

DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTE PAYS « UNE AUTRE PROVENCE »



SEPTEMBRE 2010



Ce travail a été réalisé par l'**Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes** :

Olivier GUYE
Marlène BERNARD
Mathilde MORADELL (FRAES)

En collaboration avec l'**Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte-d'Azur** :

Laure VAISSADE
Claire PARDON
Anne-Laure TESSERON
Nathalie GRILLO
Aurélie BOCQUIER
Pierre VERGER

À la demande **du Pays « Une Autre Provence »**.

Financé par le Groupement Régional de Santé Publique Rhône-Alpes
le Conseil Régional Provence-Alpes Côte d'Azur
le Conseil Général de Vaucluse
le Conseil Général de la Drôme
le Pays Une Autre Provence

Ce rapport est disponible sur le site Internet de l'ORS Rhône-Alpes : www.ors-rhone-alpes.org

Diagnostic local de santé
Pays « Une Autre Provence »

REMERCIEMENTS

Les auteurs de ce rapport tiennent à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce diagnostic, et plus particulièrement :

- les représentants du pays Une Autre Provence pour leur collaboration ;
- les membres du Comité de suivi ;
- toutes les personnes rencontrées en entretien ;
- tous ceux et toutes celles qui ont enrichi ce diagnostic par la transmission et l'aide à l'analyse de données et d'indicateurs et tout particulièrement :
 - les URCAM Rhône-Alpes (Rachel Garwig) et PACA (Stève Nauleau) ;
 - les Conseils Généraux de la Drôme et du Vaucluse ;
 - Drôme-Ardèche Prévention Cancer et l'Association pour le Dépistage du Cancer en Vaucluse ;
 - les CAF de la Drôme et du Vaucluse.

SOMMAIRE

Partie Quantitative.....	1
1. Éléments Géographiques.....	6
2. Éléments Sociodémographiques.....	7
2.1. Population.....	7
2.2. Logement.....	12
2.3. Diplômes.....	13
2.4. Emplois et professions.....	14
2.5. Revenus.....	16
2.6. Précarité.....	17
3. Offre de Soins.....	19
3.1. Offre libérale.....	19
3.2. Établissements et services socio-sanitaires.....	25
4. Maternité de Valréas : Accouchements, Trajectoires :.....	33
4.1. Objectifs.....	33
4.2. Données.....	33
4.3. Trajectoires.....	34
4.4. Simulation – Fermeture de la maternité de Valréas.....	43
4.5. Limites et biais.....	45
5. État de santé.....	46
5.1. Santé des enfants.....	46
5.2. Consommation des soins de ville.....	46
5.3. Prévalence de traitements.....	47
5.4. Motifs d'hospitalisations.....	49
5.5. Admissions en Affection Longue Durée.....	50
5.6. Dépistage organisé du cancer du sein.....	51
5.7. Mortalité.....	51
Partie Qualitative.....	57
1. Une Autre Provence ?.....	60
1.1. Un Pays éclaté.....	60
1.2. Des problématiques retrouvées sur l'ensemble du territoire.....	63
2. Les ressources en santé.....	65
2.1. Des soins de première ligne qui ne peuvent demeurer isolés	65
2.2. Les soins et services de prévention spécialisés.....	69
3. L'état de santé : problématiques et populations vulnérables.....	76
Pistes d'action.....	80
Annexes.....	86

PARTIE QUANTITATIVE

OUTIL CARTOGRAPHIQUE

L'analyse cartographique constitue un outil privilégié pour voir et comprendre les disparités spatiales sur un territoire.

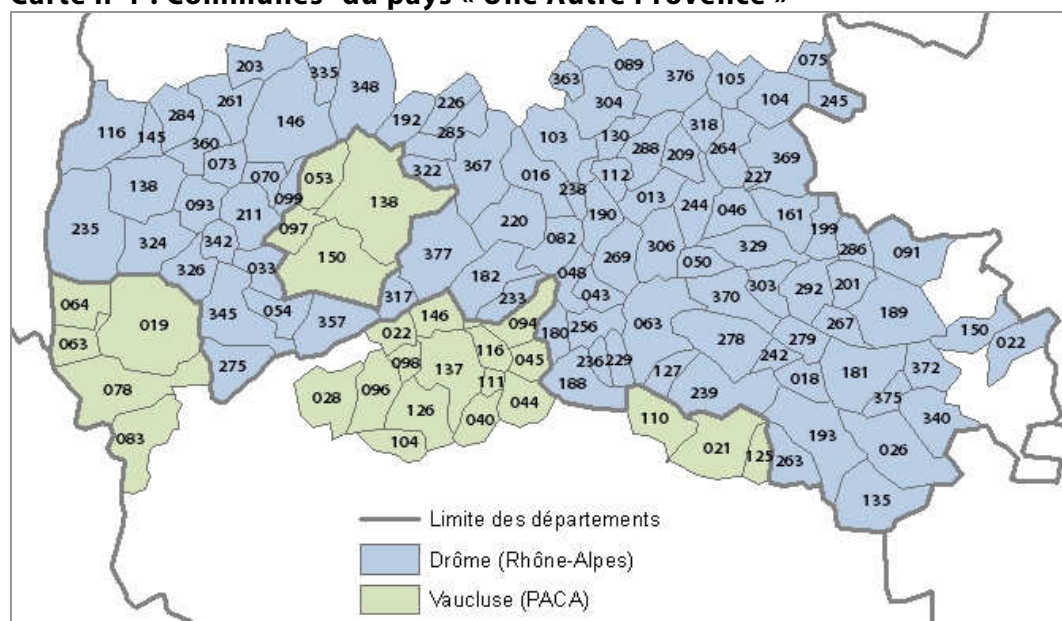
Selon la nature et la disponibilité des données, les différentes cartes ne sont pas toujours présentées sur le même territoire (région, département, pays) et au même échelon (commune, canton, code postal...).

Échelons utilisés pour le pays Une Autre Provence

Analyses à l'échelle communale

Les cartes représentant uniquement le territoire **Une Autre Provence** présentent les données sur les 122 communes du territoire¹, pour localiser l'offre de services et l'offre de soins notamment. Cet échelon permet d'obtenir une bonne vision de la répartition de l'offre sur le territoire :

Carte n°1 : Communes¹ du pays « Une Autre Provence »



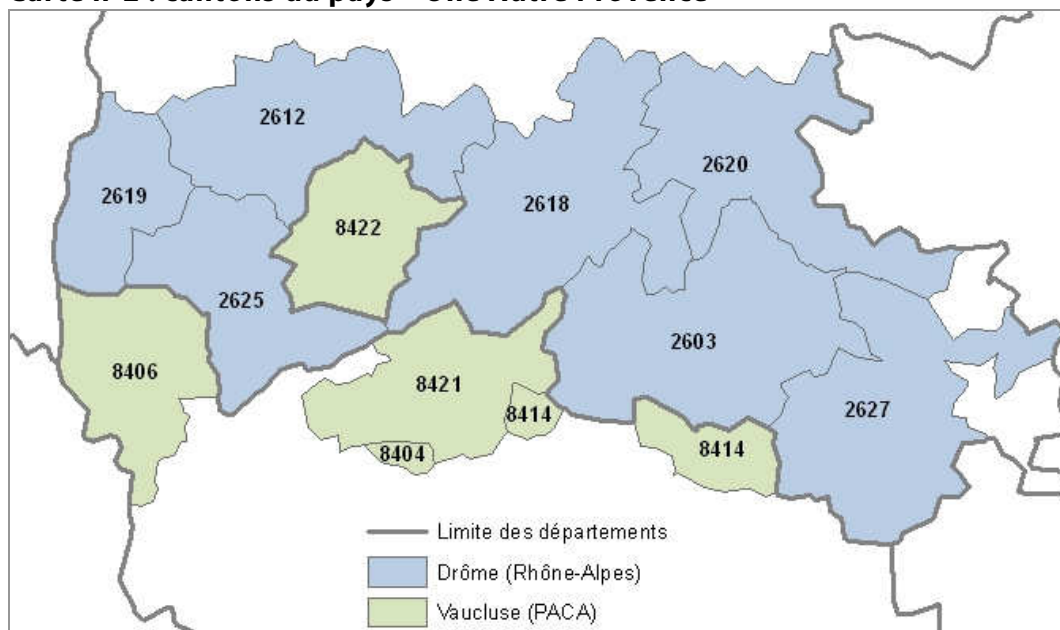
Analyse à l'échelle cantonale

Le découpage par cantons² du territoire est utilisé pour représenter certains indicateurs pour lesquels l'échelon communal est trop sensible aux variations d'effectifs, comme le taux de bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (complémentaire) ou encore le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein.

¹ Liste des correspondances des numéros et des libellés communes en annexe

² Liste des correspondances des numéros et des libellés cantons en annexe

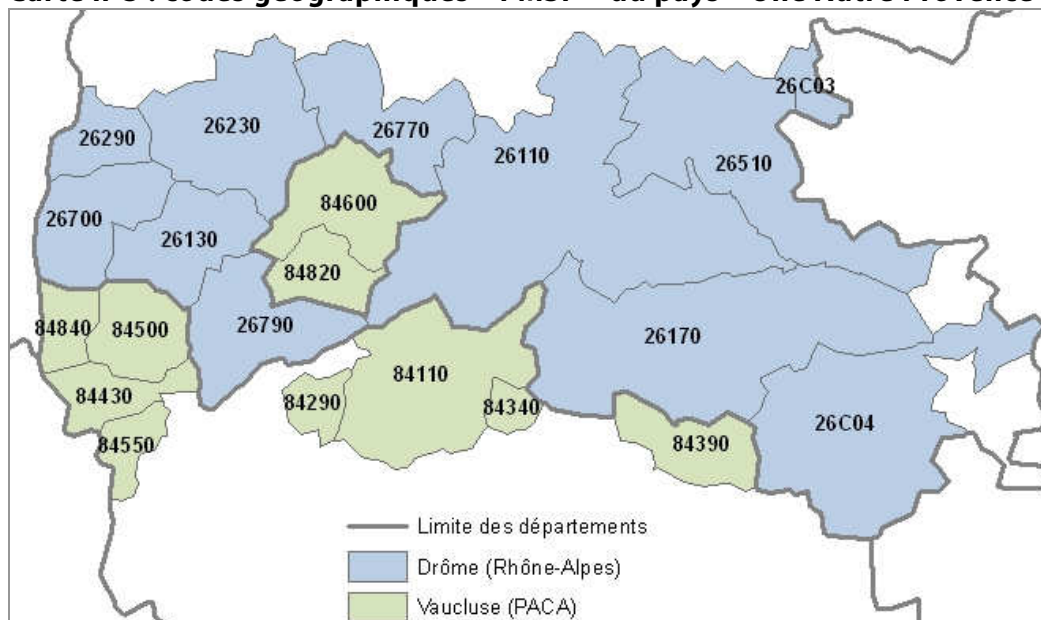
Carte n°2 : cantons du pays « Une Autre Provence »



Analyse à l'échelle des codes géographiques du PMSI

Pour les données d'hospitalisations, extraites de la base de données du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information), l'échelon géographique le plus fin disponible et utilisé dans cette étude est celui du « code géographique PMSI ». Il s'agit d'un découpage proche du code postal. Dans le cas où le territoire d'un code postal couvre une faible population, ce code est fusionné avec un autre.

Carte n°3 : codes géographiques « PMSI »³ du pays « Une Autre Provence »



³ Liste des correspondances des codes et des libellés des bureaux distributeurs en annexe

NOTE METHODOLOGIQUE

Données des recensements de population

A la date de réalisation de ce travail, les données des enquêtes annuelles 2004 à 2008, permettant d'avoir une estimation des données avec un millésime 2006, n'étaient pas disponibles.

Ainsi, la plupart des données utilisées, hors effectifs généraux de population, sont celles du Recensement Général de 1999.

Taux standardisés

Les taux standardisés (mortalité, recours aux professionnels de santé) sont des taux que l'on observerait dans les populations des territoires étudiés (pays Une Autre Provence, Drôme, Vaucluse, Rhône-Alpes, PACA), si elles avaient la même structure d'âge que la population de référence, soit la population totale de la France métropolitaine au recensement de 1999, tous sexes confondus.

Mortalité

Les taux de mortalité sont présentés de manière générale (tous âges et toutes causes de décès), selon l'âge (moins de 65 ans, 65 ans et plus), selon certaines causes de décès (maladies de l'appareil circulatoire, tumeurs, traumatismes/accidents). Il est important de tenir compte des échelles des graphiques présentés puisque selon la catégorie étudiée, les taux ne se situent pas sur les mêmes niveaux. Exemple : plus de 5 000 décès par an pour 100 000 hommes sur le pays chez les personnes âgés de 65 ans et plus contre un peu moins de 300 décès pour 100 000 hommes chez les moins de 65 ans.

Consommation de soins

Les données de consommation de soins concernent le Régime Général *stricto-sensu*, c'est-à-dire hors sections locales mutualistes et mutuelles étudiantes. L'étude est limitée aux bénéficiaires effectifs de l'assurance maladie (RNIAM=E). Les données sont issues des bases de remboursement de l'assurance maladie pour l'année 2007, des comportements de la population en termes de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé.

Ces données ne concernent que l'activité libérale et ne prennent pas en compte les recours aux soins non remboursés et ceux ayant eu lieu lors d'une hospitalisation dans le secteur public. Enfin, ces indicateurs de consommation de soins dépendent de l'état de santé de la population ainsi que de l'offre existante sur les territoires concernés.

Le taux standardisé de recours à un professionnel de santé donné correspond aux taux de personnes ayant eu au moins un recours à ce professionnel de santé en 2007.

Les actes pris en compte sont les suivants :

- médecin généraliste : consultations et/ou visites (C, V, CA, VU, VA) ;
- médecin spécialiste : consultations et/ou visites (CS, CSC, CNP, VS, VNP) et/ou principaux actes réalisés par les spécialistes (actes techniques médicaux (ATM), actes chirurgicaux (ADC) actes d'obstétriques (ACO), actes d'anesthésie (ADA), actes d'échographie (ADE), actes d'imagerie médicale (ADI), actes de stomatologie (DEN)) ;

- dentistes : actes de chirurgie dentaire (D, DC), soins conservateurs (SC) et prothèses dentaires (SCR) réalisés par les chirurgiens dentistes et les orthodontistes ;
- orthophonistes : actes réalisés par les orthophonistes (code CCAM : AMO) ;
- infirmiers : actes médico-infirmiers et de soins infirmiers réalisés par les infirmiers (code CCAM : AMI, AIS).
- kinésithérapeutes : actes pratiqués par le kinésithérapeute et actes de rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques (codes CCAM : AMS, AMK).

Prévalence de patients sous traitement pharmaceutique

Certains types de traitement ont pu être identifiés par la classification des médicaments EPHMRA :

- psychotropes : antidépresseurs (N06A1-N06A5, N06A9), neuroleptiques (N05A1-N05A9), autres psychotropes (N05B1-N05B5, N05C, , N06B, N06C, N06D, N07E, N07F)
- antidiabétiques (A10A, A10B1-A10B8, A10C1-A10C5).

Les bénéficiaires du Régime Général *stricto-sensu*, c'est-à-dire hors sections locales mutualistes et mutuelles étudiantes, qui ont eu au moins trois remboursements dans l'une des catégories de médicaments (antidiabétiques, psychotropes, dont antidépresseurs ou neuroleptiques) ont été considérés comme patients « sous traitement » pour chacune des catégories.

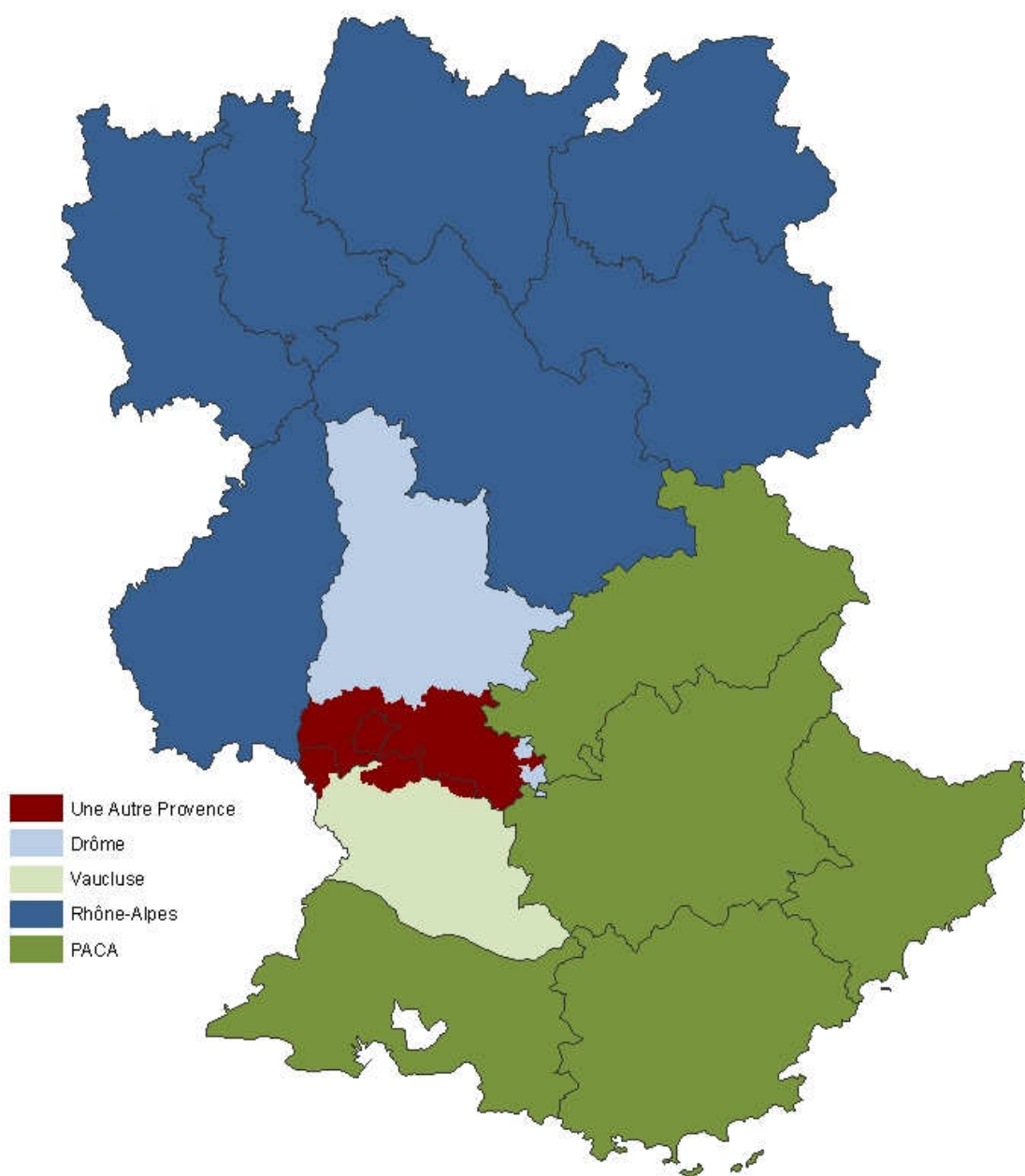
1. ÉLÉMENTS GEOGRAPHIQUES

Le pays « Une Autre Provence » présente une situation administrative et géographique particulière.

Ce territoire est en effet situé sur deux départements, la Drôme au Nord et le Vaucluse au Sud, eux-mêmes issus de deux régions distinctes, avec respectivement les régions Rhône-Alpes et PACA.

De plus, au sein de la partie située dans la Drôme, il existe une enclave du Vaucluse, appelée « enclave des papes ».

Carte n°4 : situation géographique et limites administratives du pays Une Autre Provence



2. ÉLÉMENTS SOCIODEMOGRAPHIQUES

Sources : INSEE [Recensements 1982, 1990, 1999 ; Enquêtes annuelles 2004 à 2008, millésime 2006]

Le pays Une Autre Provence compte 122 communes (96 appartiennent au département de la Drôme et 26 au Vaucluse) qui rassemblent près de 120 000 habitants (26 % dans la Drôme, 44 % dans le Vaucluse). Le pays couvre un territoire de 2 150 km², soit 25 % de la superficie des deux départements, pour 12 % de leur population.

2.1. Population

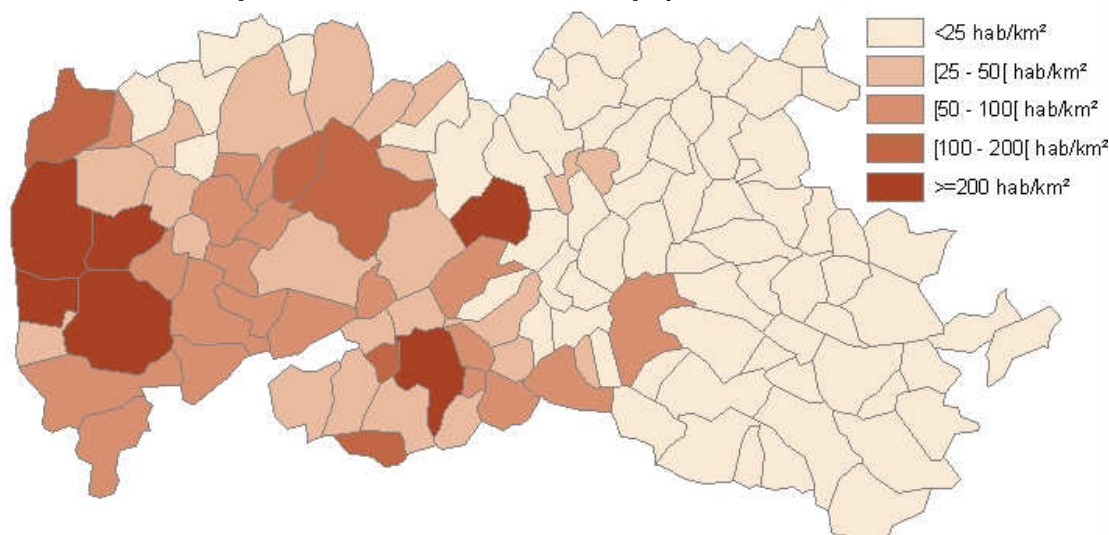
2.1.1. Densité

La densité globale du pays est très faible avec 57 habitants au km².

Il s'agit d'une densité qui se situe bien en dessous des densités régionales Rhône-Alpes (141 hab./km²) et PACA (156 hab./km²) ou de la densité du Vaucluse (153 hab./km²). La Drôme, qui présente pourtant déjà une densité faible avec 74 hab/km², reste au-dessus de l'indicateur du pays.

Si la densité globale moyenne est faible, elle masque de fortes disparités, avec une densité de plus en plus faible sur l'axe ouest-est.

Carte n°5 : densité par commune en 2006 dans le pays Une Autre Provence



Plus d'une commune sur trois présente une densité inférieure à 10 habitants/km² et plus de la moitié du territoire (56 %) a moins de 25 habitants au km².

On note les densités les plus élevées (≥ 200 hab/km²) dans quatre communes de la Vallée du Rhône (Pierrelatte, Bollène, Saint-Paul-Trois-Châteaux et Lapalud) et deux communes du centre du territoire (Nyons, Vaison-la-Romaine).

A l'est du territoire, la seule commune présentant au moins 50 hab./km² est Buis-les-Baronnies.

La ligne Nyons/Vaison-la-Romaine marque une rupture entre l'est et l'ouest du territoire, avec à l'est des densités extrêmement faibles.

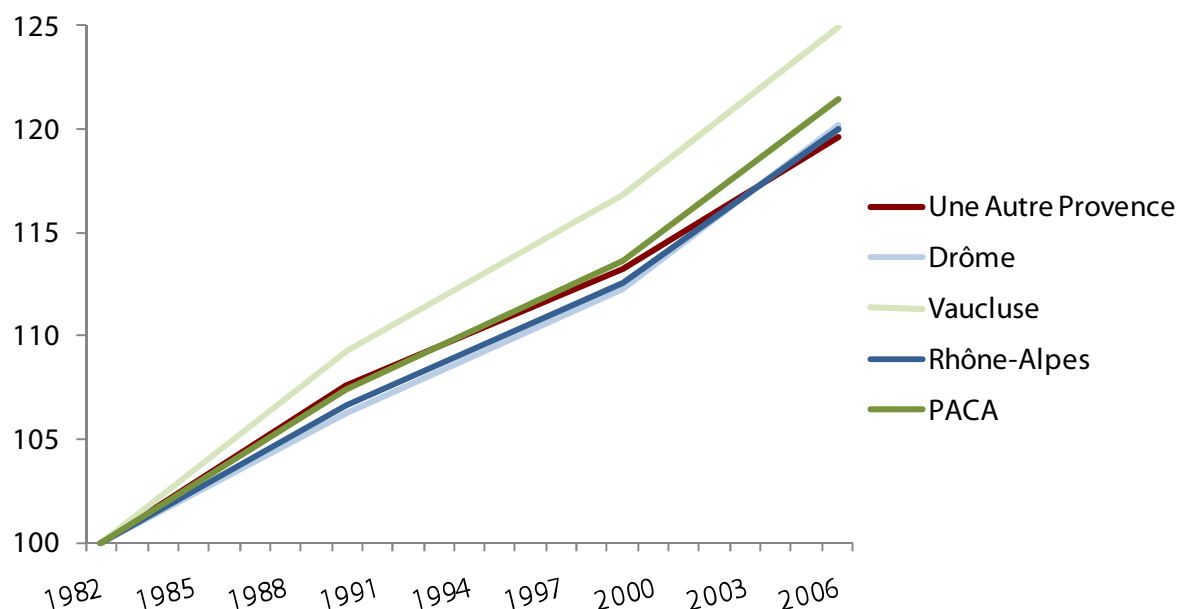
2.1.2. Évolution

Depuis 1982, la population du pays n'a cessé de croître (+8 % entre 1982 et 1990, +5 % entre 1990 et 1999, +6 % entre 1999 et 2006) pour passer de moins de 100 000 habitants en 1982 à plus de 120 000 en 2006.

Tableau 1 : effectifs de population totale aux différents recensements de population selon le territoire de 1982 à 2006

Année	Rhône-Alpes	Drôme	Une Autre Provence	Vaucluse	PACA
1982	5 017 464	389 892	99 514	427 640	3 963 482
1990	5 352 293	414 191	107 154	467 223	4 259 643
1999	5 645 847	437 817	112 718	499 665	4 506 253
2006	6 172 436	483 120	122 646	546 755	4 896 850

Graphique n°1 : indice d'évolution de la population selon le territoire de 1982 à 2006



Base 100 en 1982

L'évolution de la population du pays est similaire à celles des deux régions et de la Drôme ; seul le Vaucluse présente une croissance un peu plus rapide.

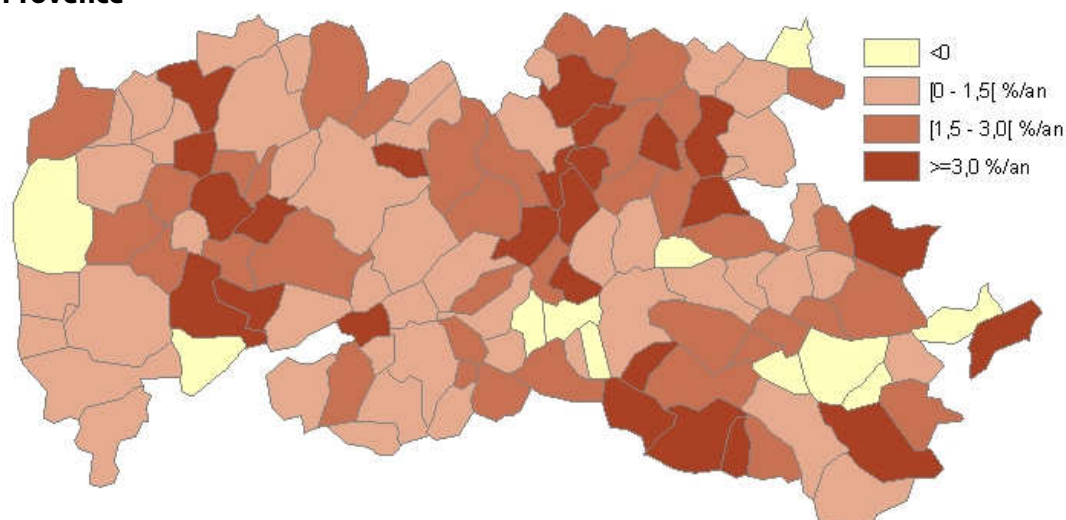
Entre les deux derniers recensements, soit la période 1999-2006, la croissance annuelle moyenne sur le pays était de 1,2 % ; contre 1,2 à 1,4 % sur les quatre zones de référence.

Tableau 2 : taux de variation annuel moyen entre les différents recensements selon le territoire de 1982 à 2006

Période	Rhône-Alpes	Drôme	Une Autre Provence	Vaucluse	PACA
1982/1990	0,8 %	0,8 %	0,9 %	1,1 %	0,9 %
1990/1999	0,6 %	0,6 %	0,6 %	0,7 %	0,6 %
1999/2006	1,3 %	1,4 %	1,2 %	1,3 %	1,2 %
1982/2006	0,9 %	0,9 %	0,9 %	1,0 %	0,9 %

Comme pour la densité, l'évolution de la population n'est pas homogène sur l'ensemble du territoire. Cependant, pour cet indicateur, on ne retrouve pas de zone géographique plus ou moins favorisée à l'intérieur du pays.

Carte n°6 : évolution annuelle moyenne entre 1999 et 2006 par commune du pays Une Autre Provence



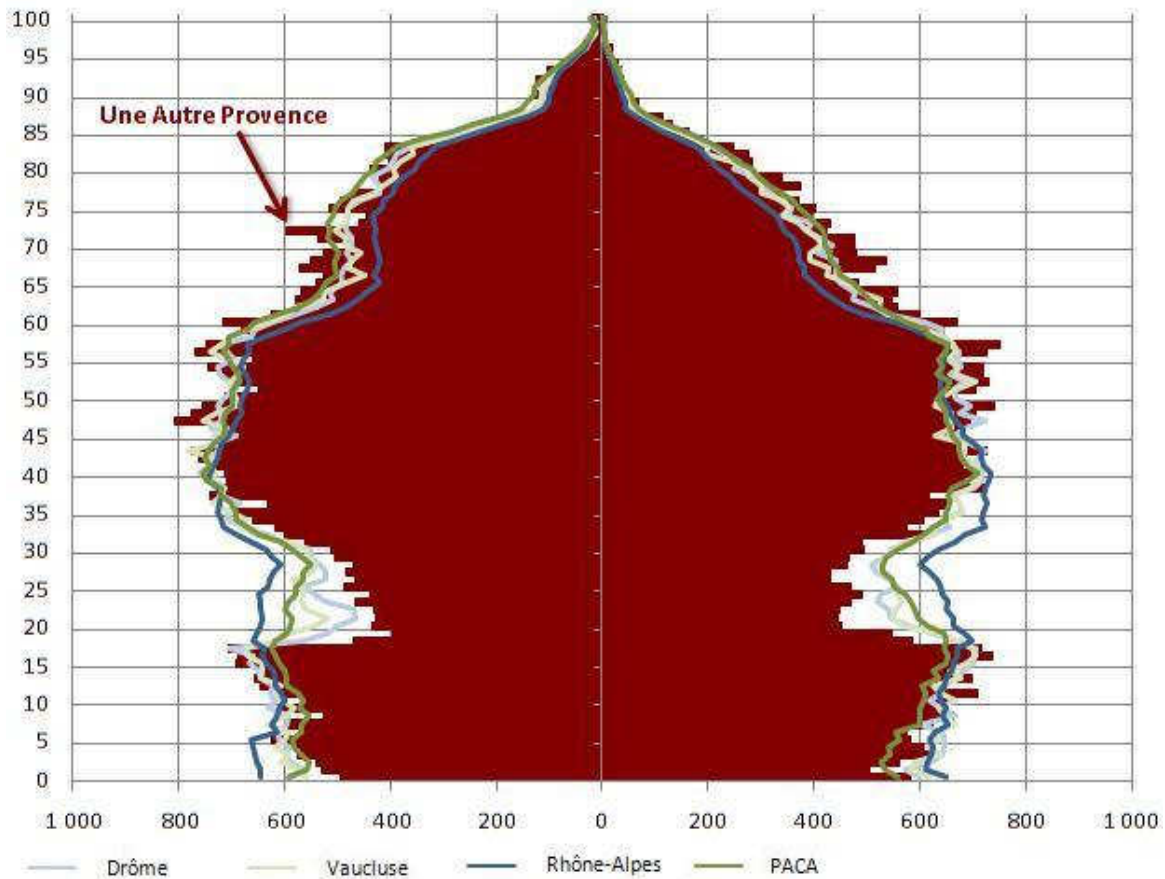
Parmi les 122 communes composant le pays, 11 présentent un taux négatif. Ces communes sont majoritairement situées à l'est du territoire. Seules les villes de Pierrelatte et Rochegude à l'ouest sont concernées.

En ce qui concerne les communes connaissant la plus forte croissance sur la période 1999-2006 (+3 %/an), elles sont réparties de manière très disparate sur l'ensemble du territoire.

