé et du système de santé, à l'information transmise, à la coordination des acteurs et à la clarté de l'offre de services médico-sociaux et de santé.

3.1.1. UNE DEMOGRAPHIQUE MEDICALE PREOCCUPANTE SUR PLUSIEURS TERRITOIRES

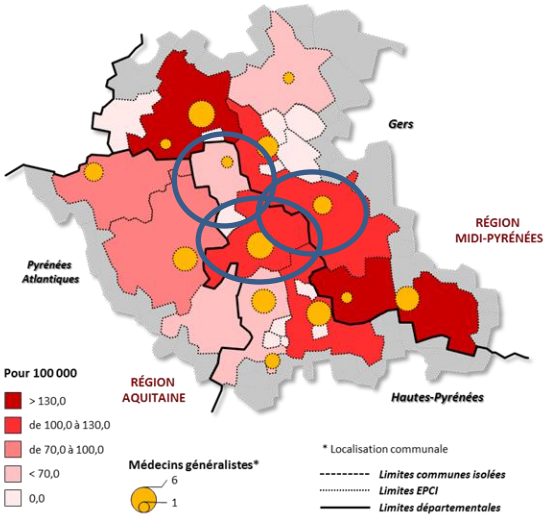
L'offre de services de santé se répartit entre les établissements hospitaliers (publics ou privés) et les professionnels médicaux et paramédicaux du secteur ambulatoire, ces derniers pouvant exercer en libéral ou de façon salariée dans un centre de santé. S'ajoutent à cette offre des dispositifs ou organisations qui permettent de développer la coordination et la prévention autour de certaines problématiques de santé telles que les réseaux de santé, les dispositifs institutionnels ou associatifs.

A analyser avec précaution du fait de l'effet frontière créé par l'indicateur, **les densités de professionnels médicaux sur le territoire du Pays du Val d'Adour sont globalement plus faibles que celles des trois départements concernés par la zone d'étude et de la France métropolitaine.** Avec

47 médecins généralistes installés sur le territoire, la densité de professionnels pour 100 000 habitants est de 91,2 contre 115,5 dans le département du Gers, 116,9 dans les Pyrénées-Atlantiques, 123,1 dans les Hautes-Pyrénées et 103,4 en France métropolitaine.

	Effectifs	Densités (pour 100 000 habitants)
PAYS DU VAL D'ADOUR	**47**	**91,2**
Gers	214	115,5
Pyrénées-Atlantiques	757	116,9
Hautes-Pyrénées	282	123,1
France métropolitaine	64261	103,4

Au niveau des Communautés de Communes, on note des densités plus faibles sur l'ouest et le nord-est du Pays du Val d'Adour. Les CC Terres d'Armagnac et Vic-Montaner présentent des densités inférieures à 70 professionnels pour 100 000 habitants ; celles de canton de Lembeye et du canton de Garlin respectivement de 97 et 82.



A la question de la densité doit être ajoutée celle de l'âge des professionnels, le risque étant sur certains territoires de voir un nombre important de professionnels cesser leur activité.

Sur l'ensemble du territoire, 23 des 47 professionnels de santé devraient cesser leur activité à un horizon de 1 à 10 ans, soit la 50% d'entre eux, la demande se répercutant sur les professionnels en activité et l'accès aux soins devenant alors particulièrement difficile.

Ainsi, sur le Pays du Val d'Adour la situation de 3 cantons apparait préoccupante (Marciac, Maubourguet et Castelnau), l'ensemble des médecins généralistes ayant plus de 55 ans en 2012.

	Nombre de médecins	+ 55 ans
Canton de Vic-en-Bigorre	8	3
Canton de Maubourguet	5	5
Canton de Castelnau	1	1
Canton de Rabastens	5	1
Canton d'Aignan	1	0
Canton de Riscle	7	3
Canton de Plaisance	4	1
Canton de Marciac	3	3

Canton de Miélan	4	1
Canton de Lembeye	5	3
Canton de Montaner	0	0
Canton de Garlin	3	2

Malgré les efforts réalisés et l'existence de locaux récents et adaptés à l'exercice regroupé à Maubourguet, les perspectives de repreneurs du cabinet sont faibles. Les professionnels du canton de Marciac sont, quant à eux, impliqués dans un projet de Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) dont les effets sur l'attraction de jeunes médecins sont attendus.

La grande majorité des professionnels de santé ayant répondu à l'enquête, notamment médecins, infirmiers et pharmaciens soulignent leurs inquiétudes quant au manque d'offre médicale actuel et à venir sur le territoire, notamment dans un contexte de vieillissement de la population.

Certains cantons ne connaissent pas les mêmes difficultés. Les groupes médicaux y sont plus jeunes et le recrutement de nouveaux professionnels ne posent pas de problèmes spécifiques. Le groupe médical de 5 professionnels de Rabastens-de-Bigorre explique cette situation plus avantageuse par l'organisation interne du travail, les locaux et les modalités de groupement des professionnels (honoraires non partagés).

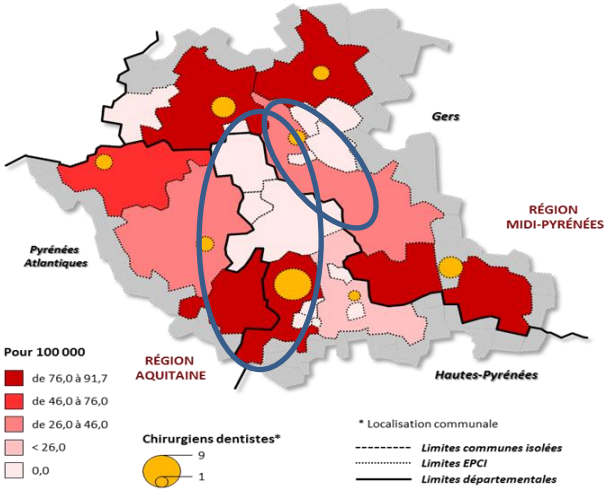
Néanmoins, si les autres cantons du territoire génèrent moins d'inquiétudes à court terme, la faible densité de professionnels sur l'ensemble du territoire, les conséquences de la disparition de l'offre sur certains cantons limitrophes ainsi que la configuration du territoire et l'habitat dispersé sont des facteurs qui **induisent une réflexion globale sur la situation du Pays en termes de démographie médicale.**

Pour ce qui est de l'offre de médecins spécialistes, peu de professionnels sont installés sur le territoire. 2 ophtalmologues, un cardiologue, un psychiatre et un centre de radiologie composé de 3 médecins sont installés à Vic-en-Bigorre. La majorité de ces professionnels ont plus de 55 ans (ophtalmologues, psychiatre, 1 radiologue).

Soulignons que plusieurs professionnels de santé ayant répondu à l'enquête par questionnaire pointe le manque et l'éloignement géographique des médecins spécialistes, notamment des ophtalmologues (pédiatre, homéopathe, gynécologue cité par un professionnel).

Concernant l'offre dentaire, des difficultés similaires sont constatées. La densité globale de professionnels sur le territoire est inférieure aux moyennes des départements retenus pour la comparaison et de la France métropolitaine (cf. tableau ci-après).

	Effectifs	Densités (pour 100 000 habitants)
PAYS DU VAL D'ADOUR	**25**	**48,5**
Gers	121	65,3
Pyrénées-Atlantiques	577	89,1
Hautes-Pyrénées	161	70,3
France métropolitaine	38122	61,4



Au niveau des Communautés de Communes, ce sont celles du centre du territoire qui présentent les densités de professionnels les plus faibles (pas de professionnels dans les CC du Madiranais, des Castels et du Val d'Adour, 22 professionnels pour 100 000 habitants pour la CC Adour Rustan Arros, 33,4 et 38,7 respectivement pour les CC Bastides et Vallons du Gers et canton de Lembeye).

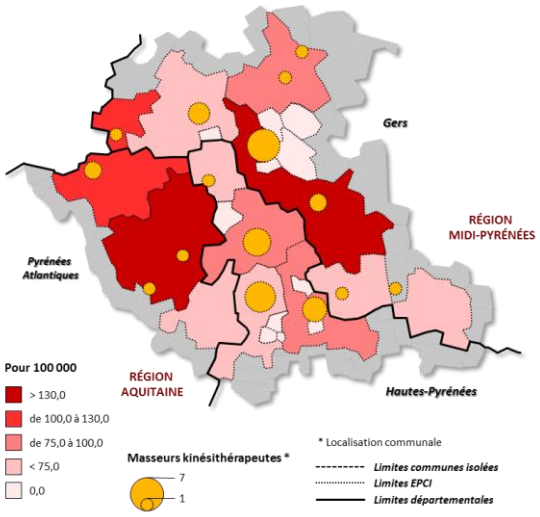
La situation est préoccupante sur le canton de Marciac où il n'y a aucun professionnel et sur la zone des Hautes-Pyrénées, dans la mesure où les cantons de Castelnau et Maubourguet sont également dépourvus de dentistes et où 5 des 9 professionnels du canton de Vic-en-Bigorre ont plus de 55 ans.

Enfin, pour ce qui est de l'offre de services hospitaliers, le territoire ne possède aucun établissement. L'offre est principalement concentrée dans les villes d'Auch, Tarbes, Pau (cf. cartes en annexe). Tarbes constitue le centre d'attraction non seulement des habitants de cantons des Hautes-Pyrénées mais également de ceux des cantons de Marciac, Plaisance et Miélan dans le Gers. L'hôpital local de Nogaro dans le Gers possède une attraction relativement faible sur le territoire. Notons également l'offre existante à Aire sur l'Adour et Mont-de-Marsan qui peuvent également constituer des pôles d'attraction pour la population du Pays du Val d'Adour, notamment pour les habitants des cantons de Riscle et d'Aignan.

3.1.2. Une demographie paramedicale satisfaisante qui masque certaines problematiques

La démographie paramédicale sur le Pays du Val d'Adour est plus satisfaisante que la démographie médicale. En effet, la **densité d'infirmiers libéraux est largement supérieure** aux moyennes départementales et nationale (378,4 infirmiers pour 100 000 habitants contre 160 dans le Gers et les

Pyrénées-Atlantiques, 211,7 dans les Hautes-Pyrénées et 107,5 en France métropolitaine), celle des kinésithérapeutes reste relativement proche de celle des territoires de notre panel de comparaison (85,4 kinésithérapeutes pour 100 000 habitants contre respectivement 84,7, 132,8, 94,3 et 90,8).

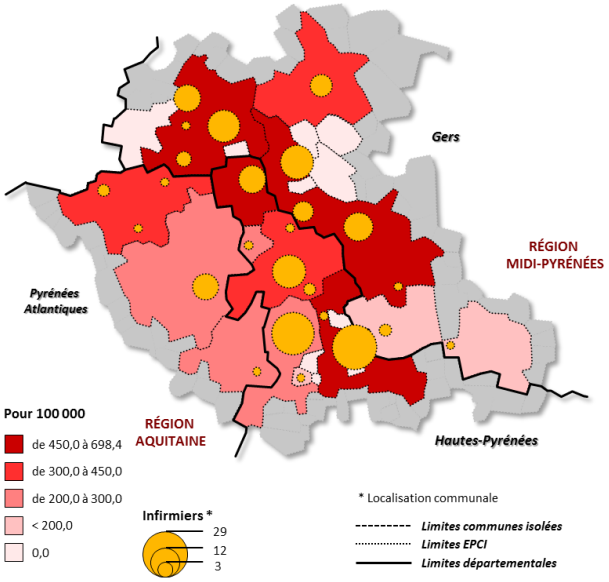


La répartition des kinésithérapeutes est relativement homogène sur le territoire.

Les CC Bastides et Vallons du Gers, Canton de Lembeye, Leez et Adour et Canton de Garlin se caractérisent par des densités de professionnels supérieures à 100 pour 100 000 habitants.

Quant à l'offre de professionnels infirmiers, elle est particulièrement importante sur le territoire. **Néanmoins, un déficit de professionnels est noté sur la zone ouest du Pays**, le canton de Garlin étant considéré comme sous-doté par l'ARS, ceux de Lembeye et de Vic-en-Bigorre comme intermédiaires.

Par ailleurs, **la densité élevée de professionnels tend cependant à masquer certaines difficultés.** En effet, un manque de disponibilité des infirmiers libéraux est souligné pouvant être à l'origine d'un report de tâches vers les SSIAD et les SAAD dans le cadre de la prise en charge à domicile des personnes âgées en situation de dépendance.



Plusieurs éléments d'explication peuvent être apportés. Au-delà d'un nombre de professionnels insuffisants au regard des besoins et des demandes dans un territoire rural présentant une part importante de personnes âgées et induisant des temps de déplacement importants, les infirmiers libéraux tendent à se détourner des tâches de nursing qui peuvent être effectuées par les aides-soignants d'un SSIAD sous la supervision d'une infirmière coordinatrice. Par ailleurs, suite à l'engagement de la profession infirmière sur la région Midi-Pyrénées de s'installer en zones sous-

dotées ou intermédiaires définies par l'ARS en contrepartie de la non limitation du nombre d'actes journaliers réalisés, une interrogation est soulevée quant à l'installation de professionnels sur le territoire du Pays du Val d'Adour exerçant par la suite en majorité auprès de personnes résidant sur Tarbes et ses environs. *Si pour les 5 médecins généralistes ayant répondu à l'enquête, plus de 90% de leurs patients résident dans le canton où ils exercent (Lembeye, Marciac et Maubourguet), parmi les 5 infirmiers libéraux ayant répondu à l'enquête, ce pourcentage est de 70% pour l'un d'entre eux et de 20% pour un autre professionnels, témoignant d'une zone d'attraction et d'intervention plus large chez les infirmiers que chez les médecins généralistes.*

3.1.3. La permanence des soins et la gestion des urgences, des problematiques partagees par les territoires du Pays du Val d'Adour

La permanence des soins (PDS) est une organisation de l'offre de soins, libérale et hospitalière, qui permet de maintenir la continuité et l'égalité de l'accès aux soins, notamment aux heures habituelles de fermeture des cabinets médicaux ; elle permet de répondre aux demandes de soins non programmés par des moyens structurés, adaptés et régulés (cf. lexique).