2.1.3. Structure par âge

A l'image des territoires situés à distance des villes-centres, le pays présente un net déficit de population pour la tranche des 20-30 ans, par rapport à la structure observée sur les deux départements ou les deux régions.

Graphique n°2 : pyramides âges selon le territoire en 2006^a



^a L'âge « 0 » correspond aux naissances survenues entre le 1^{er} janvier et le 8 mars 1999

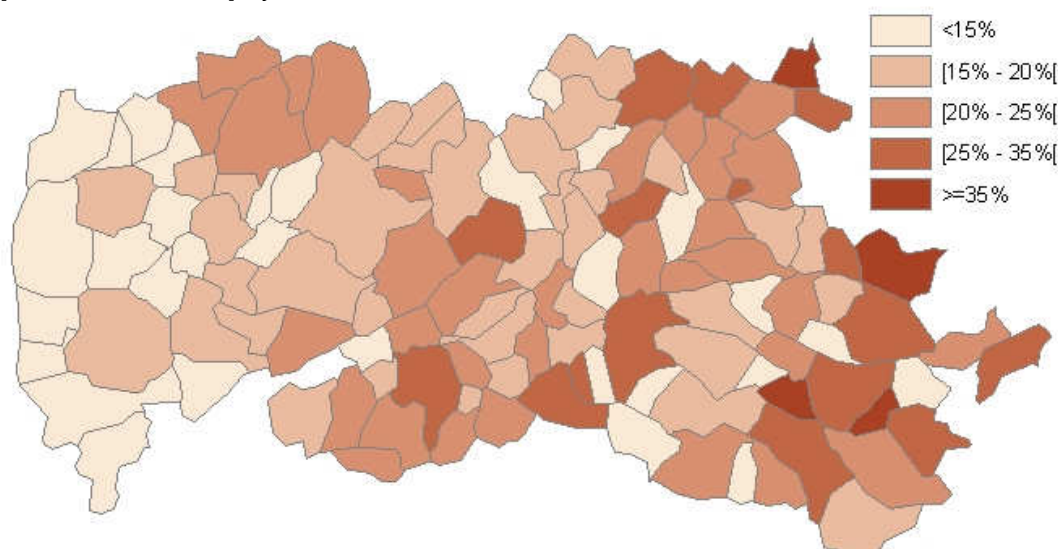
Mais cette structure n'est pas homogène sur l'ensemble du territoire.

On retrouve, pour la part des habitants âgés de moins de 20 ans, et inversement, pour la part des habitants âgés de 65 ans et plus, l'existence d'un gradient le long de l'axe est-ouest, avec globalement une population plus jeune dans la Vallée du Rhône, où une majorité de communes présentent au moins un quart de leurs habitants âgés de moins de 20 ans, par rapport à l'est du territoire, où la population âgée de 65 ans et plus peut atteindre près du tiers de l'ensemble de la population pour certaines communes.

Carte n°7 : part des habitants âgés de moins de 20 ans en 2006 par commune du pays Une Autre Provence



Carte n°8 : part des habitants âgés de moins de 65 ans et plus en 2006 par commune du pays Une Autre Provence

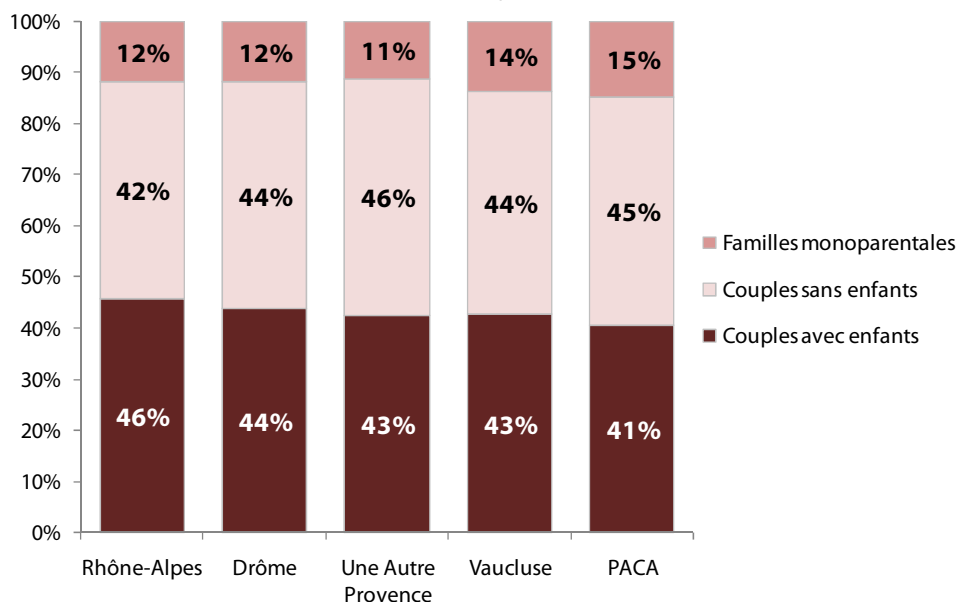


2.1.4. Ménages et structure familiale

Les ménages du pays sont composés en moyenne de 2,5 personnes.

Les couples sans enfants représentent la structure familiale la plus fréquente (46 %), cette proportion étant plus élevée que celles observées dans les régions et départements de référence. Les familles monoparentales sont en revanche moins nombreuses (11 %) que dans les deux régions et départements.

Graphique n°3 : répartition des ménages^a selon leur composition et le territoire en 1999



^a à l'exclusion des personnes seules

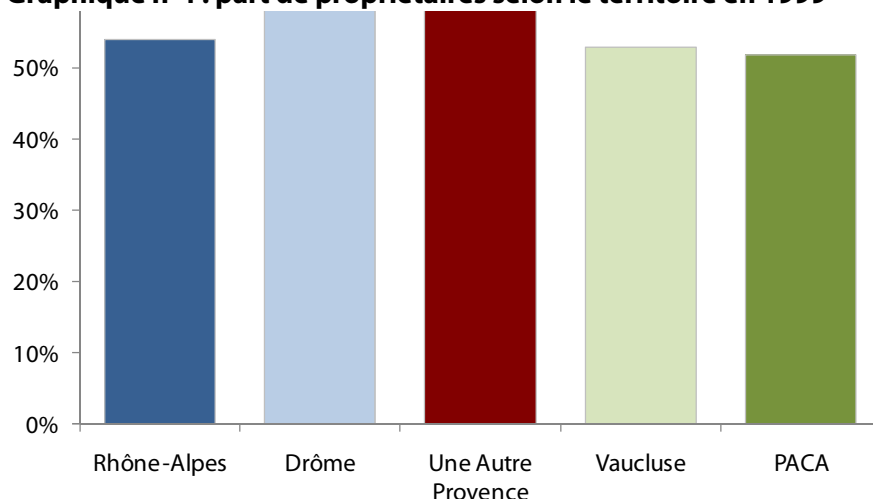
2.2. Logement

Source : INSEE [Recensement 1999]⁴

2.2.1. Propriétaires

Le pays compte près de six résidences principales sur dix sont occupées par leurs propriétaires. Il s'agit du taux le plus élevé par rapport aux quatre zones de comparaison.

Graphique n°4 : part de propriétaires selon le territoire en 1999

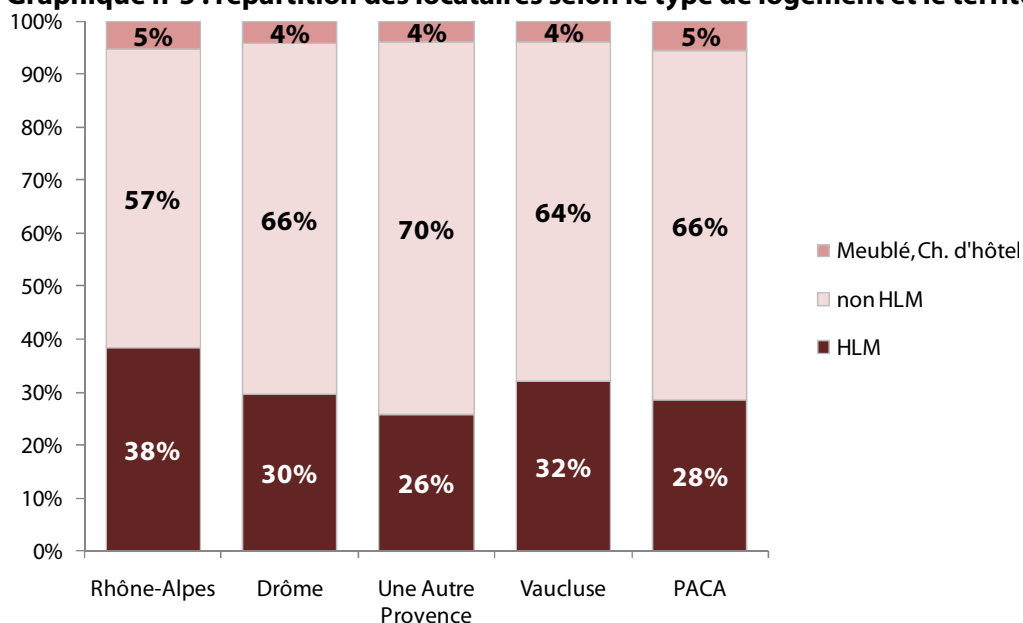


2.2.2. Locataires

Le pays comporte la plus forte part de logements locatifs non HLM (sept logement sur dix), par rapport aux zones de comparaison.

La ruralité du territoire et l'absence de grandes communes expliquent probablement la faible présence de logements sociaux (C. Roux- mai 2007- Portrait du pays Une Autre Provence. Insee Rhône-Alpes, 8p).

Graphique n°5 : répartition des locataires selon le type de logement et le territoire en 1999



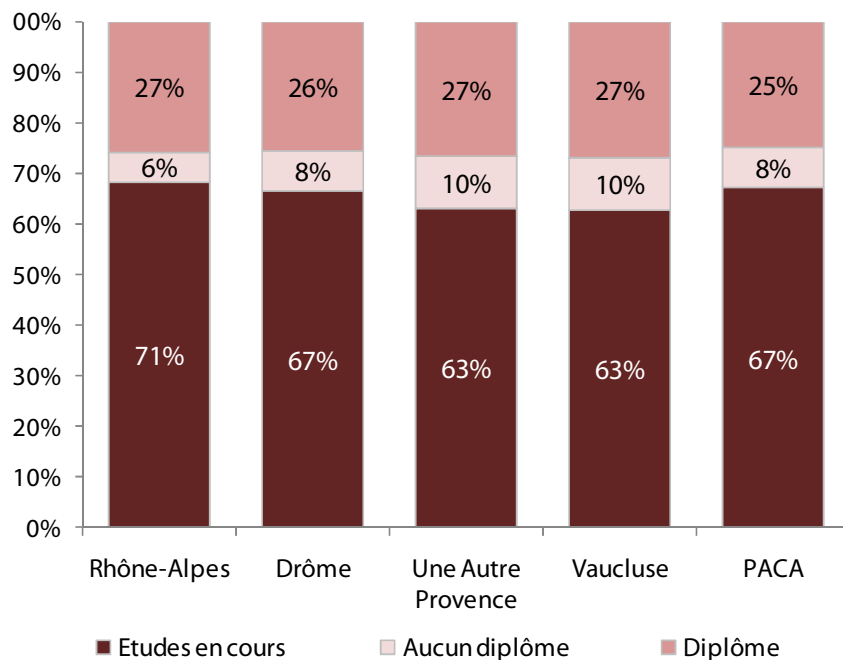
⁴ Les données du nouveau recensement (millésime 2006) n'étaient pas disponibles lors de la réalisation de ce travail.

2.3. Diplômes

Source : INSEE [Recensement 1999]⁵

Comme dans le Vaucluse, un jeune sur dix âgé de 15 à 24 ans du pays est sorti du système scolaire sans diplôme.

Graphique n°6 : répartition des jeunes de 15-24 ans selon leur statut de diplômé et le territoire 1999



Parmi les jeunes diplômés du pays, 35 % ont un diplôme supérieur ou égal au baccalauréat. Ils sont respectivement 38 % et 42 % dans le Vaucluse et en PACA, et 45 % et 48 % dans la Drôme et en Rhône-Alpes.

⁵ Les données du nouveau recensement (millésime 2006) n'étaient pas disponibles lors de la réalisation de ce travail.

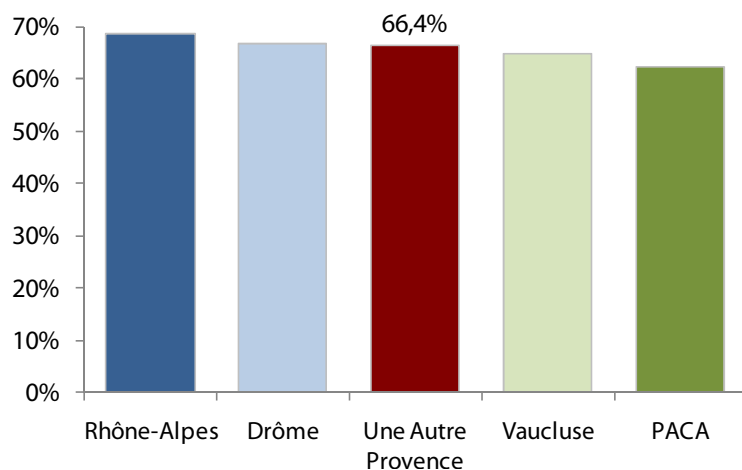
2.4. Emplois et professions

2.4.1. Activité professionnelle

Source : INSEE [Recensement 1999]

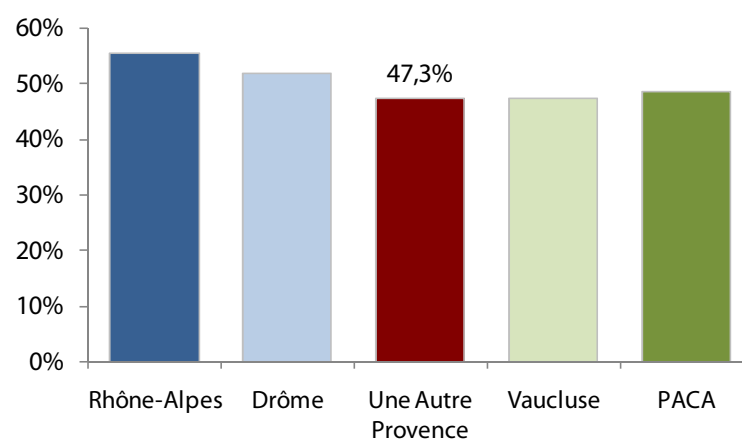
Chez les hommes, le taux d'activité observé sur le pays (66,7 %) est proche de celui de la Drôme (66,7 %), inférieur à celui de la région Rhône-Alpes, mais supérieur à ceux du Vaucluse et de la région PACA.

Graphique n°7 : taux d'activité professionnelle chez les hommes de 15-64 ans selon le territoire en 1999



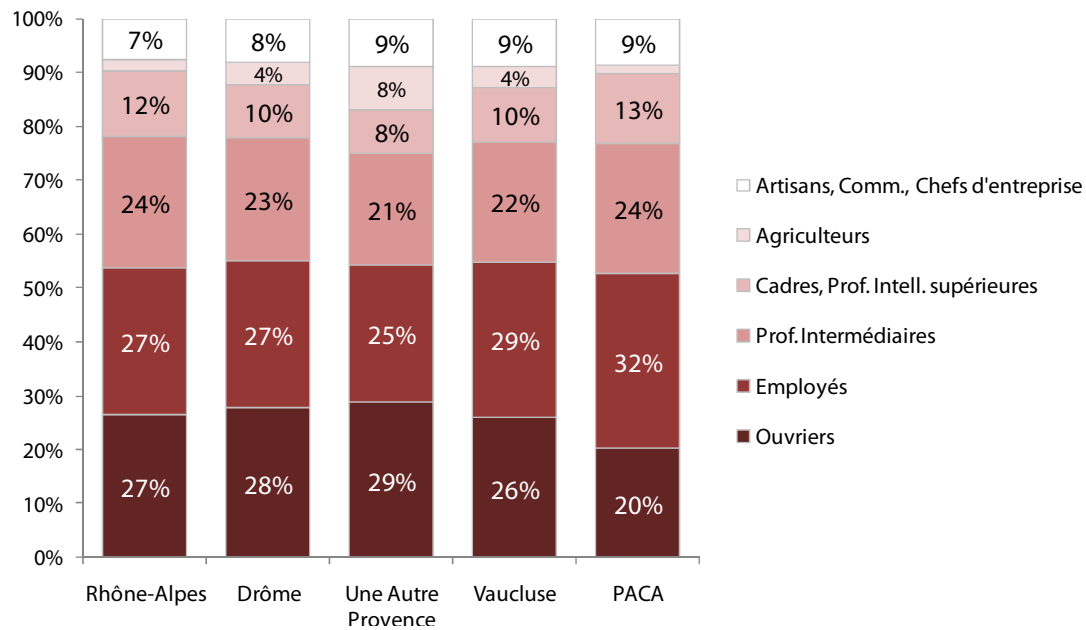
Chez les femmes, le taux d'activité le plus faible observé est celui du pays et du Vaucluse (47 %). Ce taux s'élève à 55,4 % en Rhône-Alpes.

Graphique n°8 : taux d'activité professionnelle chez les femmes de 15-64 ans selon le territoire en 1999



Les actifs occupés du pays (tous sexes confondus) présentent une répartition des catégories socioprofessionnelles un peu différente de celle des territoires de comparaison.

Graphique n°9 : répartition des actifs occupés de 15-64 ans selon leur catégorie socioprofessionnelle et le territoire en 1999



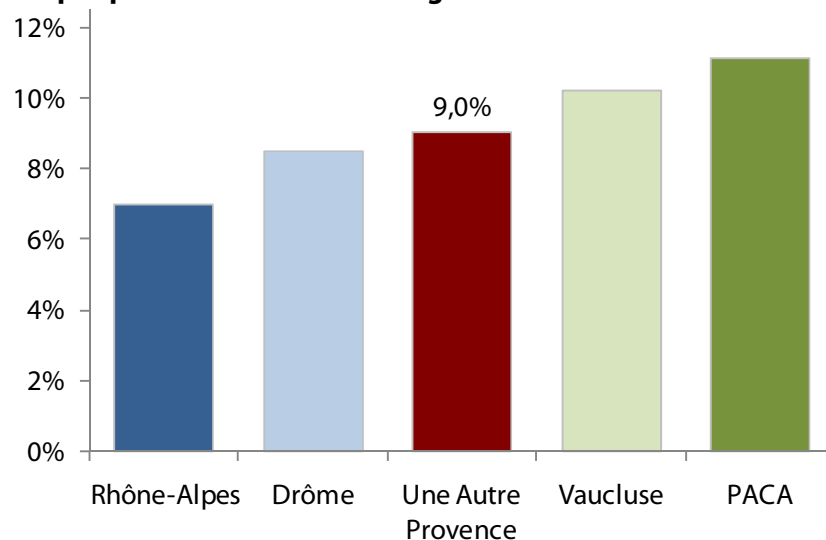
Les agriculteurs sont plus nombreux dans le pays (8 %) ; ils représentent de 1,2 % des actifs occupés en PACA à 4,2 % dans la Drôme. Les ouvriers sont également un peu plus représentés (29 %), essentiellement par rapport à la région PACA (20 %).

A l'inverse, les catégories des cadres/professions intellectuelles supérieures, professions intermédiaires et employés sont moins présentes sur le pays que dans les quatre territoires de comparaison.

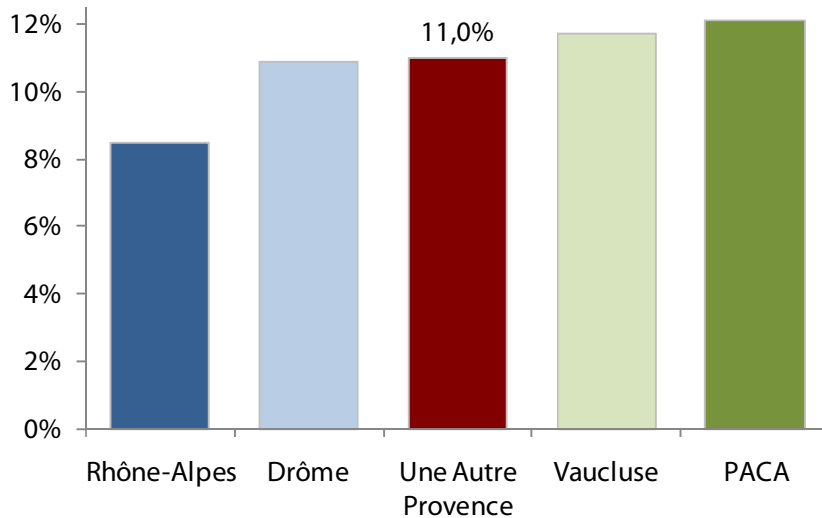
2.4.2. Chômage

Les taux de chômage masculin (9 %) et féminin (11 %) se situent chacun dans une position intermédiaire entre la partie Rhône-Alpes, où les taux sont plus faibles, et la partie PACA où les taux sont plus élevés.

Graphique n°10 : taux de chômage chez les hommes de 15-64 ans selon le territoire en 1999



Graphique n°11 : taux de chômage chez les femmes de 15-64 ans selon le territoire en 1999

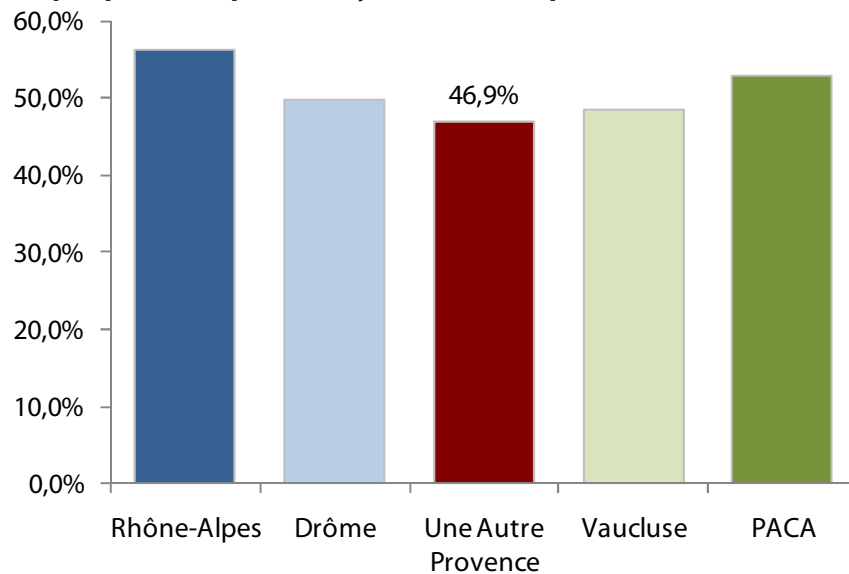


2.5. Revenus

Source : Ministère du budget [2006]

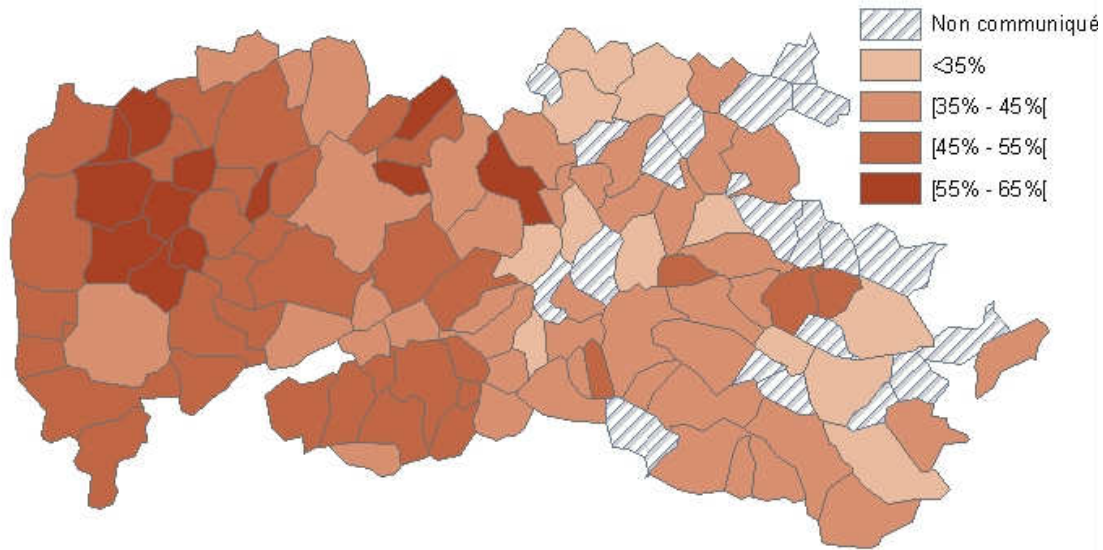
Le pays compte 46,9 % de foyers fiscaux imposables (revenus 2006). Il s'agit d'une part plus faible que ce que l'on observe sur les quatre zones de comparaison. La part la plus élevée est relevée en Rhône-Alpes avec 56 %.

Graphique n°12 : part de foyers fiscaux imposables sur les revenus 2006 selon le territoire



Comme pour certains indicateurs démographiques vus précédemment, un gradient ouest-est se dégage sur le pays. Les parts plus importantes de foyers fiscaux imposables se situent à l'ouest du territoire (la plupart des communes en comptent au moins 45 %). A l'est, on compte moins de 45 % de foyers fiscaux imposables, voire même moins de 35 %.

Carte n°9 : part des foyers fiscaux imposables sur les revenus 2006 par commune du pays Une Autre Provence^a



^a Les données concernant 21 communes du pays ne sont pas communiquées pour des raisons de secret statistique.

2.6. Précarité

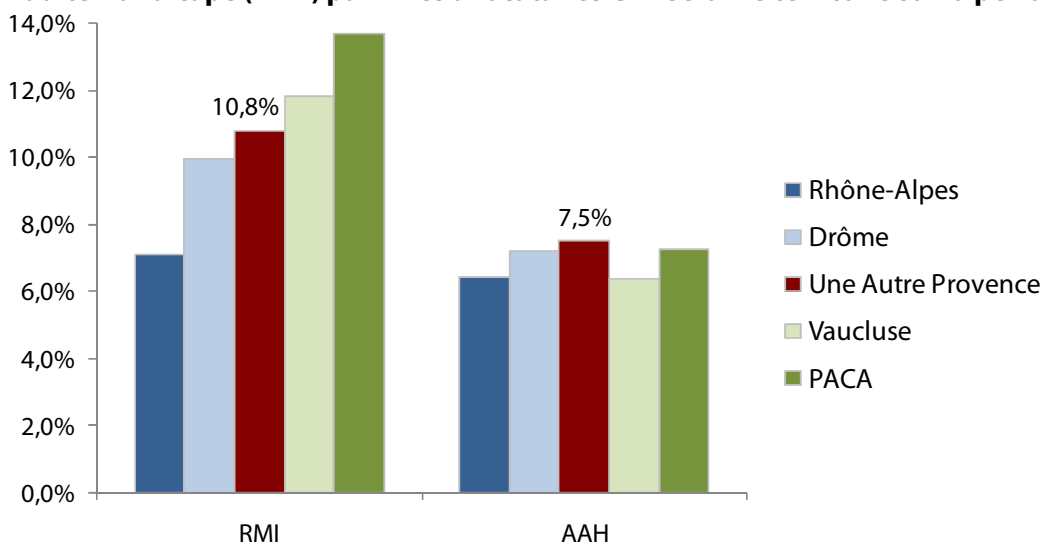
2.6.1. Allocataires CAF

Source : Caisses d'Allocations Familiales [2006-2007]

En ce qui concerne le RMI, le pays se retrouve à nouveau dans une situation intermédiaire entre la partie Rhône-Alpes où les taux d'allocataires bénéficiaires du RMI sont les plus bas (région : 7,1 % ; Drôme : 9,9 %) et la partie PACA où ces taux sont les plus élevés (région : 13,7 % ; Vaucluse : 11,8 %).

Le Vaucluse et la région Rhône-Alpes, avec un peu plus de 6 % d'allocataires bénéficiaires de l'AAH, présentent des taux un peu plus faibles que ce que l'on observe sur le pays (7,5 %), la Drôme ou la région PACA (7,2 %).

Graphique n°13 : part de bénéficiaires du Revenu Minimum d'Insertion (RMI) et de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) parmi les allocataires CAF selon le territoire sur la période 2006-07



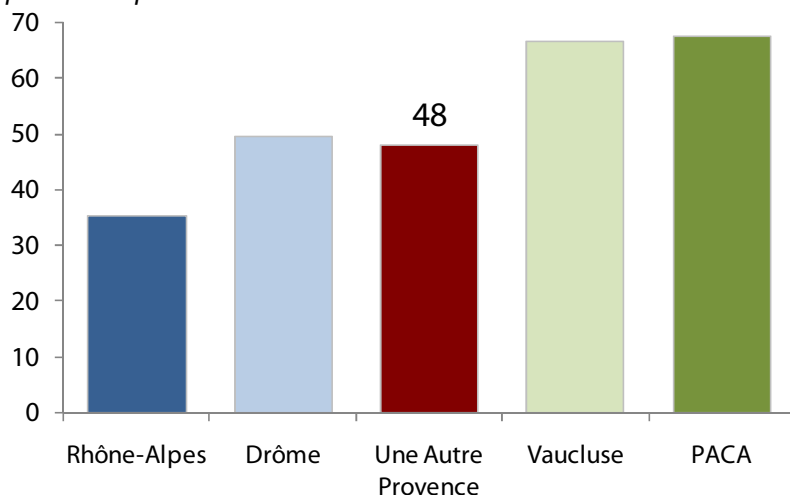
2.6.2. Couverture Maladie Universelle complémentaire

Source : URCAM Rhône-Alpes – URCAM PACA [2007]

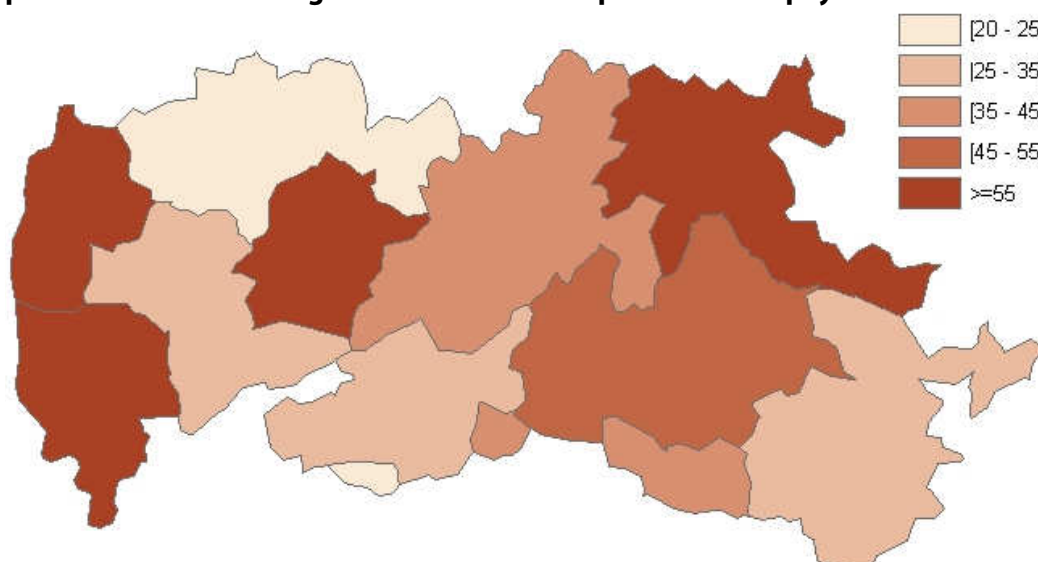
Le taux de bénéficiaires de la CMUc est de 48 ‰ chez les assurés du Régime Général du pays. Il s'agit d'un taux équivalent à celui observé dans la Drôme (49 ‰). S'il est supérieur au taux de la région Rhône-Alpes (35 ‰), il est en revanche plus faible que les taux du Vaucluse et de la région PACA (67 ‰).

Graphique n°14: taux de bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU) complémentaire parmi les assurés du Régime Général selon le territoire en 2007

pour 1 000 personnes



Carte n°10: taux de bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU) complémentaire parmi les assurés du Régime Général en 2007 par canton du pays Une Autre Provence



3. OFFRE DE SOINS

3.1. Offre libérale

Sources : URCAM Rhône-Alpes et URCAM PACA [au 1^{er} janvier 2009]
INSEE [Enquêtes annuelles de recensement 2004 à 2008, millésime 2006]

3.1.1. Médecins

Le pays compte 116 médecins généralistes (cabinet principal localisé dans le pays).