La fréquence des gardes est fonction de l'étendue des zones d'intervention qui tend à s'accroître et du nombre de professionnels impliqués dans le roulement, ainsi celle-ci peut aller d'un week-end sur 4 et un jour de semaine sur 4 pour chaque professionnel sur certains territoires du Pays à 1 week-end sur 18 et un jour de semaine sur 18 sur d'autres territoires selon le nombre de professionnels impliqués dans la PDS. **Si les professionnels sont organisés sur tous les territoires du Pays, des insuffisances sont pointées telles que des fermetures de cabinet prolongées et des visites à domicile de plus en plus rares de la part des professionnels.** Par ailleurs, les évolutions de la démographie médicale sur le territoire compliquent l'organisation de la permanence des soins, la cessation prochaine d'activité de certains professionnels impliquant une fréquence des gardes plus importantes pouvant freiner l'installation de jeunes professionnels. **Par ailleurs, soulignons un besoin de développement de l'information des habitants concernant l'organisation de la permanence des soins dans un objectif de réponse adaptée et efficace aux problématiques de santé et de désengorgement des services d'urgence.** *Des points de vigilance sont soulevés par plusieurs professionnels ayant répondu à l'enquête. Parmi les 16 professionnels ayant déclaré participer à la PDS, 4 pointent le manque d'information des habitants concernant l'organisation et la tenue des permanences, un professionnel souligne le manque de coordination et de concertation entre professionnels de santé de métier différent dans l'organisation de la PDS, exprimant le regret qu'un médecin et une pharmacie d'un territoire ne soient pas de permanence en même temps, des inquiétudes quant à la sécurité sont également exprimées. Enfin, 3 des 5 médecins généralistes ayant répondu à l'enquête apparaissent réticents quant au projet actuel de l'ARS concernant la PDS.*

Concernant l'accès aux urgences hospitalières, si leur saturation est une problématique centrale de l'ensemble du système de santé et ce dans les trois départements concernés par la zone d'étude, **l'accès à ces services constituent une autre difficulté pour le Pays du Val d'Adour, principalement pour les cantons du Gers, du fait de l'éloignement géographique par rapport aux services d'urgence**

situés à Auch, Tarbes et Pau. L'antenne du SMUR à Aires sur l'Adour pourrait constituer une réponse notamment pour les cantons de Riscle et d'Aignan mais celle-ci ne fonctionne pas pleinement du fait notamment de difficultés de recrutement de professionnels.

Les questions de permanence des soins et d'accès aux urgences apparaissent centrales pour le Pays du Val d'Adour. Ces caractéristiques géographiques créent des contraintes pour la population et les professionnels mais les besoins sont importants. L'augmentation du nombre de personnes âgées et de la dépendance induit des réponses adaptées en termes d'offre de services de santé d'urgence, et de proximité.

3.1.4. PREVENTION ET EDUCATION A LA SANTE : UN MANQUE D'HOMOGENEITE DES ACTIONS PORTEES PAR LES ACTEURS INSTITUTIONNELS ET ASSOCIATIFS

Les orientations régionales mettent l'accent sur la prévention comme facteur de réduction des inégalités de santé. **Les professionnels de santé, notamment médecins généralistes, sont au cœur de ces démarches mais rencontrent, à l'instar de l'ensemble du territoire national, certaines difficultés liées à un manque de temps** *(3 des 5 médecins généralistes ayant répondu à l'enquête, 2 des 5 infirmières et 3 des 5 pharmaciens déclarent manquer de temps)*, **une rémunération non adaptée à ce type d'accompagnement** *(tous les médecins généralistes, 3 des 5 infirmières et 2 des 5 pharmaciens soulignent cet élément)* **et des difficultés de positionnement par rapport à d'autres professionnels et/ou structures.** *La superposition des missions et compétences ainsi que le manque de clarté des activités de prévention et d'éducation à la santé sont mis en avant par 11 des 20 répondants.*

Peu d'interventions associatives pérennes en matière de prévention, de dépistage et d'éducation à la santé sont recensées sur le territoire. Des actions ponctuelles sont mises en place à destination des personnes âgées par la CARSAT, la MSA ou encore France Alzheimer notamment dont la pérennisation et l'homogénéisation sur le territoire apparaît pertinente notamment dans un contexte de vieillissement de la population. De même, des dispositifs intéressants sont mis en œuvre sur les cantons des Hautes-Pyrénées en matière d'accompagnement vers les droits, les soins et la prévention des personnes les plus éloignées du système de santé. Néanmoins, des difficultés d'accès à un accompagnement psychologique et à un suivi des questions d'addiction sur certaines zones du Pays sont pointées. Certains professionnels soulignent le nombre de plus en plus important de personnes en situation sociale et/ou familiale difficile et en situation d'isolement, situations accroissant l'éloignement face au système de santé, le report voire le non recours aux soins ou à une prise en charge psychosociale. Dans un tel contexte la prévention et l'éducation à la santé n'apparaissent souvent pas prioritaires pour les personnes et nécessitent un réel travail de la part des professionnels.

De façon générale, **il existe un besoin de développement d'une culture de la prévention et de l'éducation à la santé sur le territoire, les personnes présentant encore parfois certaines réticences.**

3.1.5. DES COORDINATIONS ET COOPERATIONS A RENFORCER POUR UN ACCOMPAGNEMENT ACCESSIBLE, GLOBAL ET CONTINU DES PERSONNES

Un déficit de coordination et d'homogénéisation des pratiques entre professionnels de santé est noté. A cela s'ajoute une méconnaissance des secteurs médico-social et social reconnue par certains professionnels de santé qui est à l'origine d'un manque de coordination.

Si des dispositifs de coordination sont à l'œuvre (accompagnements santé des personnes présentant des difficultés sociales ou psycho-sociales vers l'accès aux droits et vers les services de santé, réseaux de santé notamment palliatifs…) **ou en projet** (pôle de santé sur le nord des Hautes-Pyrénées[12], mise en place de la télémédecine entre le CEDEPT, l'EHPAD de Castelnau et le CHS de Lannemezan), **une attention particulière doit être portée sur ce point permettant de pallier certaines difficultés liées à la démographie médicale et de proposer des prises en charge préventives, globales et continues.**

Entre professionnels de santé, un regret est exprimé par certains quant à la sous-utilisation des moyens de communication et de coordination cryptés qui pourraient faciliter les relations entre professionnels de ville ainsi qu'entre professionnels de ville et hospitaliers. Au-delà du secteur médical, la coordination se fait la plupart du temps de façon ponctuelle sur des situations complexes. Il n'y a pas de rencontres régulières formalisées entre les partenaires par manque de temps notamment pour les professionnels libéraux dont le mode de rémunération n'est pas adapté à la mise en place de coordinations opérationnelles efficaces.

Près de la moitié des professionnels de santé ayant répondu à l'enquête soulignent le manque de coordination et de concertation entre professionnels de santé, notamment avec les professionnels du champ psychiatrique ainsi qu'entre professionnels de santé et professionnels du champ social et médico-social (dont les EHPAD). A ce titre, tous les médecins généralistes, tous les pharmaciens et 4 des 5 infirmières ayant répondu à l'enquête déclarent rencontrer des difficultés dans l'identification des professionnels et structures des secteurs médico-social et social notamment dans le cadre de l'accompagnement des personnes présentant une situation sociale complexe (notons que pour la

[12] Projet élaboré correspondant à un cahier des charges défini par l'ARS des Midi-Pyrénées, le pôle de santé du nord des Hautes-Pyrénées (canton de Vic-en-Bigorre, Maubourguet, Rabastens-de-Bigorre et Castelnau) mettra en lien les groupes médicaux, cabinets infirmiers, pharmacies et autres professionnels de santé qui souhaiteront s'impliquer dans la démarche. La structuration du pôle de santé passe par la constitution d'une société SIFA permettant la rémunération de ses membres (à partir de revenus versés par l'ARS pendant 3 ans, pour l'instant non pérennes) et la facturation à l'assurance maladie, mutuelles et autres organismes complémentaires. Elle passe également par l'utilisation d'une messagerie sécurisée entre professionnels (Medimail) ainsi que l'installation d'un système d'informations partagé (Chorus).
Il offre des perspectives intéressantes en matière :
- de coordination des professionnels de santé
- d'expérimentation de nouveaux types de rémunération
- de formation de jeunes professionnels (par l'accueil de stagiaires) : 4 professionnels sont actuellement en cours de validation du DUMG permettant l'accueil de stagiaires (2 à Rabastens-de-Bigorre et 2 à Vic-en-Bigorre)
- de permanences des soins
ainsi que la possibilité :
- de faire venir des médecins spécialistes sur une ou plusieurs demi-journées pour la réalisation de consultations
- de travailler de manière concertée sur l'élaboration de protocoles de prises en charge avec ou non délégation de tâches

prise en charge de ces personnes un manque de temps, d'outils et des difficultés avec certains patients pour répondre à leurs attentes sont également exprimés) et plus de la moitié des professionnels ressentent un manque de coordination entre professionnels de santé, entre ville et hôpital et avec le secteur social dans le cadre de la prise en charge des malades chroniques.

En revanche, dans le champ médico-social et notamment l'accompagnement des personnes âgées les acteurs soulignent globalement l'existence d'une synergie entre personnes, structures et services (CLIC, CCAS, SAAD, SSIAD, EHPAD) à pérenniser.

Ce qu'il faut retenir…

- Des densités de médecins généralistes et de dentistes inférieures aux moyennes départementales et nationale
- Une démographie médicale particulièrement préoccupante sur les cantons de Maubourguet, Castelnau et Marciac dans la mesure où tous les médecins sont âgés de plus de 55 ans
- Une MSP en fonctionnement à Lembeye et un projet en cours sur Marciac, des attentes concernant l'attraction de nouveaux professionnels de santé
- Pas d'offre hospitalière sur le territoire, celle de Tarbes constitue le principal pôle d'attraction pour les habitants du Val d'Adour
- Une densité de kinésithérapeutes dans la moyenne basse des territoires retenus pour la comparaison ; une répartition géographique relativement homogène de ces professionnels sur le territoire
- Une densité de d'infirmiers largement supérieure aux moyennes départementales et nationale, néanmoins un déficit de professionnels sur la zone ouest du Pays et des professionnels du secteur médico-social qui soulignent le manque de disponibilité des infirmiers libéraux sur la majorité des territoires
- Une permanence des soins assurée par les professionnels de santé organisés en roulement mais des dysfonctionnements (professionnels qui ne font plus de visites, fermetures prolongées de cabinet …) soulignés par certains acteurs et un manque d'information des habitants
- Une majorité des territoires du Pays, notamment les cantons du Gers, en difficulté concernant l'accès aux urgences du fait de l'éloignement géographique et des axes routiers
- Un déficit de coordination et d'homogénéisation des pratiques entre professionnels de santé, entre professionnels de ville et professionnels hospitaliers
- Une méconnaissance des secteurs médico-social et social reconnu par certains professionnels de santé, un manque de coordination
- Un projet de pôle de santé, particulièrement intéressant permettant de renforcer la coordination sur le territoire du nord des Hautes-Pyrénées ; des attentes fortes en matière d'attraction de stagiaires et donc de jeunes professionnels
- Peu d'interventions associatives pérennes en matière de prévention, de dépistage et d'éducation à la santé sont recensées sur le territoire ; une culture de la prévention et de l'éducation à la santé à développer sur le territoire
- Des difficultés d'accès aux soins pour les personnes non motorisées ainsi que celles éloignées du système de santé ; des accompagnements santé des personnes présentant des difficultés sociales ou psycho-sociales sur la zone des Hautes-Pyrénées

3.2. ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL DES PERSONNES AGEES : UNE OFFRE RICHE ET DIVERSIFIEE, DES MARGES DE PROGRESSION EN MATIERE DE COORDINATION ET D'ADAPTATION AUX BESOINS FUTURS

L'évolution démographique de la France, comme de beaucoup de pays occidentaux, place les politiques publiques face à de nouveaux enjeux. Les plus de 60 ans qui étaient 12,5 millions en 2000 seront 17 millions en 2020 soit une augmentation de près de 40% en 20 ans[13]. Les personnes de plus de 80 ans, âge à partir duquel la perte d'autonomie s'accentue seront 4 millions en 2020, soit 80% de plus qu'en 2000[14].

Face à la grande diversité de situations des personnes âgées allant d'un vieillissement actif à un vieillissement pathologique, il s'agit de s'interroger sur les « personnes âgées », leur place dans la société, la prévention des problématiques liées à la dépendance et les manières les plus pertinentes de les accompagner de façon à retarder l'apparition des situations de grande dépendance et à favoriser le « bien vieillir ».

Les actions et dispositifs à destination des personnes âgées s'orientent donc vers différents axes :

- la qualité de vie à domicile par la coordination de l'ensemble de tous les intervenants (aide familiale, aide-ménagère, aide-soignante, portage de repas…)
- la mise en place d'actions de prévention, d'animation et de lutte contre l'isolement pour favoriser le « bien vieillir »
- la diversification de l'offre d'accueil pour personnes âgées permettant d'accueillir de façon permanente les personnes âgées nécessitant davantage d'attention, confrontées à un état de dépendance physique / psychique ou de façon temporaire participant ainsi au maintien à domicile des personnes
- l'accompagnement et le soutien des aidants familiaux

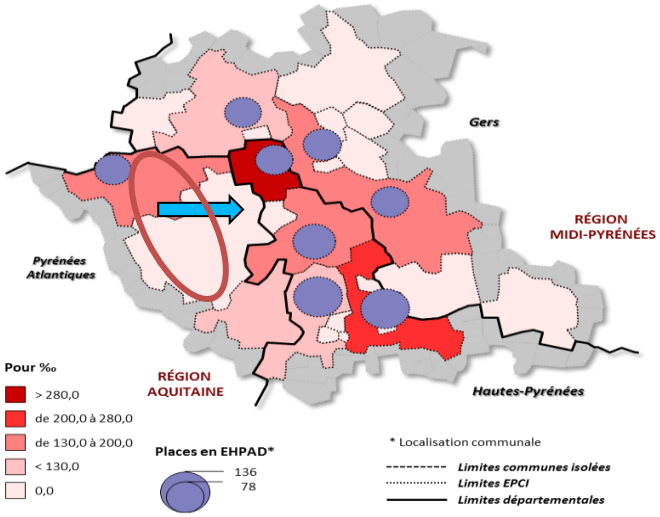
3.2.1. UN TERRITOIRE BIEN DOTE EN STRUCTURES D'HEBERGEMENT

Bien que rarement plébiscités par les personnes, les établissements pour personnes âgées sont pourtant indispensables à certaines prises charges. Les structures d'hébergement pour personnes âgées constituent un maillon du maintien à domicile par le biais d'une offre d'hébergement temporaire permettant de soulager les aidants familiaux et restent une solution d'hébergement permettant de rompre l'isolement ou de prendre en charge la grande dépendance.