Tableau 3 : effectif, âge et secteurs de conventionnement des médecins généralistes selon le territoire au 1^{er} janvier 2009

		Rhône-Alpes	Drôme	Une Autre Provence	Vaucluse	PACA
Total	Effectif	5 815	446	116	605	6 016
	Densité ^a	0,94	0,92	0,95	1,11	1,23
Secteur 1	Effectif	4 887	389	101	514	5 143
	%	84 %	87 %	87 %	85 %	85 %
≥ 55 ans	Effectif	2 369	222	53	247	2 414
	%	41 %	50 %	46 %	41 %	40 %

^a pour 1 000 habitants

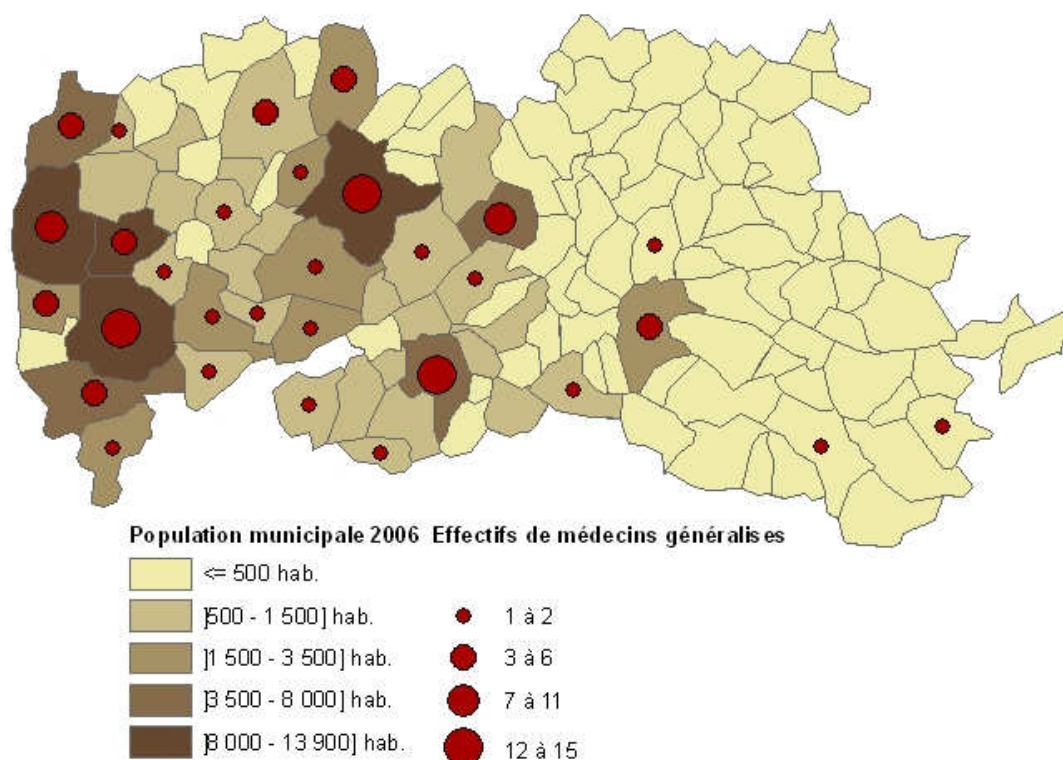
La densité de médecins généralistes observée sur le pays (0,95 médecins généralistes pour 1 000 habitants), très proche de celles observées en Rhône-Alpes et dans la Drôme, est inférieure à celles de la région PACA et du Vaucluse.

La carte suivante présente la localisation des médecins généralistes sur l'ensemble du pays. On note un parallèle entre la population présente sur le territoire (essentiellement à l'ouest) et l'effectif de médecins généralistes, eux aussi concentrés sur la partie ouest, dans la vallée du Rhône.

Cependant, l'isolement des communes de l'est, et encore plus du nord-est, par rapport à ces professionnels, pose le problème des temps d'accès des populations résidant dans cette zone à ces médecins.

Notons que les médecins généralistes qui exercent en secteur 1 (sans dépassement d'honoraires) représentent 87 % des médecins conventionnés. Il s'agit d'une proportion équivalente à celle de la Drôme et légèrement inférieure à celle des deux régions et du Vaucluse.

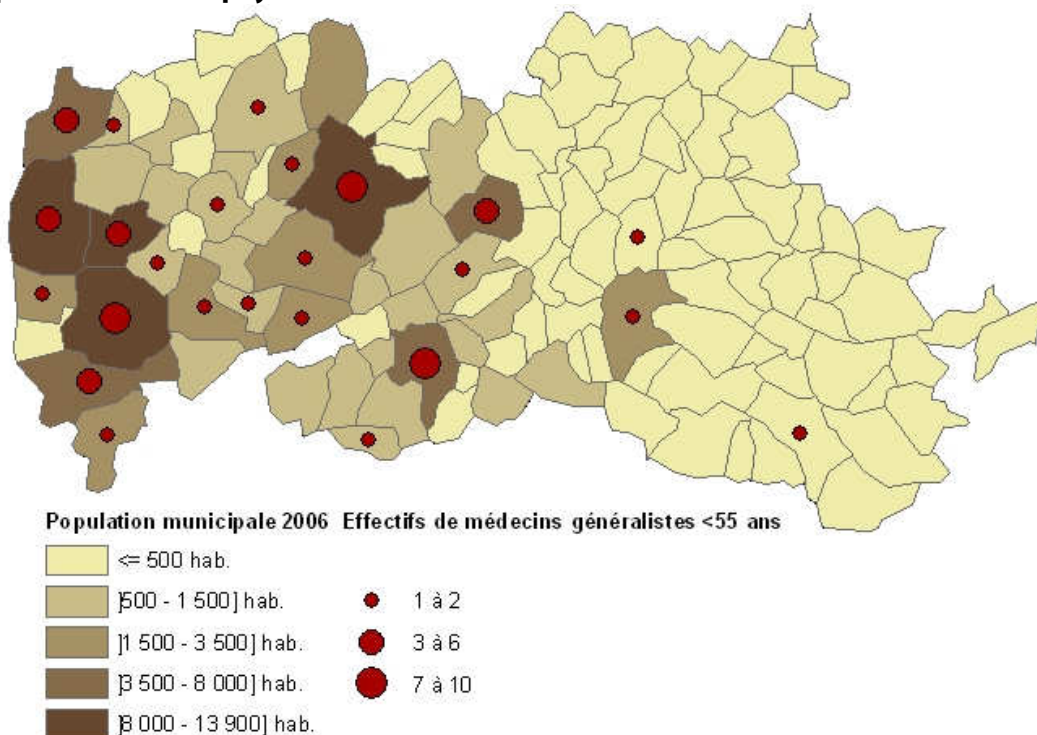
Carte n°11 : effectifs de médecins généralistes par commune du pays Une Autre Provence en 2009



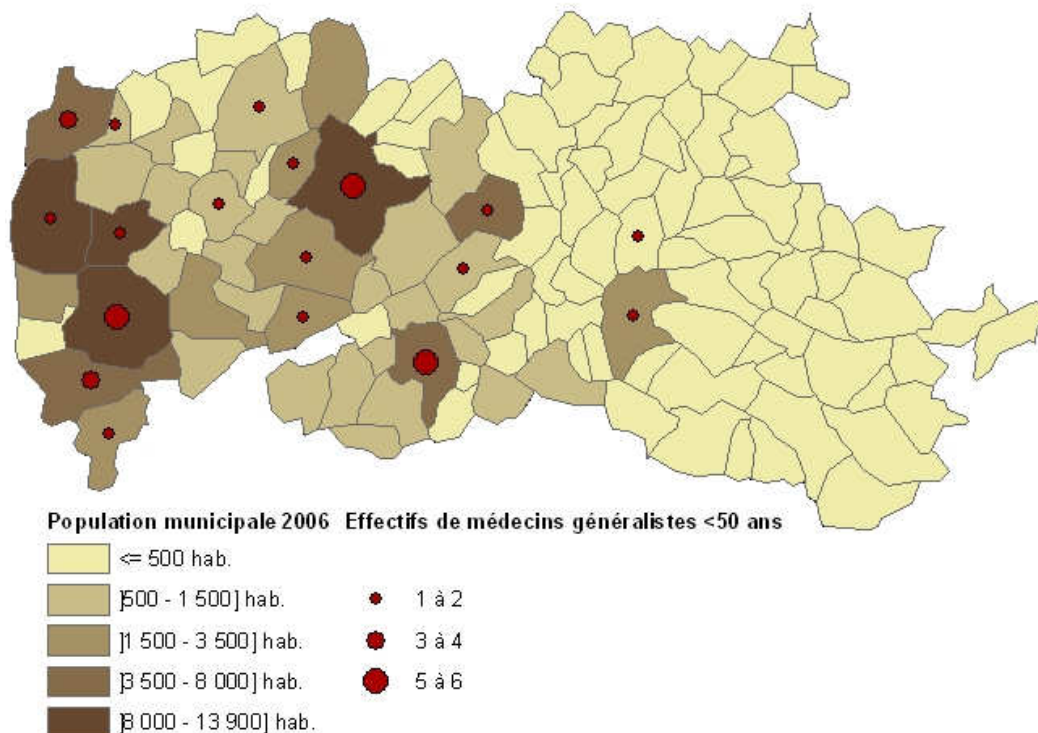
Outre la localisation des médecins généralistes, l'aspect démographique de cette profession est important pour appréhender les problèmes d'accès à ces médecins dans les années futures.

Près de la moitié des médecins généralistes du pays (46 %) sont âgés d'au moins 55 ans. Cette proportion est plus élevée que celle des deux régions et du Vaucluse. Dans la Drôme, en revanche, les médecins de 55 ans et plus sont proportionnellement plus nombreux.

Carte n°12a : localisation des médecins généralistes âgés de moins de 55 ans en 2009 par commune du pays Une Autre Provence



Carte n°1b : localisation des médecins généralistes âgés de moins de 50 ans en 2009 par commune du pays Une Autre Provence



3.1.2. Médecins spécialistes

On dénombre 42 médecins spécialistes libéraux dans le pays, soit une densité de 0,34 pour 1 000 habitants. Celle-ci correspond à ce que l'on peut observer sur des territoires ayant un profil rural. Cette densité est nettement inférieure aux densités observées dans les départements et régions de référence.

Les spécialistes sont installés sur les communes de Pierrelatte, Bollène, Valréas, Vaison-la-Romaine et Nyons. Enfin, un spécialiste se trouve dans le canton de Séderon (établissement thermal de Montbrun-les-Bains).

Tableau 4 : effectif des médecins spécialistes selon le territoire au 1^{er} janvier 2009

	Rhône-Alpes	Drôme	Une Autre Provence	Vaucluse	PACA
Effectif	5 376	347	42	578	6 443
Densité ^a	0,97	0,72	0,34	1,03	1,32

^a pour 1 000 habitants

3.1.3. Les autres professionnels de santé

Rapportés à la population d'une Autre Provence, les effectifs de dentistes, de masseurs-kinésithérapeutes et d'orthophonistes sont proches de ceux observés dans les quatre zones de référence, avec toutefois un écart plus marqué avec la région PACA, bien dotée en professionnels de santé libéraux.

La densité d'infirmiers sur le territoire est équivalente à celle des deux départements mais à un niveau intermédiaire entre les régions Rhône-Alpes et PACA.

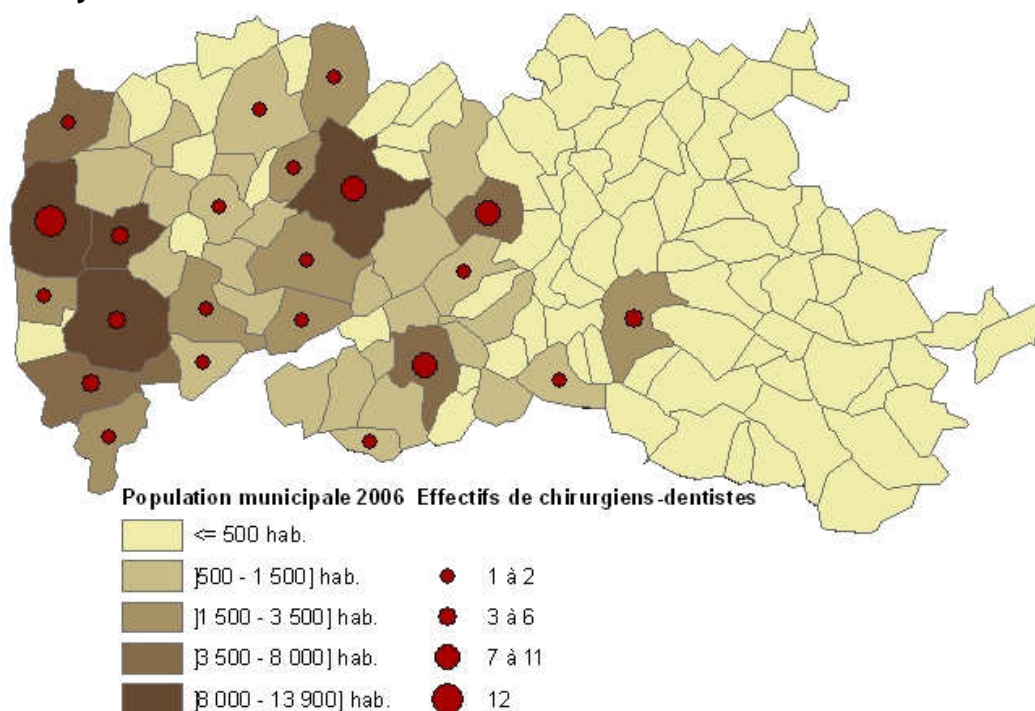
**Tableau 5 : effectif des professionnels de santé (hors médecins)
selon le territoire au 1^{er} janvier 2009**

		Rhône-Alpes	Drôme	Une Autre Provence	Vaucluse	PACA
Dentistes	Effectif	3 681	301	73	369	3 994
	Densité ^a	0,60	0,62	0,60	0,67	0,82
Infirmiers	Effectif	5 896	725	171	873	10 110
	Densité ^a	0,96	1,50	1,39	1,60	2,06
Masseurs-kinésithérapeutes	Effectif	5 566	412	96	564	6 117
	Densité ^a	0,90	0,85	0,78	1,03	1,25
Orthophonistes	Effectif	1 755	129	28	152	1 514
	Densité ^a	0,28	0,27	0,23	0,28	0,31

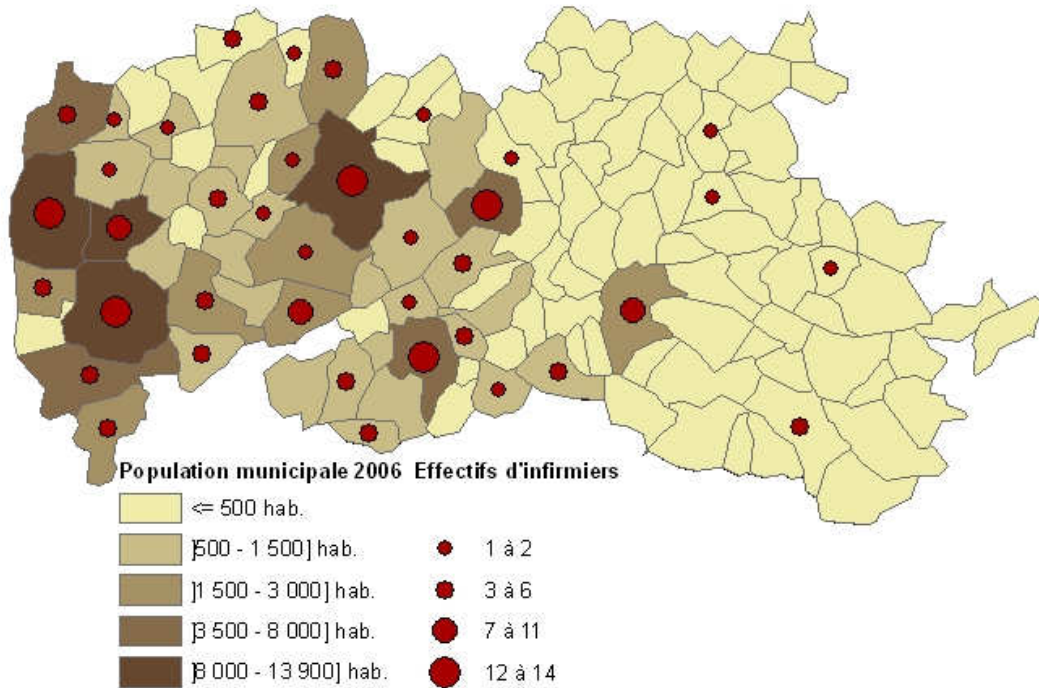
^a pour 1 000 habitants

La répartition de ces professionnels de santé au sein du territoire (voir cartes suivantes) est inégale et similaire à celle des médecins généralistes et des spécialistes: ils sont plus nombreux à l'ouest du territoire et au centre, à proximité de Valréas, Vaison-la-Romaine, Nyons et Buis-les-Baronnies, en parallèle avec la densité de population du territoire.

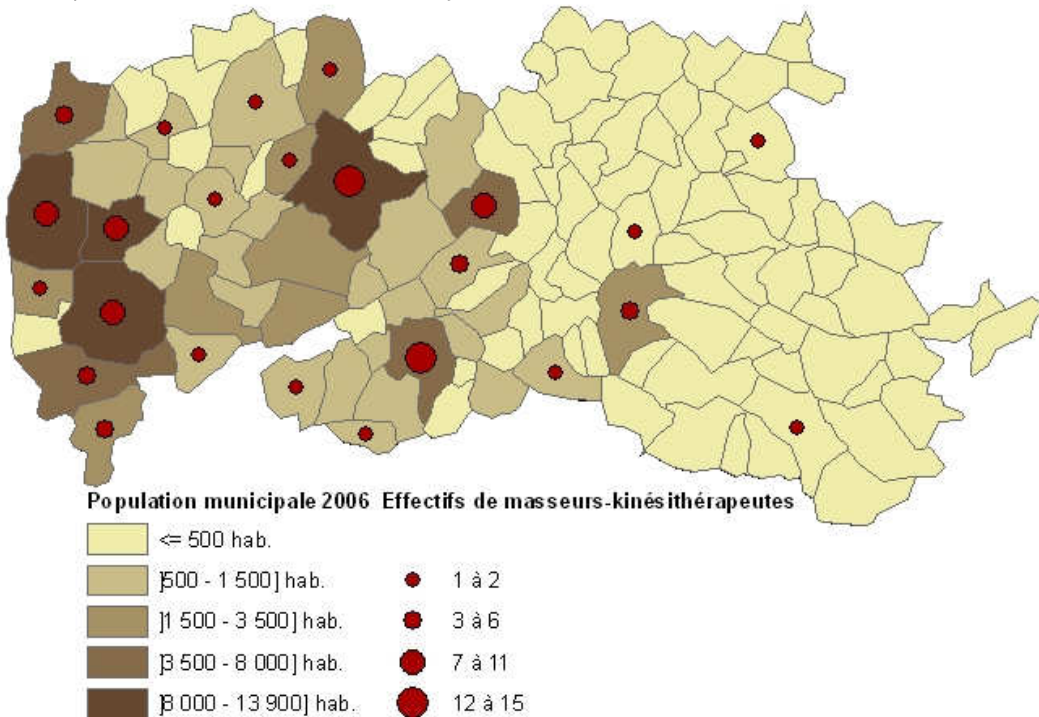
Carte n°13 : localisation des chirurgiens-dentistes par commune du pays Une Autre Provence au 1^{er} janvier 2009



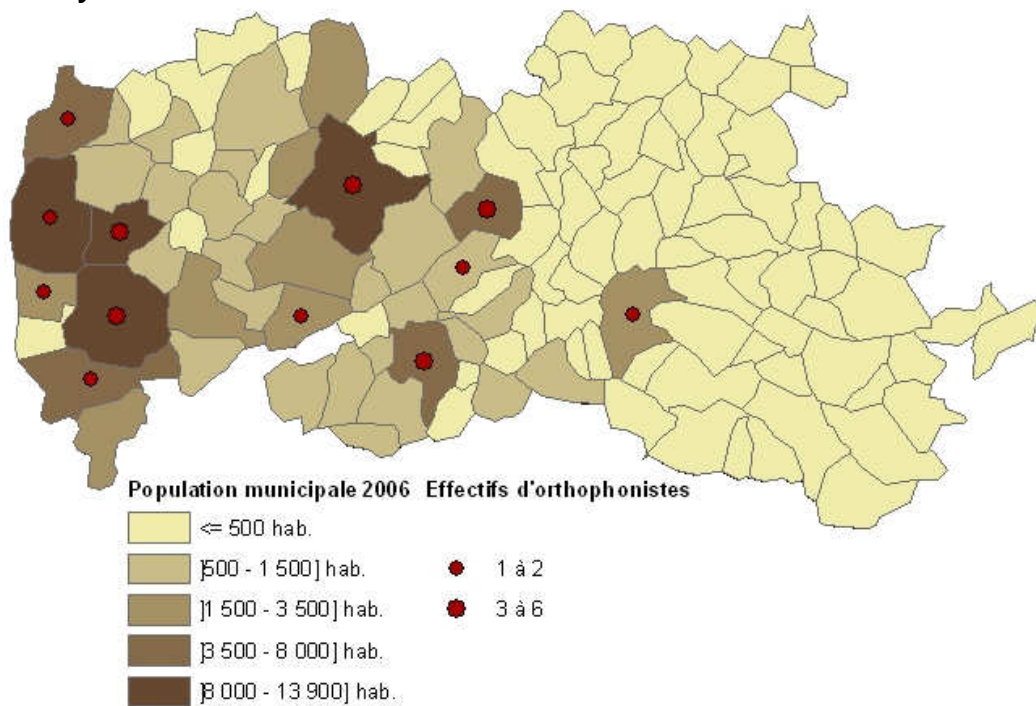
Carte n°14 : localisation des infirmiers par commune du pays Une Autre Provence au 1^{er} janvier 2009



Carte n°15 : localisation des masseurs-kinésithérapeutes par commune du pays Une Autre Provence au 1^{er} janvier 2009



Carte n°16 : localisation des orthophonistes par commune du pays Une Autre Provence au 1^{er} janvier 2009



3.2. Établissements et services socio-sanitaires

Sources : FINESS [2008]

INSEE [Enquêtes annuelles de recensement 2004 à 2008, millésime 2006]

3.2.1. Pharmacies et laboratoires d'analyse médicale

Sur le pays, on dénombre 42 pharmacies et 8 laboratoires d'analyses médicales, soit 2 920 habitants pour une pharmacie et 15 331 habitants pour un laboratoire d'analyses médicales.

Du point de vue du nombre d'habitants par établissement, le pays est moins bien doté que la région PACA et le Vaucluse, qu'il s'agisse des pharmacies ou des laboratoires d'analyse médicale.

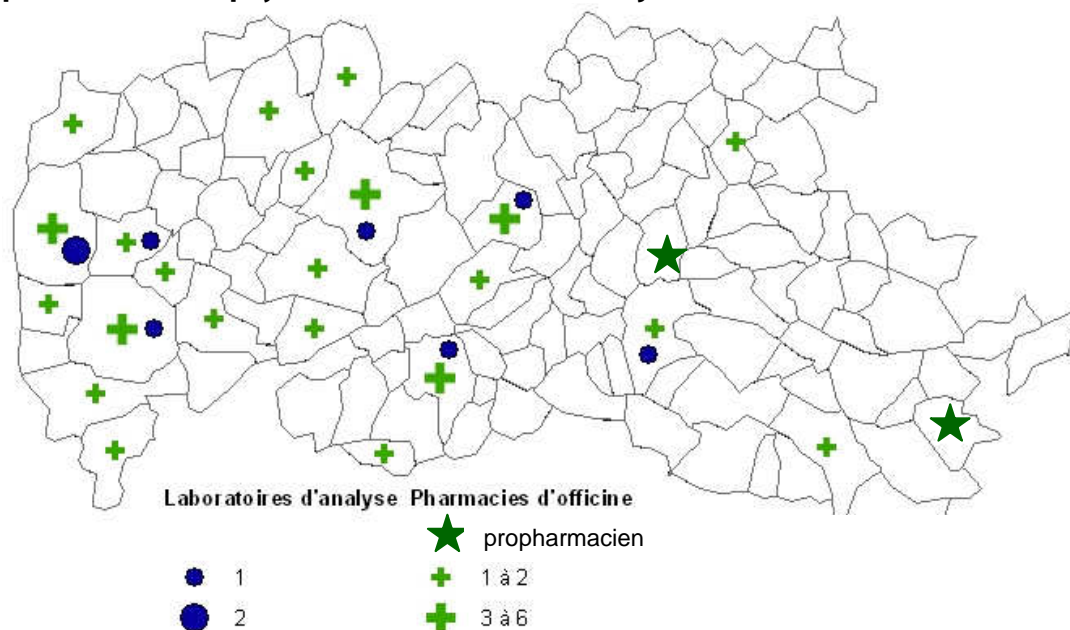
Par rapport à la région Rhône-Alpes et à la Drôme, le pays présente une offre de même niveau pour les pharmacies, et un peu supérieure en ce qui concerne les laboratoires d'analyse.

Tableau 6 : effectif de pharmacies et de laboratoires d'analyse selon le territoire au 1^{er} janvier 2009

		Rhône-Alpes	Drôme	Une Autre Provence	Vaucluse	PACA
Pharmacies	Effectif	2 113	165	42	204	1 966
	Nombre d'habitants pour une officine	2 921	2 928	2 920	2 680	2 491
Laboratoires d'analyse	Effectif	365	28	8	53	560
	Nombre d'habitants pour un laboratoire	16 911	17 254	15 331	10 316	8 744

A noter, la présence de propharmaciens⁶ sur les communes de Sainte-Jalle et Séderon.

Carte n°14 : localisation des pharmacies et des laboratoires d'analyse par commune du pays Une Autre Provence au 1^{er} janvier 2009



⁶ Médecins autorisés à délivrer des médicaments à leurs patients en l'absence de pharmacies.

3.2.2. Établissements hospitaliers

3.2.3. L'offre

Le territoire Une Autre Provence compte⁷ 109 lits et places d'hospitalisation en médecine, chirurgie et obstétrique, 161 en soins de suite et réadaptation comme en soins de longue durée, mais aucun lit ou place en psychiatrie.

Le taux d'équipement en Médecine-Chirurgie-Obstétrique s'élève à 0,89 pour 1 000 habitants. Il est nettement plus faible que ceux des départements de la Drôme (3,32 ‰) et du Vaucluse (3,81 ‰), eux-mêmes inférieurs aux taux régionaux (3,82 ‰ en Rhône-Alpes et 4,29 ‰ en PACA).

Tableau 7 : effectif et taux d'équipement en lits et places d'hospitalisation (MCO^a, SSR^b et SLD^c) selon le territoire en 2008

		Rhône-Alpes	Drôme	Une Autre Provence	Vaucluse	PACA
MCO ^a	Nombre de lits et places					
	Médecine	12 269	897	80	983	10 758
	Chirurgie	9 192	601	16	886	8 585
	Obstétrique	2 143	108	13	213	1 678
	Taux d'équipement ^d MCO	3,82	3,32	0,89	3,81	4,29
SSR ^b	Nombre de lits et places	9 762	604	161	579	10 798
	Taux d'équipement ^d	1,58	1,25	1,34	1,06	2,21
SLD ^c	Nombre de lits et places	7 562	397	161	470	3 366
	Taux d'équipement ^d	1,23	0,82	1,31	0,86	0,69

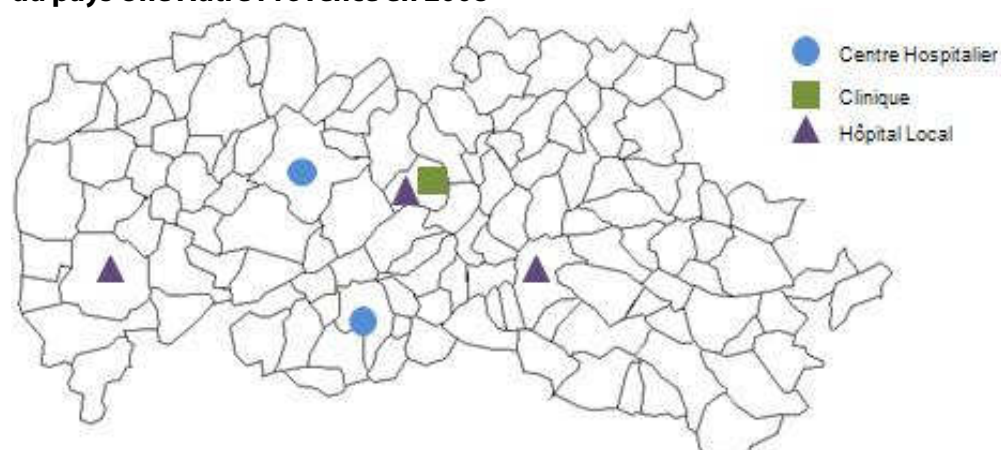
^a MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

^b SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

^c SLD : Soins de Longue Durée

^d pour 1 000 habitants

Carte n°15 : localisation des établissements hospitaliers par commune du pays Une Autre Provence en 2008



⁷ Capacités des hôpitaux locaux inclus

3.2.4. Les trajectoires hospitalières en MCO

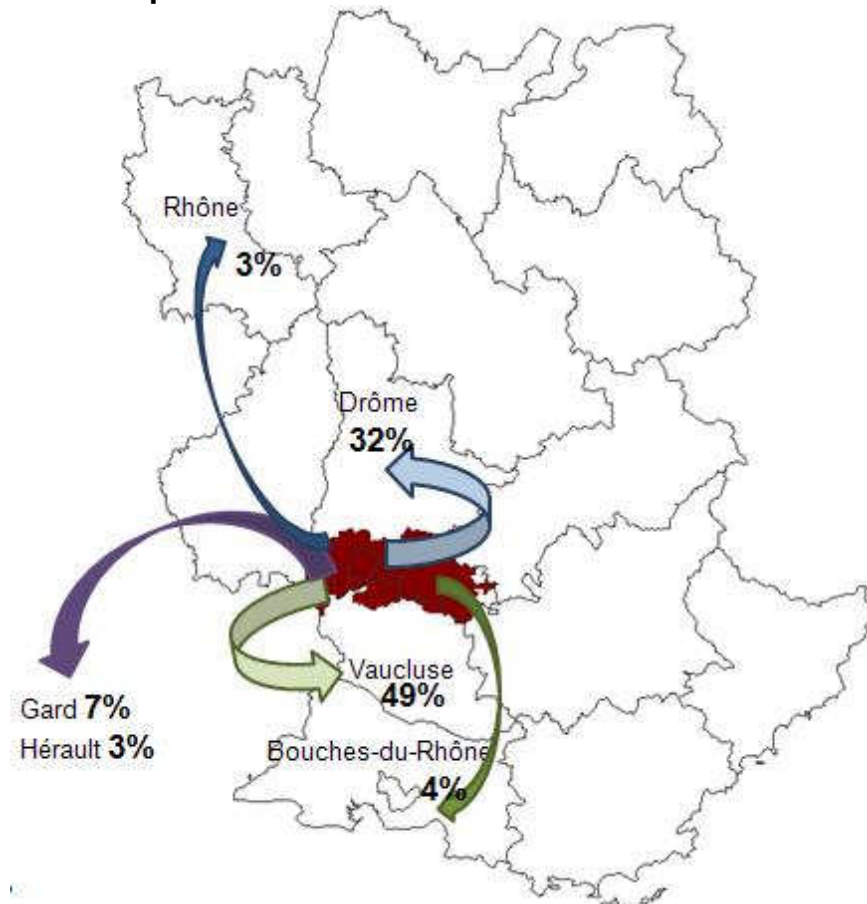
Source : PMSI [2007]

Près de 10 900 habitants du pays ont été hospitalisés au cours de l'année 2007 au cours de 32 400 séjours.

3.2.4.1. Ensemble des séjours

Les hospitalisations des habitants du pays ont essentiellement lieu dans les départements de la Drôme et du Vaucluse, puis en Languedoc-Roussillon (Gard, Hérault) et dans le Rhône (Lyon) et les Bouches-du-Rhône (Marseille).

Carte n°17: trajectoires d'hospitalisations en MCO des habitants du pays Une Autre Provence selon le département en 2007



14 % des séjours ont lieu dans un des établissements situés dans le pays.

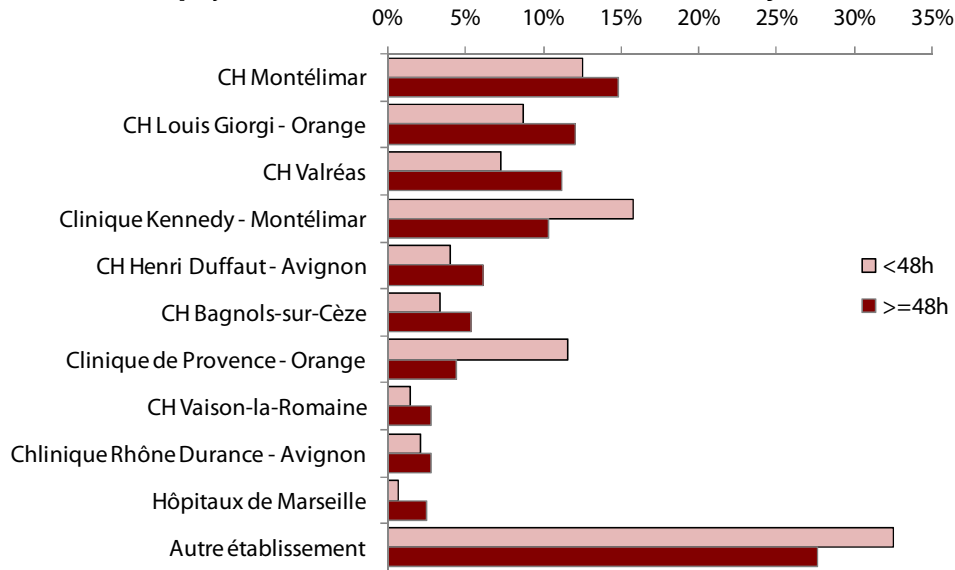
Les trajectoires montrent en priorité des déplacements dans la direction de Montélimar avec, globalement, 28 % des séjours qui ont lieu dans l'un des établissements de la ville.

Les quatre établissements qui accueillent la majorité des séjours sont : le Centre Hospitalier de Montélimar (13 %), la Clinique Kennedy de Montélimar (11 %), le Centre Hospitalier Louis Giorgi d'Orange (10 %) et le Centre Hospitalier de Valréas (9 %).

Cependant, si on détaille les séjours selon la durée d'hospitalisation, les trajectoires sont modifiées.

Pour les courts séjours (<48 heures), les établissements qui concentrent la majeure partie des hospitalisations sont la Clinique Kennedy (15 %), le Centre Hospitalier de Montélimar (12 %) et la Clinique de Provence d'Orange (11 %).

Graphique n°15 : répartition des séjours hospitaliers en Médecine-Chirurgie-Obstétrique des habitants du pays Une Autre Provence selon la durée du séjour et l'établissement en 2007

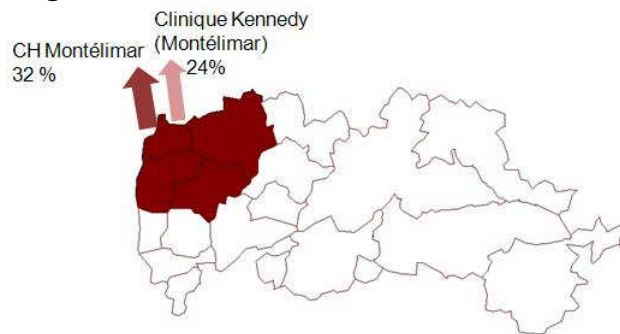


Les trajectoires associées au pays sont fortement éclatées : aucun établissement n'accueille plus de 15 % des séjours des habitants du pays.

Selon le domicile des habitants, on observe de grandes disparités dans les lieux d'hospitalisation. Les trajectoires partent « en étoile » autour du pays, pour se diriger en priorité vers les villes voisines de Montélimar au nord et surtout nord-est, Orange au sud-ouest, Carpentras au sud-est, et également sur les deux centres hospitaliers du territoire : Valréas et Vaison-la-Romaine.

Carte n°18 à 25 : principales trajectoires d'hospitalisations en Médecine-Chirurgie-Obstétrique des habitants selon leur secteur de domicile en 2007

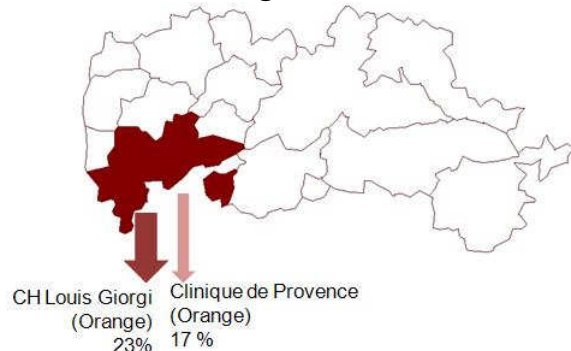
Carte n°18 : Saint-Paul-Trois-Châteaux, Grignan, Donzère, Pierrelatte



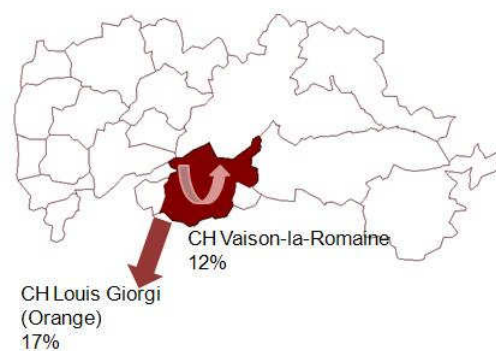
Carte n°19 : Lapalud



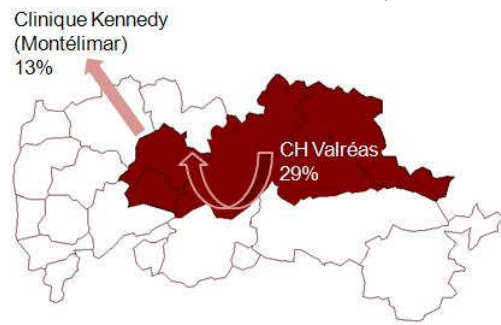
Carte n°20 : Mondragon, Bollène, Mornas, Sainte-Cécile-les-Vignes, Suze-la-Rousse



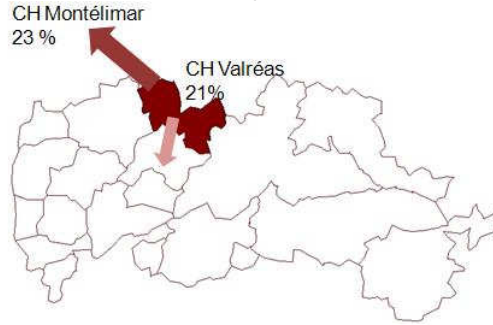
Carte n°21 : Vaison-la-Romaine



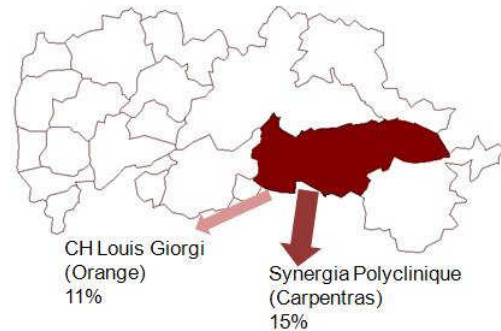
Carte n°22 : Visan, Valréas, Nyons, Rémuzat



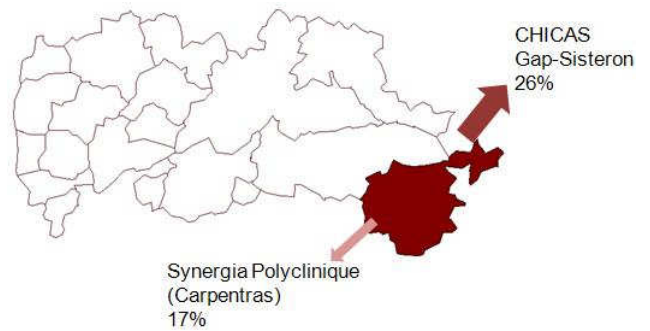
Carte n°23 : Taulignan



Carte n°24 : Buis-les-Baronnies



Carte n°25 : Sédron



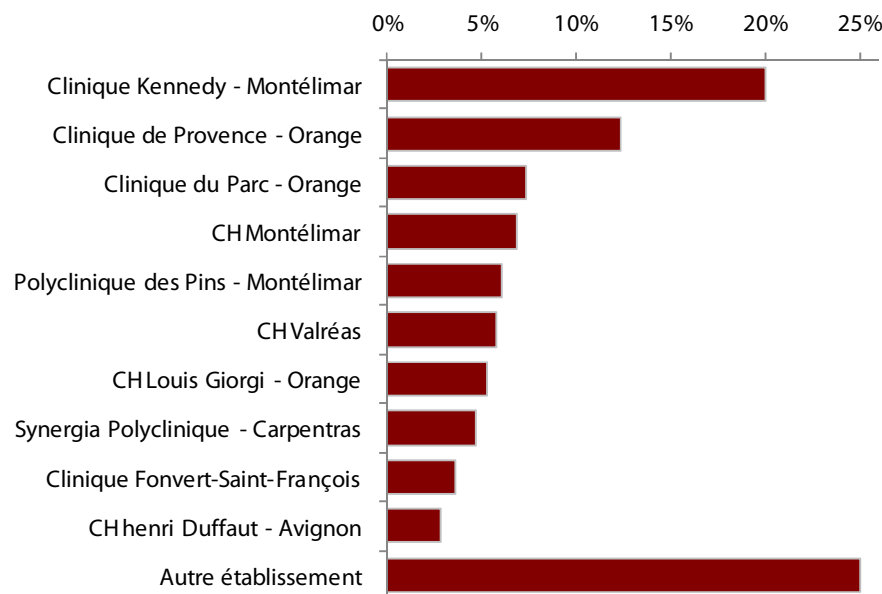
3.2.4.2. Séjours chirurgicaux

Comme pour l'ensemble des séjours en MCO, les trajectoires sont assez disparates.

Le premier établissement est la Clinique Kennedy avec près d'un séjour sur cinq parmi les 12 000 séjours effectués par les habitants du pays.

Le CH de Valréas, seul établissement chirurgical situé sur le territoire, a accueilli 5,8 % des séjours des habitants⁸.

Graphique n°16 : répartition des séjours chirurgicaux des habitants du pays Une Autre Provence selon l'établissement en 2007



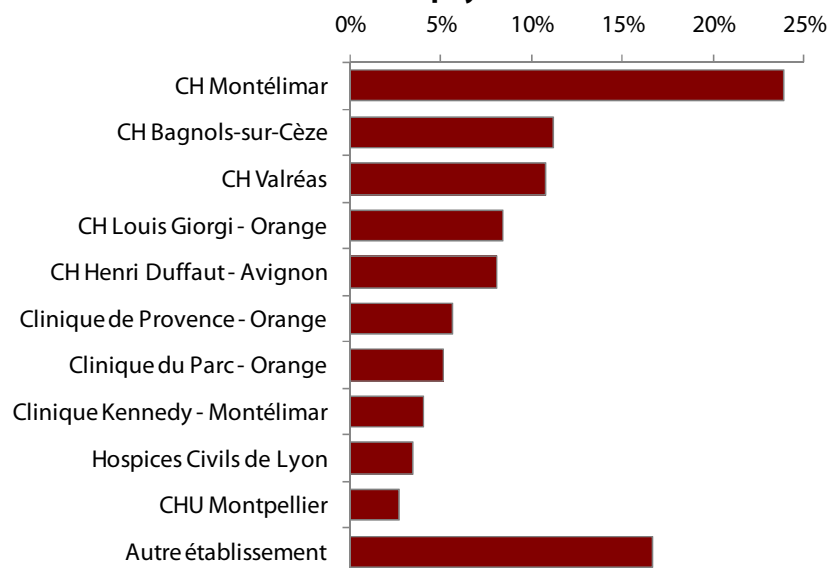
⁸ Ce service a fermé en 2008.

3.2.4.3. Séjours pédiatriques

Les enfants de moins de 15 ans résidant dans le pays ont été hospitalisés en premier lieu au CH de Montélimar (près d'un séjour sur quatre parmi les 3 800 séjours recensés en 2007).

Le CH de Valréas recense quant à lui un peu plus d'un séjour sur dix dans cette catégorie d'âge.

Graphique n°17 : répartition des séjours hospitaliers en Médecine-Chirurgie-Obstétrique des habitants de moins de 15 ans du pays Une Autre Provence selon l'établissement en 2007



3.2.5. Établissements et services pour personnes âgées

Au total, 24 établissements pour personnes âgées sont installés dans le pays : 16 maisons de retraites (soit 963 places) et 8 logements foyers (soit 458 places).

On note l'absence d'établissement d'accueil temporaire pour personnes âgées dans le pays.

Le taux d'équipement en maisons de retraite du pays pour les personnes âgées de plus de 75 ans correspond à ce que l'on peut observer dans le Vaucluse ou dans la région PACA (un peu plus de 80 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus), mais en dessous de ce que l'on observe dans la Drôme (95‰) ou la région Rhône-Alpes (103‰).

En ce qui concerne les logements-foyers, la situation s'inverse : le taux de 40 ‰ observé sur le pays est similaire à celui de la région PACA (39 ‰), et supérieur aux trois autres zones de comparaison.

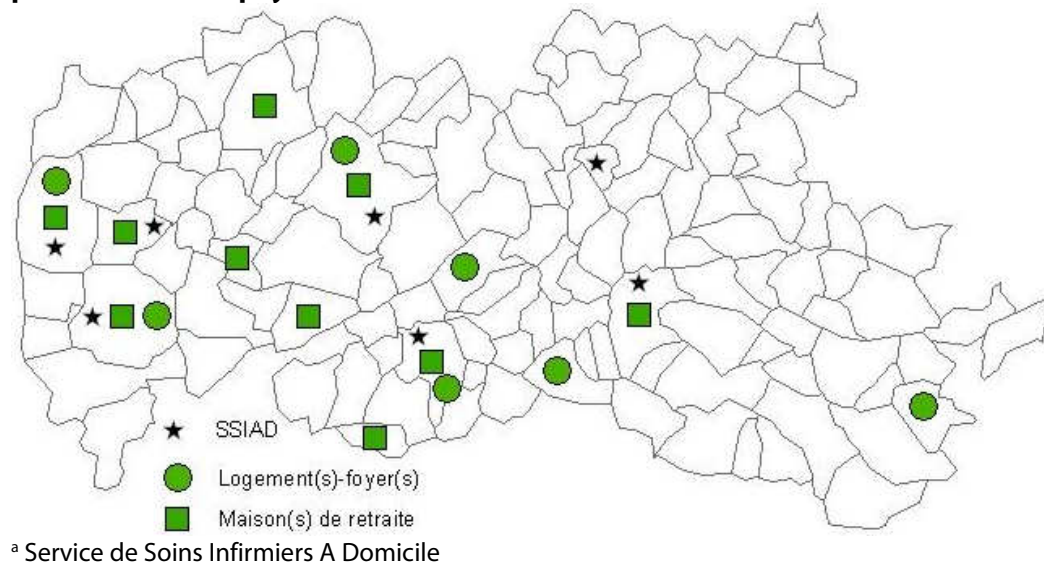
Tableau 7 : effectif et taux d'équipement dans les établissements pour personnes âgées selon le territoire en 2008

		Rhône-Alpes	Drôme	Une Autre Provence	Vaucluse	PACA
Maison de retraite	Nombre d'établissements	675	66	16	60	609
	Nombre de places	48 443	3 956	963	4 036	39 780
	Taux d'équipement ^a	103	95	83	86	85
Logement-foyer	Nombre d'établissements	281	21	8	16	114
	Nombre de places	14 003	846	458	966	6 441
	Taux d'équipement ^a	30	20	40	21	39

^a pour 1 000 habitants de 75 ans et plus

Les SSIAD (Service de Soins Infirmiers A Domicile) sont au nombre de six. Ils peuvent assurer la prise en charge de 266 personnes.

Carte n°26 : localisation des établissements et services pour personnes âgées par commune du pays Une Autre Provence en 2008



3.2.6. Établissements et services pour personnes handicapées

Le pays compte 19 établissements d'hébergement pour adultes handicapés : 7 foyers d'hébergement, 1 maison d'accueil spécialisé, 10 foyers de vie et 1 foyer d'accueil médicalisé. Aucun foyer d'accueil temporaire ou polyvalent n'est recensé.

Le pays présente les taux d'équipement le plus élevé pour ce type d'établissement avec 75 places pour 10 000 habitants âgés de 20 à 59 ans.

Tableau 8 : effectif et taux d'équipement dans les établissements d'hébergement pour adultes handicapés selon le territoire en 2008

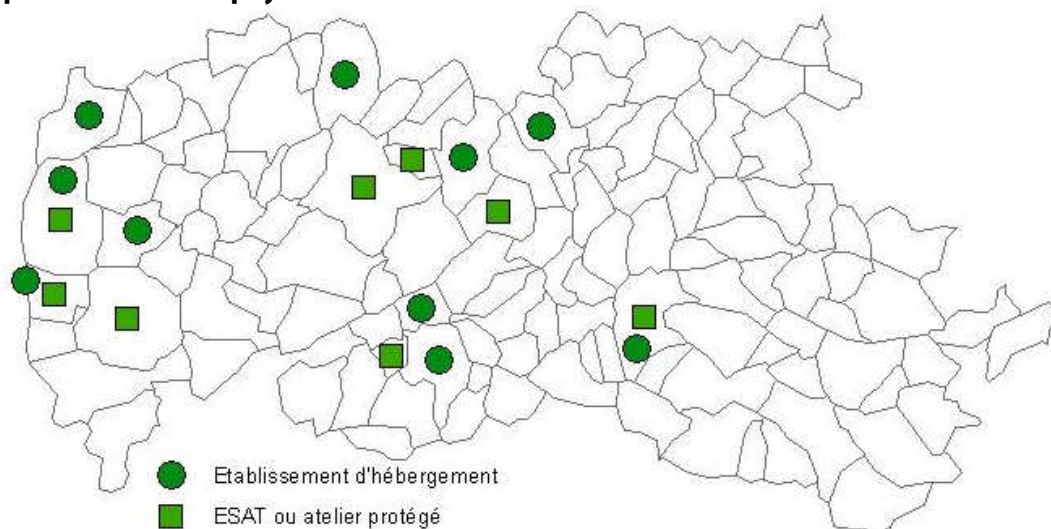
	Rhône-Alpes	Drôme	Une Autre Provence	Vaucluse	PACA
Nombre d'établissements	405	59	19	28	206
Nombre de places	11 772	1 451	445	1 121	6 652
Taux d'équipement ^a	36	60	75	41	27

^a pour 10 000 habitants de [20-60[ans

Concernant les autres établissements et services pour adultes handicapés, le pays Une Autre Provence dispose de 391 places en établissements de services d'aide par le travail et entreprise adaptée, ainsi que 54 places en service d'accompagnement à la vie sociale.

Il n'y a pas d'établissement expérimental ni de centre de pré-orientation ou rééducation professionnelle pour adultes handicapés dans le pays.

**Carte n°27 : localisation des établissements et services pour adultes handicapés
par commune du pays Une Autre Provence en 2008**



4. MATERNITE DE VALREAS : ACCOUCHEMENTS, TRAJECTOIRES :

Source : PMSI [2007]

4.1. Objectifs

Dans cette partie, il s'agit d'étudier les trajectoires entre le domicile des mères qui résident dans le pays « Une Autre Provence » et les établissements hospitaliers où ont lieu leurs accouchements.

Le contexte amène à étudier plus en détail les accouchements qui ont lieu à la maternité du Centre Hospitalier de Valréas, seule maternité présente sur le territoire du pays, dont la fermeture définitive est prévue en 2009.

Des simulations sont réalisées : sans maternité à Valréas, et compte tenu des trajectoires observées par ailleurs, vers quels établissements serait répercutée l'activité de la maternité du CH de Valréas après sa fermeture ? Quel impact en termes de temps de déplacement aurait cette fermeture pour les femmes du pays « Une Autre Provence » ?

Il n'est pas ici question d'amener une réponse quant au maintien ou à la fermeture de la maternité, mais de comprendre le rôle que joue la maternité de Valréas au sein du pays « Une Autre Provence ».

4.2. Données

4.2.1. Source des données

Les séjours qui ont lieu dans les établissements hospitaliers de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) sont systématiquement enregistrés au sein du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI).

Chaque séjour est caractérisé par un ensemble de variables. Celles qui permettent de répondre aux objectifs sont les suivantes :

- l'établissement MCO où a eu lieu le séjour, à travers le numéro FINESS de l'établissement ;
- les diagnostics médicaux (principal, relié, associés significatifs) liés au séjour et codés avec la Classification Internationale des Maladies - 10^{ème} révision (CIM10).
- le secteur géographique du lieu de domicile du patient, proche du code postal (dans le cas de codes postaux avec une faible population, certains codes sont agrégés. Exemple : Séderon et Montbrun-les-Bains). Il s'agit du niveau géographique le plus fin disponible dans le PMSI.

La Statistique Annuelle des Établissements (SAE 2007) permet de recueillir le nombre d'accouchements par établissement.

4.2.2. Sélection des données

Cette analyse est réalisée sur les données 2007 du PMSI.

Les séjours sélectionnés ont au moins un diagnostic codé « Z37 – Résultat de l'accouchement » selon la CIM10.

Le tableau n°9 reporte les secteurs géographiques de domicile des mères du pays Une Autre Provence.

Tableau n°9 : liste des secteurs géographiques disponibles dans le PMSI pour les 122 communes du pays «Une Autre Provence

Code postal	Nom bureau distributeur	Secteur géographique PMSI correspondant	Part de la population du secteur résidant dans le pays
26110	NYONS	26110	100 %
26130	ST PAUL TROIS CHATEAUX	26130	100 %
26170	BUIS LES BARONNIES	26170	100 %
26230	GRIGNAN	26230	100 %
26290	DONZERE	26290	100 %
26470	LA MOTTE CHALANCON	26C03*	3 %
26310	LUC EN DIOIS		
26510	REMUZAT	26510	100 %
26560	SEDERON	26C04*	58 %
26570	MONTBRUN LES BAINS		
26700	PIERRELATTE	26700	100 %
26770	TAULIGNAN	26770	88 %
26790	SUZE LA ROUSSE	26790	100 %
84110	VAISON-LA-ROMAINE	84110	100 %
84290	STE CECILE LES VIGNES	84290	24 %
84340	ENTRECHAUX	84340	24 %
84390	SAULT	84390	7 %
84430	MONDRAGON	84430	100 %
84500	BOLLENE	84500	100 %
84550	MORNAS	84550	100 %
84600	VALREAS	84600	100 %
84820	VISAN	84820	100 %
84840	LAPALUD	84840	100 %

* Les secteurs géographiques 26C03 et 26C04 rassemblent chacun deux codes postaux.

Certains codes postaux et donc secteurs géographiques du PMSI comportent plus de 40 % de leur population qui n'est pas domiciliée dans l'une des 122 communes du pays.

Les accouchements des mères des secteurs 26C03 (La-Motte-Chalancon, Luc-en-Diois), 26C04 (Séderon, Montbrun-les-Bains), 84290 (Sainte-Cécile-les-Vignes), 84340 (Entrechaux), 84430 (Sault) sont donc exclus de l'analyse. Leur inclusion aurait entraîné des estimations trop aléatoires compte tenu des faibles effectifs associés au pays « Une Autre Provence ».

A noter que pour le report sur d'autres établissements de l'activité de la maternité de Valréas, tous les secteurs géographiques de la Drôme et du Vaucluse d'origine des mères sont pris en compte, qu'ils soient ou non compris dans le territoire du pays « Une Autre Provence ».

4.3. Trajectoires

Pour chaque secteur géographique est donnée une représentation cartographique des principales trajectoires observées en 2007 pour les accouchements des mères domiciliées dans l'une des communes de ce secteur.

Remarque : les effectifs d'accouchement varient de 9 (secteur de Rémuzat) à 185 (secteur de Bollène), et l'effectif total doit donc être pris en considération pour toute interprétation des données.

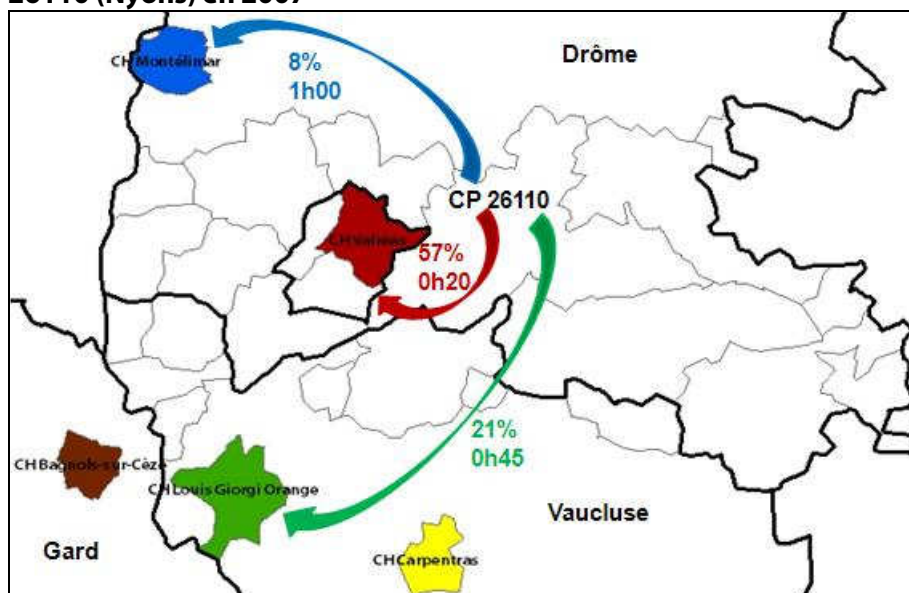
Sont également mentionnés les temps de déplacement (estimés à partir de www.viamichelin.fr) entre la ville-centre du secteur géographique et l'établissement hospitalier.

Les maternités représentées sont les suivantes : CH Bagnols-sur-Cèze, CH Carpentras, CH Louis Giorgi d'Orange, CH Montélimar, CH Valréas.

4.3.1. Secteur de Nyons

Le secteur comptabilise **117** accouchements en 2007.

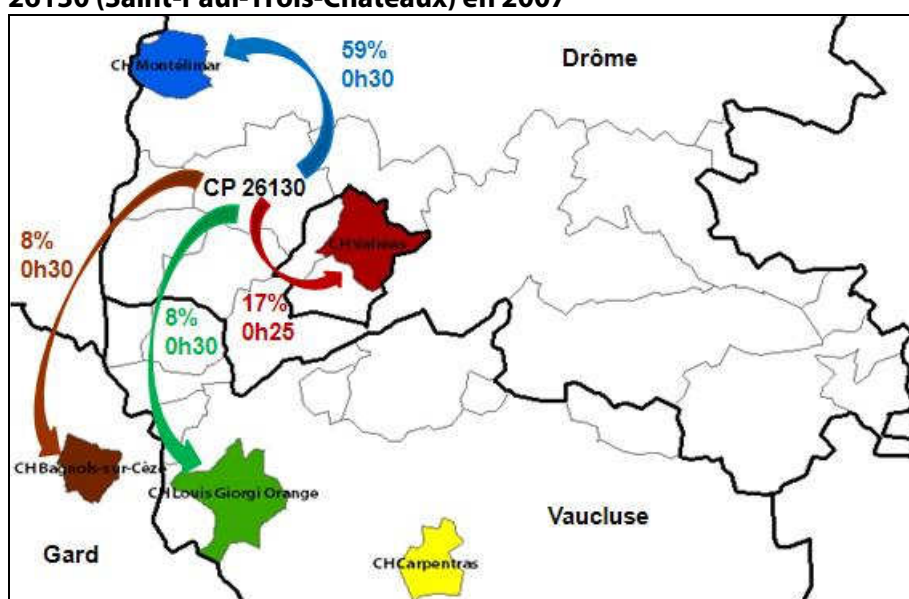
Carte n°28 : principales trajectoires des accouchements des mères domiciliées dans le secteur 26110 (Nyons) en 2007



4.3.2. Secteur de Saint-Paul-Trois-Châteaux

Le secteur comptabilise **125** accouchements en 2007.

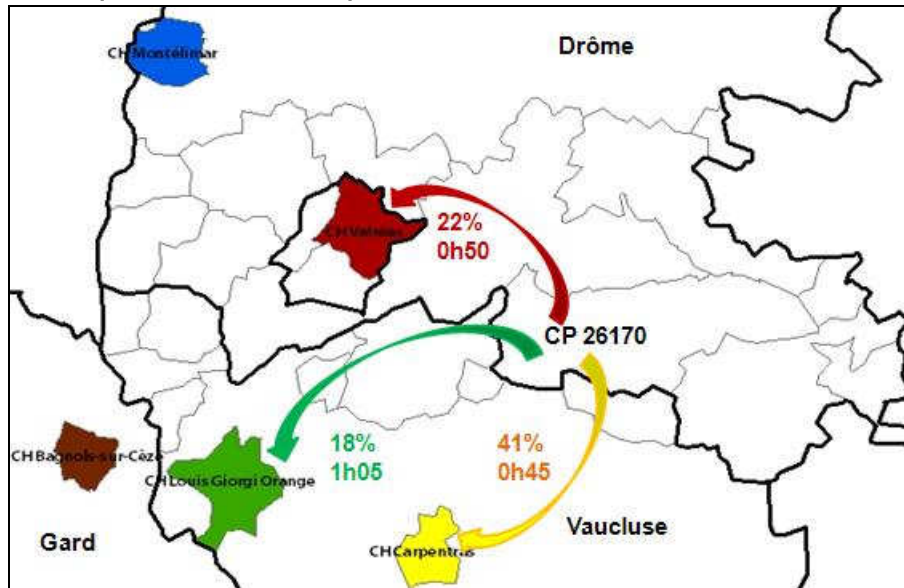
Carte n°29 : principales trajectoires des accouchements des mères domiciliées dans le secteur 26130 (Saint-Paul-Trois-Châteaux) en 2007



4.3.3. Secteur de Buis-les-Baronnies

Le secteur comptabilise **49** accouchements en 2007.

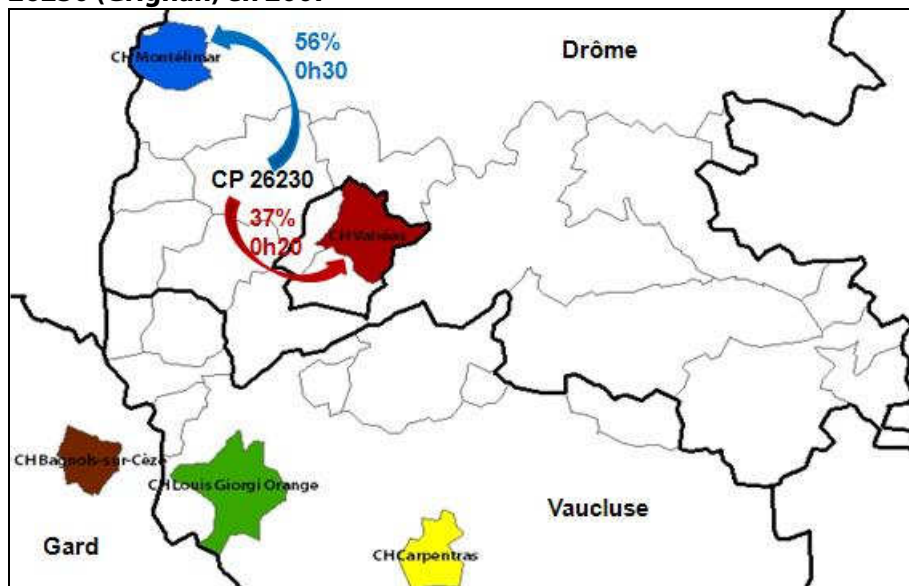
Carte n°30 : principales trajectoires des accouchements des mères domiciliées dans le secteur 26170 (Buis-les-Baronnies) en 2007



4.3.4. Secteur de Grignan

Le secteur comptabilise **43** accouchements en 2007.

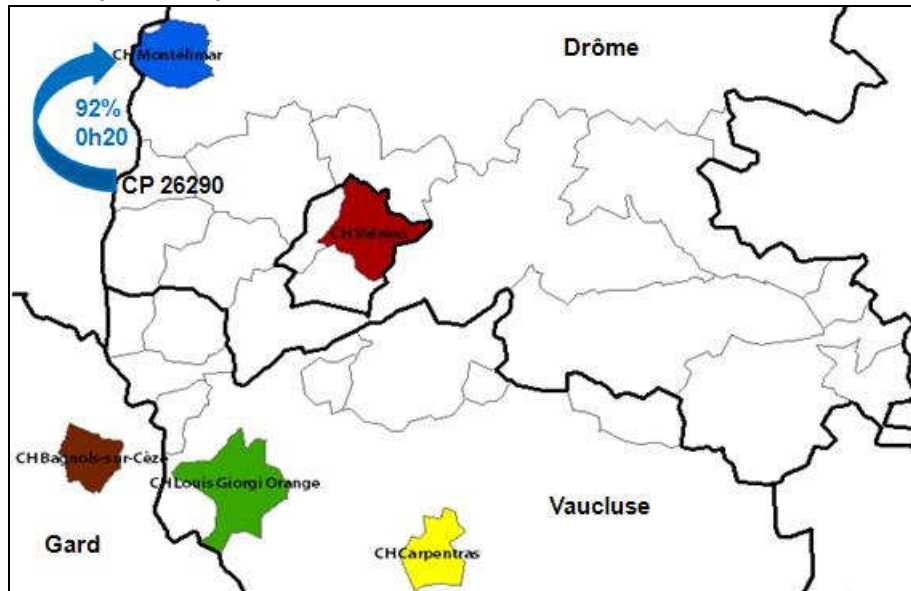
Carte n°31 : principales trajectoires des accouchements des mères domiciliées dans le secteur 26230 (Grignan) en 2007



4.3.5. Secteur de Donzère

Le secteur comptabilise **92** accouchements en 2007.