[13] Rapport de la Cours des Comptes au Président de la République, *« Les Personnes âgées dépendantes »,* novembre 2005.
[14] ibid.

Un territoire bien doté en structures d'hébergement pour personnes âgées

Le Pays du Val d'Adour affiche un taux d'équipement en lits EHPAD supérieur aux moyennes départementales et nationale, soit 110 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus (97,9 places pour la France Métropolitaine).



Territoire	Nombre de places en EHAPD	Taux d'équipement
Pays du Val d'Adour	**776**	**110,6**
Gers	2247	92,9
Pyrénées-Atlantiques	6906	97,6
Hautes-Pyrénées	2854	101,7
France métropolitaine	527791	97,9

Selon la cartographie ci-dessus, l'offre en EHPAD est concentrée sur l'axe routier central majeur Vic-en-Bigorre/Maubourguet/Riscle. L'hôpital de Vic-en-Bigorre, antenne de l'hôpital de Tarbes propose l'intégralité des dispositifs et structures des filières gériatrique et Alzheimer de l'hôpital (SRR, UCC, USLD, EHPAD, PASA, consultations gériatriques, centre mémoire, HT, AJ) et constitue une ressource particulièrement importante pour le Pays du Val d'Adour. La zone Ouest du Pays (cantons de Lembeye et de Montaner) est, quant à elle, dépourvue de structure. Notons une tentative de projet sur la commune de Lembeye, aujourd'hui caduc par manque de moyens. Ce déficit de places sur cette partie géographique du territoire ne semble pas alerter l'ARS dans la mesure où les personnes âgées peuvent se rendre sur les cantons voisins mieux dotées en structures.

Malgré un taux d'équipement global relativement élevé, les acteurs locaux soulignent leurs inquiétudes quant à la fermeture de certaines places d'EHPAD sur le Nord et le Centre du Pays (EHPAD de Maubourguet : diminution de 100 à 80 places et EHPAD de Castelnau) devant être redéployées sur le territoire de Tarbes alors que la demande reste importante. Ce projet s'inscrit dans le schéma départemental du CG selon des critères de bassins dits d'urgence.

De plus, la gestion des listes d'attente des personnes âgées à l'entrée en EHPAD est complexe car n'étant pas commune à l'ensemble des structures, les personnes font des demandes auprès de plusieurs structures avec des niveaux d'urgence très divers ce qui demande un suivi et une mise à jour des listes réguliers. Des attentes concernant une meilleure coordination des demandes d'entrée en EHPAD au niveau du Pays, prise en charge par exemple par les CLIC, sont exprimées.

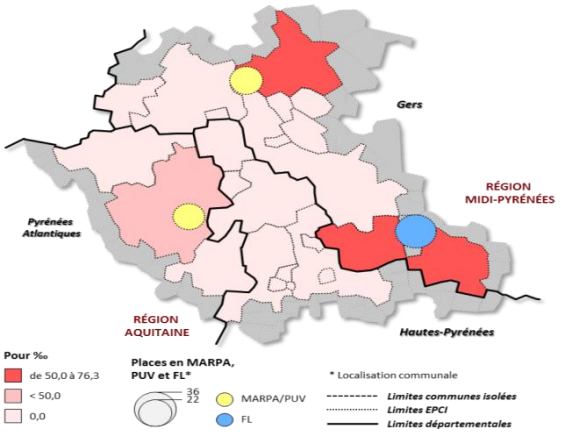
Enfin, notons un accroissement des entrées en EHPAD de plus en plus tardives et du niveau de dépendance des personnes âgées ce qui implique des moyens humains importants et des

compétences spécifiques (professionnels médicaux et sociaux formés sur la prise en charge et l'accompagnement des malades Alzheimer et maladies apparentées, temps de psychologues, d'ergothérapeutes…). Pour faire face aux besoins dans un contexte financier contraint les mutualisations de personnels et de formations entre établissement apparaissent comme une voie pertinente et attendue des financeurs à développer.

Les directeurs d'EHPAD rencontrés indiquent apprécier l'intervention du réseau ARCADE qui s'adresse aux personnes atteintes de maladies graves et évolutives nécessitant une prise en charge médico-psycho-sociale coordonnée et continue quel que soit leur lieu de vie : à domicile, en EHPAD ou en établissement de santé et de l'Hospitalisation à domicile au sein de certains EHPAD, ces structures apportant des ressources humaines supplémentaires dans le cas de gestion de fin de vie notamment.

Une offre de logement intermédiaire qui connaît des difficultés de remplissage

Concernant l'offre de logement intermédiaire, à savoir, Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées (MARPA), Petites Unités de Vie (PUV) et Foyers-logement (FL), elle est de 82 places sur le territoire, soit 11,7 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus (dont 36 places de foyer-logement situées sur la commune de Miélan qui n'appartient au Pays du Val d'Adour).



Territoire	Nombre de places en MARPA/PUV	Nombre de places en FL
Pays du Val d'Adour	46	36

L'entrée dans un logement intermédiaire constitue une étape souvent difficile dans la vie d'une personne âgée qui déséquilibre son système familial et social, toutefois ce type de structure répond à des besoins particuliers pour certaines personnes en début de perte d'autonomie et/ou en situation d'isolement.

Le foyer-logement de Miélan, comme beaucoup d'autres FL sur le territoire national, connait des difficultés de remplissage du fait à la fois de la préférence des personnes pour le domicile en milieu rural notamment, d'une offre pas toujours adaptée aux besoins des personnes âgées (faible taille des logements, promiscuité…) et également de freins financiers (taux jour trop élevé par rapport aux

revenus des personnes âgées). Les FL accueillent aujourd'hui souvent d'autres populations que les personnes âgées (jeunes travailleurs…).

Les MARPA et PUV sont des concepts récents (imaginées par la MSA au milieu des années 80 pour ce qui est des MARPA), projets de développement local innovants et adaptés aux territoires ruraux. En effet, elles présentent des atouts en termes de maintien de l'autonomie des personnes et de mobilisation du tissu associatif local.

Toutefois, ces structures comme les foyers-logement sont dans l'impossibilité d'accueillir des personnes âgées trop dépendantes dans la mesure où elles ne sont pas médicalisées ; des difficultés dans l'accompagnement des personnes jusqu'en fin de vie peuvent donc être rencontrées par les professionnels face à des personnes qui ne souhaitent pas se diriger vers une entrée en EHPAD.

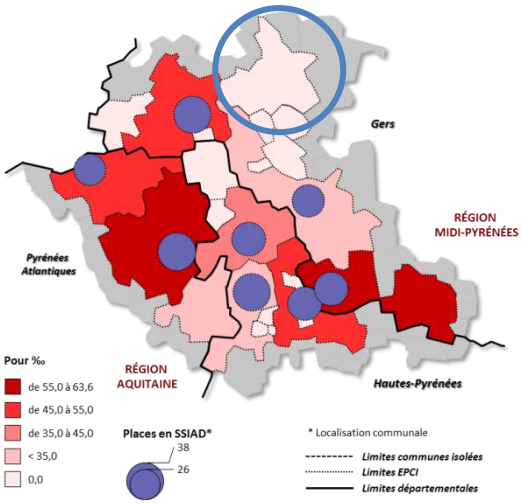
Le besoin en termes de logement intermédiaire pour personnes âgées et le devenir du FL restent donc à être interroger en tenant compte à la fois de l'évolution des mentalités et également des arrivées sur le territoire.

3.2.2. Un maintien a domicile dependant de l'offre de services de sante et des coordination entre professionnels

Le maintien à domicile des personnes âgées est largement conditionné par l'offre de services médico-sociaux et de santé et leur coordination autour de la personne âgée.

La démographie médicale actuelle et ses évolutions sur plusieurs cantons du Pays du Val d'Adour peuvent limiter les possibilités de maintien et de bien vieillir à domicile tandis que les personnes âgées sont fortement représentées sur le territoire, tendance devant s'accentuer dans les prochaines années (pour rappel les projections démographiques anticipent une progression de 12,2% entre 2008 et 2018 et de 16,7% à l'horizon 2023 du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus). C'est donc en tenant compte de ces évolutions démographiques qu'il s'agit d'apprécier la couverture de l'offre médicale et paramédicale libérale actuelle et à venir.

Les SSIAD constituent également des acteurs majeurs de cet accompagnement à domicile réalisant des soins sous la responsabilité d'une infirmière coordinatrice qui permettent d'éviter des hospitalisations, de faciliter le retour à domicile des personnes hospitalisées ou encore de retarder l'admission des personnes en établissement d'hébergement. Avec 253 places en 2012, le Pays du Val d'Adour bénéficie d'une offre relativement importante au regard de celles des territoires départementaux retenus pour la comparaison (36,1 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus dans le Pays du Val d'Adour contre 22,8 dans le Gers, 18,2 dans les Pyrénées-Atlantiques, 22 dans les Hautes-Pyrénées et 21 en France métropolitaine). La répartition des structures et donc des places est relativement cohérente et homogène sur le territoire, d'autant plus que l'offre complétée par l'intervention du SSIAD de Nogaro sur le canton d'Aignan. En 2011, le SSIAD de Nogaro a pris en charge 12 personnes du canton d'Aignan, soit 24,5% de sa patientèle.



Toutefois, une insuffisance de places est notée, renforcée par un contexte de délaissement de certains actes de nursing par les infirmiers libéraux et par l'augmentation du niveau de dépendance à domicile. Certains cabinets infirmiers faisant le choix de ne pas réaliser de toilettes, les personnes se tournent vers les SSIAD dont les interventions sont particulièrement appréciées qui ne peuvent pas toujours répondre à la demande. Les SAAD peuvent alors être contraint de réaliser des interventions qui vont au-delà de leur champ de compétences. De plus, les demandes étant souvent formulées pour des interventions en début et fin de journée, l'insuffisance de places de SSIAD et le manque de disponibilité des infirmiers libéraux se ressentent, entraînant un décalage des heures de lever, de coucher et de repas.

Toujours dans le cadre du maintien à domicile des personnes âgées, soulignons **la mise en place récente d'une équipe mobile gériatrique à vocation extrahospitalière par l'hôpital de Vic-en-Bigorre**[15] ayant pour objectifs des interventions préventives à domicile afin d'éviter les hospitalisations ainsi que la gestion de cas complexes. La spécificité des problématiques liées au vieillissement rend souvent l'accompagnement et la continuité des prises en charge des personnes âgées complexes pour les professionnels de santé et médico-sociaux. Cette équipe constitue une ressource pertinente qui mérite un travail de communication auprès des professionnels notamment de santé.

[15] L'équipe mobile gériatrique portée par l'hôpital de Vic-en-Bigorre est une équipe pluridisciplinaire composée d'un médecin, d'une infirmière, d'un travailleur social et d'un psychologue. Elle a pour vocation d'intervenir à l'extérieur de l'hôpital, à domicile ou en EHPAD pour réaliser des évaluations médico-psycho-sociales et fonctionnelles des personnes âgées fragilisées, à la demande des professionnels de santé (médecin traitant, infirmier libéral…). Son objectif est de soutenir et accompagner les professionnels de santé libéraux afin de :
- préserver ou améliorer l'autonomie des patients
- dépister et/ou prévenir les troubles de l'équilibre, les chutes, le syndrome de régression psychomoteur, la dénutrition, les troubles de la mémoire, la iatrogénie...
- proposer et aider à l'orientation après l'hospitalisation
- faciliter le maintien ou le retour à domicile dans les meilleures conditions possibles avec, si besoin, un suivi après l'hospitalisation
- organiser une hospitalisation différée des patients ne nécessitant pas une hospitalisation immédiate
- participer aux décisions thérapeutiques dans les situations complexes afin d'éviter une hospitalisation

Enfin, concernant la coordination, **le repérage des CLIC sur tous les territoires, principalement dans les cantons du Gers, par les habitants et les professionnels mérite d'être renforcé et les sorties d'hospitalisation travaillées** dans la mesure où des difficultés persistent notamment suite aux courts séjours, difficultés souvent palliées par la solidarité familiale et de voisinage.

3.2.3. DES AIDANTS FAMILIAUX AU CŒUR DE L'ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL DES PERSONNES AGEES

Les aidants familiaux sont des acteurs centraux du maintien à domicile des personnes âgées. En France, le nombre de personnes aidées à domicile est estimé à 3,6 millions dont 8 sur 10 le sont par leur entourage. Les aidants font face à des situations particulièrement difficiles induisant un épuisement physique et psychique très important.

Quatre types de besoin des aidants peuvent être identifiés :

- un besoin d'information sur les dispositifs existants et les problématiques liées à la problématique sociale ou médico-sociale rencontrée
- un besoin d'écoute
- un besoin de construction de liens de confiance permettant à la fois qu'ils s'autorisent à avoir une aide et qu'ils acceptent des intervenants extérieurs
- un besoin de répit

Le niveau de dépendance des personnes âgées vivant à domicile renforce ce besoin de soutien aux aidants.