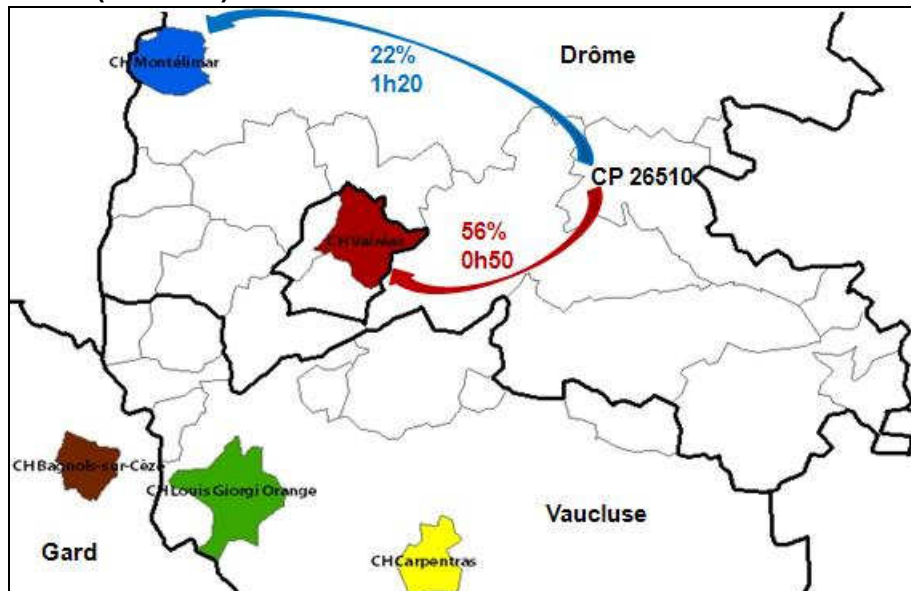
Carte n°32 : principales trajectoires des accouchements des mères domiciliées dans le secteur 26290 (Donzère) en 2007



4.3.6. Secteur de Rémuzat

Le secteur comptabilise **9** accouchements en 2007.

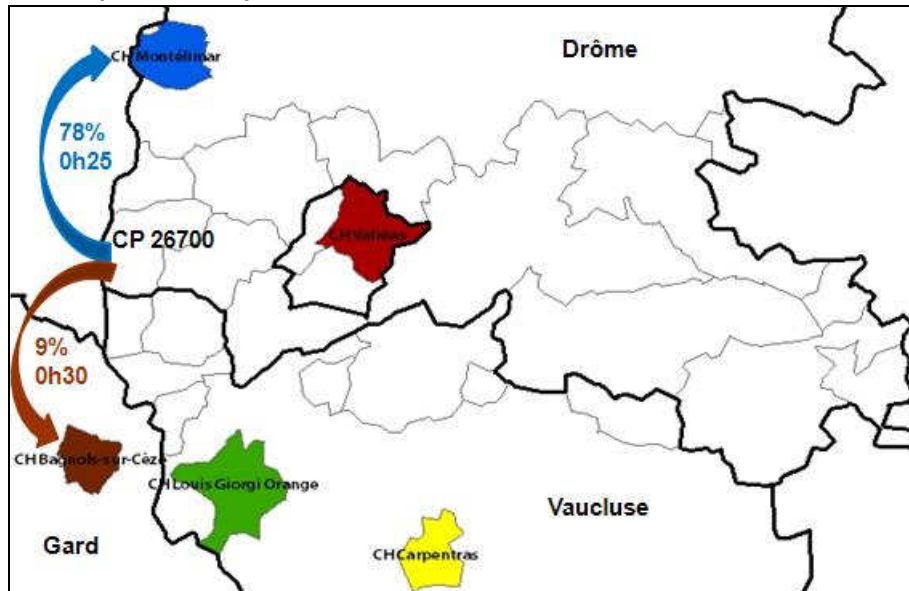
Carte n°33 : principales trajectoires des accouchements des mères domiciliées dans le secteur 26510 (Rémuzat) en 2007



4.3.7. Secteur de Pierrelatte

Le secteur comptabilise **148** accouchements en 2007.

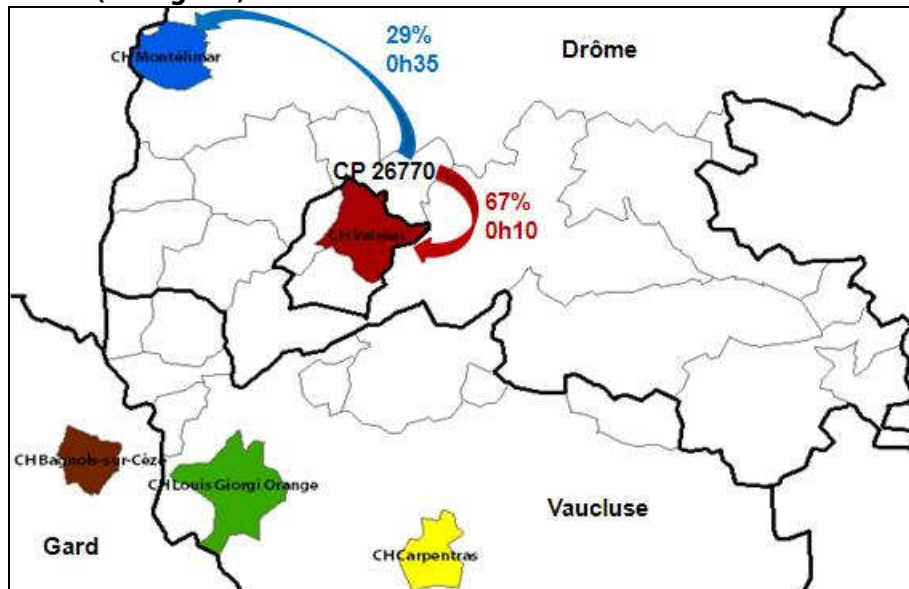
Carte n°34 : principales trajectoires des accouchements des mères domiciliées dans le secteur 26700 (Pierrelatte) en 2007



4.3.8. Secteur de Taulignan

Le secteur comptabilise **21** accouchements en 2007 (estimation).

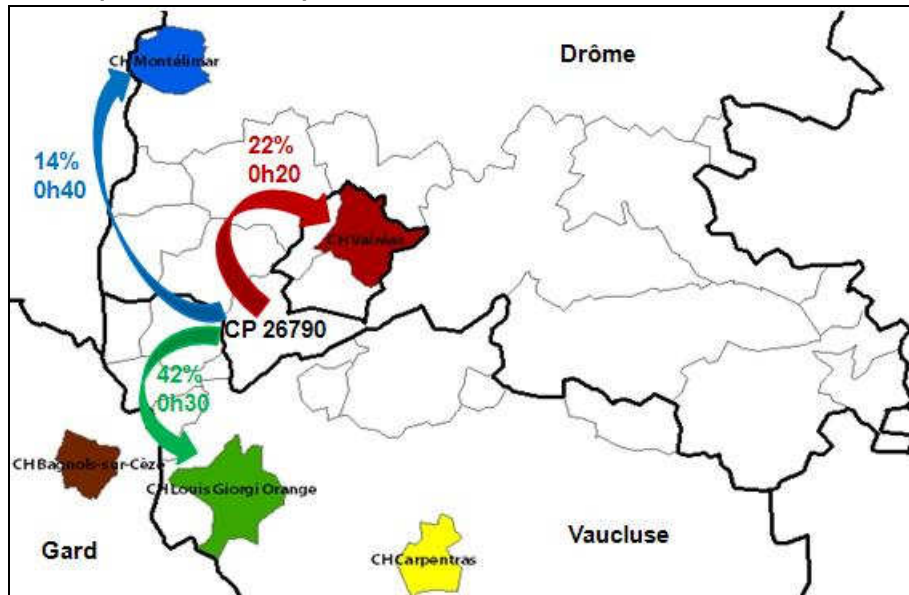
Carte n°35 : principales trajectoires des accouchements des mères domiciliées dans le secteur 26770 (Taulignan) en 2007



4.3.9. Secteur de Suze-la-Rousse

Le secteur comptabilise **76** accouchements en 2007 (estimation).

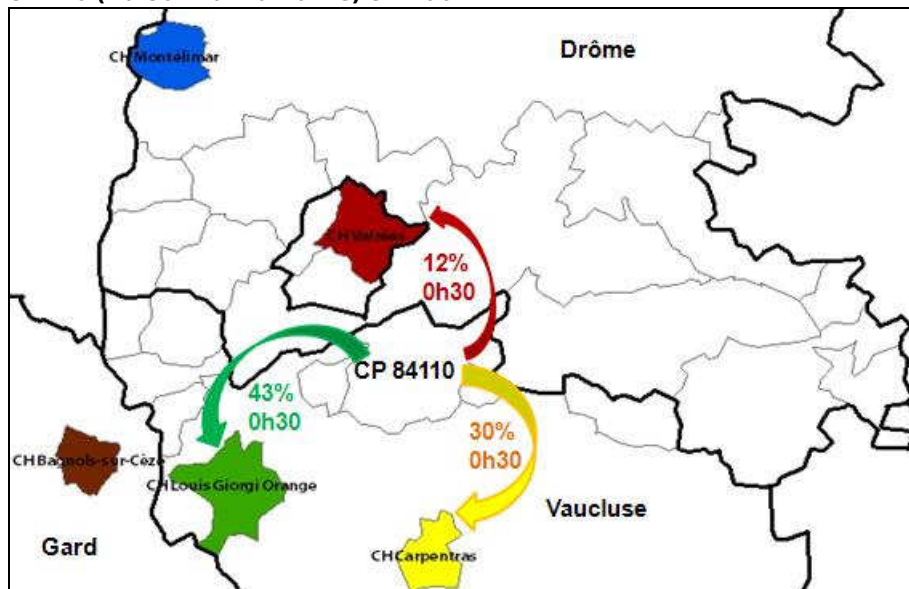
Carte n°36 : principales trajectoires des accouchements des mères domiciliées dans le secteur 26790 (Suze-la-Rousse) en 2007



4.3.10. Secteur de Vaison-la-Romaine

Le secteur comptabilise **120** accouchements en 2007 (estimation).

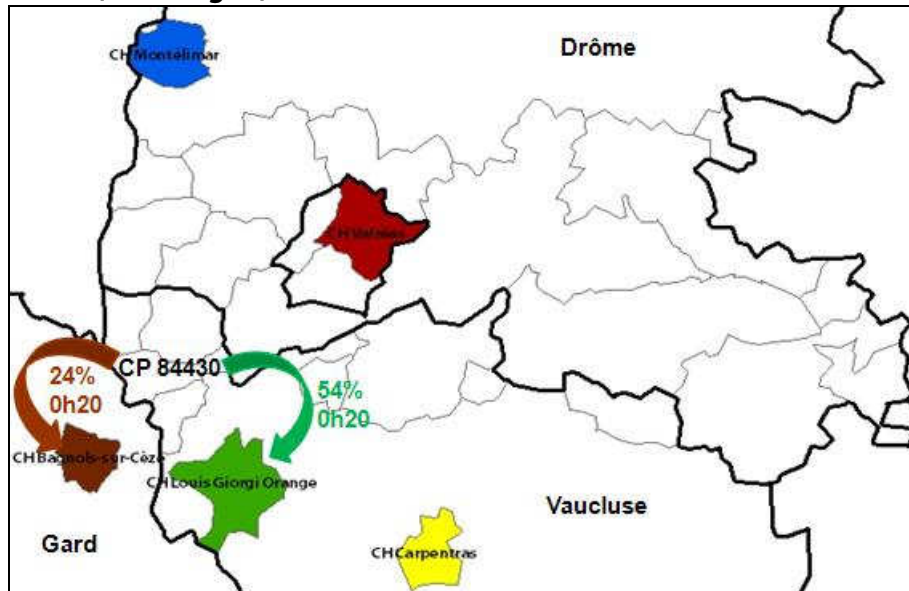
Carte n°37 : principales trajectoires des accouchements des mères domiciliées dans le secteur 84110 (Vaison-la-Romaine) en 2007



4.3.11. Secteur de Mondragon

Le secteur comptabilise **54** accouchements en 2007.

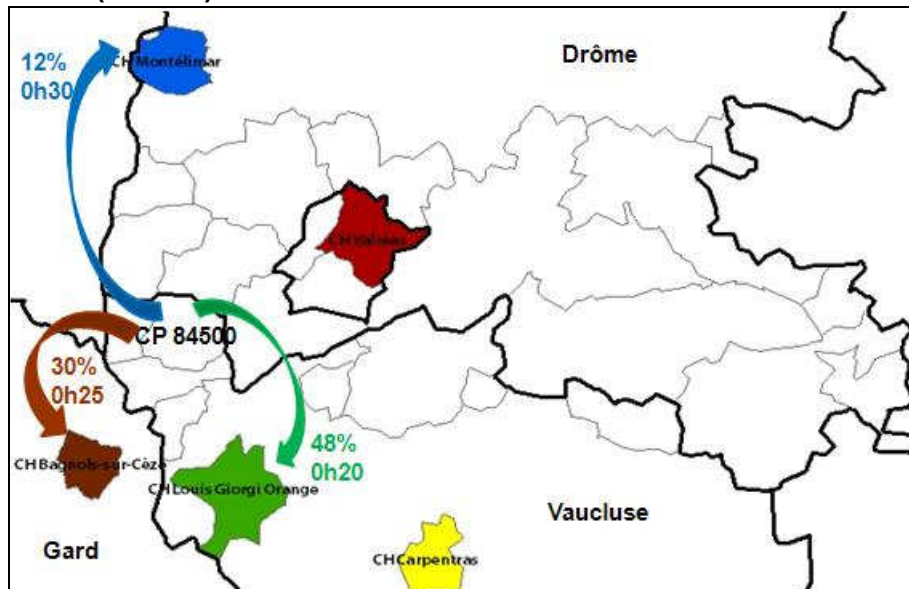
Carte n°38 : principales trajectoires des accouchements des mères domiciliées dans le secteur 84430 (Mondragon) en 2007



4.3.12. Secteur de Bollène

Le secteur comptabilise **185** accouchements en 2007.

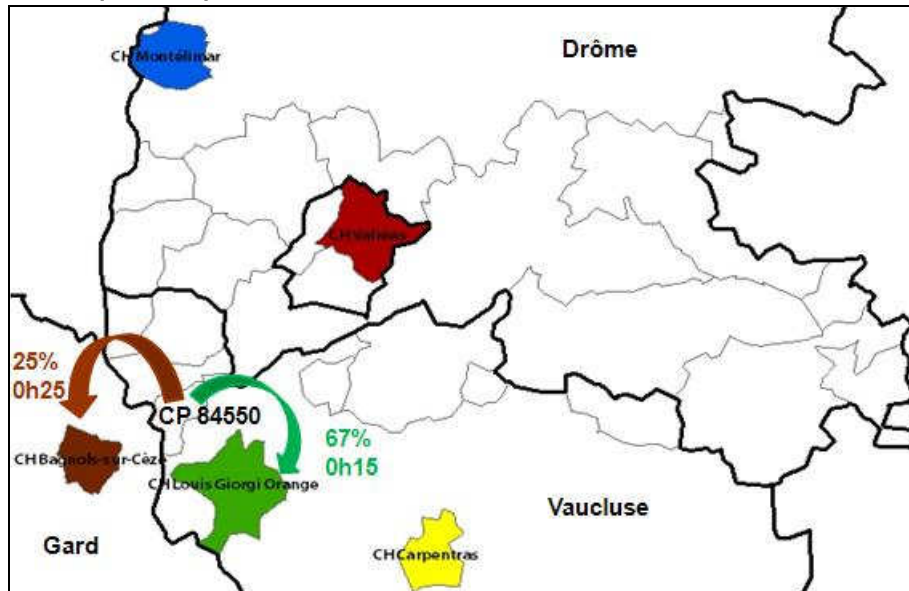
Carte n°39 : principales trajectoires des accouchements des mères domiciliées dans le secteur 84500 (Bollène) en 2007



4.3.13. Secteur de Mornas

Le secteur comptabilise **24** accouchements en 2007.

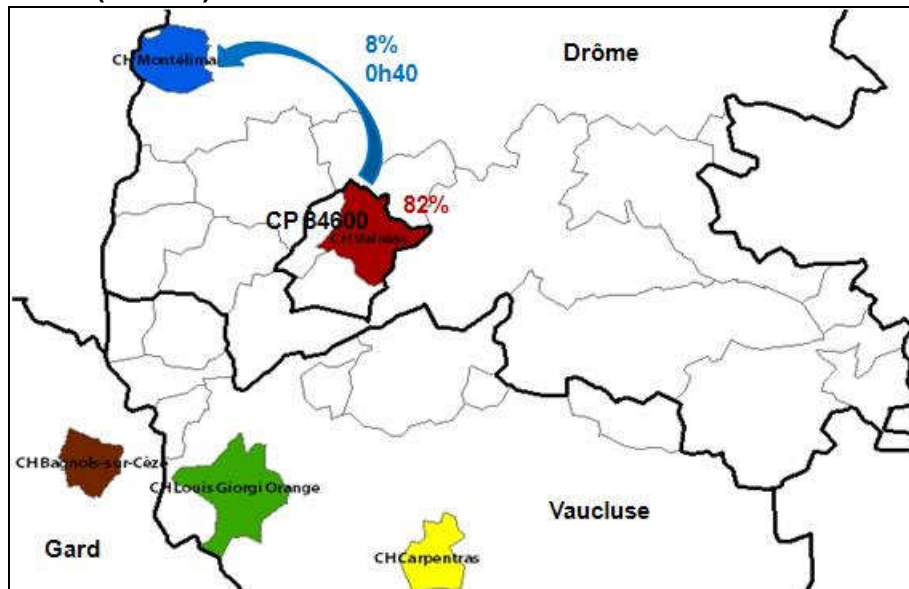
Carte n°40 : principales trajectoires des accouchements des mères domiciliées dans le secteur 84550 (Mornas) en 2007



4.3.14. Secteur de Valréas

Le secteur comptabilise **124** accouchements en 2007.

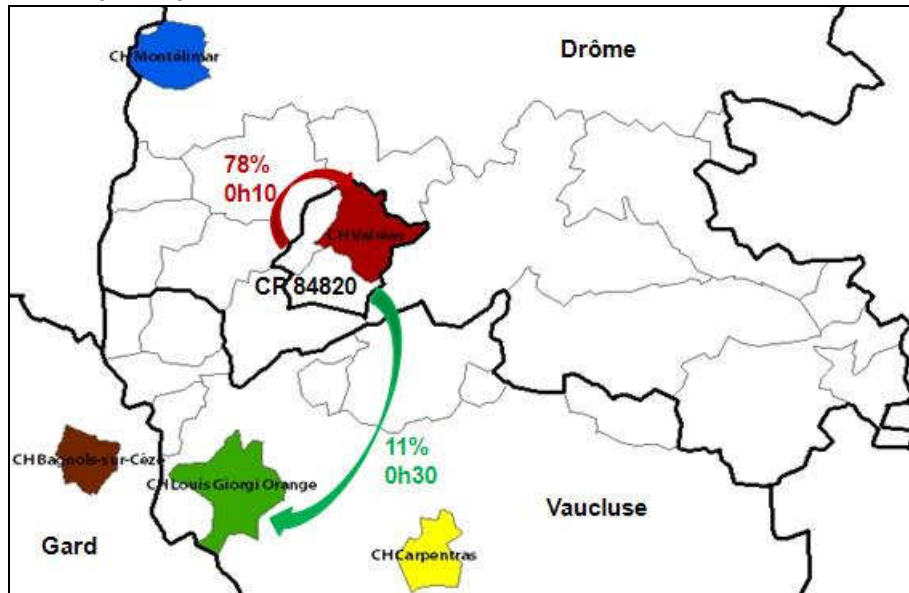
Carte n°41 : principales trajectoires des accouchements des mères domiciliées dans le secteur 84600 (Valréas) en 2007



4.3.15. Secteur de Visan

Le secteur comptabilise **18** accouchements en 2007.

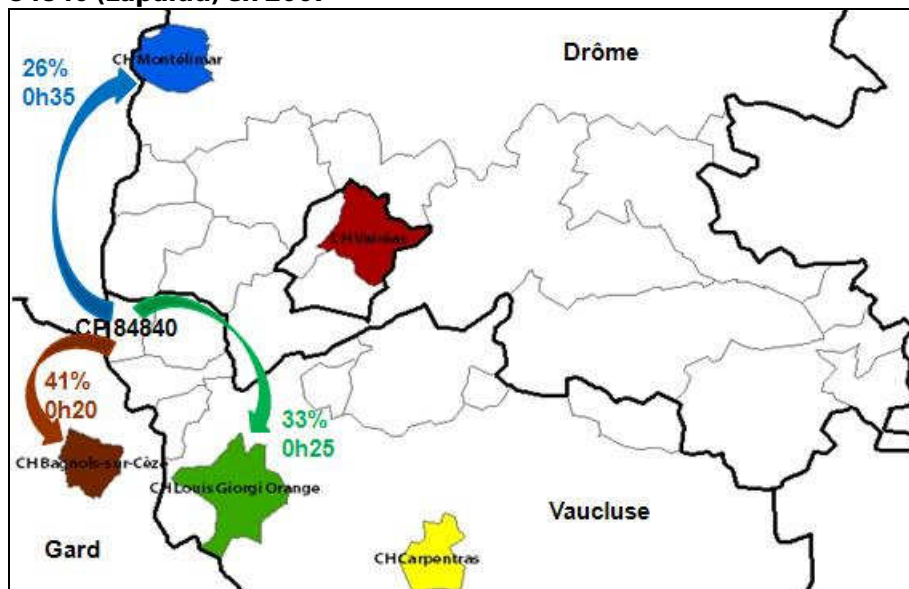
Carte n°42 : principales trajectoires des accouchements des mères domiciliées dans le secteur 84820 (Visan) en 2007



4.3.16. Secteur de Lapalud

Le secteur comptabilise **46** accouchements en 2007.

Carte n°43 : principales trajectoires des accouchements des mères domiciliées dans le secteur 84840 (Lapalud) en 2007



4.4. Simulation – Fermeture de la maternité de Valréas

Il s'agit ici de simuler d'une part le report de l'activité de la maternité de Valréas, tel qu'il a été observé au cours de l'année 2007, sur d'autres établissements hospitaliers, compte tenu des trajectoires observées la même année, ainsi que de l'impact sur les temps de déplacement des mères.

4.4.1. Activité de la maternité de Valréas

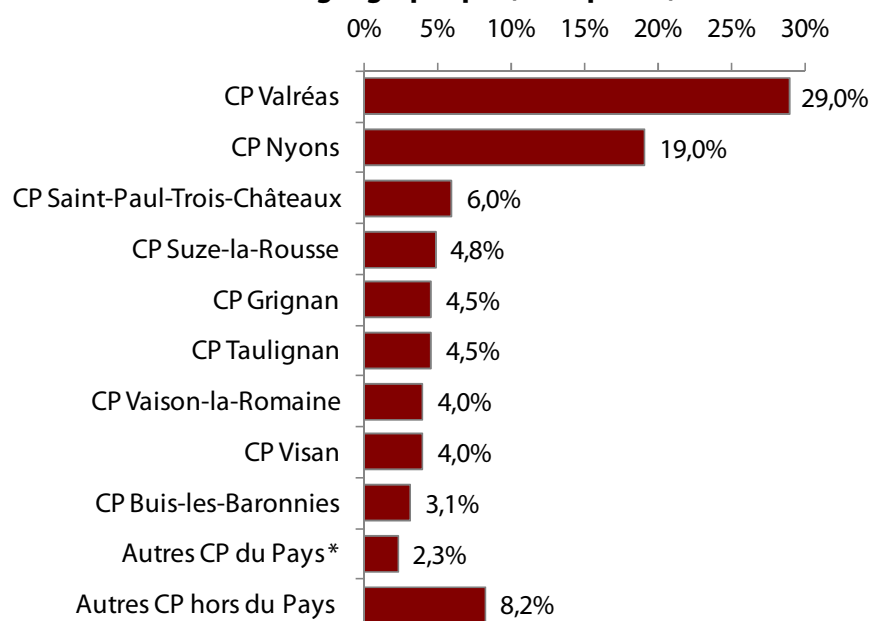
En 2007 ont été enregistrés 315 accouchements à la maternité du Centre Hospitalier de Valréas.

Le graphique 1 montre la répartition de ces accouchements selon l'origine géographique des mères.

Le secteur le plus représenté, comme attendu, est celui de Valréas avec un peu moins d'un tiers des accouchements qui ont eu lieu à la maternité de Valréas pour les mères de ce secteur. Le secteur de Nyons est également bien représenté avec un accouchement sur cinq.

Au total, les accouchements des mères domiciliées dans le pays « Une Autre Provence » représentent environ 91 % des accouchements qui ont eu lieu à la maternité de Valréas en 2007.

Graphique n°18 : répartition des accouchements qui ont eu lieu en 2007 à la maternité du CH de Valréas selon le secteur géographique (code postal) du domicile des mères



* secteurs de Rémuzat, Pierrelatte et Bollène.

4.4.2. Simulations

4.4.2.1. Hypothèse de travail - Suite de la fermeture de la maternité de Valréas

Nous faisons ici l'hypothèse, en cas de fermeture de la maternité de Valréas, que les trajectoires des mères de chaque secteur, dont au moins l'une d'entre elles a accouché à Valréas en 2007, vont se reporter de manière identique à ce que l'on observe sur le reste des trajectoires.

Exemple théorique : pour les mères domiciliées dans un secteur où 50 % des accouchements ont lieu à la maternité de Valréas, 25 % à Montélimar et 25 % à Orange, en cas de fermeture de la maternité de Valréas, et selon notre hypothèse, on estime que 50 % des accouchements auront lieu à Montélimar et 50 % à Orange, puisque hors accouchements à Valréas, les accouchements se répartissent de la même manière sur Montélimar et Orange.

4.4.2.2. Impact du report de l'activité de la maternité de Valréas sur d'autres établissements

Le tableau 1 présente les établissements hospitaliers pour lesquels le report de l'activité de la maternité de Valréas aurait un impact (nombre d'accouchements supplémentaires), compte tenu de l'hypothèse citée plus haut.

L'établissement qui accueillerait la majorité des accouchements initialement prévus à Valréas est le CH de Montélimar avec 120 accouchements supplémentaires, puis le CH d'Orange avec 81 accouchements, et dans une moindre mesure les établissements de Carpentras, Avignon ou encore Bagnols-sur-Cèze.

Tableau n°10 : répartition des accouchements « supplémentaires » dans le cas de la fermeture de la maternité de Valréas sur les établissements hospitaliers les plus proches

Nom de l'établissement hospitalier	Nombre d'accouchements (SAE 2007)	Nombre d'accouchements supplémentaires (estimation)	Surplus d'activité (estimation)
CH Montélimar	1 613	121	+ 7,5 %
CH Louis Giorgi d'Orange	1 055	82	+ 7,8 %
CH Carpentras	1 186	26	+ 2,2 %
CH Henri Duffaut d'Avignon	2 249	24	+ 1,1 %
CH Bagnols-sur-Cèze	900	15	+ 1,7 %
Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille	5 572	14	+ 0,3 %
Polyclinique Urbain V d'Avignon	1 791	11	+ 0,6 %
CHU de Nîmes	2 109	5	+ 0,2 %
CH d'Aubagne	841	5	+ 0,6 %
Autres établissements*		12	

* Hôpitaux Drôme Nord, CH de Die...

4.4.2.3. Impact sur les temps d'accès aux maternités pour les mères du pays

Le tableau et le graphique suivants présentent les temps d'accès actuels (1 233 accouchements observés en 2007) et les temps d'accès estimés dans le cas d'une fermeture de la maternité de Valréas, selon l'hypothèse énoncée plus haut, pour les femmes domiciliées dans le pays « Une Autre Provence ».

En 2007, une mère sur cinq du Pays était à 15 minutes au maximum de son lieu d'accouchement. Après fermeture de la maternité de Valréas, elles ne seront plus que quelques unes (1 %).

En revanche, la part des mères distantes de 15 à 30 minutes de leur maternité reste stable, même après fermeture de la maternité de Valréas (six femmes sur dix).

En 2007, près de huit femmes sur dix étaient à moins d'une demi-heure de la maternité, contre, selon estimation, six sur dix après la fermeture de la maternité de Valréas.

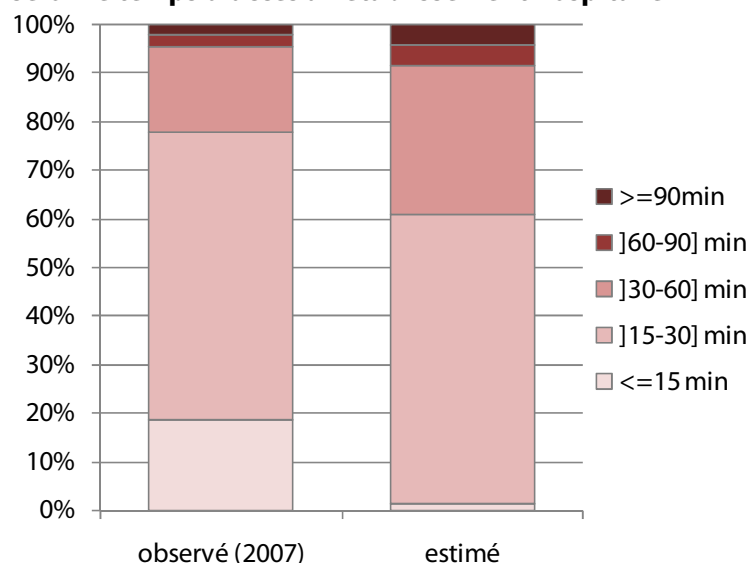
La part de femmes accouchant dans un établissement hospitalier se situant entre 30 et 60 minutes de leur domicile passe, selon l'hypothèse de départ, de 18 % à 31 % dans le cas d'une fermeture de la maternité de Valréas.

Enfin, les femmes se situant les plus loin en termes de temps de déplacement (plus d'une heure de trajet) de leur lieu d'accouchement passe de 4 % à 8 % selon l'estimation proposée.

Tableau n°11 : répartition des accouchements pour les mères domiciliées dans le pays Une Autre Provence en 2007 (observés) et dans le cas de la fermeture de la maternité de Valréas (estimés) selon le temps d'accès à l'établissement hospitalier

Temps d'accès	Nombre d'accouchements	
	observé en 2007	attendu si fermeture de Valréas (estimation)
≤ 15 minutes	231 (19 %)	16 (1 %)
]15 – 30] minutes	727 (59 %)	736 (60 %)
]30 – 60] minutes	218 (18 %)	379 (31 %)
]60 – 90] minutes	29 (2 %)	50 (4 %)
≥ 90 minutes	28 (2 %)	52 (4 %)

Graphique n°19 : répartition des accouchements pour les mères domiciliées dans le pays Une Autre Provence en 2007 (observés) et dans le cas de la fermeture de la maternité de Valréas (estimés) selon le temps d'accès à l'établissement hospitalier



4.5. Limites et biais

Le travail proposé ici repose sur le PMSI, qui est une base de données où le niveau géographique le plus fin pour identifier le domicile des patients hospitalisés reste le code postal. Or, dans le cas du pays « Une Autre Provence », cet échelon a plusieurs limites. Les secteurs de Nyons (26110) et Buis-les-Baronnies (26170) apparaissent comme des secteurs très vastes, compte tenu de la situation géographique du pays, à savoir une partie Est montagneuse où existent de réelles difficultés de déplacement pour la population. Mais l'étendue de ces territoires n'empêche pas d'avoir, pour l'étude sur les accouchements, des secteurs avec des effectifs très faibles (secteur de Rémuzat : 9 accouchements en 2007). Pour ces secteurs, on peut s'attendre à observer de fortes fluctuations sur les trajectoires d'une année sur l'autre et les estimations qui ont été réalisées y sont donc directement sujettes.

En ce qui concerne l'estimation des temps de trajet à partir de la ville-centre de chaque secteur, et toujours compte tenu de l'étendue de ces secteurs, il est clair que les temps ne sont pas les mêmes pour les mères de Buis-les-Baronnies et Montauban-sur-l'Ouvèze, villes situées chacune aux extrémités Ouest et Est de leur secteur.

Enfin, l'hypothèse de travail est discutable : nous ne sommes pas en mesure de prévoir qu'après fermeture de la maternité de Valréas, les accouchements seront redistribués selon la ventilation observée au cours de l'année 2007 à l'exclusion des trajectoires vers la maternité de Valréas.

5. ÉTAT DE SANTE

Note : pour des raisons de faibles effectifs, dans cette partie, la majeure partie des indicateurs sont présentés de manière globale sur le pays, sans déclinaison communale ou cantonale.

5.1. Santé des enfants

*Sources : Conseils Généraux Drôme et Vaucluse [Certificats de santé du 8^{ème} jour – 2007]
Certaines informations n'ont pas pu être traitées en raison d'un nombre important de données manquantes.*

On observe des taux de couverture pour les certificats de santé du 8^{ème} jour réalisés par la PMI globalement supérieur à 90% sur le territoire du pays en 2007, avec 952 certificats reçus. Quelques différences résident à l'intérieur du territoire, avec notamment un taux plus faible sur le secteur de Nyons.

Au cours de leur grossesse, une femme sur cinq qui réside dans le pays déclare avoir consommé quotidiennement du tabac. Cette part est de 17,3% dans l'ensemble du Vaucluse et de 21,7% en Drôme provençale.