Une réalité de besoins, des réponses particulièrement difficiles à construire

En matière d'accompagnement des aidants familiaux, l'offre sur le Pays du Val d'Adour apparaît diversifiée mais néanmoins hétérogène à la fois en termes géographique, de contenu et de fréquence. Des groupes de paroles, de soutien psychologique, d'art thérapie, des sorties, des conférences, des formations sont proposés par différents acteurs insitutionnels et associatifs tels que les CLIC, les CG, les CARSAT, les MSA, France Alzheimer... Les SAAD ont également un rôle de soutien des aidants dans la mesure où ils sont en contact parfois quotidien avec les personnes aidés et leur famille.

A titre d'exemple, une action partenariale intéressante est portée par le département le CLIC VMG dont l'action concernent les cantons des Hautes-Pyrénées, à savoir un programme de soutien aux aidants annuel sur 3 demi-journées à destination des familles de personnes âgées dont l'objectif est de faire reconnaitre les médecins gériatres hospitaliers, les travailleurs sociaux, les kinésithérapeutes, les psychothérapeutes. L'intervention d'un conseiller en matériel médical permet la diffusion d'informations médicales et techniques utiles à l'accompagnement du vieillissement. Depuis la mise en place de ce programme, 100 aidants ont participé dont les retours cette action sont globalement positifs.

Il existe également un projet de soutien aux aidants qui démarre sur les territoires de Marciac, Plaisance et Miélan porté par le Conseil général du Gers en lien avec la Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer du Gers.

Un programme de formation des aidants réalisé par un binôme psychologue/bénévole de l'association est également proposé par France Alzheimer. Nécessitant la constitution d'un groupe de 8 personnes, la mise en place de sessions sur le Pays du Val d'Adour doit s'appuyer sur des relais institutionnels et professionnels afin de renforcer l'information et l'orientation des familles.

Il est à souligner que des besoins en matière de soutien aux aidants ne sont pas pleinement couverts notamment sur les cantons de Riscle et Aignan qui dépendent du CLIC de Nogaro qui ne propose pas d'actions collectives par manque de temps. Un travail de partenariat entre les CLIC du Gers et des Hautes Pyrénées apparaît pertinent à développer.

Notons néanmoins que la fréquentation de ces divers dispositifs est variable selon les cantons et l'antériorité de l'action. En effet, les outils proposés tels que les groupes de paroles permettant à des personnes aidantes de se retrouver, de discuter ensemble et d'échanger sur leurs expériences ou encore les conférences permettant la transmission d'informations préventives sont souvent peu fréquentés par les personnes concernées. Les zones rurales semblent difficiles à toucher. Il ressort des difficultés de repérage des « aidants familiaux » et d'identification de leurs besoins et attentes, enjeu fort puisque l'amélioration de la connaissance de ce public pourrait permettre une intervention plus préventive. Les aidants sollicitent des aides lorsqu'ils sont en difficultés. Dès lors, il apparaît particulièrement difficile de toucher le public cible en amont des situations de crise, l'intervention préventive n'est donc que peu réalisable. Le rôle de relais de la part des professionnels de santé concernant la détection, l'information et l'orientation vers ces actions semble alors à renforcer. L'intégration de l'aidant dans l'accompagnement de l'aidé ainsi que son adhésion apparaissent aujourd'hui indispensable à une prise en charge de qualité. Afin d'éviter leur épuisement face à un travail quotidien auxquels ils ne sont ni préparés et ni formés, il s'agit de réfléchir collectivement aux supports adaptés à une communication, une diffusion de l'information, un échange et un soutien de l'entourage des personnes âgées dépendantes efficaces.

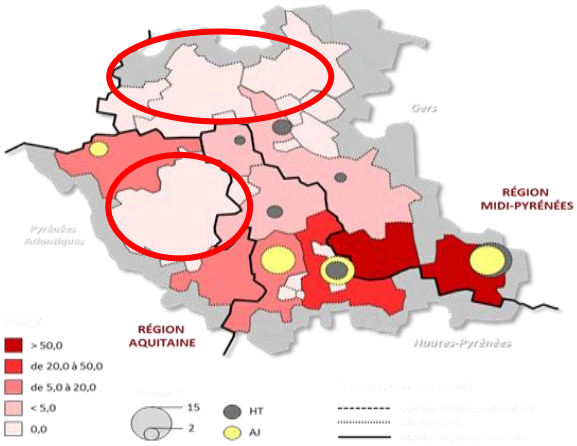
Les accueils temporaires, une offre indispensable, des interrogations quant à leur pertinence en milieu rural

Conformément aux orientations des schémas personnes âgées et personnes handicapées, ont été développées des solutions favorisant le répit des aidants notamment des lieux d'accueils temporaires à destination des personnes âgées. Au-delà de leurs apports en termes de répit, cette offre remplit un véritable rôle de préparation à l'entrée définitive en EHPAD, en contribuant à faire évoluer les représentations négatives associées aux EHPAD.

Le Pays du Val d'Adour présente un taux d'équipement en accueil temporaire (regroupant accueil de jour et hébergement temporaire) supérieur aux moyennes départementales et nationale ; 63 places d'accueil temporaire sur le Pays, soit près de 9 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus contre 3,9 places dans le Gers, 3,8 dans les Pyrénées-Atlantiques, 4,2 dans les Hautes-Pyrénées et 3,6 places à l'échelle de la France. Néanmoins, l'accueil de jour et l'hébergement temporaire

répondent à des besoins différents. Les taux d'équipement sur le Pays du Val d'Adour sont de 4,8 places en accueil de jour et de 4,1 places en hébergement temporaire pour 1000 habitants âgés de 75 ans et plus, taux supérieurs aux départements composant le panel de comparaison et à la moyenne nationale.

Toutefois, de fortes disparités existent sur le territoire, l'offre étant principalement concentrée sur la zone sud/sud-est du pays.



Par ailleurs, cette offre d'accueil temporaire pose question dans la mesure où elle n'est pas toujours utilisée pleinement. La fréquentation et la satisfaction des usagers sont variables selon les structures. L'existence de difficultés de transport dans un territoire à caractère rural peut expliquer le fonctionnement sous-optimal des places. En effet, la mobilité des personnes âgées étant réduite, l'aidant se voit contraint d'accompagner l'aidé pouvant limiter l'attrait pour ce dispositif. Par ailleurs, soulignons des freins d'ordre psychologiques, les aidants ne s'accordant pas toujours le droit de laisser la personne aidée dans ces structures et financiers, les plans d'aide APA ne couvrant pas l'intégralité du coût de fréquentation d'un accueil de jour ou d'un hébergement temporaire. A cela s'ajoute encore la méconnaissance que peuvent avoir les personnes de ce type de solution. Ce sont sur ces différents leviers qu'il s'agit de travailler afin d'offrir une réponse au besoin pourtant existant et exprimé de répit des aidants. **Quant aux places d'hébergement temporaire, elles sont trop souvent utilisées comme étape précédent l'entrée en établissement et tendent alors à se détourner de leur objectif initial** de réponse au besoin de répit ou d'hébergement d'urgence des personnes âgées en cas de difficultés de l'aidant.

Aujourd'hui, les acteurs travaillant en direction des personnes âgées et personnes handicapées réfléchissent de manière concertée à des solutions innovantes en matière de soutien aux aidants adaptées au milieu rural telles que les équipes mobiles de répit (accueil de jour itinérant notamment), les gardes de nuit itinérantes pour lesquelles il existe une réelle demande mais qui restent un service très coûteux, l'accueil familial temporaire… Ils cherchent également à gagner en coordination et mutualisation des moyens et compétences dans l'objectif de proposer aux aidants de la prévention individuelle et collective. Celle-ci peut prendre la forme de groupes de paroles, de formations délivrées aux aidants, d'un guide d'aide aux aidants (naturels et professionnels)…

Ce qu'il faut retenir…

- Un taux d'équipement global en lits EHPAD supérieur aux moyennes départementales et nationale concentrée sur l'axe routier central majeur Vic-en-Bigorre/Maubourguet/Riscle ; des inquiétudes toutefois quant à la fermeture de certaines places d'EHPAD sur le Nord et le Centre du Pays devant être redéployées sur le territoire de Tarbes alors que la demande reste importante
- Des filières gériatriques et Alzheimer complètes à l'hôpital de Vic-en-Bigorre
- Une intervention du réseau ARCADE et de l'HAD appréciée des professionnels
- Une offre de logement intermédiaire qui connaît des difficultés de remplissage du fait de la préférence des personnes pour le domicile en milieu rural notamment, d'une offre non pleinement adaptée aux besoins des personnes âgées et de freins financiers
- Des projets de développement local innovants et adaptés aux territoires ruraux (MARPA et PUV) qui présentent des atouts en termes de maintien de l'autonomie des personnes et de mobilisation du tissu associatif local mais qui restent dans l'impossibilité d'accueillir des personnes âgées trop dépendantes dans la mesure où elles ne sont pas médicalisées
- Un territoire rural où la politique de maintien à domicile est prioritaire mais toutefois conditionnée par une offre de services de santé suffisante ; or la démographie médicale actuelle et ses évolutions sur plusieurs cantons peuvent limiter les possibilités de maintien et de bien vieillir à domicile
- Une couverture relativement homogène et importante du territoire en places de SSIAD mais toutefois insuffisante dans un contexte de délaissement de certains actes de nursing par les infirmiers libéraux et d'augmentation du niveau de dépendance à domicile
- Des difficultés persistantes concernant les sorties d'hospitalisation de court séjour notamment, la solidarité familiale et de voisinage jouant encore un rôle important
- La mise en place récente d'une équipe mobile gériatrique à vocation extrahospitalière par l'hôpital de Vic-en-Bigorre ayant pour objectifs des interventions préventives à domicile afin d'éviter les hospitalisations ainsi que la gestion de cas complexes
- Une offre en matière d'accompagnement des aidants diversifiée mais néanmoins hétérogène à la fois en termes géographique, de contenu et de fréquence (de même pour les actions de prévention à destination des personnes âgées
- Une offre d'accueil de jour et d'hébergement temporaire répondant aux besoins de répit concentrée sur la zone sud du pays ; une fréquentation et une satisfaction des usagers variables selon les structures et l'existence de difficultés de transport
- Des places d'hébergement temporaire qui ne fonctionnent pas à la hauteur des attentes et remplissent un rôle de préparation à l'entrée définitive en EHPAD

4. AXES PRIORITAIRES IDENTIFIES POUR L'ELABORATION DU SCHEMA TERRITORIAL DE SANTE DU PAYS DU VAL D'ADOUR

Au vu du diagnostic réalisé, il est apparu pertinent de retenir trois thématiques de travail collectif, s'inscrivant pleinement dans les axes prioritaires retenus au niveau régional dans le cadre du Plan Stratégique Régional de Santé[16] :

- **Démographie médicale : attraction de jeunes professionnels et coordination**

- **Coordination autour des personnes âgées en situation de dépendance et anticipation du vieillissement de la population**

- **Développement de l'accès aux droits, aux soins, à la prévention et à l'éducation à la santé**

[16] Dans la région Aquitaine les axes du PSRS sont les suivants :
- développer les actions de promotion et d'éducation à la santé
- mettre en place une offre d'éducation thérapeutique accessible à tous
- améliorer la qualité du parcours de soins : continuité et coordination des soins, prévention des risques liés aux soins
- améliorer la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques

Dans la région Midi-Pyrénées, le Projet Régional de Santé est en phase de consultation réglementaire. Les axes prioritaires du PSRS sont les suivants :
- réduire les inégalités sociales de santé
- positionner l'usager au cœur du système de santé
- adapter l'offre à l'évolution des besoins de santé

5. ANNEXES

Annexe 1 : Liste des acteurs locaux rencontrés

Nom du professionnel	Structure
Christiane Autigeon	CC Adour Rustan Arros (65) - Présidente de la commission Services
Jean-Pierre Trinquier	CC du Madiranais (65) - Maire de Castelnau Rivière Basse - Président de la commission Gérontologie Médico-social
Jean Guilhas	CC Val d'Adour (65)- Maire de Maubourguet
Christian Bourbon	CC des Castels (65)
Michel Chantre	CC de Lembeye (64)
Cécile Lonca	CC Vic en Bigorre (65) – Infirmière
Miriam Larroucau	Représentant Conseil de Développement commission « médico-social gérontologie »
Magali Mengelle	Représentant Conseil de Développement commission « médico-social gérontologie » - CLIC VMG
Marie-France Herrou-Wolf	Présidente association porteuse du CLIC VMG - Infirmière
Jean-Michel Blay	ARS – Délégation Territoriale Gers
Bernard Leremboure	ARS – Délégation Territoriale Pyrénées Atlantiques
Anne Danet	ARS – Délégation Territoriale Pyrénées Atlantiques
Véronique Moreau	ARS – Délégation Territoriale Pyrénées Atlantiques
Rebecca Caley	Conseil Général des Hautes Pyrénées – Médecin services sociaux
Jean Carloue	Conseil Général du Gers –Directeur Handicap Dépendance
Yves Houadec	Directeur de l'hôpital de Vic-en-Bigorre antenne géronotologie de l'hôpital de Tarbes
Dr Gasnier	Médecin chef du pôle gériatrique de l'hôpital de Vic-en-Bigorre et chef de service du SSR de Vic-en-Bigorre
Dr Emonet	Médecin Maubouguet
Dr Radonde	Médecin Rabastens-de-Bigorre
Dr Naert	Médecin Marciac
Nadine Baratauth	Infirmière
Francis Durand	Accompagnateur Santé sur les cantons des Hautes-Pyrénées

Annexe 2 : Liste des acteurs locaux présents aux réunions collectives d'analyse partagée et aux groupes de travail

Nom de l'élu ou du professionnel	Structure
Benoît Durand	EHPAD Maubourguet
Corinne Moïse	CLIC Gers Ouest
Nicole Duffourc	France Alzheimer Bigorre
Dominique Petit	ADMR Rivière-Basse
Josette Immery	EHPAD Castelnau Rivière-Basse
Jean-Claude Guillot	CC du Madiranais (65) – Maire de Soublecause

Alain Verger	CC Les Castels – Maire de Villefranque
Fabienne Brescon	EHPAD Curie Sembres Rabastens-de-Bigorre
Odile Terrev	
Alain Guillomet	Maire de Maubourguet
Jean-François Thomas	Maire de Viella
Dr Robert	Ordre des médecins – Conférence de territoire

Nom de l'élu ou du professionnel	Structure
Nathalie Salabert	CG65
Robert Maisonneuve	CC du Val d'Adour
Claude Laffonta	Maire de Larreule
Fanny Dulucq	Pharmacien Castelnau Rivière-Basse
Cécile Lonca	Infirmière libérale
Brigitte Saint-Martin	Pharmacien Maubourguet
Bruno Duvin	Pharmacien Maubourguet
Laurent Baron	Médecin généraliste
Marie-France Herrou-Volff	CLIC VMG – infirmière libérale
Michèle Nart	ADOM Trait d'Union
Fabienne Dauriac	SSIAD – AJ Rabastens-de-Bigorre
Sylvie Dubertraud	CC Val d'Adour – ADMR
Mme Petit	ADMR Maubouguet
Sébastien Saint-Martin	CG65
Karine Guesdon	EHPAD Rabstens-de-Bigorre
Dr Gasnier	Médecin hospitalier – CH Vic-en-Bigorre
Olivia Serrano	Pôle Géronto-MAIA PDPA 32
Madeleine Chassain	Pôle géronto-MAIA MDPA 32
M-C Mendes	Projet en cours maison de repos
Rebecca Caley	CG65
	AJVVT

▪ Annexe 3 : Structures ayant répondu au questionnaire complémentaire envoyé par internet

Structure
Energie M4 – structure d'insertion par l'activité économique
AJVVT – accompagnement des publics en difficultés sociales et/ou professionnelles
ANPAA 32 – accompagnement des personnes en difficulté avec ses pratiques addictives
CLIC Miélan/Marciac/Plaisance
CLIC Riscle/Aignan
France Alzheimer Bigorre
SSIAD de Nogaro

Annexe 4 : Documents et données mobilisés

Documents
Projet de Santé de l'ARS d'Aquitaine – 2012-2016
Plan Stratégique Régional de Santé de l'ARS d'Aquitaine – 2012-2016
Projet de Santé de l'ARS de Midi-Pyrénées – novembre 2011
La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en Midi-Pyrénées - Ordre National des Médecins – juin 2011
Diagnostic Stratégique Habitat, Cadre de vie, Foncier, Urbanisme du Pays du Val d'Adour – mars 2010
Livret d'accueil territorial – CLIC Gers Ouest
Livret d'accueil territorial – CLIC Sud 32
Données statistiques
Données de population – Pays du Val d'Adour – 2012
Listes des professionnels de santé des Hautes-Pyrénées, du Gers et des Pyrénées-Atlantiques – DT ARS des 3 départements – 2012
Données de densités et âge des professionnels de santé – Cartosanté Midi-Pyrénées et Aquitaine – 2010
Données d'état de santé pour les bassins de santé de Nogaro, Auch et Tarbes – ARS Midi-Pyrénées – mai 2012
Données sur les équipements médico-sociaux – CG du Gers – 2012
Données sur les équipements médico-sociaux – DT ARS des Hautes-Pyrénées – 2012
Données sur les équipements médico-sociaux – DT ARS des Pyrénées-Atlantiques – 2012

Annexe 5 : Questionnaire adressé aux structures non rencontrées dans le cadre d'un entretien individuel

Dans le cadre de l'élaboration du Schéma territorial de la Santé du Pays du Val d'Adour, nous souhaiterions recueillir votre avis, remarques et attentes en matière de besoins médico-sociaux et de santé et d'adéquation de l'offre à ces besoins sur le territoire. Ainsi, nous vous demandons de bien vouloir remplir ce rapide questionnaire et de nous transmettre les données pouvant nous être utiles pour la réalisation du diagnostic (rapports d'activité, études réalisées…).

Nous vous remercions par avance pour votre collaboration.

Structure

Pouvez-vous décrire votre structure en quelques lignes (organisation, composition, activités…) ?

Quelles sont vos missions, interventions, actions principales ?

Sur quel territoire intervenez-vous ?

Intervenez-vous sur les cantons suivants :

□ Miélan □ Marciac □ Plaisance □ Riscle □ Aignan □ Castelnau-Rivière-Basse □ Maubourguet

□ Vic-en-Bigorre □Rabastens-de-Bigorre □ Montaner □ Lembeye □ Garlin

Public

Quels sont vos publics cibles (nombre, âge, sexe, lieu de résidence, caractéristiques socioéconomiques…) ?

Quelles caractéristiques et/ou problématiques de ces publics identifiez-vous ?

Avez-vous constaté des évolutions des caractéristiques et/ou problématiques de ces publics ces dernières années ?

Par quel biais rentrez-vous en contact avec votre public cible ? Comment ou par quel professionnel est-il orienté vers votre structure ?

Coordination avec les autres acteurs

Quels sont vos partenaires principaux ?

- financiers
- dans le cadre de la prise en charge
- dans le cadre de montage de projets
- autre

Comment travaillez-vous avec eux ?

Existe-t-il des outils de coordination entre vous et vos partenaires ?

Selon vous, la coordination entre acteurs est-elle suffisante et efficace ? Si non, pouvez-vous justifier ?

Adéquation de l'offre aux besoins médico-sociaux et de santé

Quels sont, selon vous, les atouts du Pays du Val d'Adour en matière d'offre de services médico-sociaux et de santé ?

Identifiez-vous des insuffisances en termes d'offre médico-sociale et de santé au regard des besoins du territoire ?

Avez-vous des attentes, remarques ou suggestions en matière de coordination, d'orientation et d'action médico-sociale et sanitaire concernant le Pays du Val d'Adour ?

Quelles sont vos attentes vis-à-vis de l'élaboration d'un schéma territorial de santé au niveau du Pays du Val d'Adour ?

▪ Annexe 6 : Questionnaire adressé aux professionnels de santé libéraux

Pleinement conscient du contexte et des enjeux liés aux questions de santé ainsi que des réalités locales du territoire en la matière, le Pays du Val d'Adour souhaite fédérer les acteurs locaux et faire de la pérennisation de l'offre de services de santé primaires et de la structuration de l'offre de services médico-sociaux à destination des personnes âgées un projet de développement commun. Dans ce cadre, la Cabinet d'études *Enéis Conseil*, spécialisé dans les politiques sociales, médico-sociales et sanitaires, accompagne le Pays dans la réalisation d'un Diagnostic Territorial de Santé et dans l'élaboration d'un Schéma Territorial de Santé. Accordant la plus grande importance à la réflexion concertée et à la parole de tous les acteurs, nous nous permettons de solliciter votre participation et votre collaboration.

Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire et de le retourner à la SEMADOUR <u>avant le 22 mai 2012</u> :

- Par courrier : SEMADOUR ZI du Marmajou 65700 Maubourguet
- Par fax : 05 62 96 94 17
- Par courriel : semadour@val-adour.com

1. <u>Questions générales</u>

Votre profil

1. Etes-vous ?
☐ médecin généraliste ☐ médecin spécialiste
☐ pharmacien ☐ infirmier
☐ dentiste ☐ kinésithérapeute

2. Si vous êtes médecin spécialiste, pouvez-vous préciser votre spécialité ?.....

3. Depuis combien de temps exercez-vous en tant que professionnel de santé en exercice libéral ?.....

4. Dans quelle commune exercez-vous ?
.....

5. Quel est votre mode d'exercice ?
☐ cabinet individuel
☐ cabinet groupé monodisciplinaire
☐ groupement pluridisciplinaire

6. Etes-vous ?
☐ une femme ☐ un homme

7. Quel âge avez-vous ?.....

Votre patientèle

8. Pouvez-vous indiquer le nombre moyen d'actes mensuels que vous pratiquez ?.....

9. Pouvez-vous indiquez la part approximative de votre patientèle habitant sur :
- le même canton que celui où vous exercez ?.....
- un canton différent dans le même département ?.....
- un autre département ?.....

10. Pouvez-vous indiquer la part approximative des personnes âgées de plus de 65 ans au sein de votre patientèle ?.....

11. Pouvez-vous indiquer la part approximative des personnes âgées de moins de 16 ans au sein de votre patientèle ?.....

12. Pouvez-vous indiquer la part approximative des personnes en ALD au sein de votre patientèle ? .....

13. Pouvez-vous indiquer la part approximative des personnes bénéficiaires de la CMUC au sein de votre patientèle ?.....

2. Organisation de l'offre de soins et pratiques professionnelles

Coordination et partage d'informations

14. Estimez-vous avoir des échanges d'informations suffisants avec :

	Tout à fait	Plutôt	Plutôt pas	Pas du tout	Non concerné
les médecins généralistes					
les médecins spécialistes					
les dentistes					
les pharmaciens					
les professionnels paramédicaux					
les professionnels des structures hospitalières					
les psychiatres et autres professionnels de la santé mentale					
les professionnels des maisons de retraite et des EHPAD					
les professionnels du champ social					

15. Ces échanges avec les autres professionnels de santé sont-ils formalisés ?
☐ tout à fait ☐ plutôt oui ☐ plutôt non ☐ pas du tout

16. Si oui, par quels biais ?
☐ réunions régulières sur des cas spécifiques
☐ dossier patient partagé
☐ procédure systématique d'échanges par mail/courrier
☐ autres……

17. Participez-vous à des réseaux de santé ?
☐ Oui ☐ Non

18. Si oui, lesquels ?.....
……

19. Vos partenaires exercent-ils/sont-ils situés en majorité :
☐ dans le même canton que vous
☐ un autre canton dans le même département
☐ un autre département, lequel ? .....

20. Quels types de partenaires sont situés en dehors du département où vous exercez ?
……
……
……

21. Participez-vous à la permanence des soins ?
☐ Oui ☐ Non ☐ Non concerné

22. Réalisez-vous des permanences en nuit profonde ?
☐ Oui ☐ Non ☐ Non concerné

23. Comment est organisée la permanence des soins sur votre territoire ?.....
……
……
……

24. Identifiez-vous des difficultés/problématiques associées à l'organisation de la permanence des soins sur votre territoire ?.....
……
……
……
……

Prévention et éducation à la santé

25. Pensez-vous avoir les moyens d'être efficace en matière de dépistage, de prévention et d'éducation à la santé ?
☐ tout à fait ☐ plutôt oui ☐ plutôt non ☐ pas du tout

26. Ressentez-vous pour ces activités ? **Si vous estimez ne pas être concerné par cette question cochez cette case : ☐**

	Tout à fait	Plutôt	Plutôt pas	Pas du tout
un manque de temps en consultation				
un manque d'outils				
un mode rémunération non adapté				
une superposition des compétences avec d'autres professionnels/structures				
un manque de clarté de ces activités				
une « résistance » des patients : ce n'est pas ce qu'ils attendent d'une consultation chez le professionnel de santé en question				

27. Quels sont les activités de prévention ou de dépistage pour lesquelles vous souhaiteriez accorder plus d'importance, pratiquer de manière plus systématique ? **Si vous estimez ne pas être concerné par cette question cochez cette case : ☐**

☐ dépistage des cancers, lesquels ?.....
☐ repérage des problèmes de poids/conseils nutritionnels/activité physique
☐ prévention des addictions
☐ contraception pour les jeunes
☐ repérage des interactions médicamenteuses
☐ prévention des troubles liés au stress, aux problèmes de sommeil, aux troubles psychosociaux
☐ prévention buccodentaire
☐ autres……

Globalité des prises en charge et prise en compte des problématiques sociales

28. Pensez-vous avoir les moyens d'être efficace dans la prise en charge et le suivi de patient souffrant de maladies chroniques ? **Si vous estimez ne pas être concerné par cette question cochez cette case : ☐**

☐ tout à fait ☐ plutôt oui ☐ plutôt non ☐ pas du tout

29. Ressentez-vous pour ces activités ? **Si vous estimez ne pas être concerné par cette question cochez cette case : ☐**

	Tout à fait	Plutôt	Plutôt pas	Pas du tout
un manque de temps en consultation				
un manque d'outils				
un mode rémunération non adapté				
une superposition des compétences avec d'autres professionnels/structures				
un manque de clarté de ces activités				
un manque de coordination entre professionnels de santé				
un manque de coordination entre professionnels de ville et professionnels hospitaliers				
un manque de coordination avec le secteur social				

30. Rencontrez-vous des difficultés à prendre en charge des patients connaissant des situations sociales complexes ?

☐ tout à fait ☐ plutôt oui ☐ plutôt non ☐ pas du tout

31. Si oui, à quoi associez-vous ces difficultés ? **Si vous estimez ne pas être concerné par cette question cochez cette case : ☐**

	Tout à fait	**Plutôt**	**Plutôt pas**	**Pas du tout**
un manque de temps en consultation				
un manque d'outils pour prendre en compte les problématiques sociales				
une mauvaise identification des professionnels/structures à solliciter				
des difficultés avec les patients concernés (non respect des rendez-vous, des prescriptions…)				
des difficultés de communication avec les patients liées à des problèmes de langue				
des ruptures de droits dans la couverture maladie des patients				
des attentes particulières de la part des patients (moins de demande préventive, rapidité des prises en charge…)				
autres……				

3. Vos suggestions et vos attentes

32. Identifiez-vous des besoins de santé pour lesquelles la prise en charge dans le Pays du Val d'Adour ne vous paraît pas satisfaisante, incomplète ou inexistante ?.....
……..
……
……
……
……..

33. Anticipez-vous des insuffisances en matière d'offre de soins de santé sur le Pays du Val d'Adour pour les années à venir ? ……..
……..
……
……
……
……..

34. Avez-vous des attentes/réticences vis-à-vis du Schéma Territorial de Santé en cours d'élaboration par le Pays du Val d'Adour ?.....
……..
……
……
……
……..