La part de mères âgées de moins de 20 ans, parmi celles qui ont accouché en 2007, est de 2,4% sur le pays (2,9% dans le Vaucluse ; 3,0% en Drôme provençale).

Enfin, l'allaitement au sein dans la première semaine de vie de l'enfant concerne 66% des mères du pays qui ont accouché en 2007, soit une part proche du taux départemental du Vaucluse (67%) et un peu en dessous de la part observée en Drôme provençale (70%).

5.2. Consommation des soins de ville

*Sources : URCAM [remboursements 2007 ; Population couverte par le Régime Général stricto sensu au 31/12/2007]
INSEE [Recensement 1999 – population de référence]*

Près de 70 % des habitants du pays ont eu au moins un recours à un médecin généraliste en 2007, comme en Rhône-Alpes. Ce taux est en revanche inférieur à celui des trois autres territoires de comparaison (77 %). Parmi les personnes ayant bénéficié d'au moins une consultation ou visite en médecine générale de ville, le nombre annuel moyen de recours s'élève à 5,1.

Plus de la moitié des habitants du pays ont eu au moins un recours à un dentiste en 2007 et le nombre annuel moyen d'actes dentaires réalisés pour ces personnes est de 3,4. Cette consommation est équivalente à celle de la région Rhône-Alpes et de la Drôme mais en-dessous de celle observée en PACA et dans le Vaucluse.

Les taux de recours aux médecins spécialistes, aux infirmiers, aux masseurs-kinésithérapeutes et aux orthophonistes sont légèrement inférieurs à ceux de la région Rhône-Alpes et de la Drôme ; l'écart avec la région PACA et le Vaucluse étant un peu plus prononcé.

Un peu plus d'un habitant du pays sur quatre a eu au moins une fois recours à un spécialiste en 2007 et parmi eux le nombre moyen de recours à un spécialiste s'élève à 5,2 dans l'année.

Les recours aux soins infirmiers, aux masseurs-kinésithérapeutes et aux orthophonistes concernent respectivement 15 %, 12 % et 1,5 % de la population du pays.

Graphique n°20 : taux standardisé de recours aux médecins généralistes, spécialistes et aux autres professionnels de santé des assurés du Régime Général selon le territoire en 2007

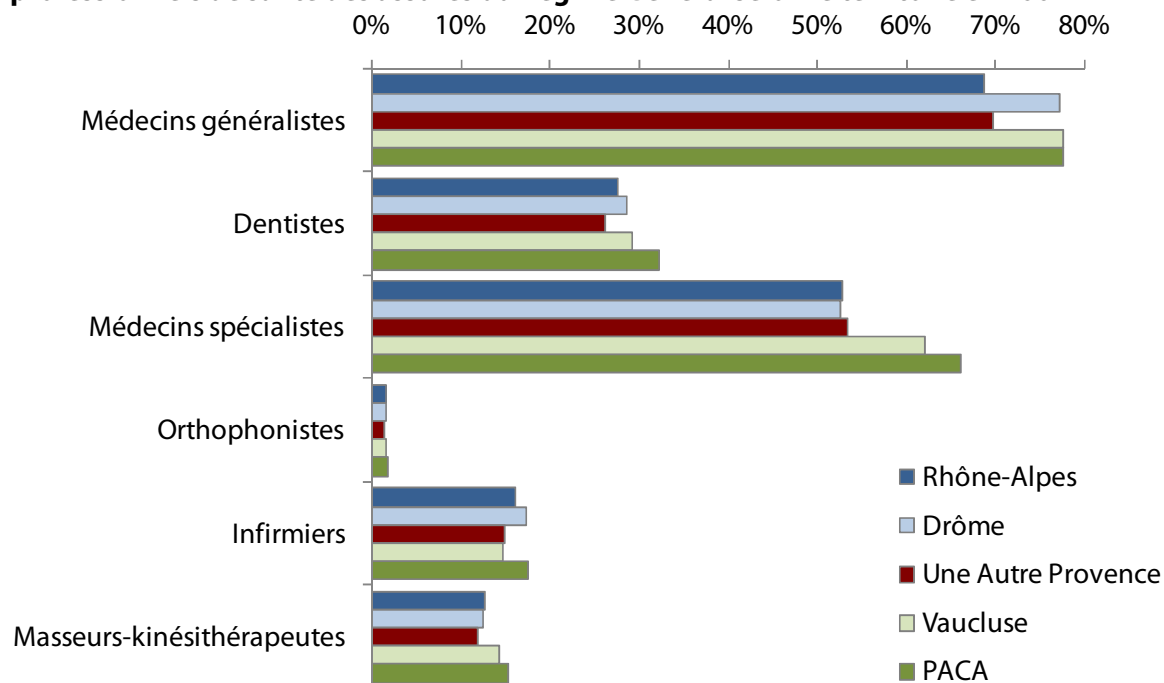


Tableau n°11 : nombre moyen standardisé d'actes par bénéficiaire du Régime Général parmi ceux ayant bénéficié d'au moins un acte, selon le territoire en 2007

	Rhône-Alpes	Drôme	Une Autre Provence	Vaucluse	PACA
Médecin généraliste	4,6	4,8	5,1	5,3	5,6
Dentiste	3,4	3,6	3,4	3,4	3,7
Médecin spécialiste	5,1	5,0	5,2	5,6	6,5

5.3. Prévalence de traitements

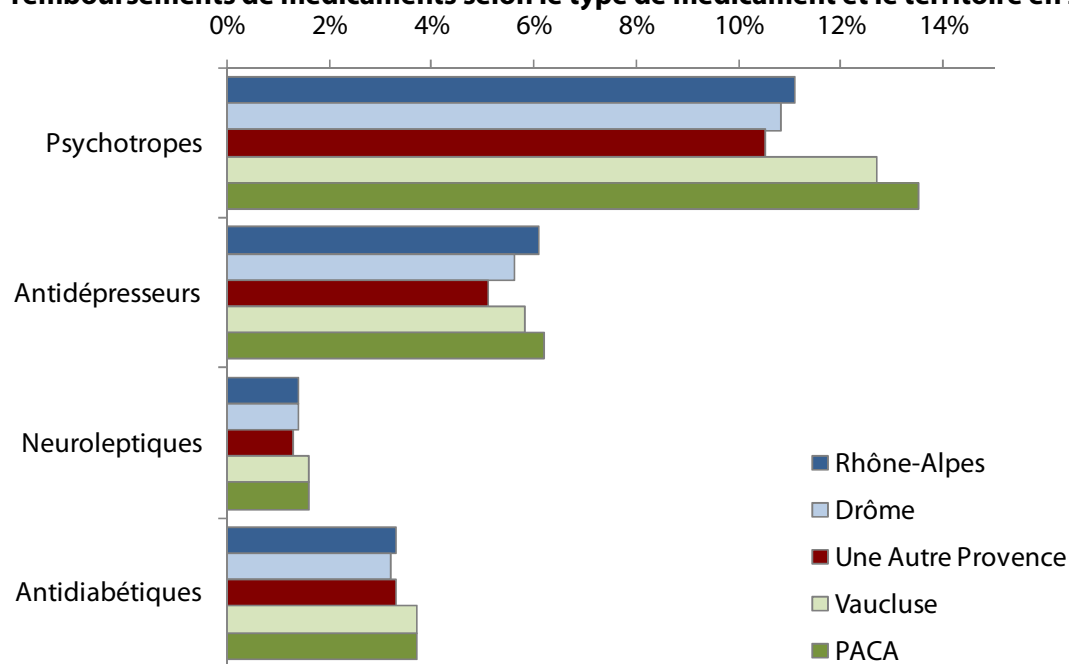
Sources : URCAM [remboursements 2007 ; Population couverte par le Régime Général au 31/12/2007]
INSEE [Recensement 1999 – population de référence]

5.3.1. Médicaments

Les taux de remboursement observés dans le pays pour l'ensemble des médicaments psychotropes (10,5 %), les antidépresseurs (5,1 %) et les neuroleptiques (1,3 %) sont inférieurs à ceux des zones de comparaison, avec un écart plus marqué par rapport à la région PACA et au Vaucluse.

Le taux de remboursement d'antidiabétiques (oraux ou injectables) dans le pays (3,3 %) est équivalent à celui de la région Rhône- Alpes et de la Drôme. Il est légèrement inférieur à celui de la région PACA et du Vaucluse.

Graphique n°21 : taux standardisé d'assurés du Régime Général ayant eu au moins trois remboursements de médicaments selon le type de médicament et le territoire en 2007



5.3.2. Vaccination antigrippale

Un peu plus de la moitié des personnes de 65 ans ou plus (52,5 %) ont eu au moins un remboursement de vaccin contre la grippe saisonnière dans le pays de septembre à décembre 2007. Cette proportion est équivalente à celle de la région Rhône-Alpes (51,1 %) et de la Drôme (52,5 %) mais inférieure à celle de PACA (60,9 %) et du Vaucluse (60,0 %).

Les taux de vaccination contre la grippe observés sur le pays et sur les zones de comparaison sont inférieurs au taux cible de la loi de Santé Publique de 75 %⁹.

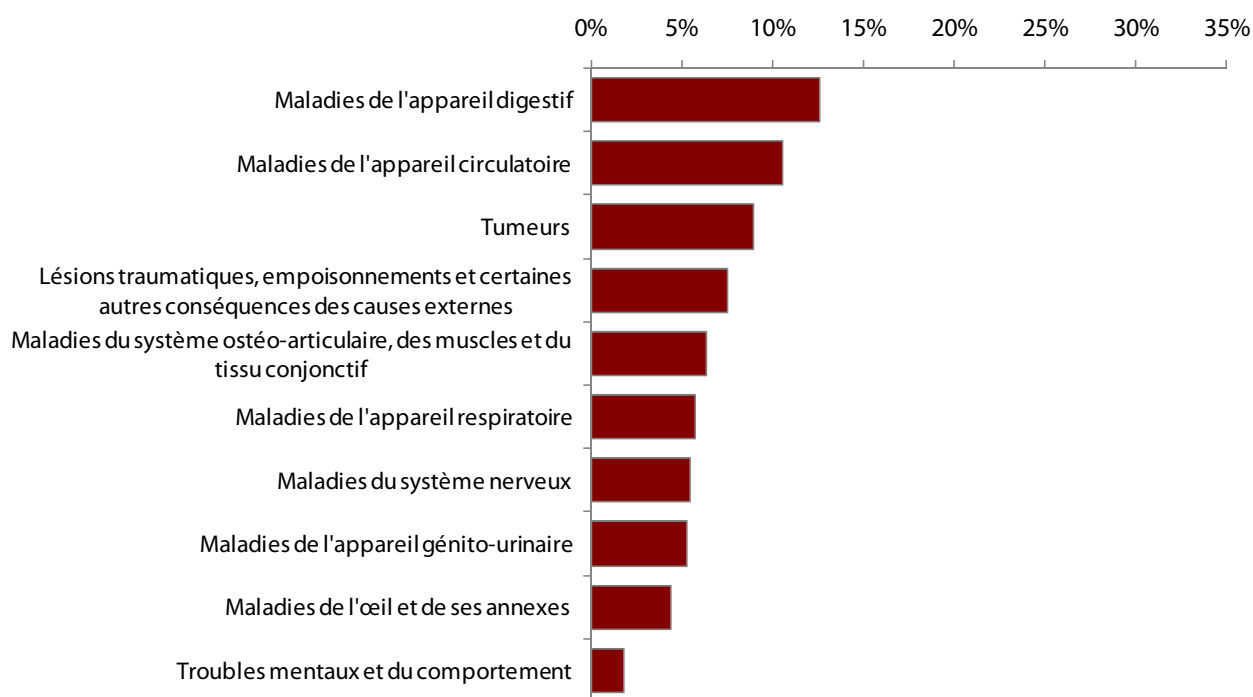
⁹ Rapport d'objectifs de santé publique : annexe de la Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. JO de la République française, 11 août 2004

5.4. Motifs d'hospitalisations

Source : PMSI [2007]¹⁰

Chez les hommes du pays, les premières causes d'hospitalisation sont les maladies de l'appareil digestif, de l'appareil circulatoire et les tumeurs.

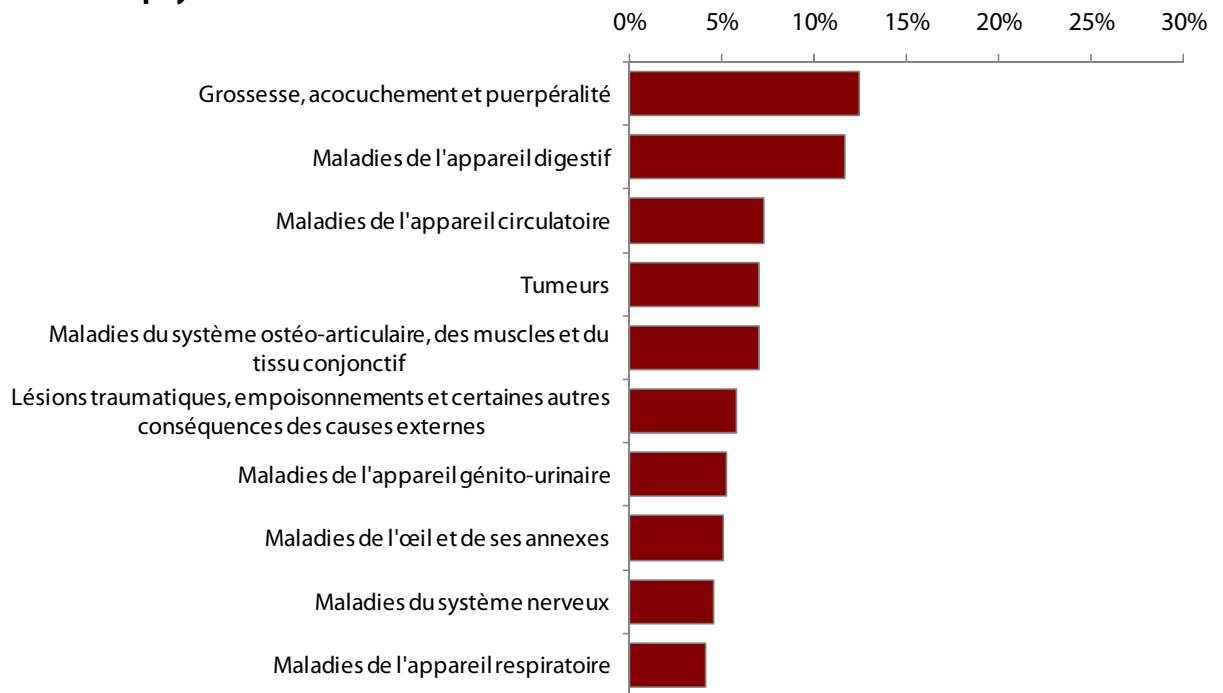
Graphique n°22 : répartition des séjours hospitaliers en Médecine-Chirurgie-Obstétrique selon les dix premiers motifs (chapitre de la Classification Internationale des Maladies – 10^{ème} révision) chez les hommes du pays Une Autre Provence en 2007



Chez les femmes, on retrouve ces mêmes pathologies. Le premier motif reste cependant tout ce qui touche à la grossesse et à la naissance.

¹⁰ La répartition par âge de la population n'étant pas disponible après 1999 au moment de la réalisation de ce travail, des taux d'hospitalisation n'ont pu être calculés.

Graphique n°23 : répartition des séjours hospitaliers en Médecine-Chirurgie-Obstétrique selon les dix premiers motifs (chapitre de la Classification Internationale des Maladies – 10^{ème} révision) chez les femmes du pays Une Autre Provence en 2007

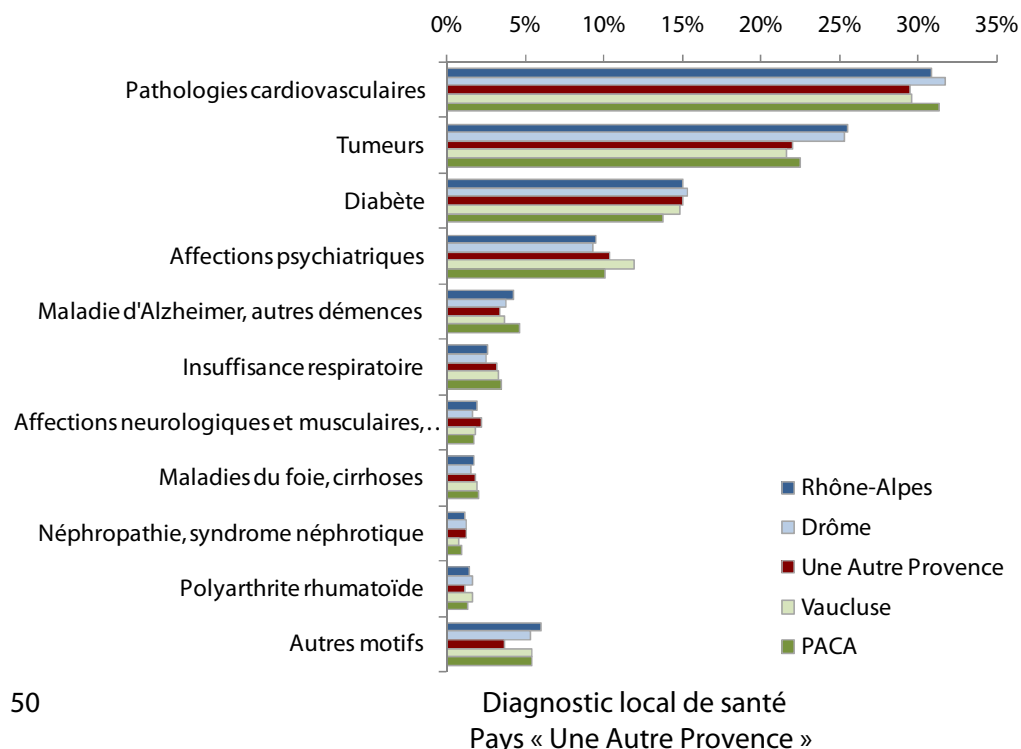


5.5. Admissions en Affection Longue Durée

Source : URCAM [Régime Général, 2005-2006]

La structure des motifs d'admission en Affection Longue Durée (ALD) des bénéficiaires du Régime Général résidant dans le pays est très proche de celle de l'ensemble des assurés du Vaucluse. Du côté Rhône-Alpes (région et département de la Drôme), les ALD accordées pour des pathologies cardiovasculaires ou des tumeurs sont plus fréquentes que dans le pays.

Graphique n°24 : répartition des admissions en Affection Longue Durée accordées en 2005-2006 aux bénéficiaires du Régime Général selon leur lieu de domicile



5.6. Dépistage organisé du cancer du sein

Sources : associations départementales de la Drôme et du Vaucluse de dépistage [2007]

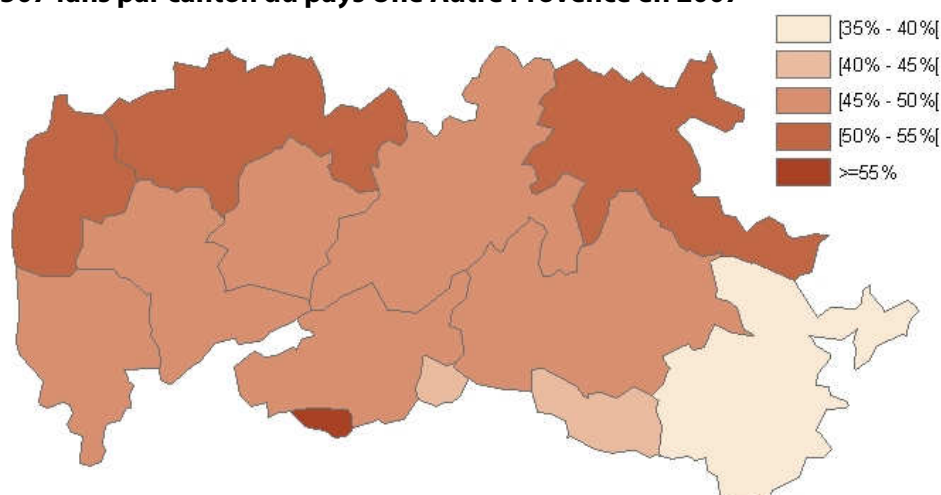
Le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein chez les femmes de 50-74 ans du pays correspond au rapport entre le nombre de femmes qui ont effectivement participé à ce dépistage et le nombre de femmes invitées. Il ne prend donc pas en compte le dépistage individuel.

Ce taux est légèrement supérieur (48 %) à ceux des deux départements de comparaison : 47 % dans la Drôme et 46 % dans le Vaucluse.

Au sein du pays on observe un certain écart entre le canton où le taux est le moins bon, situé à l'extrême est du territoire, soit 35 % pour Séderon, et les cantons du nord-ouest (Grignan et Pierrelatte) et du nord-est (Rémuzat) avec chacun un taux supérieur à 50 %.

Outre des différences de profil sociologiques entre les populations des cantons, l'éloignement géographique avec les centres de radiologie ou le profil plus ou moins incitatif des médecins sont des facteurs potentiellement explicatifs de ces différences.

Carte n°44 : taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein chez les femmes de 50-74 ans par canton du pays Une Autre Provence en 2007



5.7. Mortalité

Sources : Registre des causes de décès CépiDC – INSERM [1995–2003]
INSEE [Recensement 1999]

Note : les taux de mortalité sont présentés de manière générale (tous âges et toutes causes de décès), selon l'âge (moins de 65 ans, 65 ans et plus), selon certaines causes de décès (maladies de l'appareil circulatoire, tumeurs, traumatismes/accidents). Il est important de tenir compte des échelles des graphiques présentés puisque selon la catégorie étudiée, les niveaux des taux de mortalité peuvent être très différents.

5.7.1. Mortalité générale

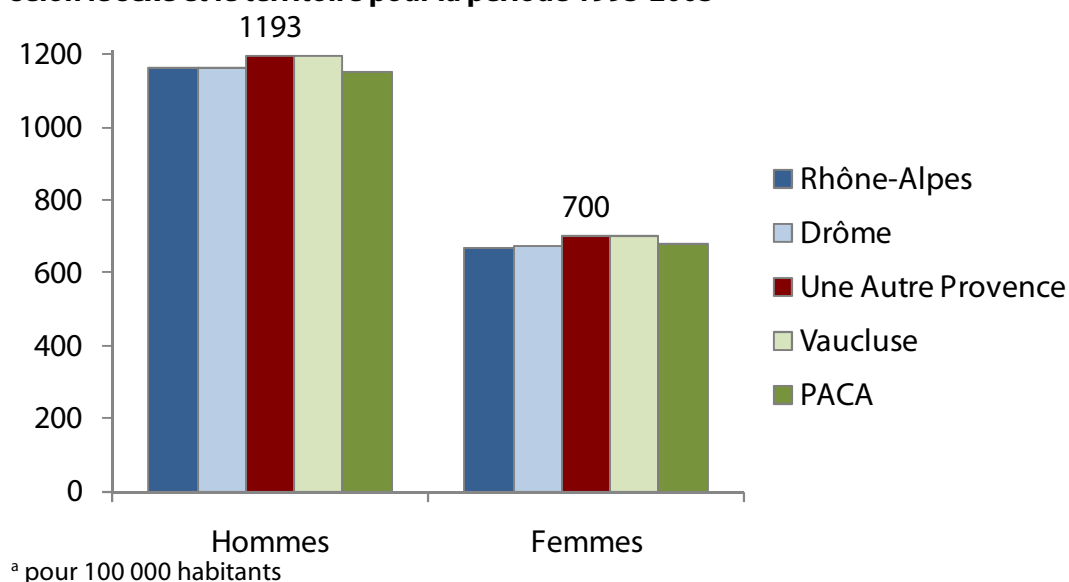
Sur la période 1995-2003 ont été enregistrés 5 389 décès pour la population masculine du pays, soit une fréquence de 1 193 décès pour 100 000 hommes.

Il s'agit d'un niveau significativement plus élevé que les taux régionaux (Rhône-Alpes : 1 159 pour 100 000 ; PACA : 1 161 pour 100 000).

Sur cette même période ont été recensés 4 816 décès pour la population féminine du territoire, ce qui correspond à un taux de 700 décès pour 100 000 femmes.

Comme pour les hommes, ce taux est significativement plus élevé que celui des deux régions de comparaison (Rhône-Alpes : 666 pour 100 000 ; PACA : 677 pur 100 000), mais aussi par rapport au taux observé sur le département de la Drôme (675 pour 100 000).

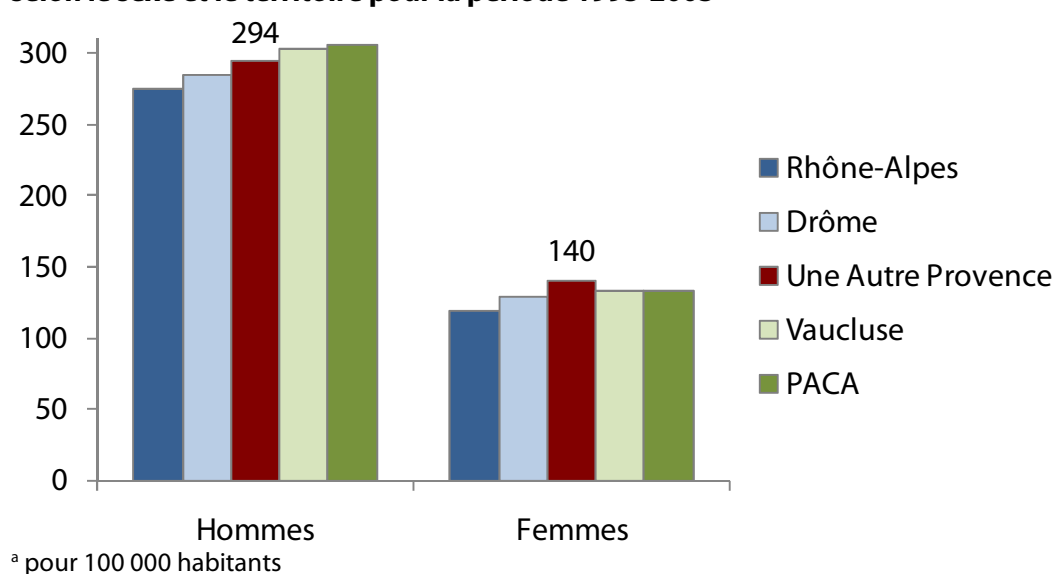
Graphique n°25 : taux^a comparatif annuel moyen de mortalité générale selon le sexe et le territoire pour la période 1995-2003



5.7.2. Mortalité selon l'âge

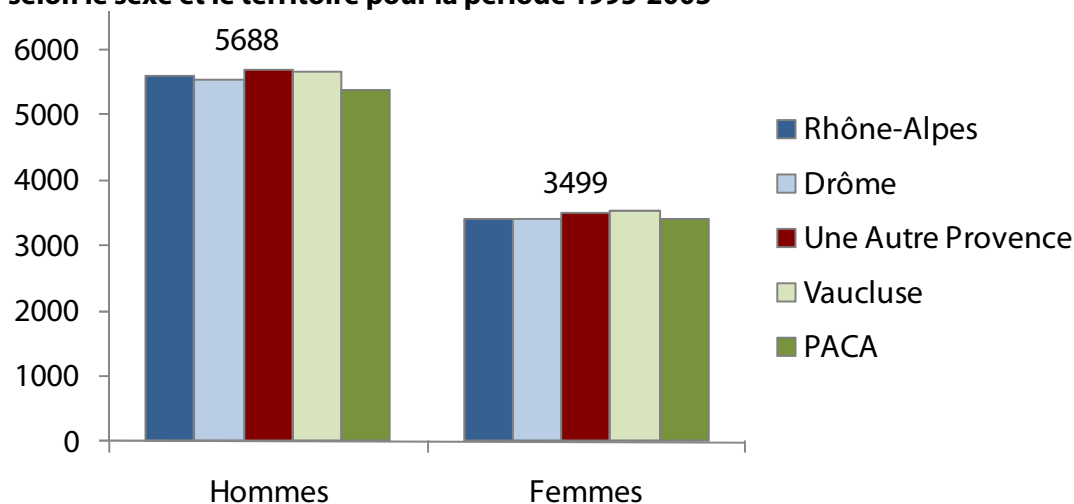
Si l'on restreint l'étude de la mortalité aux moins de 65 ans sur la période 1995-2003 (1 273 décès chez les hommes ; 2 157 décès chez les femmes), le seul écart significatif observé, qu'il s'agisse des hommes ou des femmes, est celui avec la région Rhône-Alpes : les taux de mortalité annuels observés dans le pays (hommes : 294 pour 100 000 ; femmes : 140 pour 100 000) sont significativement plus élevés que ceux de la région Rhône-Alpes (hommes : 275 pour 100 000 ; femmes : 119 pour 100 000).

Graphique n°26 : taux^a comparatif annuel moyen de mortalité chez les moins de 65 ans selon le sexe et le territoire pour la période 1995-2003



L'étude de la mortalité chez les 65 ans et plus sur 1995-2003 (4 096 décès chez les hommes ; 4 208 décès chez les femmes) montre une surmortalité significative des hommes du pays pour cette tranche d'âge (5 688 décès pour 100 000 hommes) par rapport à la région PACA (5 375 décès pour 100 000 hommes). Aucune différence significative n'a été relevée en comparant le taux de mortalité des femmes de 65 ans et plus du pays (3 499 décès pour 100 000 femmes), aux taux départementaux et régionaux

Graphique n°27 : taux^a comparatif annuel moyen de mortalité chez les 65 ans et plus selon le sexe et le territoire pour la période 1995-2003



^a pour 100 000 habitants

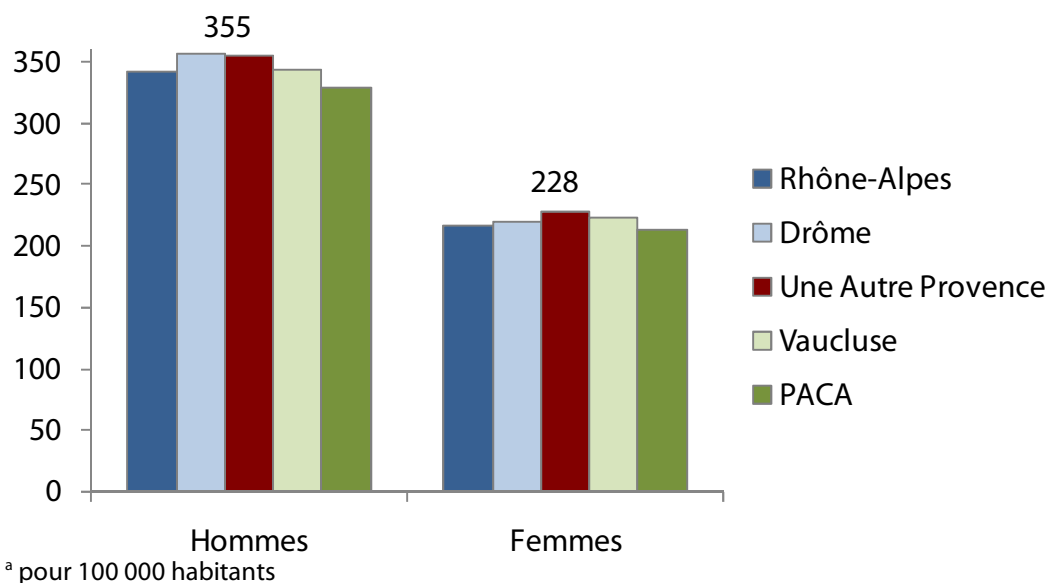
5.7.3. Mortalité selon la cause de décès

En étudiant certaines causes de décès plus précisément (maladies de l'appareil circulatoire, tumeurs, traumatismes/accidents), on retrouve des différences significatives entre la mortalité observée dans le pays et celle des quatre zones de comparaison.

Chez les hommes, les décès liés aux maladies de l'appareil circulatoire (1 543 décès sur 1995-2003, soit en moyenne chaque année 355 pour 100 000) sont significativement plus fréquents qu'en région PACA (329 pour 100 000).

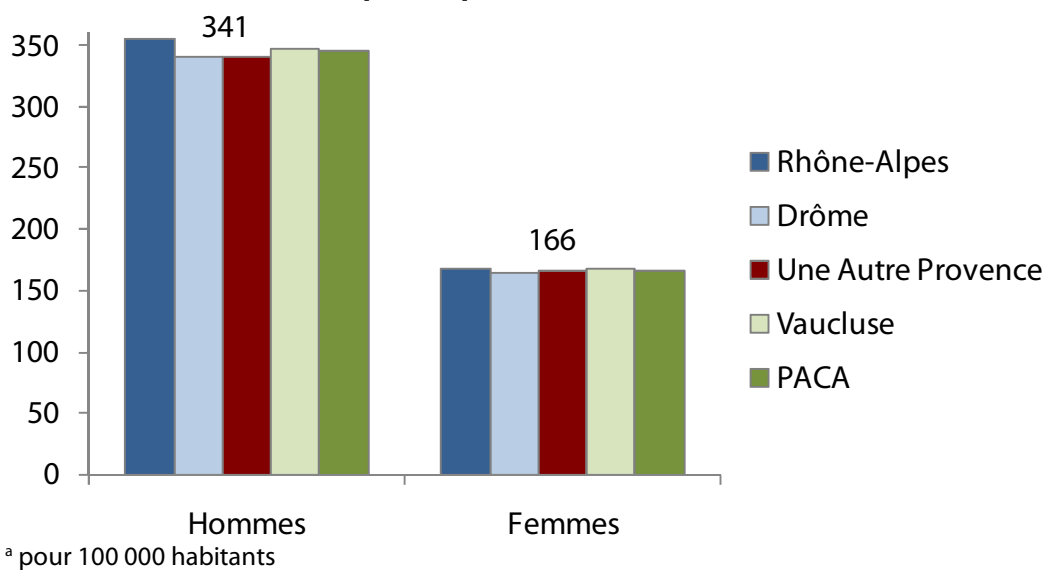
Chez les femmes (1 654 décès, soit en moyenne chaque année 228 pour 100 000), cette cause de décès est également plus fréquente qu'en PACA (213 pour 100 000), mais également par rapport à Rhône-Alpes (216 pour 100 000).