Annexe 7 : Profil des répondants

	Nombre de réponses	Sexe		Mode d'exercice			Age		Nombre d'actes moyen mensuel			+ de 50% de personnes de plus de 65 dans la patientèle	+ de 20% ALD dans la patientèle
		homme	femme	individuel	groupé mono-disciplinaire	groupé pluridisciplinaire	Plus de 55 ans	50-54 ans	300-400	400-500	+ de 500	-	-
MG	5	1	4	2	1	2	4	1	1	1	3	2	2
Dentistes	4	2	2	3	1	0	2	2	-	-	-	1	2
Infirmiers/kiné	6	1	5	1	2	1	1	0	1	1	1	5	6
Pharmaciens	5	2	1	non concernés			3	0	non concernés			4	4

	Nombre de réponses	Localisation partenaires			Permanence des soins		Nuits profondes	
		même canton	autre canton – même dpt	autre dpt	oui	non	oui	non
MG	5	2	6	1	5	0	3	2
Dentistes	4	4	1	2	2	2	0	4
Infirmiers/kinés	6	4	0	1	6	0	4	2
Pharmaciens	5	3	1	0	4	0	4	0

Annexe 8 : Méthodologie des projections démographiques

Devenues un outil indispensable d'aide à la prise de décision au niveau local, les projections démographiques visent à estimer la population présente sur un territoire à un horizon donné pour ainsi mettre en avant les possibles évolutions du nombre d'habitants répartis par groupe d'âges et par sexe en fonction des hypothèses posées en amont de la projection.

Introduction à l'analyse prospective démographique locale

Il convient, avant de présenter la méthodologie mise en œuvre, de préciser que les projections démographiques ne sont en aucun cas des prévisions. Les projections démographiques sont le résultat d'un ensemble de calculs mettant en avant l'évolution de la population dans les années à venir selon la réalisation de certaines hypothèses posées en amont de la projection. Ces dernières ne sont pas nécessairement réalisables et n'ont pas de valeurs probabilistes. Elles sont issues de l'observation des comportements passés. On parle de perspectives démographiques pour l'ensemble des hypothèses émises. Lorsque ces dernières sont assorties d'un certain degré de réalisation, ces perspectives se transforment en prévisions. Les projections démographiques ne sont donc en aucun cas de simples prévisions. Leur principal objectif est d'éclairer le devenir quantitatif du nombre d'habitants en faisant certaines hypothèses de maintien, prolongement, accentuation ou diminution des tendances passées.

Information générale

Les projections démographiques effectuées pour le Pays du Val d'Adour ont été réalisées à l'échelle du Pays. De ce fait, les résultats obtenus sont des résultats issus de calculs effectués pour l'ensemble du territoire et ne constituent pas une agrégation de résultats issus de projections effectuées pour chacun des cantons ou des communes. Il a été choisi d'effectuer la projection à l'échelle du Pays pour pallier deux contraintes :

- une contrainte méthodologique, qui du fait du nombre d'habitants très peu élevé de certaines communes peut biaiser les résultats obtenus.
- une contrainte technique « imposée » par l'Insee qui ne publie pas les données qui doivent être mobilisées pour la projection pour les communes dont le nombre d'habitants est très faible.

Bien que réalisables à l'échelle du Pays, il convient de préciser qu'effectuer des projections démographiques en agrégeant des données communales présentent un désavantage. En effet, certains phénomènes socio-démographiques observés pour une commune peuvent être mal appréciés et mesurés du fait de leur intégration dans un schéma interactif plus général.

La population d'un territoire est découpée en deux catégories : la population vivant dans un ménage ordinaire et la population hors ménage. La population des ménages correspond à la population vivant dans un logement ordinaire (résidence principale et secondaire). La population vivant hors ménage correspond quant à elle à la population des collectivités (travailleurs logés dans un foyer, étudiants logés en cité universitaire, personnes âgées vivant dans une maison de retraite ou dans un hospice, personnes hospitalisées depuis plus de 3 mois, personnes membres d'une communauté religieuse, personnes recueillies dans un centre d'hébergement ou un centre d'accueil, autres,…) et des personnes en établissements n'ayant pas de résidence personnelle (élèves internes, détenus, militaires vivant en caserne,…). Quel que soit le territoire, la répartition de la population dans une de ces deux catégories ne varient que très sensiblement dans le temps. Au sein du Pays du Val d'Adour, la proportion de la population vivant en ménage est passée de 96,9 % à 96,5% entre 1990 et 1999 puis à 96,3% en 2008. **Les comportements de ces deux types de publics n'étant pas identiques, la projection démographique effectuée pour le de Pays du Val d'Adour est constituée de deux étapes : une projection de la population vivant en ménage ordinaire avec différenciation des différents publics, ainsi**

qu'une projection de la population vivant hors ménage. Les résultats présentés sont issus de l'agrégation des effectifs répartis par âge et sexe obtenus pour chacune des projections.

1. Projection de la population vivant en ménage

➢ Le modèle de projections démographiques locales basé sur l'évolution du parc de logements avec différentiation des publics

Fondées sur un ensemble d'hypothèses issues de l'observation et de l'analyse des comportements passés de la population, et dont l'association définit des scenarii à venir d'évolution, **les projections démographiques sont habituellement réalisées en combinant les trois composantes du renouvellement de la population que sont la mortalité, la fécondité et les mouvements migratoires**. Cette méthodologie, généralement basée sur la Méthode des Composantes, est adaptée pour des territoires comptant un nombre suffisant d'habitants (travaux de l'INSEE à l'échelle nationale, départementale, régionale, ou tout autre territoire important démographiquement, *modèle Omphale 2010*) et dont les mouvements migratoires ont une influence limitée dans le renouvellement de la population. **A une échelle territoriale plus fine, le renouvellement de la population s'effectue principalement via les mouvements migratoires. De ce fait, d'autres variables influençant ces derniers doivent donc être introduites dans la projection. Ces dernières sont la taille des ménages et son évolution, la taille des ménages venant s'installer sur le territoire et son évolution ainsi que la construction de nouveaux logements et leur typologie.** Eneis Conseil utilise ainsi un modèle de projections démographiques qui inclue ces variables ainsi que leurs évolutions dans les prochaines années. Contrairement aux premiers modèles du genre établis par des démographes au cours de années 90, **le modèle de projection écrit et utilisé par Eneis présente également comme avantage de différencier les différents publics qui composent la population** : les personnes sédentaires, c'est-à-dire les personnes présentes en début de projection et toujours susceptibles d'être présentes en fin de projection à l'horizon défini, ainsi que les nouveaux résidents emménageant successivement sur le territoire en fonction des logements disponibles.

➢ Principaux éléments de méthodologie

Les projections démographiques utilisées par Eneis Conseil utilisent un ensemble de données socio-démographiques provenant des différents recensements publiés par l'INSEE (1999, 2006, 2007 et 2008) et de l'Etat Civil. **A noter que la mise en place du Recensement Rénové de la Population en 2006 limite la disponibilité de certaines données**, dans le sens où des comportements socio-démographiques ne peuvent être observés et quantifiés à des échelons infra-départementaux pour la période 2000-2005, pouvant ainsi potentiellement restreindre **le nombre d'hypothèses et scenarii** réalisés.
Aucun document de planification ne fait état du nombre de nouveaux logements à venir dans les prochaines années. **De ce fait, pour éclairer les élus locaux sur l'évolution à venir de la population d'ici une dizaine d'années, des hypothèses larges basées les différents rythmes de constructions passés ont été effectuées, donnant ainsi une amplitude maximale du nombre d'habitants à venir** fonction de différents programmes de construction et de réhabilitation mis en place dans les prochaines années.

Méthodologie et étape de la projection de la population vivant en ménage

Du fait de la non publication de données par âge détaillé (0, 1, 2, 3 ans,…), la projection s'effectue pour des groupes d'âges quinquennaux répartis également par sexe. La projection se fait par bond de 5 ans à partir de l'année de référence. Dans cet exercice, l'année de départ est l'année 2008 (date du dernier recensement de la population en vigueur publié par l'Insee). L'horizon défini est 2023. La population calculée est donc la population présente au 1er janvier 2013, 2018, 2023. Du fait de la non disponibilité de données détaillées

concernant la construction annuelle de logements, il n'est pas possible de déterminer la population présente en 2014, 2015, 2016, 2017, 2019, 2020, 2021 et 2022 sans prendre le risque d'effectuer une extrapolation grossière pouvant biaiser les résultats.

Le modèle de projection mis en place par Eneis est composé de plusieurs étapes et diffère du modèle initial des années 90. Schématiquement, la projection suit le processus suivant :

- **La première étape** consiste à déterminer la population présente en 2023 et issue de la population de référence, c'est-à-dire la population sédentaire qui habitera toujours sur la commune en 2023, en la faisant décéder, émigrer et avoir des enfants.
- A partir des logements du parc déjà existant et des logements à venir, **la seconde étape** consiste à déterminer le nombre de logements occupés par ces sédentaires dans les prochaines années et par conséquent de déterminer le nombre de logements libres pour les nouveaux arrivants.
- **La troisième étape** consiste à calculer le nombre de nouveaux arrivants sur le territoire ainsi que la répartition par âge et sexe ces derniers. Une fois la répartition établie, il faut faire vieillir cette population (même processus que l'étape 1) jusqu'à l'horizon choisi (calcul des décès, des émigrations et des naissances des nouveaux arrivants). Une fois le nombre de néorésidents « sédentarisés » établi, l'étape suivante consiste à calculer nombre de logements occupés par ces derniers, et par conséquent le nombre de logements libres pour pouvoir faire venir une seconde vague de néorésidents.
- **La quatrième étape** consiste à faire venir une deuxième vague de néorésidents, en fonction des logements libérés par les sédentaires (étape 1) d'une part, et les néorésidents issus de la première vague d'arrivée (étape 3). Un fois le nombre, ainsi que la répartition par âge et sexe de ces néorésidents « 2ème vague » établis, il convient de faire vieillir ces derniers selon le même processus que l'étape 3 afin de calculer le nombre de logements occupés et libérés.

En fonction de l'horizon choisi, les étapes suivantes sont identiques aux étapes 3 et 4. La projection consiste à faire arriver une nouvelle vague de néorésidents en fonction des logements libérés par la population déjà présente les années antérieures sur le territoire (population sédentaire et néorésidents « sédentarisés »). Pour le Pays du Val d'Adour, trois vagues de néorésidents sont calculées (ceux qui arrivent entre 2008 et 2013, entre 2013 et 2018, ainsi qu'entre 2018 et 2023).

➢ *Données utilisées, hypothèses formulées et scenarii retenus*

Au vu du bilan démographique réalisé en amont de la projection, **trois scenarii d'évolution** ont été définis quant à l'évolution du nombre d'habitants présents dans les années à venir sur le territoire : un **scénario central**, **un scénario bas** et un **scénario haut**. Le scénario bas est le résultat d'un ensemble de combinaisons pessimistes quant à l'évolution à venir de la population au regard des tendances passées. Au contraire, le scénario haut est issu d'un ensemble d'hypothèses fortement optimistes. (cf. tableau des hypothèses ci-dessous). **Le scénario à privilégier est le scénario central**, les scenarii haut et bas ayant principalement une vertu pédagogique et servant à définir des bornes maximales et minimales au sein desquelles la population va évoluer dans les prochaines années.

Les trois scenarii sont basés sur la combinaison de plusieurs hypothèses, elles-mêmes déduites de l'observation des comportements sociodémographiques observés entre 1999 et 2008 et caractérisées par un ensemble d'indicateurs. L'exercice des projections consiste à faire des hypothèses quant à l'évolution à venir de ces indicateurs et par conséquent à faire des hypothèses quant à l'évolution à venir de phénomènes socio-démographiques façonnant la structure par âge et sexe de la population aux horizons définis.

Indicateurs utilisés et hypothèses émises :

- **L'Indice Conjoncturel de Fécondité** correspond au nombre moyen d'enfants qu'aurait une femme si elle était soumise tout au long de sa vie féconde aux conditions de fécondité observées à tous les âges pour une année donnée. Son évolution permet de définir des taux de fécondité projetés à appliquer aux femmes en âge d'avoir des enfants dans les prochaines années pour ainsi obtenir un nombre de naissances projeté. L'ICF des trois départements concernés est égal à 1,82 en 2007 (*source Insee*) et est en augmentation depuis 1999. Par analyse standardisée à l'échelle Pays, il a été défini que l'ICF du Pays du Val d'Adour est égal à 1,80 en 2008 et est également en augmentation depuis 1999.
  Les hypothèses posées quant à l'évolution future de l'ICF sont faites à deux niveaux. Le premier concerne l'évolution de l'intensité (hausse, baisse ou maintien). Le second concerne la variation d'intensité selon les publics. En effet, il a été montré que lorsque des femmes en âge d'avoir des enfants emménagent sur un territoire, leur fécondité s'accroît durant les premières années pour ensuite se confondre avec celle des femmes sédentarisées. Les projections démographiques tiennent compte de ce phénomène.
  - ✓ *Hypothèse haute : forte hausse du nombre d'enfants par femme*
    - o *ICF fixé à 2,0 enfants par femme sédentaire durant toute la période de projection, et 2,10 pour celles nouvellement arrivées durant les 5 premières années (seuil de renouvellement des générations)*
  - ✓ *Hypothèse centrale : hausse modérée du nombre d'enfants par femme*
    - o *ICF fixé à 1,90 enfant par femme sédentaire durant toute la période de projection et 2,00 pour celles nouvellement arrivées durant les 5 premières années.*
  - ✓ *Hypothèse basse : maintien du nombre d'enfants par femme*
    - o *ICF fixé à 1,80 enfant par femme sédentaire durant toute la période de projection et 1,90 pour celles nouvellement arrivées durant les 5 premières années.*

- **Les probabilités de décéder** par groupe d'âges quinquennaux et par sexe sont calculées à l'échelle du département car des données aussi fines ne sont pas disponibles à l'échelle du Pays du Val d'Adour. Hypothèse est faite que l'intensité de la mortalité observée à l'échelle départementale est identique à celle du Pays du Val d'Adour. Ces probabilités sont également supposées équivalentes chez les personnes sédentaires et les personnes néorésidentes.
  - ✓ *Maintien des probabilités de décéder, quel que soit le scénario envisagé*

- Les mouvements migratoires sont caractérisés par deux indicateurs :

  - **des probabilités d'émigrer**, c'est-à-dire la probabilité de quitter le Pays du Val d'Adour, calculée par groupe d'âges quinquennaux et par sexe (ne sont pris en compte que les mouvements résidentiels). Cette probabilité est calculée *via* l'indicateur du lieu de résidence antérieure, c'est-à-dire le nombre de personnes vivant 5 ans auparavant (*en 2003*) au sein du Pays du Val d'Adour et n'étant plus présentes actuellement (*en 2008, données RGP*). Ne sont prises en compte que les personnes vivantes 5 ans auparavant et toujours en vie actuellement. Selon, le public considéré, l'évolution de l'intensité de l'émigration diffère :
  - ✓ *Pour les personnes sédentaires, l'intensité de l'émigration est diminuée de 20% à tous les âges et par sexe d'ici à 2023 (hypothèses similaires pour les trois scenarii).*
  - ✓ *Pour les personnes venant s'installer sur le territoire, l'intensité de l'émigration est fortement diminuée lors de leur arrivée, puis augmente de moitié d'ici à 2023, définissant de ce fait un schéma de parcours résidentiel. Ce schéma de fonctionnement est supposé identique pour*

toutes les vagues de néorésidents. Son intensité est également identique pour les trois scenarii.