Graphique n°28 : taux^a comparatif annuel moyen de mortalité liée aux maladies de l'appareil circulatoire selon le sexe et le territoire pour la période 1995-2003



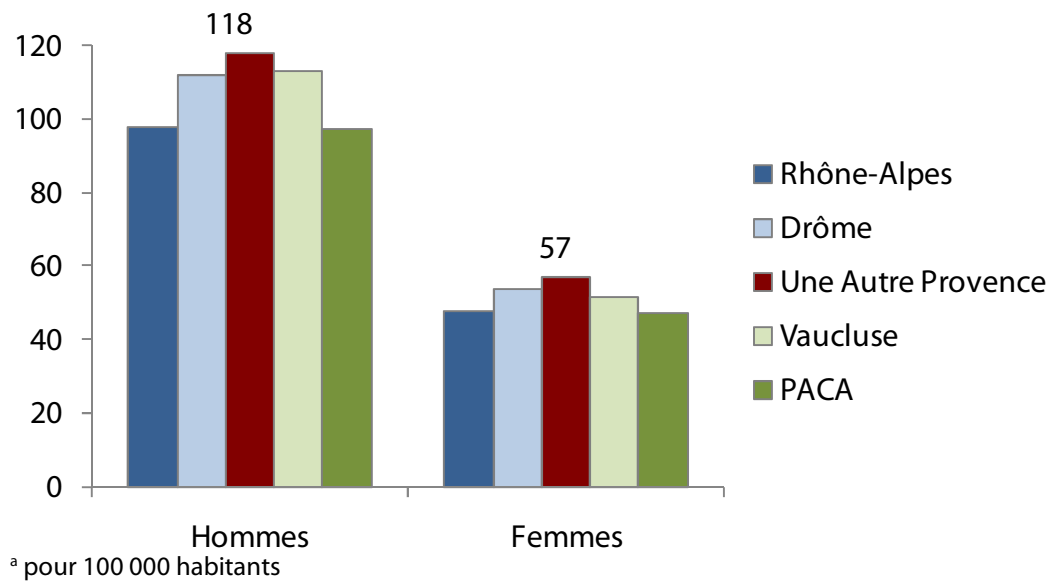
Pour les tumeurs, à l'origine de 1 645 décès chez les hommes (341 pour 100 000) et 1 054 décès chez les femmes (166 pour 100 000) du pays entre 1995 et 2003, aucune différence significative n'a été relevée avec les quatre zones de comparaison.

Graphique n°29 : taux^a comparatif annuel moyen de mortalité par tumeur selon le sexe et le territoire pour la période 1995-2003



Enfin, pour les décès liés aux traumatismes (chutes, suicides...) et accidents (routiers...), qui ont concerné 537 hommes et 362 femmes dans le pays entre 1995 et 2003, on retrouve une surmortalité significative chez les hommes (118 pour 100 000) et chez les femmes (57 pour 100 000) par rapport aux régions Rhône-Alpes (hommes : 98 pour 100 000 ; femmes : 48 pour 100 000) et PACA (hommes : 97 pour 100 000 ; femmes : 47 pour 100 000).

Graphique n°30 : taux^a comparatif annuel moyen de mortalité liée aux traumatismes/accidents selon le sexe et le territoire pour la période 1995-2003



PARTIE QUALITATIVE

Afin d'affiner et de répondre aux questions posées par les résultats de l'enquête quantitative, plusieurs acteurs (professionnels et élus) travaillant dans des secteurs différents, ont été interrogés par l'ORS Rhône-Alpes et l'ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur. Ces entretiens, majoritairement individuels, ont été réalisés soit en face à face, soit par téléphone et ont, en moyenne, duré une heure.

Cette phase d'analyse a permis de compléter et d'affiner certaines informations qui ont pu être mises à jour par les données chiffrées. Au-delà, réalisée à partir de l'expérience et le vécu des acteurs professionnels et complétée d'une « immersion » sur le territoire plusieurs jours durant, elle a permis de faire émerger les problématiques de santé spécifiques au territoire, issues de sa configuration spatiale, de l'organisation des ressources, du profil et de l'histoire de la population résidente.

Au total, 41 acteurs ont été interrogés :

Communes

M. Buix, maire de Buis les Baronnies ;

M. Combes, maire de Nyons ;

M. Morin, maire de Valréas

Soin

3 médecins généralistes :

Dr Derail, Buis les Baronnies ;

Dr Dorgal, Vaison-la-Romaine ;

Dr Laporte, Nyons

Centre Hospitalier de Vaison-la-Romaine : M.CABANIS, directeur ;

Centre Hospitalier de Valréas : M. De Haro, directeur ;

Hôpital Local de Nyons : M. Navarro, directeur ;

Hôpital local de Buis les Baronnies : Mme Sicard, directrice ;

Hôpital Local de Bollène : M. Oppenheimer, directeur ;

Clinique de l'Atrir : M. MOURRIER, directeur, Pr. Pepin, président ;

Association de défense de l'hôpital de Valreas : M. Lachard ;

Association de défense de l'hôpital de Vaison-la-Romaine : M. DE FRANCISCO

Coordination secteur SSR de Montelimar (sud Drome, sud Ardeche) : Dr Viguiier

Pharmacies : Ordre des pharmaciens, M. Roeder, Pharmacie des Plantes, Nyons ; Pharmacie des-Vignes, Remuzat ;

Dr Florent, ancien chirurgien, Centre Hospitalier de Valréas

Santé mentale

Centre Hospitalier Spécialisé de Montfavet : Dr Barbier, responsable du pôle Vaison-Valréas-Bollène ; M. Monchant, cadre de santé

Centre Hospitalier Spécialisé de Valmont : Dr Pienek, président ;

Equipe Mobile de Psychiatrie Sud Drome : M. Buisine, infirmier psychiatrique

Santé des enfants et adolescents

Conseil Général de la Drome : Dr Zinder

Santé des personnes âgées

Entretien collectif CLIC : CLIC du Tricastin, Mme Chaudet ;

CLIC du Nyonsais Baronnies, Mme Roux ;

CLIC Haut Vaucluse, Mme Bertrand

Services de soins à domicile : Association DIRE, Vaison-la-Romaine : Mme Rousset, présidente ;

Association Chrysalide, Curnier : M. Micheli ;

Association Aide aux familles, Valreas : M. Artaud ;

Association d'infirmières, Nyons : Mme Duclos ;

Centre de soins infirmiers, Curnier : Mme Le Greves, présidente ;

Insertion

Entretien collectif : Mission Locale Drome Provencale, Mme Bertrand ;

Mission Locale haut Vaucluse, Mme Morel ;

M. ROBERT Association I.L.E en Baronnies ;

Nicole ZANDER-AMIGUET Adjointe Prévention Santé Drôme provençale Conseil General de la Drome,

Mme BOUET Commission Locale d'insertion Tricastin Baronnies

Mme CREPIN, association Coup de pouce

Prévention

Education Sante Drome : Anne Boisset;

MSA Drome : Direction et médecin ; Medecine du travail.

En lien avec les résultats de l'enquête quantitative, l'interrogation portait sur trois dimensions associées. Il s'agissait à la fois de mieux situer l'offre de services dans les champs sanitaire et social, de mieux situer les besoins des différentes populations (personnes âgées, jeunes, adultes, personnes en situation de précarité, ...) et de recueillir des éléments d'expériences, des suggestions pour améliorer la correspondance entre offre de services et besoins de la population. L'ambition était de mieux situer les priorités en matière de santé, des priorités a priori différenciées selon les territoires, selon les populations, selon les tranches d'âge.

La connaissance de la situation locale, l'identification de la nature des principaux problèmes et besoins identifiés, le repère éventuel de groupes, de territoires vulnérables ont guidé l'ensemble du questionnement et constituent la trame de présentation des résultats.

Ainsi, les résultats sont présentés comme suit :

I. Une Autre Provence ?

Situé à cheval et aux confins de deux grandes régions, Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur, le Pays Une Autre Provence est souvent méconnu. Le préalable est de mieux connaître ce territoire disparate composé de plaines et de zones de montagne. Sur ce territoire hétérogène, il s'agit donc d'affiner les éléments quantitatifs disponibles autour de la démographie, de la situation sociale. « *S'il vous plaît, dessinez-moi Une Autre Provence* » aurait-on pu demander ..., dessinez-le au travers de ses caractéristiques, de ses différences, de son vécu, ...

II. Les ressources en santé : présence et accessibilité

L'analyse quantitative préalable de l'offre de services en santé montrait combien elle pouvait apparaître très inégalement répartie. En quoi, selon les acteurs locaux, cette distribution influe-t-elle sur l'état de santé de la population ? Il s'agit de présenter dans ce paragraphe l'accessibilité perçue des ressources en santé mais également les difficultés et besoins repérés par les personnes ressources interrogées.

III. L'état de santé : problématiques, populations et territoires vulnérables

L'analyse quantitative décrit l'état de santé. Il s'agit dès lors, au terme des entretiens, de préciser comment les professionnels interrogés perçoivent cet état de santé et quelles problématiques, quels populations et territoires particulièrement fragilisés et a contrario moteurs, ils ont pu repérer au travers de leur pratique quotidienne.

Lors des entretiens, les acteurs interrogés ont été systématiquement invités à formuler plusieurs pistes d'intervention, des moyens de résolution ou d'amélioration possibles de la situation locale. Au terme de cette analyse, ces propositions sont présentées successivement comme base ultérieure de discussion, d'identification participative des priorités d'intervention que choisiront les membres du Pays Une Autre Provence. Ces éléments font l'objet de la troisième partie de ce rapport.

Dans le présent diagnostic, il n'a pas été possible de rencontrer des habitants. Les problématiques du territoire ne sont ainsi vues qu'à travers le prisme particulier des professionnels, ce qui peut constituer une limite du travail.

1. UNE AUTRE PROVENCE ?

Au-delà des frontières administratives, ce territoire se réfère à un bassin de vie où « *la population a en commun une manière de vivre, de parler, des habitudes alimentaires et des traditions culinaires (...)* »¹¹. Sur cet espace méditerranéen, médian entre le couloir du Rhône et les Pré-Alpes, la population a des pratiques de vie qui dépassent largement le découpage formel des administrations. L'Enclave n'est surtout visible qu'à la lecture des cartes... et des contraintes associées.

La construction de réponses pertinentes sur le Pays « Une autre Provence » souligne d'emblée l'enjeu de dépassement des frontières administratives et la possibilité de raisonner à l'échelle des bassins de vie et d'envie, de s'appuyer sur une connaissance de ce territoire, d'abord éclaté, et des difficultés de la population, des professionnels et des habitants confrontés à des problématiques majeures communes.

1.1. Un Pays éclaté

1.1.1. Une zone frontière aux confins de deux régions

« J'aimerais qu'on parle plus de bassins de vie et de bassins d'envie pour imaginer des réponses concertées entre la Drôme et le Vaucluse, entre la région Rhône-Alpes et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. »

Le Pays « Une autre Provence » présente pour particularité d'être à cheval sur deux départements (la Drôme et le Vaucluse) et les deux régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes. L'enclave vauclusienne de Valréas au cœur du territoire drômois constitue une particularité supplémentaire.

Si la population traverse allégrement les frontières, l'organisation et la gestion des services de santé et des services sociaux sont d'abord définies sur la base de territoires aux frontières administratives bien marquées. La définition de réponses interdépartementales et interrégionales reste possible, comme on le verra plus loin, mais elle s'en trouve réellement compliquée. Ainsi, les logiques administratives peuvent réellement compliquer la démarche pour les professionnels, notamment lorsqu'il s'agit d'amener un patient vers un centre de soins au-dehors de son département d'intervention.

Une première difficulté soulignée par les acteurs interrogés est la distance aux organismes de tutelle. Située au Sud de la région Rhône-Alpes et au Nord de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, ce pays est éloigné des lieux décisionnels : ni Lyon, ni Marseille ne sont proches et Valence comme Avignon apparaissent distants. Nombre de nos interlocuteurs ont ainsi d'abord souligné la difficulté d'être visibles et reconnus. D'autres ont également exprimé combien ils pouvaient parfois avoir le sentiment d'être oubliés.

A l'heure de la régionalisation en matière de santé, ce pays est ainsi confronté à un dialogue permanent avec deux interlocuteurs différents, distants du territoire. Aujourd'hui, ces interlocuteurs sont les Groupements Régionaux de Santé Publique (GRSP), en charge de la mise en œuvre des Plans Régionaux de Santé Publique dont les priorités et les modalités d'application diffèrent d'une région à une autre. Ainsi, pour la région PACA et la région RA, les priorités de santé et les choix organisationnels sont différents¹². Et, comme le soulignaient les acteurs interrogés, il n'est pas toujours facile de proposer des réponses communes satisfaisant à la fois aux critères d'éligibilité de l'instance décisionnelle de RA et de celle de PACA.

En ce qui concerne l'organisation des soins hospitaliers, les établissements hospitaliers du territoire relèvent plus, notamment les deux centres hospitaliers, de l'Agence régionale d'hospitalisation PACA

¹¹ Journal Une Autre Provence, 2006. Supplément au n°1.

¹² Pour plus d'informations, les sites respectifs du PRSP RA <http://www.prsp-ra.com/> et du PRSP PACA <http://www.grsp-paca.sante.fr/prsp.htm> peuvent être consultés.

alors que le territoire est majoritairement situé en Drôme (Rhône-Alpes). Ainsi, près de la moitié des personnes hospitalisées au CH de Valréas, situé dans le Vaucluse, sont domiciliées en Rhône-Alpes.

Le dialogue et l'articulation interrégionaux apparaissent indispensables pour donner plus de cohérence et de lisibilité à la programmation sanitaire sur ce territoire. Les Agences régionales de santé (ARS) à venir peuvent être une opportunité pour une nouvelle approche territoriale plus concertée. Un contrat local de santé sur un territoire transrégional est-il envisageable ?

Ce sont les Conseils Généraux qui ont pour compétence la gestion des politiques de solidarité, l'organisation des services médico-sociaux, la mise en place de réponses pour la prise en charge des personnes âgées. Là aussi, les réponses sont définies soit pour les résidents de la Drôme Provençale, soit pour ceux du Haut Vaucluse. La distribution des ressources et les moyens affectés diffèrent et les interlocuteurs ne sont pas les mêmes.

Pour exemple, l'organisation du Département Solidarité des Conseils Généraux repose sur les Centres Médico-Sociaux : dans le Vaucluse, on en recense trois situés à Bollène, Vaison-la-Romaine et Valréas ; dans la Drôme, ces CMS sont situés à Pierrelatte, Saint Paul Trois Châteaux, Donzère, Grignan, Nyons et Buis-les-Baronnies. Il y a également un centre de planification familiale à Pierrelatte et un Espace Petite Enfance à Nyons, et un centre de planification à Vaison-la-Romaine.

1.1.2. De l'Ouest à l'Est, des bassins de vie et d'envie

« Ils sont loin de tout à l'est... ils vivent très cher le fait de vivre dans un endroit superbe. »

Le territoire du pays Une Autre Provence s'étend de Pierrelatte à l'ouest jusqu'à Séderon à l'est. C'est sur cette ligne Ouest/Est que s'organise la distribution des densités et des profils démographiques¹³. Tandis que l'ouest présente un profil de population plutôt jeune et assez dense, l'est est d'abord caractérisé par des densités de population très faibles et la part importante des personnes âgées. La ligne Nyons/Vaison-la-Romaine marque une rupture entre l'est et l'ouest du territoire.

A l'ouest, le paysage est d'abord celui des plaines et des industries de la vallée du Rhône. C'est ici que la majorité de la population se concentre, le long de l'axe rhodanien, avec les villes de Bollène, Pierrelatte et Saint-Paul-Trois-Châteaux. La circulation y est relativement aisée et la population travaille d'abord dans le secteur industriel. La population est aussi plus jeune dans la Vallée du Rhône : une majorité de communes présentent au moins un quart de leurs habitants âgés de moins de 20 ans¹⁴.

Au centre, l'espace social est structuré autour de territoires ruraux en lien avec un tissu de villes de taille moyenne : Valréas, Nyons, Vaison-la-Romaine. Les vignes, l'arboriculture, la lavande mais aussi le tourisme composent les activités majeures de ce bassin méditerranéen situé en lisière de moyennes montagnes. L'activité touristique occupe ainsi une place non négligeable et croissante depuis une quinzaine d'années. Pour exemple, sur le Nyonsais, 10 000 lits touristiques sont recensés. C'est aussi un pays ouvrier et artisanal (bâtiment) en difficulté : plusieurs usines locales ont ainsi dû fermer ces dernières années. Les personnes interrogées ont également souligné la place non négligeable des services sanitaires et sociaux et l'enjeu parfois identifié par des élus de développer des services attractifs sur ce territoire bénéficiant d'un microclimat « bienfaisant ». Sur plusieurs sites, c'est même le 1^{er} domaine d'emploi, comme à Nyons où ce secteur cumule près de 700 emplois.

A l'est, c'est l'arrière pays rural et montagneux où l'on trouve respectivement, au Nord, les montagnes de La Lance, d'Angèle, et le mont Ventoux, au Sud. La densité de population y est très faible¹⁵ et une seule commune, Buis-Les-Baronnies présente une densité supérieure à 50 habitants au km². Marquée par des difficultés réelles de déplacement, cette zone se caractérise aussi par la part importante de personnes

¹³ Cf. Partie Quantitative, 4.Éléments sociodémographiques

¹⁴ ib, 4.Éléments sociodémographiques

¹⁵ Les cantons de Rémuzat et de Séderon présentent ainsi une densité moyenne de 5 habitants/km².

âgées : la population âgée de 65 ans et plus peut atteindre près du tiers de l'ensemble de la population pour certaines communes¹⁶.

Si la vallée du Rhône apparaît plutôt bien lotie en services, l'arrière pays, peu peuplé, est sous équipé, et difficilement traversé. Le centre, partagé entre le Vaucluse et la Drôme, est découpé en îlots associés aux bourgs centres. La proximité s'organise sur la base de bassins de vie et d'envie, définis comme des périmètres hérités des habitudes de vie, professionnelles, culturelles, sociales, etc...La connaissance de ces découpages est un préalable à toute réflexion sur le territoire en matière de santé.

1.1.3. Le temps des déplacements, une problématique du quotidien

« Tout sur le pays dépend de l'endroit où l'on se trouve... »

Globalement, le pays est fortement ancré dans la ruralité. Les densités de population sont très faibles, notamment dans l'est du territoire, et beaucoup de maisons isolées bénéficient du confort minimum.

Sur l'ensemble du territoire, il existe très peu de transports en commun et de rares services de transport à la demande sont disponibles. Comme dans tout territoire rural, les distances à parcourir, les temps de parcours et le coût associé peuvent apparaître importants et freiner toute possibilité d'ouverture aux autres et d'accès aux ressources, notamment de santé. Ainsi, les jeunes qui n'ont pas de véhicule personnel sont totalement dépendants des possibilités de leurs parents, amis, ... pour les véhiculer vers les lieux de sociabilité. La problématique se pose aussi pour les personnes âgées, les femmes enceintes...

A l'est du territoire, les difficultés de déplacement sont réelles. Des professionnels du soin ont ainsi souligné la difficulté d'aller vers les petits hameaux isolés et le temps passé sur les routes. Pour plusieurs services, en particulier ceux qui se rendent au domicile du patient, cette situation géographique induit même des problèmes financiers certains : les charges supplémentaires associées sont rarement prises en compte par les instances de tutelle, qui elles, raisonnent sur la base de kilomètres...Or, ici, on ne parle jamais de distances kilométriques mais de temps de parcours, d'ailleurs variables selon la saison.

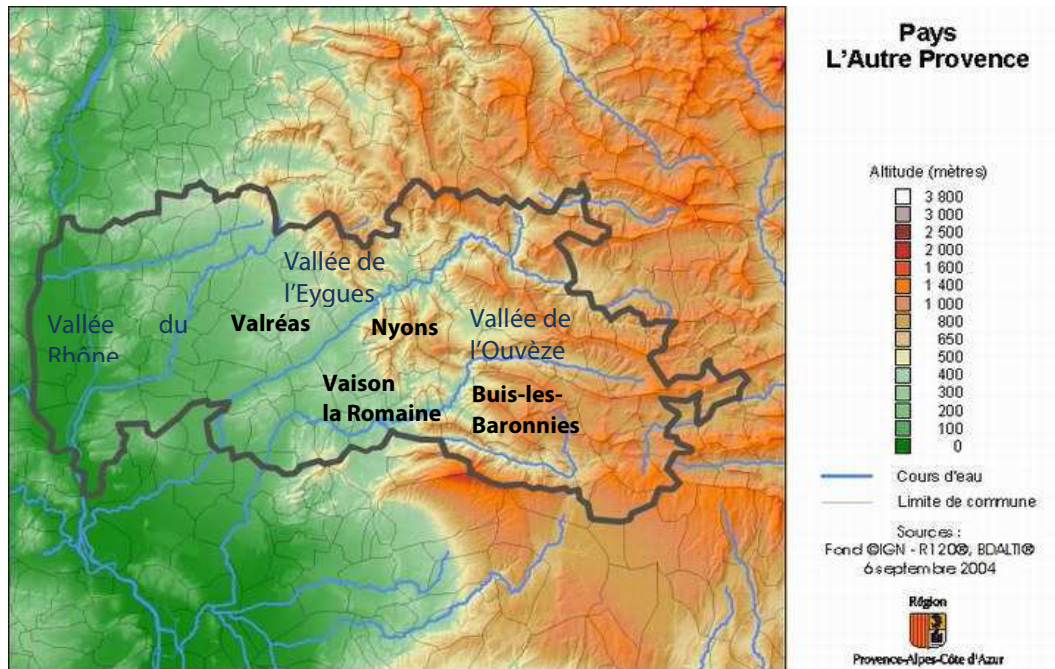
Ce point est fondamental dans l'identification des problématiques d'accès aux ressources, qu'il s'agisse de santé ou de sociabilité. Pour exemple, si Montélimar est la ville de référence du secteur sanitaire du Sud Drôme, la population de Buis les Baronnies met moins de temps pour se rendre à Orange ou à Carpentras¹⁷. Pour les habitants de Séderon, situé à l'extrême est du territoire, c'est la ville de Gap, située dans le département des Hautes Alpes, qui est la plus proche en termes de temps de parcours. Sur cette zone de moyenne montagne, le temps de parcours entre deux communes, a priori proches, peut être plus élevé que pour aller à Avignon.

En ce territoire rural, les solidarités traditionnelles de voisinage se sont d'ailleurs organisées en référence à des bassins de vie et d'envie spécifiques suivant le cours des trois vallées présentes : la vallée du Rhône, la vallée de l'Ouvèze et la vallée de l'Eygues (ou Aigues en Vaucluse). C'est aussi sur cette base que se nouent les liens de proximité, par exemple entre bourgs centres (Nyons / Valréas et Buis-les-Baronnies / Vaison-la-Romaine).

¹⁶ Ib., 4.Éléments sociodémographiques

¹⁷ 1h35 pour Montélimar contre 1h05 pour Orange ou Carpentras.

Carte : Vallées et bassins de vie et d'envie



1.2. Des problématiques retrouvées sur l'ensemble du territoire

1.2.1. L'accueil de nouveaux arrivants...la fuite des jeunes

« Ici, c'est la France dans 20 ans... »

Comme cela était souligné dans la partie quantitative¹⁸, la population n'a pas cessé de croître depuis 1982 en suivant les évolutions globales des zones de référence. Si cette évolution positive de la population a concerné de façon inégale le territoire, il n'y pas là de gradient est-ouest. Des communes de l'est ont ainsi vu leur effectif de population augmenter et des communes situées sur la vallée du Rhône ont, a contrario, perdu des habitants.

Ce pays est d'abord attractif pour les personnes âgées, les nouveaux provençaux qui choisissent de passer leur dernier tiers ou quart de vie au soleil. Ces retraités sont originaires d'Europe du Nord et d'autres régions de France. A distance de leur famille, de leur réseau social, ils ont pu être décrits par les personnes interviewées comme des personnes isolées. Si la majorité d'entre eux disposent de moyens financiers conséquents, ils peuvent aussi avoir de réelles difficultés financières associées, notamment, au coût du foncier, aux charges inhérentes aux déplacements. La retraite au soleil n'est pas toujours rose, comme ont pu le souligner des professionnels interrogés.

Au-delà, la part importante des personnes âgées de plus de 65 ans induit des besoins spécifiques en matière de santé. Sur certaines communes, la part de cette population dépasse 40 %. L'enjeu associé de développer les services, de restructurer les établissements, de s'appuyer sur les ressources présentes et de les conserver a souvent été énoncé de façon à prévenir le risque de possible désertification, de fuite d'une population âgée qui apprécie le cadre de vie mais a aussi besoin d'être rassurée.

Comment organiser les services, réfléchir à la définition de réponses adaptées aux spécificités de ce milieu rural, de ce territoire frontière ? Comme on le verra plus loin, les personnes âgées, majoritaires sur certaines zones, sont l'objet d'une préoccupation certaine.

De semblables attentions sont-elles formulées pour les jeunes, relativement absents sur ce territoire ?

Si quelques jeunes couples reviennent au pays, la part des jeunes apparaît plutôt faible, en particulier au centre et à l'est du territoire. Les ménages du pays sont d'abord des ménages sans enfants¹⁹. Il existe très peu de lycées sur le territoire...ainsi, à Valréas, les jeunes doivent suivre leur scolarité de second cycle sur

¹⁸ Partie quantitative, 4.Éléments sociodémographiques

¹⁹ Ils représentent 46% des ménages du Pays. Partie quantitative, 4.Éléments sociodémographiques

Orange. Au regard des loisirs, plusieurs professionnels ont souligné l'offre insuffisante pour les jeunes adolescents et l'absence remarquable de clubs sportifs dans l'arrière pays. Au-delà, les jeunes ont souvent du mal à trouver un logement. Comme il est souligné dans la partie quantitative, il existe peu de logements sociaux sur le territoire. Le pays comporte ainsi la plus forte part de logements locatifs non HLM.

Si le caractère rural de ce territoire et l'absence de grosses communes peuvent en partie expliquer ce faible taux, les besoins d'accès à des logements à coût modéré ont été plusieurs fois soulignés. Ainsi, l'accès à la propriété sur ce territoire, soumis à une progression du coût du foncier, est souvent difficile pour les jeunes. Pour répondre aux besoins complémentaires de logement des jeunes et de rupture d'isolement des personnes âgées, des propositions de cohabitation seraient développées et animées par une association²⁰. Sur certaines communes, le développement de logements sociaux a été réalisé. Même sur de petits bourgs centres, le développement d'un parc social à loyer modéré est envisageable.

1.2.2. L'accompagnement de personnes socialement fragilisées

Le pays compte une part de foyers fiscaux imposables inférieure aux territoires de référence. Et là encore, un certain gradient ouest/est est observé : des communes situées à l'est comptent moins de 35 % de foyers imposables²¹. Sur l'ensemble du pays, 10,8 % de la population bénéficie du Revenu Minimum d'Insertion (RMI). Si ce taux est inférieur aux moyennes constatées sur le Vaucluse et la région PACA, c'est par contre le taux de bénéficiaires le plus élevé pour la région RA et le département de la Drôme²².

Quelles sont les catégories socioprofessionnelles concernées ? Les professionnels interrogés ont parlé de plusieurs groupes de population. Des ouvriers et des employés ont ainsi pu être victimes de la fermeture des usines et entreprises locales. Les agriculteurs ont également été cités. « *Comme on dit ici, la terre, ça eu payé, mais c'est fini !* »

Cette terre est également une terre de saisonnalité, notamment associée aux productions arboricoles et viticoles. Parmi les travailleurs saisonniers, plusieurs choisissent de rester « *on est pas mal ici* » et vivent dans des cabanons.

Les personnes interrogées ont également souvent évoqué l'attractivité du territoire pour des personnes en bout de course, venues se réfugier là, à distance de la ville, et au soleil : des sans abris du Nord de la France parlent d'installation sur le pays « *SDF à Amiens, je suis venu m'installer sur Buis* », à l'Est du territoire, dans les zones de moyenne montagne, des personnes vivent dans des grottes. Comme ont pu le souligner les professionnels interrogés, ce sont des personnes très désocialisées, marquées par de grosses ruptures individuelles.

Plusieurs structures accueillent ces personnes : des associations d'accueil sont présentes (par exemple : Intervalle, Anais, Aube Nouvelle) ; des CCAS gèrent des accueils de nuit et de jour ; des centres médico-sociaux organisent, en concertation avec les travailleurs sociaux et les partenaires associatifs, des accompagnements vers les soins.

La précarité apparaît donc comme une composante réelle du territoire. Des professionnels interrogés ont souligné la progression du nombre de personnes touchées depuis la crise. « *Je rencontre de plus en plus de travailleurs pauvres, beaucoup de jeunes également et des couples de saisonniers.* », d'autres ont également insisté sur l'enjeu d'attention aux processus de fragilisation, de désocialisation associés aux fermetures de petites entreprises, aux difficultés de reconversion sur ce territoire. Les adolescents et jeunes adultes ont alors plusieurs fois été identifiés comme un groupe de population particulièrement fragile.

Comme on le verra plus loin, plusieurs réponses ont été mises en place pour accompagner ces personnes vers la prévention et le soin.

²⁰ Cet appui évoqué lors d'un entretien n'a pas pu être vérifié, d'où l'emploi du conditionnel.

²¹ Partie quantitative, 4.Éléments sociodémographiques

²² Cf. Partie quantitative, 4.Éléments sociodémographiques

2. LES RESSOURCES EN SANTE

2.1. Des soins de première ligne qui ne peuvent demeurer isolés ...

Comme dans d'autres territoires ruraux, l'accessibilité des ressources sanitaires de première ligne apparaît comme une grande préoccupation. Souvent, le médecin généraliste est identifié comme le pivot d'un système local de soins associant infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens. Le départ annoncé de l'un d'entre eux, en particulier sur des zones mal desservies, peut alors apparaître comme un véritable souci...car son remplacement s'annonce souvent difficile. La Provence, le soleil peut attirer les professionnels de santé libéraux (le fameux héliotropisme) mais sous certaines conditions...

2.1.1. Le médecin traitant, une ressource centrale inégalement répartie et fragilisée

« Comment voulez-vous que la médecine générale attire encore, même au soleil...On ne nous fait que des reproches, on ne nous écoute pas et on ne nous aide pas ! »

Le médecin généraliste apparaît comme un interlocuteur réellement proche, à la fois sur le plan relationnel et géographique. *« Ici, on connaît vraiment son médecin. Cela va au-delà du soin. Pour certaines personnes âgées, isolées, c'est parfois l'un des seuls acteurs de lien social. »* Sur certaines zones, il existe des « propharmaciens » : à Sederon et à Sainte Jalle, les médecins sont habilités à délivrer les médicaments prescrits lors de la consultation car les pharmacies sont trop éloignées.

Si la densité globale des professionnels de santé libéraux est comparable aux territoires de référence, la distribution des ressources apparaît très inégalement répartie. La distribution des médecins généralistes, des pharmacies, des infirmiers suit le gradient ouest/est de densité de la population.

Là où la population est plus importante, il y a plus de professionnels de santé libéraux... a contrario, à l'est où la densité de population est très faible, il y en a très peu. Si cette répartition peut apparaître adaptée et parfois ne pas ressortir comme problématique dans certaines approches uniquement quantitatives (densité, activité des praticiens) elle pose deux questions. La fragilité de la situation d'une part avec une offre qui repose sur très peu de professionnels, dont certains se rapprochent de la retraite. Et la question de la permanence des soins d'autre part.

La Mission Régionale de Santé (MRS) définit les zones géographiques déficitaires en médecins généralistes sur la base de deux critères : la densité médicale et l'activité²³. Les zones sous dotées correspondent aux zones avec une densité de professionnels faible et une activité par professionnel forte susceptible d'indiquer une tension sur l'offre. En 2006, seul le secteur de Sainte Jalle apparaissait déficitaire²⁴. Dans ce mode de calcul, la fragilité de l'est du territoire n'apparaît pas dans toute sa dimension car des critères d'accessibilité et de démographie comme le temps d'accès, l'âge des professionnels ou les besoins de soin de la population résidente, âgée ou en situation de précarité, ne sont pas pris en compte.