- **une répartition par âge des nouveaux arrivants** (mouvements résidentiels), établie par groupe d'âges quinquennaux et par sexe à l'échelle communale. Cette dernière est également calculée via l'indicateur du lieu de résidence antérieure, c'est-à-dire les personnes non présentes 5 ans auparavant (*en 2003*) sur le territoire, mais présentes actuellement (*en 2008, données RGP).* Tout comme pour les probabilités d'émigrer, les personnes prises en compte sont les personnes vivantes 5 ans auparavant et toujours en vie actuellement.
  - ✓ *Ne disposant de données suffisamment détaillées, la répartition des nouveaux arrivants observée entre 2003 et 2008 pour le Pays du Val d'Adour est maintenue constante durant toute la période de projection pour les trois scenarii.*

- Du fait du desserrement des ménages (décohabitation des jeunes, changements des modes de vie liés à la divortialité, isolement des personnes âgées,…), **la taille des ménages** est en baisse à l'échelle du Pays du Val d'Adour (phénomène observable pour l'ensemble des territoires métropolitains. En 2008, la taille moyenne des ménages est égale à 2,30 personnes contre 2,48 en 1999. Du fait du vieillissement de la pyramide des âges, hypothèse est faite que la diminution de la taille des ménages va se prolonger dans les prochaines années.
  - ✓ *Hypothèse haute : la taille des ménages diminue au même rythme observé entre 2006 et 2008, soit une diminution de 0,016 personne tous les 5 ans d'ici à 2023.*
  - ✓ *Hypothèse centrale : la taille des ménages diminue au même rythme observé entre 1999 et 2008, soit une diminution de 0,019 personne tous les 5 ans d'ici à 2023.*
  - ✓ *Hypothèse basse : la taille des ménages diminue au même rythme observé entre 1990 et 2008, soit une diminution de 0,023 personne tous les 5 ans d'ici à 2023.*

- **La taille des ménages nouvellement arrivés** sur le territoire correspond au nombre de personnes par ménage ayant emménagé au cours des 5 dernières années. Entre 2003 et 2008, la taille des ménages nouvellement arrivés est égale à 2,3 personnes. Ne disposant pas de données précises quant à son évolution passées (données non publiées) ainsi que des caractéristiques des nouveaux logements à venir, il est difficile d'établir une évolution future de cet indicateur. De ce fait, trois hypothèses ont été établies pour palier des phénomènes socio-démographiques pouvant se produire dans les prochaines années.
  - ✓ *Hypothèse haute : la taille des ménages nouvellement arrivés atteint 2,5 personnes d'ici à 2013 et se maintient constante d'ici 2023. Cette hausse serait synonyme d'une arrivée majoritaire de ménages composés de parents ayant éventuellement 1 à 2 enfants déjà nés*
  - ✓ *Hypothèse centrale : la taille des ménages nouvellement arrivés se maintient à 2,3 personnes d'ici à 2013 et se maintient constante d'ici 2023. Cette hausse serait synonyme d'une arrivée majoritaire de ménages composés de parents ayant éventuellement 1 à 2 enfants déjà nés (mais dans une moindre proportion par rapport à l'hypothèse haute).*
  - ✓ *Hypothèse basse : la taille des ménages nouvellement arrivés atteint 2,1 personnes (baisse) d'ici à 2013 et se maintient constante d'ici 2023. Cette hausse serait synonyme d'une arrivée majoritaire de ménages composés de parents ayant éventuellement 1 à 2 enfants déjà nés (mais dans une moindre proportion par rapport aux hypothèses hautes et basses).*

- **L'évolution de la taille des ménages nouvellement arrivés** met en avant l'évolution de la structure familiale. D'une façon générale, la taille des ménages néorésidents augmente lorsque ces ménages

s'installent, du fait de l'agrandissement de la cellule familiale (arrivée du premier enfant, du second, du troisième,…) et diminue une quinzaine d'année plus tard du fait de la décohabitation des jeunes.

- ✓ *Taille des ménages ayant emménagé en moyenne depuis 2,5 ans : hausse de 0,15 personne par rapport à la taille des ménages néorésidents au moment de l'emménagement.*
- ✓ *Taille des ménages ayant emménagé en moyenne depuis 7,5 ans : hausse de 0,25 personne par rapport à la taille des ménages néorésidents depuis 2,5 ans.*
- ✓ *Taille des ménages ayant emménagé en moyenne depuis 12,5 ans : hausse de 0,20 personne par rapport à la taille des ménages néorésidents depuis 7,5 ans.*

Ces hypothèses sont supposées identiques pour les différentes vagues de ménages néorésidents. Hypothèse est donc faite que les comportements familiaux des ménages venant s'installer au sein du territoire ne changeront pas d'ici à 2023.

- Comme il a été mentionné précédemment, aucun document ne fait état du nombre de nouveaux logements à venir au sein du Pays du Val d'Adour.
  - ✓ *L'hypothèse haute prolonge jusqu'en 2023, le rythme de constructions observé entre 2004 et 2009, soit 1 593 logements en 5 ans.*
  - ✓ *L'hypothèse centrale prolonge jusqu'en 2023, le rythme de constructions observé entre 1999 et 2009, soit 1 385 logements en 5 ans.*
  - ✓ *L'hypothèse basse prolonge jusqu'en 2023, le rythme de constructions observé entre 1999 et 2004, soit 1 177 logements en 5 ans.*

2. Projection de la population hors ménage

Une fois l'effectif total de la population vivant en ménage obtenu aux différents horizons, il convient de multiplier à ces derniers l'inverse de la proportion des habitants vivant en ménage ordinaire pour ainsi déterminer l'effectif global de la population vivant hors ménage à chaque horizon. La proportion est supposée constante. A l'effectif total d'habitants vivant hors ménage est appliquée une répartition par âge et sexe pour déterminer le nombre d'habitants vivant hors ménage par âge et sexe. Cette répartition est également supposée constante. Une fois ces effectifs répartis par âge et sexe, il convient de les additionner à ceux vivant en ménage ordinaire pour ainsi obtenir la population totale répartie par âge et sexe à différents horizons.

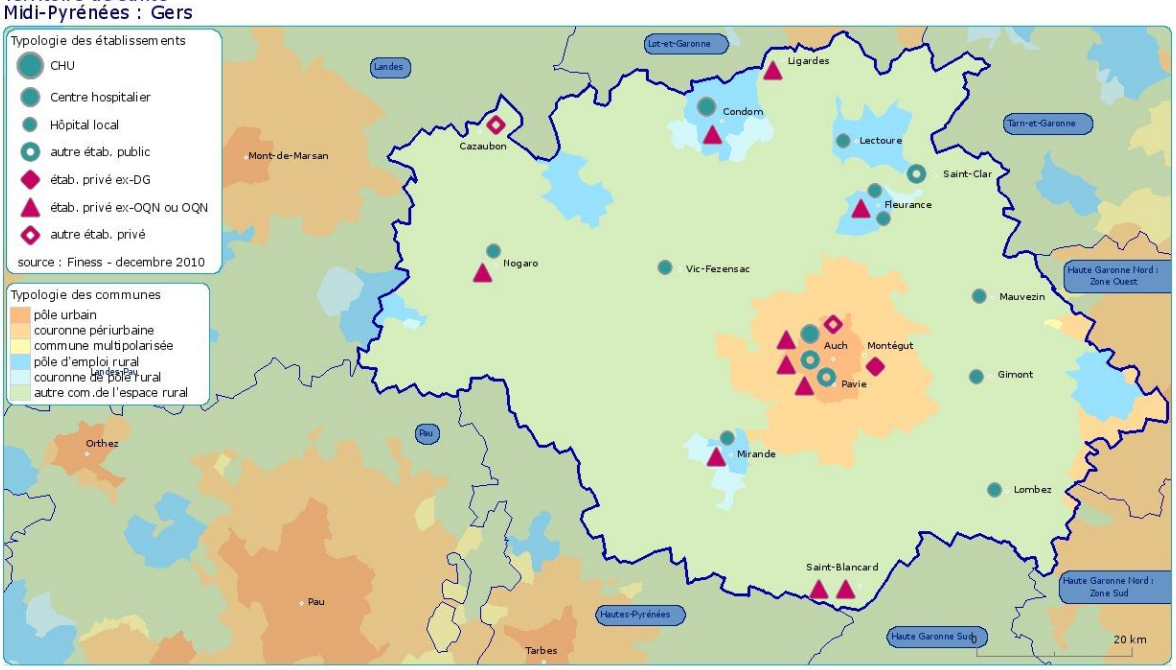
ENEIS Conseil

TABLEAU RECAPITULATIF DES HYPOTHESES EMISES ET DEFINITION DES SCENARII D'EVOLUTION POUR LA PROJECTION DE LA POPULATION DES MENAGES

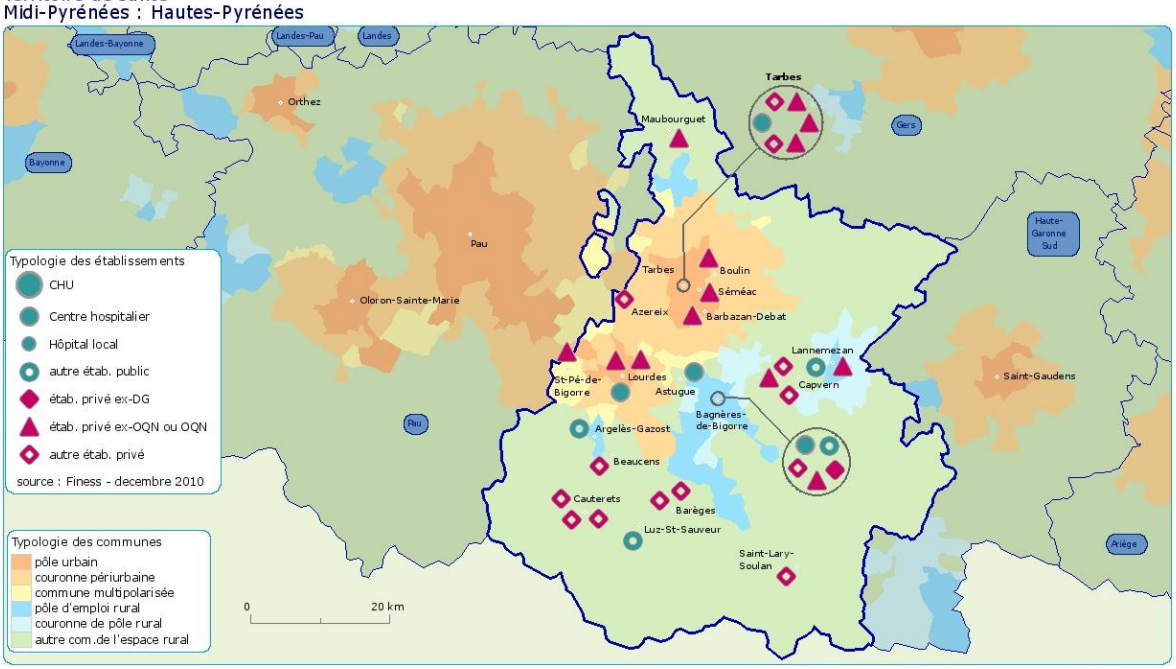
	FECONDITÉ		MORTALITÉ	DÉPARTS RÉSIDENTIELS	ARRIVÉES RÉSIDENTIELLES	TAILLE DES MÉNAGES	TAILLE DES NOUVEAUX MÉNAGES	EVOLUTION DE LA TAILLE DES NOUVEAUX MÉNAGES	NOUVELLES RÉSIDENCES PRINCIPALES
	Indicateur Conjoncturel de Fécondité (nombre d'enfants par femme)		***Probabilité de décéder (par âge quinquennal et sexe)***	***Probabilités de quitter le territoire (par âge quinquennal et sexe)***	***Répartition des nouveaux arrivants sur le territoire (par âge quinquennal et sexe)***	***Nombre de personnes par ménage***	***Nombre de personnes par ménage nouvellement arrivé***	***Evolution du nombre de personnes par ménage nouvellement arrivé***	***Nombre de nouvelles résidences principales durant les prochaines périodes quinquennales***
SCENARIO HAUT	*Sédentaires*	*Néorésidentes*	Valeurs <u>départementales</u> calculées pour la période 2006-2010 et maintenues constantes durant chaque bond (2008-2013 ; 2013-2018 ; 2018-2023). *Hypothèse est faite que l'intensité de la mortalité au sein u territoire est similaire à celle observée à l'échelle départementale. (Pas de données détaillées par âge et sexe disponibles à l'échelle du Pays du Val d'Adour).*	Valeurs <u>spécifiques au Pays du Val d'Adour</u> calculées pour chaque groupe d'âges quinquennaux et sexe entre 2003 et 2008. Elles sont caractérisées par un coefficient d'intensité qui diffère selon les publics <u>Personnes sédentaires :</u> 2013 = 0,8 2018 = 0,6 2023 = 0,4 <u>Personnes néorésidentes :</u> 2013 = 0,1 2018 = 0,3 2023 = 0,5 **Intensité similaire pour chaque vague de néorésidents.**	Valeur <u>spécifique au Pays du Val d'Adour</u> calculée pour chaque groupe d'âges quinquennaux et sexe entre 2003 et 2008. Elle est maintenue constante durant chaque bond (2008-2013 ; 2013-2018 ; 2018-2023)	2013 = 2,22 2018 = 2,14 2023 = 2,06	2013 = 2,50 2018 = 2,50 2023 = 2,50	Arrivée moyenne depuis 2,5 ans = +0,15 personne par rapport à la taille des ménages au moment de l'emménagement Arrivée moyenne depuis 7,5 ans = +0,25 personne par rapport à la taille des ménages arrivés depuis 2,5 ans en moyenne Arrivée moyenne depuis 12,5 ans = +0,20 personne par rapport à la taille des ménages arrivés depuis 7,5 ans en moyenne **Intensité similaire pour chaque vague de néorésidents**	2008-2013 = 1 593 2013-2018 = 1 593 2018-2023 = 1 593
	2013 =2,00 2018 = 2,00 2023 = 2,00 2028 = 2,00	1er bond = 2,10 2ème bond = 2,00 3ème bond = 2,00 4ème bond = 2,00							
SCENARIO CENTRAL	*Sédentaires*	*Néorésidentes*				2013 = 2,21 2018 = 2,11 2023 = 2,01	2013 = 2,30 2018 = 2,30 2023 = 2,30		2008-2013 = 1 385 2013-2018 = 1 385 2018-2023 = 1 385
	2013 = 1,90 2018 = 1,90 2023 = 1,90 2028 = 1,90	1er bond = 2,00 2ème bond = 1,90 3ème bond = 1,90 4ème bond = 1,90							
SCENARIO BAS	*Sédentaires*	*Néorésidentes*				2013 = 2,19 2018 = 2,07 2023 = 1,95	2013 = 2,1 2018 = 2,1 2023 = 2,1		2008-2013 = 1 177 2013-2018 = 1 177 2018-2023 = 1 177
	2013 = 1,80 2018 = 1,80 2023 = 1,80 2028 = 1,80	1er bond = 1,90 2ème bond = 1,80 3ème bond = 1,80 4ème bond = 1,80							

Annexe 9 : Offre hospitalière dans les départements du Gers, des Hautes-Pyrénées et des Pyrénées-Atlantiques

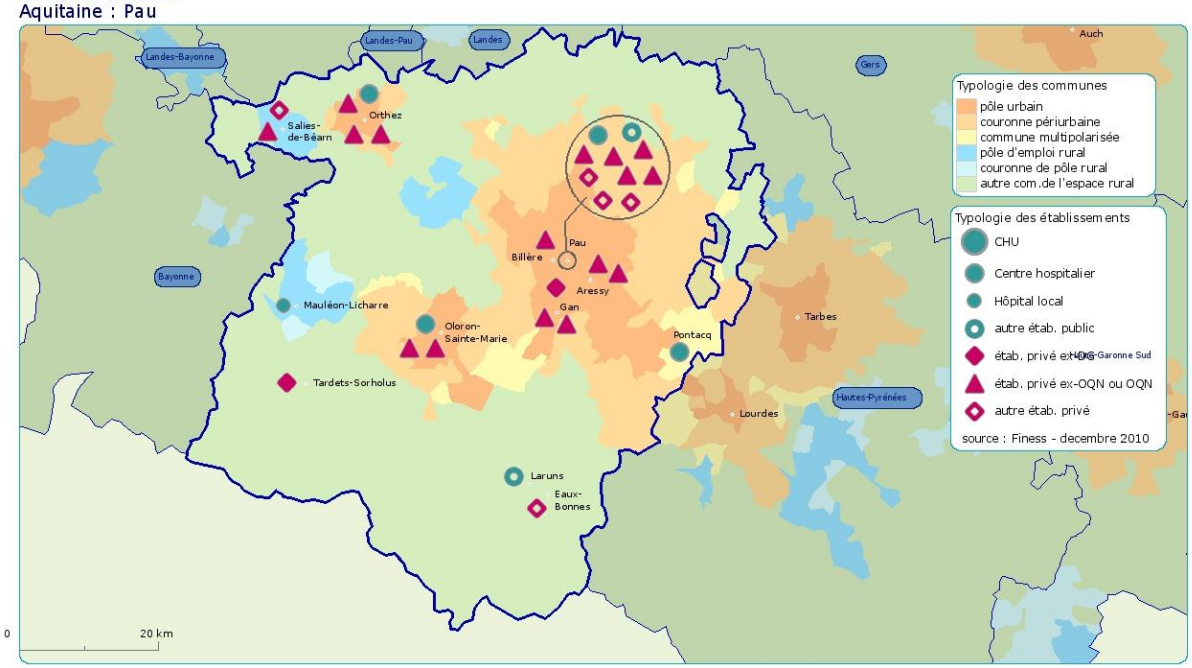
Territoire de santé
Midi-Pyrénées : Gers



Territoire de santé
Midi-Pyrénées : Hautes-Pyrénées



Territoire de santé
Aquitaine : Pau



6. GLOSSAIRE

AJ/AJA	Accueil de Jour / Accueil de Jour Alzheimer
ARS	Agence Régionale de Santé
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CH	Centre Hospitalier
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CMP	Centre Médico-Psychologique
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
DEFM	Demandeurs d'Emploi en Fin de Mois
EHPAD	Etablissement pour Personnes Agées Dépendantes
HAD	Hospitalisation à Domicile
HL	Hôpital Local
HT	Hébergement Temporaire
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IRIS	Ilots Regroupés pour l'Information Statistique
MAIA	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
MARPA	Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées
MSA	Mutualité Sociale Agricole
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
PASA	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PDS	Permanence des Soins
PLH	Programme Local de l'Habitat
PLU	Plan Local d'Urbanisme
PMI	Protection Maternelle et Infantile
SAAD	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
UCC	Unité Cognitivo-Comportementale
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

7. LEXIQUE

Soins de premiers recours

La loi Hôpital Patients Santé et Territoires a défini les soins de premiers recours qui comprennent :

- la prévention : conseils personnalisés, vaccinations, participation aux programmes de prévention
- le dépistage : organisé (cancer du sein et du colon) - individuel (vis à vis des patients à risque)
- la prise en charge des symptômes courants : douleur, fièvre, fatigue
- le suivi et la prise en charge des pathologies chroniques avec notamment : l'éducation thérapeutique, le maintien à domicile et les soins palliatifs
- la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique

Les professionnels concernés sont les médecins généralistes, les pharmaciens, les infirmiers, les dentistes.

Territoire de santé et bassin de santé

L'offre de santé comprend la prévention, les soins délivrés par la médecine de ville et les établissements de santé ainsi que l'accompagnement médico-social en faveur des personnes âgées, des enfants et adultes handicapés et souffrant d'addictologie.

Ces services sont organisés sur le territoire selon le principe de la gradation des soins, en fonction du temps d'accès et du niveau de spécialisation, en distinguant trois niveaux :

- l'offre de santé de proximité, notamment les soins de premier recours, s'organise au plus près du domicile, au sein du bassin de santé ;
- les services spécialisés s'organisent au sein des territoires de santé ; il s'agit des filières de soins qui nécessitent un plateau technique hospitalier (maternité, chirurgie, cancérologie, cardiologie…) ainsi que les services médico-sociaux spécialisés, en particulier pour la prise en charge de certains handicaps ;
- les services hautement spécialisés s'organisent au niveau régional (réanimation néonatale ainsi que certaines spécialités médicales et chirurgicales) voire interrégional pour les spécialités pointues telles que la neurochirurgie, la chirurgie cardiaque, le traitement des grands brûlés, les transplantations d'organes.

Maison de Santé Pluridisciplinaire

Selon l'article L6323-3, modifié par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 39 :

« Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales.

Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux.

Les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant dans une maison de santé élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Tout membre de la maison de santé adhère à ce projet de santé. Celui-ci est transmis pour information à l'agence régionale de santé. »

Il n'y a pas de « labellisation », toute structure peut donc porter le nom de maison de santé. En revanche, dès que des financements publics sont sollicités, le projet doit répondre à un cahier des charges dressé par la DGOS : au moins deux médecins généralistes et un professionnel paramédical liés par un projet de santé à destination de la population qui les consulte.

Le développement des MSP favorise, au-delà des fonctions de coordination, l'émergence de nouvelles pratiques professionnelles et tend à développer une approche de santé publique (continuité de l'offre, éducation thérapeutique..).

Pôle de santé

L'article L6323-4, créé par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 40, stipule que :

« Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours au sens de l'article L. 1411-11, le cas échéant de second recours au sens de l'article L. 1411-12, et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L. 1434-5.

Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale. »

Maison médicale de garde

Les Maisons Médicales de Garde (MMG) assurent des consultations urgentes en médecine générale pendant les horaires de fermeture des cabinets médicaux.

Les médecins de permanence sont des médecins généralistes, qui ont leur cabinet et qui assurent un tour de garde à la MMG les week-ends et les soirs de semaine (selon les MMG). Ils sont aptes à recevoir les patients de tout âge (nourrissons, enfants, adultes).

Permanence des soins

La permanence des soins (PDS) est une organisation de l'offre de soins, libérale et hospitalière, qui permet de maintenir la continuité et l'égalité de l'accès aux soins, notamment aux heures habituelles de fermeture des cabinets médicaux ; elle permet de répondre aux demandes de soins non programmés par des moyens structurés, adaptés et régulés. La loi française la reconnaît comme une « mission de service public » (article L.6314-1 du Code de la Santé Publique résultant de la loi HPST du 21 juillet 2009). Elle repose essentiellement sur deux principes : la sectorisation des astreintes et le renforcement de la régulation libérale des appels. Dans le secteur ambulatoire, la PDS couvre les plages horaires comprises en dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, de 20 heures à 8 heures en semaine et les dimanches et jours fériés. Depuis 2002, l'article 77 du code de déontologie a été modifié, la PDS n'est plus considérée comme une obligation, mais il est désormais du devoir du médecin de participer à la permanence des soins. À la demande de la DGOS, la Haute Autorité de santé a publié des recommandations de bonne pratique en mars 2011 sur les modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. En effet, préserver la qualité des soins de façon équitable sur tout le territoire, et notamment en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux, est un enjeu de santé publique.

Filière gériatrique

Selon la circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques :

« La filière de soins gériatriques doit permettre à chaque personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, de pouvoir accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale, graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique. Sur son territoire d'implantation, une filière propose les dispositifs de soins couvrant l'intégralité des parcours possibles du patient âgé prenant en compte le caractère évolutif et non toujours prévisible de ses besoins de santé. Elle assure ainsi les évaluations gériatriques adaptées aux différentes situations cliniques et sociales et à l'objectif diagnostique et thérapeutique poursuivi, qu'il s'agisse de prévenir, de gérer une crise aiguë ou de réinsérer. Elle garantit au patient âgé son orientation rapide en fonction de ses besoins, soit au sein de la filière, soit vers un service de spécialité non gériatrique.

Au sein d'une filière gériatrique, le patient âgé peut ainsi bénéficier :

- d'une palette complète de prises en charge spécifiques en gériatrie dans le cadre d'hospitalisations programmées et non programmées en fonction du niveau de complexité de sa situation clinique et sociale. Ces prises en charge sont assurées en consultations, en hospitalisation de jour, en hospitalisation complète d'une durée plus ou moins longue suivant qu'il s'agit d'une situation clinique aiguë relevant d'un bilan court programmable et d'une réinsertion rapide ou bien d'une situation clinique aiguë nécessitant un bilan approfondi ou une réadaptation, voire une institutionnalisation

- d'un avis gériatrique quel que soit le service dans lequel il sera hospitalisé, si possible préalablement à l'hospitalisation quand celle-ci est programmée
- d'un accès aux plateaux techniques dans les délais requis par son état de santé pour éviter toute perte de chance
- d'un accompagnement de la sortie d'hospitalisation afin de réduire le risque de réhospitalisation.

Outre ces missions, une filière de soins gériatriques assure également un rôle de « ressources » dans le domaine de la gériatrie pour les acteurs de ville et le secteur médico-social et social. Elle est le garant de la diffusion de la culture gériatrique et du niveau de formation des personnels de l'établissement de santé et des acteurs externes à l'hôpital intervenant auprès des personnes âgées. Du fait de sa dimension territoriale, une filière doit par conséquent s'entendre comme une organisation qui fédère plusieurs « maillons » de l'activité gériatrique que sont le court séjour gériatrique, noyau dur de la filière, l'équipe mobile de gériatrie, l'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique, les soins de suite et de réadaptation appropriés aux besoins des personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance (SSR gériatriques), les soins de longue durée. L'expression de cette fédération est confortée par l'élaboration d'une convention liant tous les établissements membres d'une filière et précisant son mode de fonctionnement. »

MAIA

Les MAIA font l'objet de la mesure 4 du plan Alzheimer 2008-2012. Initialement présentées comme des « maisons » dans le plan Alzheimer, les expérimentations développent un processus d'intégration qui permet de construire, selon une méthode innovante, un réseau intégré de partenaires pour les soins, les aides et l'accompagnement des malades qui vivent à domicile. Les MAIA se développent sur la base de trois mécanismes : la concertation (stratégique et tactique), le guichet intégré et la gestion de cas et de trois outils : l'outil standardisé d'évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne suivie en gestion de cas, le plan de services individualisé élaboré par le gestionnaire de cas et un système d'information partagé.