Lors des entretiens, plusieurs personnes ont insisté sur le tableau préoccupant de la démographie médicale sur l'arrière pays aujourd'hui et a fortiori dans les toutes prochaines années au regard de l'âge des professionnels actuellement en exercice. Comme le souligne la carte de répartition des médecins âgés de moins de 55 ans, près de la moitié des médecins sont proches de la retraite, en particulier au centre et sur la frange est du territoire²⁵.

²³ Circulaire DHOS/DSS/DREES/UNCAM/2008/130 du 14 avril 2008

²⁴ Cf liste des communes http://www.rhone-alpes.assurance-maladie.fr/fileadmin/RHONEALPES/publications/Offre_Besoins_Soins/MRS/Arrete_Zones_2006.pdf

²⁵ Partie quantitative, carte n°12, 5.1 Offre libérale

Au-delà, de plus en plus de professionnels de santé libéraux exercent à temps partiel. Comme le soulignait un interlocuteur, le nombre de médecins généralistes sur un territoire devrait, pour correspondre vraiment à la réalité, être fourni en « équivalent temps plein » pour tenir compte du nombre grandissant des praticiens ayant un exercice mixte et n'exerçant dans leur cabinet qu'à temps partiel.

La seconde question qui est posée est celle de la permanence des soins qui est évidemment plus compliquée. Ainsi, à titre illustratif, le secteur de permanences de soins de Séderon n'est pas identifié comme un secteur de fragilité alors qu'un seul médecin y exerce depuis de nombreuses années.

Quelle est justement la répartition de cette permanence de soins ?

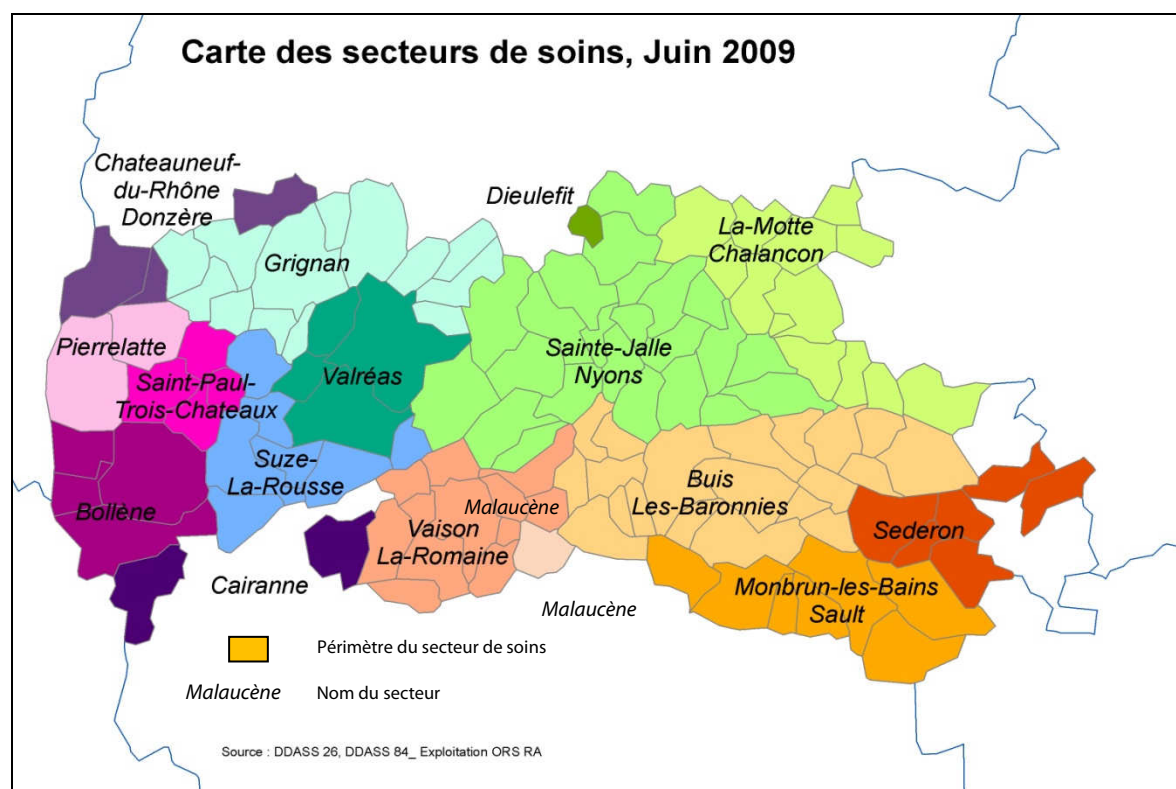
Comme le montre la carte ci-dessous, on compte sur le territoire, 15 secteurs de permanence de soins. Ce découpage en secteur organise la permanence des soins en médecine ambulatoire. De façon générale, l'organisation fixe des horaires de garde comme suit :

- semaine : 20-24h ;
- samedi : 12h-24h
- dimanche, jours fériés : 8h-24h

Sur certains secteurs, des organisations différentes existent, comme sur le secteur de Buis-les-Baronnies où la permanence des soins est étendue au-delà de minuit jusqu'à 8h du matin, ce qui permet notamment de maintenir une astreinte médicale pour l'hôpital local.

A noter également que la garde commençant à 20h, quelques personnes interrogées ont mentionné qu'il était parfois difficile de trouver un médecin à qui s'adresser sur la fin de journée (entre 18h30 et 20h).

Enfin, pour terminer sur la question de la permanence des soins, des questions sont posées sur les secteurs de garde des pharmacies qui apparaissent assez vastes et avec une sectorisation parfois vécue comme trop stricte. Suivant la localisation des personnes et celle de la pharmacie de garde il pourrait parfois être plus facile de se rendre dans la pharmacie de garde d'un autre secteur de garde que celui dont la commune dépend. (*Les secteurs de garde des pharmacies sont reproduits en annexe*).



Par ailleurs, certains praticiens ont souligné combien ils étaient parfois fatigués :

- du poids des charges administratives et des injonctions des tutelles parfois perçues comme éloignées des besoins de leur clientèle (qui ne tient pas compte des particularités de la situation comme l'âge ou l'isolement de la population) ;
- des longues journées de travail associées au profil de la population et à la densité médicale ;
- des distances aux services et aux plateaux techniques de qualité ;
- du manque de moyens et de temps disponibles pour prendre en charge globalement la personne.

Ces constats détaillés pour les médecins généralistes sont largement reproductibles pour la plupart des professionnels de santé ayant participé à cette enquête. Le Pays « Une Autre Provence » peine à « recruter » tant en libéral qu'en personnel salarié. Dans l'arrière pays en particulier, rares sont les installations qui ont pu être annoncées lors de la réalisation de ce diagnostic...et ces professionnels ne sont pas toujours jeunes.

Comme en d'autres territoires ruraux, les raisons associées sont multiples et font référence tout à la fois aux conditions d'exercice mais aussi aux possibilités d'emploi, de formation et de loisirs pour leurs conjoints. L'enjeu de développer les facteurs d'attractivité des professionnels de santé est posé. Les points énoncés ci-dessus par les professionnels constituent, à ce titre, des axes de progrès mais aussi des points de vigilance.

2.1.2. Des équipements et plateaux techniques de premier niveau structurants

« Comment demander aux médecins généralistes d'être proches si les services hospitaliers s'éloignent de plus en plus ? »

Au vu de la configuration de ce territoire, le développement de collaborations et de complémentarités apparaissent essentielles pour, tout à la fois, faciliter l'accès aux soins de la population, assurer la continuité des soins mais aussi rendre les conditions d'exercice plus attractives pour les professionnels de santé.

Le domaine des **urgences**, qui apparaît comme un enjeu majeur dans ce territoire rural et montagnard a ainsi été particulièrement travaillé au-delà de la question de la garde assurée par les médecins généralistes libéraux.

Ainsi, la création d'une Fédération inter-hospitalière des urgences entre les centres hospitaliers d'Orange, de Valréas et de Vaison a permis la pérennisation et le renforcement des services d'urgence du territoire (notamment par la stabilisation des personnels médicaux gérés par le CH d'Orange). L'activité de ces services est d'ailleurs en croissance significative. La création du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) de Vaison-la-Romaine a également été unanimement saluée. Ce SMUR qui dépend du SAMU d'Avignon et rayonne sur le Haut Vaucluse et le Sud Drôme offre une véritable plus value pour une grande partie du territoire (*cf. carte de couverture SMUR reproduite en annexe*).

L'hôpital local a pu aussi, sur ce territoire, être présenté comme un support potentiel d'attractivité. La possibilité pour les professionnels de santé libéraux d'y exercer, et de ce fait, de se trouver moins isolés, de pouvoir s'appuyer sur un plateau technique a minima, voire de participer à des possibilités de réponses globales, a ainsi souvent été soulignée comme facteur de progrès et d'attractivité.

Sur le pays Une Autre Provence, il existe trois hôpitaux locaux : un à Bollène, un à Nyons, et un à Buis les Baronnies. Ces hôpitaux de proximité sont d'abord destinés à accueillir les personnes âgées. Au regard du profil démographique de la population du territoire, ils répondent à un réel besoin de prise en charge à proximité. Au-delà, ils peuvent aussi répondre, en concertation avec les autres structures et professionnels dédiés à l'accompagnement et à la prise en charge des personnes âgées, à la mise en place de réseaux de prévention et d'accompagnement médico-social.

C'est dans cette perspective que le **réseau** de santé gériatrique du Nyonsais-Baronnies vient d'être mis en place²⁶. Afin de permettre un maintien de qualité des personnes âgées à domicile du Nyonsais-

²⁶ Il été a mis en place en juillet 2009

Baronnies, plusieurs professionnels de santé libéraux, des services médico-sociaux, des associations d'aide ont ainsi créé une association loi 1901 dont le siège social est l'hôpital local de Buis-les-Baronnies et la présidence confiée au Président du CME de l'hôpital local de Nyons. Couvrant les 4 cantons du Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC) du Nyonsais-Baronnies (Buis-les-Baronnies, Nyons, Rémuzat, Séderon), ce réseau composé aujourd'hui d'une trentaine de membres (médecins généralistes pivots et autres professionnels de santé libéraux, établissements de santé et établissements médico-sociaux, CLIC, associations d'accueil et d'aide) propose ainsi une autre structuration de l'offre de soin à la fois centrée sur une coopération ville/hôpital et sur une articulation entre le sanitaire et le social.

Comme en d'autres territoires ruraux, des projets de **maison médicale**, ou de regroupement de professionnels de santé libéraux, ont pu être évoqués à plusieurs reprises sur le territoire (Maison médicale à Nyons, MMG au CH de Valréas,...). Ces initiatives peuvent répondre notamment à l'enjeu de mutualisation des ressources en santé qui apparaît en milieu rural comme une des réponses possibles à la désertification médicale. Pour remplir pleinement sa mission (faciliter l'accès aux soins, favoriser l'implantation ou le maintien de professionnels,...) de tels dispositifs doivent cependant être réfléchis à l'échelle du territoire en intégrant de nombreux éléments (forces existantes et volontaires, accessibilité, besoins de la population,...).

Au-delà de ces projets, les **centres hospitaliers** occupent une place majeure. L'invention de réponses concertées sur ce territoire souffrant à la fois d'une démographie médicale faible et de sérieux handicaps en termes de temps de parcours vers les services adaptés apparaît comme une réelle nécessité d'abord pour la population et au-delà, pour l'attractivité du territoire auprès des professionnels.

Sur le territoire, on recense deux centres hospitaliers généraux et un établissement spécialisé (Clinique Les Rieux-ATRIR, spécialisée dans la pneumologie et les troubles du sommeil). A côté de leur activité de prise en charge médicale, ces centres hospitaliers jouent un rôle important dans la coordination, la mise en réseau ou le soutien aux acteurs.

Plusieurs réseaux, portés par les centres hospitaliers existent et sont de façon unanime salués par les professionnels rencontrés. On citera ainsi de manière non exhaustive :

- le réseau de santé Novanat du Haut Vaucluse et du Sud Drôme, qui constitue réseau de proximité ville/hôpital en périnatalité qui s'articule autour des deux **maternités d'Orange et de Valréas** dans les zones géographique drainées par ces deux maternités ;

- l'équipe mobile de gériatrie du Haut Vaucluse (EMGHV) portée par le Centre Hospitalier de Vaison-la-Romaine, composée de plusieurs professionnels de santé, dont des médecins spécialisés en gériatrie et en neuropsychiatrie ;

- l'équipe mobile de soins palliatifs du CH de Vaison ou l'équipe mobile pour l'autonomie (ergothérapeute) mise en place en liaison avec le CH de Valréas.

Tous ces dispositifs renforcent quantitativement et qualitativement l'offre destinée à la population et constituent autant de moyens de réduire l'isolement des professionnels du territoire dans leur exercice quotidien.

Malgré la disparition progressive des services de court séjour (chirurgie-maternité), le maintien de pôles importants et reconnus sur ce territoire isolé est un enjeu réel pour la population comme pour les professionnels du territoire. Au-delà des services d'urgence évoqués plus haut, l'existence de plateaux techniques de qualité et le maintien de réseaux et de dispositifs ambulatoires semblent ainsi positionner les centres hospitaliers, mais également les hôpitaux locaux, à une place centrale, à l'interface de l'ensemble des professionnels du soin, du médico-social, de l'accompagnement social. Ils ne participent plus ainsi de la seule fonction de structure de référence du territoire mais bien plus de structures de proximité.

Enfin, il est indispensable dans ce chapitre consacré au maintien et à la structuration de l'offre sur le territoire d'Une Autre Provence de souligner les apports potentiels de la **télé médecine** évoquée par plusieurs acteurs notamment par les représentants d'établissements (dont certains comme le centre hospitalier de Vaison dispose de projet assez avancé dans leur conception).

Pour rompre l'isolement de certains professionnels, mutualiser les moyens, renforcer les complémentarités et accroître le potentiel technique des acteurs du territoire, la télé médecine apparaît en effet comme une piste intéressante. Celle-ci a déjà été étudiée spécifiquement, en 2008, à l'échelle du territoire et à la demande du Pays par l'association CATEL Télésanté²⁷. Le développement de la télésanté peut se décliner selon plusieurs axes :

- la téléexpertise sur différentes spécialités (cardiologie, analyse de bilans vitaux, neurologie,...) notamment pour les services d'urgence hospitaliers, pour les services et établissements de gériatrie (centres hospitaliers, hôpitaux locaux,...) ou de soins de suite et rééducation ;
- la télé radiologie ;
- dans le cadre de l'hospitalisation à domicile.

2.2. Les soins et services de prévention spécialisés

2.2.1. Les soins spécialisés : des consultations avancées, une offre étoffée pour les personnes âgées, des besoins en psychiatrie

« Le multisite est l'avenir de la démographie médicale »

L'offre de soins spécialisés a dû aussi s'adapter. La densité de médecins spécialistes est, comme le souligne la partie quantitative²⁸ et à l'image des territoires ruraux, nettement inférieure aux densités observées dans les départements et régions de référence. Cette offre est d'abord concentrée dans les bourgs centres du département du Vaucluse²⁹. Comme le soulignait un professionnel de la Drôme, « *en termes d'accès aux soins spécialisés, le sud de la Drôme est complètement dépendant du Vaucluse.* » Cette faible densité, voire très faible en particulier à l'est du territoire, explique ainsi des délais d'attente parfois longs. Au-delà, il s'agit de pouvoir aller vers... donc de disposer d'un véhicule ou de pouvoir être accompagné mais aussi de disposer du temps nécessaire pour accéder à ces services, éloignés.

Des réponses alternatives ont pu être développées en s'appuyant sur les établissements hospitaliers, pour pallier à cette très faible densité de spécialistes libéraux. Ainsi, des consultations avancées existent comme, à titre d'exemple, celle d'un pneumologue de la clinique ATRIR qui intervient au CH de Valréas ou celles d'endocrinologie ou de chirurgie sur le même site.

Certaines de ces initiatives et expériences positives sont parfois difficiles à pérenniser...comme les consultations avancées de gynécologie du CH de Valréas, organisées à l'hôpital local de Buis-les-Baronnies, ou celles du cardiologue du CH de Montélimar sur Nyons ou encore les consultations d'addictologie au CH de Vaison-la-Romaine. Au-delà, les professionnels interrogés ont cependant souligné l'existence de carences sur certaines zones, pour certaines spécialités (neurologie, cardiologie).

Ces dispositifs doivent être pensés à l'échelle de l'ensemble du territoire, fortement encouragés par les tutelles en s'affranchissant des limites régionales, et construits dans une recherche de complémentarité et non dans une logique de concurrence dont le territoire n'a pas les moyens.

²⁷ Programme régional « Terres à clic ». Accompagnement collectif pour le développement de la télésanté sur le pays « Une Autre Provence ». Rapport phase I : orientations stratégiques. CATEL Télésanté, février 2008, 76 pages.

²⁸ Partie quantitative, 5.1 Offre libérale

²⁹ Op.cit., 5.1 Offre libérale

Face à l'enjeu fort pour ce territoire de développer des soins et des réponses adaptées pour les **personnes âgées**, plusieurs pistes de résolution ont été définies³⁰ et des ressources spécialisées pour la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des démences (consultations mémoire, lits spécialisés, places en hôpital de jour, ...) ont été mises en place.

Les ressources pour les personnes âgées sont bel et bien présentes sur ce territoire :

- Pour les deux centres hospitaliers, outre les dispositifs d'équipes mobiles cités ci-dessus, il existe de nombreux projets de consolidation ou de création d'offres spécifiques (lits de soins de suite, places d'hôpitaux de jour, unités Alzheimer, consultation mémoire,...).
- Les trois hôpitaux locaux situés à Bollène (Vaucluse), Nyons et Buis-les-Baronnies (Drôme) ont des lits en court séjour, en Soins de Suite et Réadaptation. Pour les hôpitaux de Nyons et de Buis-les-Baronnies, les Unités de Soins de Longue Durée (USLD) ont été récemment transformées en places d'EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes). A l'inverse des lits d'USLD ont été créés à la clinique Atrir.
- 5 Services de Soins Infirmiers à Domicile sont recensés : le SSIAD à Cunier, le centre intercommunal de soins et de santé du Haut Nyonsais basé à Cunier, le SSIAD de l'hôpital local de Buis les Baronnies, le SSIAD de St Paul les trois Châteaux et le SSIAD de Valréas.
- 3 Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC), services des conseils généraux en responsabilité d'accueillir, d'informer les personnes âgées et de coordonner les intervenants locaux : le CLIC du Nyonsais baronnies référent sur les cantons de Nyons, de Hébergement, de Buis-les-Baronnies et de Hébergement ; le CLIC du Tricastin, référent sur les cantons de Pierrelatte, Grignan et Saint-Paul-Trois-Châteaux et le CLIC du Haut Vaucluse, référent sur les communes du Vaucluse.

Des professionnels ont cependant pu souligner plusieurs difficultés et inquiétudes notamment associées :

- à l'existence de certaines zones blanches, en particulier dans l'arrière pays,
- aux enjeux de coopération des intervenants et de connaissance réciproque à renforcer
- au défaut de spécialistes en gériatrie,
- à la réduction ou à la transformation en EPHAD des Unités de Soins de Longue Durée .

Par ailleurs, ils ont souligné qu'une part non négligeable de la population âgée du territoire était originaire de régions éloignées (nord de la France notamment) voire de pays étrangers et se retrouvait ainsi rapidement en situation d'isolement, ce qui complexifie le repérage et la prise en charge des situations de perte d'autonomie.

Au vu de la démographie de la population du territoire et des besoins encore non couverts, le développement de l'offre sanitaire et médico-sociale destinée aux personnes âgées apparaît comme un enjeu majeur de ce territoire tant au niveau de la satisfaction des besoins de la population qu'au niveau du développement de l'activité et du renforcement de l'offre existante.

C'est à ce même souci de définition de réponses de proximité adaptées que peuvent se heurter les secteurs de soins psychiatriques.

L'organisation des services psychiatriques publics dépend à la fois du CHS de Valmont (Drôme) et du CHS de Montfavet (Vaucluse). Pour les adultes³¹, le secteur 26G06 sur la Drôme comprend une unité d'hospitalisation à Montélimar, 2 CMP adultes (Pierrelatte, Nyons), 2 hôpitaux de jour (Montélimar/Nyons) et des consultations avancées (Buis). Le secteur du Haut Vaucluse comprend 3 CMP (Vaison-la-Romaine/Valréas/Bollène), 2 hôpitaux de jour (Bollène/Valréas), une unité de géronto-psychiatrie (Vaison-la-Romaine) et des appartements communautaires.

³⁰ Pour rappel et exemple, citons le réseau de santé gérontologique du Nyonsais-Baronnies, l'Équipe Mobile de Gériatrie du Haut Vaucluse (EMGHV)

³¹ Pour les enfants et les adolescents, un CMPI est identifié à Nyons. Pour le Vaucluse, le territoire se situe sur l'intersecteur Nord Vaucluse avec des antennes sur Bollène, Vaison-la-Romaine et Valréas.

Au regard du profil des patients suivis, souvent seuls, isolés et sans contacts, le développement d'appartements relais communautaires de proximité a souvent été évoqué pour répondre aux besoins en proximité et en accessibilité (par exemple, ces appartements existent sur le secteur du Haut Vaucluse). La majorité des patients sont suivis en ambulatoire.

Cet enjeu de proximité n'est pourtant pas si évident sur un si vaste secteur, à distance des pôles de compétence. Ainsi, le pôle du Haut Vaucluse, récemment né de la fusion de deux secteurs psychiatriques, couvre un vaste territoire de plus de 110 000 habitants. Une part du temps thérapeutique disponible est consommée dans les trajets réalisés pour aller vers les postes de consultations ou pour accompagner les patients vers les unités d'urgence. Dans la Drôme, une délocalisation du CHS de Valmont vers le CH de Montélimar a en partie répondu à ce besoin. Pour le Vaucluse, c'est au CH d'Orange qu'une Unité d'Accueil d'Urgence Psychiatrique existe.

Que ce soit pour la Drôme ou pour le Vaucluse, le service public psychiatrique est sur ce territoire l'interlocuteur. Mais, il est aussi confronté à de réelles difficultés de recrutement. Ainsi, le CMP de Nyons n'a pas eu de consultations de médecin psychiatre pendant plusieurs mois. L'éclatement du secteur du Haut Vaucluse limite aussi l'organisation de remplacements en interne et ne facilite pas le recrutement de nouveaux professionnels.

Par rapport aux besoins, l'offre de soins et de services associés a souvent été qualifiée d'insuffisante. Ainsi, au CMP de Nyons, où le médecin psychiatre intervient une fois par semaine, il est difficile d'accueillir de nouveaux patients. Et les consultations avancées de ce médecin psychiatre à l'hôpital local de Buis les Baronnies ont du mal à être pérennisées.

Mais là encore, dans le domaine de la psychiatrie et plus globalement de la prise en charge de la santé mentale de la population de ce pays, des initiatives intéressantes ont pu être développées. Ainsi, sur le Centre Hospitalier de Valréas, un Point Écoute pour les adolescents et les jeunes adultes a été créé. Ce service, de plus en plus sollicité, qui repose sur deux psychologues semble ainsi répondre à un réel besoin d'écoute et de possible verbalisation des souffrances et situations de mal-être. Comme on le verra plus loin, de tels besoins sont identifiés sur d'autres bassins de vie, comme à Nyons.

Autre initiative saluée, celle de l'Unité Mobile Psychiatrique qui intervient sur le Sud Drôme³². Héritière du SAMU social, cette unité repose sur un infirmier psychiatrique qui accompagne vers le soin les personnes « en bout de course ». Comme évoqué ci-dessus, le territoire, et en particulier sa frange est, attire une population en marge, très isolée qui souvent cumule problèmes psychiatriques et conduites addictives.

Pour cette population à distance des services de soins et sociaux « traditionnels », le premier travail est d'aller à leur rencontre, d'instaurer une relation de confiance. C'est dans cette perspective que le travail réalisé est d'abord effectué en étroite collaboration avec des services associatifs et publics d'accueil et d'insertion. L'infirmier se rend alors dans ces structures. A partir d'une première prise en charge somatique, rassurante, l'accompagnement vers le soin psychiatrique peut alors s'instaurer...à la condition que le recours aux médecins mais aussi aux réseaux de prévention soit suffisamment proche dans l'espace et dans le temps. .

2.2.2. Les services de prévention : réseaux et proximité

Sur ce territoire rural, marqué par une faible démographie médicale, un enjeu important souligné à plusieurs reprises par les acteurs interrogés est de pouvoir apporter des réponses de proximité et en concertation. La démarche « d'aller vers » a été souvent énoncée et pensée en articulation à une logique d'orientation vers les relais et réseaux existants et ce, pour plusieurs groupes de population.

³² Ces unités, issues du Plan Santé Mentale, ont été développées sur l'ensemble du département de la Drôme. Pour le Sud Drôme, le territoire couvert va de Montélimar jusqu'à Buis les Baronnies.

Pour le suivi des personnes vulnérables, cette attention à l'accompagnement vers les ressources adéquates apparaît comme une réelle préoccupation. Ainsi, sur la CLI (Commission Locale d'Insertion) de Nyons, une infirmière de santé publique et d'insertion a, comme l'infirmier de l'Unité Mobile de Psychiatrie, des permanences santé dans les différentes associations locales d'insertion et d'accueil des personnes en situation de précarité. Comme a pu le souligner un acteur interrogé, l'accompagnement vers le soin de ce public en grande difficulté peut alors être réalisé par orientation vers les réseaux existants (hépatites et addictions), les hôpitaux et les libéraux, acceptant de recevoir les personnes bénéficiaires de la CMU³³. Un travail de concertation s'établit ainsi de façon étroite avec les associations d'accueil et l'ensemble des partenaires sociaux et médicaux locaux.

Cette connaissance réciproque des différents intervenants a d'ailleurs souvent été évoquée comme une des portes d'entrée de l'accompagnement. Ainsi, au-delà de la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) de l'hôpital local de Nyons³⁴, une des principales fonctions des professionnels allant vers la population vulnérable est au préalable de connaître l'ensemble des partenaires médicaux et sociaux pour permettre à chacun à la fois de gagner en visibilité et aussi de mieux identifier les interlocuteurs adéquats. En d'autres termes, sur ce territoire, marqué par une faible démographie médicale associée à de réels handicaps géographiques, le travail en réseau est indispensable. Mais, il n'est aussi, comme en d'autres territoires, pas instauré « naturellement »... Même sur un territoire où peu d'acteurs interviennent, des professionnels peuvent ne pas se connaître, notamment dans leurs fonctions réciproques précises. Par contre, les réseaux existants, formalisés, apparaissent plutôt bien identifiés.

Les professionnels travaillent ainsi en collaboration étroite avec le RESAD 84, une association de professionnels (Médecins, Pharmaciens et autres intervenants du champ sanitaire et social), constituée pour mettre en place un réseau de soins pour la prise en charge des pathologies addictives et de leurs conséquences sanitaires et sociales dans le département du Vaucluse et les zones limitrophes, notamment le Sud Drôme. Elle répond également à une démarche de prévention primaire et de réduction des risques et des dommages. L'association TEMPO, association d'accueil, de soins et d'accompagnement des personnes toxicomanes du département de la Drôme est également identifiée par les acteurs interrogés.

On le voit, au quotidien, les professionnels dépassent les frontières administratives et sectorielles.

Ce dépassement des frontières administratives et sectorielles est également observé pour le suivi et l'accompagnement **des jeunes**. Ainsi, les jeunes suivis par la mission locale de la Drôme sont accompagnés par une conseillère vers le centre d'examen de santé de la CPAM d'Avignon³⁵. La mission locale de la Drôme dispose de financements spécifiques autour de la santé. Ainsi, un référent santé est présent et un psychologue intervient une fois par semaine en soutien de l'équipe des conseillers et en écoute et accompagnement des jeunes suivis.

Au-delà, on constate également un travail autour de la santé réalisé en concertation avec les services hospitaliers et médico-sociaux de proximité. Ainsi, la mission locale du Vaucluse travaille avec les services du Conseil Général, avec le Centre Hospitalier d'Orange et avec le Point Écoute du Centre Hospitalier de Valréas.

Comme évoqué ci-dessus, ce Point Écoute semble répondre à un réel besoin. Sur la Drôme, des besoins comparables sont soulignés par les acteurs interrogés. Un projet Café/Parents avait ainsi été proposé³⁶. À l'image des lieux d'accueil pour les très jeunes enfants et leurs parents, ce projet répondait à l'enjeu d'espaces de parole ouverts pour les adolescents et leurs parents. Le besoin exprimé de ne pas rester seul avec ses difficultés de parent, d'adolescent et de pouvoir déposer ses difficultés, ses angoisses a ainsi souvent été énoncé, et posé comme une des pistes permettant de réduire les situations de mal-être observées chez les jeunes. « *Les jeunes ne vont pas bien, vraiment. Il y a un réel malaise, traduit par des*

³³ Comme on le verra plus loin, les acteurs interrogés ont souligné que certains professionnels de santé libéraux refusaient les personnes bénéficiaires de la CMU Complémentaire.

³⁴ Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) sont des cellules de prise en charge médico-sociale qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. La PASS de Nyons animait ainsi un réseau santé/précarité. Le retour récent d'un coordonnateur est perçu par les professionnels comme une dimension positive.

³⁵ Il n'existe pas de centre d'examen de santé dans le département de la Drôme.

³⁶ Un des potentiels financeurs ayant refusé, faute de crédits suffisants, le projet n'a pas abouti.

suicides, une consommation importante de substances psycho actives. » Comment imaginer une réponse adaptée à ce mal-être perçu des jeunes ?

C'est notamment à cette question qu'un groupe de travail sur le Nyonsais, animé par l'association Education Santé Drôme (Ex ADES 26), souhaite répondre « *en ne se préoccupant pas uniquement du "sujet" mais aussi du contexte (social, économique, territorial et politique) dans lequel il vit. Ainsi, nous portons notre attention sur la manière dont les individus tentent de s'insérer dans l'ordre du monde non seulement pour s'y intégrer mais aussi (et même surtout) pour y "prendre position"*³⁷ ».

Le réseau de Nyons « Prévention du suicide et du mal être des jeunes » est issu d'une rencontre avec la PASS qui avait animé un réseau santé pendant plusieurs années et avait dû arrêter son activité faute de temps alloué à sa coordination.

Les premières rencontres réunissant les professionnels intervenant sur le territoire nyonsais datent de septembre 2008. Si l'entrée principale concerne la prévention du suicide des jeunes, elle concerne de manière plus large l'environnement des jeunes aussi bien scolaire et familial que le contexte territorial et ses offres de services (éducatifs et sociaux).

Sur l'année 2008-2009, le réseau s'est réuni au rythme d'une séance tous les deux mois (6 séances). Fin juin, deux jours de formation (assurés par le Centre Jean Bergeret) ont permis aux membres du réseau de consolider leurs liens et d'approfondir leur réflexion sur la prévention des conduites suicidaires et des conduites à risques.

L'objet des rencontres du réseau est multiple :

- Faire connaître aux différents professionnels les réalités institutionnelles et professionnelles de chacun des services représentés,
- Ouvrir un espace de débats et de réflexions sur les problématiques repérées,
- Favoriser la circulation des informations apportant une meilleure connaissance de la vie locale et de son évolution,
- Travailler à la cohérence des différentes formes d'intervention sur le territoire,
- Faire vivre le partenariat.

En septembre 2009, les membres du réseau ont précisé leurs perspectives pour l'année 2009-2010. Ainsi, sans abandonner les présentations de services et institutions, le groupe a opté pour des temps de réflexion sur des problématiques plus larges telles que les nouvelles parentalités, la violence, les addictions, la dépendance... Ces thèmes permettant à chaque professionnel de faire part aux autres des questions qui le préoccupent et des réalités qu'il rencontre.

L'animation des réseaux d'acteurs relais de Buis-les-Baronnies et Saint-Paul-Trois-Châteaux, réalisé également par l'association Éducation Santé Drôme depuis plusieurs années, répond de façon comparable au souci de permettre aux acteurs de la vie locale d'origines institutionnelles et de disciplines différentes de se retrouver régulièrement pour réfléchir de façon concertée à des questions de santé concernant, notamment, la jeunesse.

Pour le suivi des enfants et des femmes enceintes, une même volonté de travail en réseau et de continuité des services de soin et de prévention est affichée. Dans le cadre du réseau périnatal NOVANAT³⁸, plusieurs professionnels des Centres Hospitaliers d'Orange et de Valréas, des Conseils Généraux du Vaucluse et de la Drôme, des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et adulte, assurent le suivi des femmes enceintes, des jeunes enfants. Et ce suivi peut, en réponse aux difficultés associées à l'isolement, là encore notamment reposer sur une logique de mobilité.

Ainsi, la sage femme du Conseil Général de la Drôme réalise beaucoup de suivis à domicile, sur la base de critères sociaux et médicaux. Dans cet arrière pays marqué par une insuffisance de transports en commun

³⁷ Extrait site internet de cette association <http://drome.education-sante-ra.org/ind/m.asp?id=128>

³⁸ NOVANAT est une association loi 1901 qui a pour objectif de créer un réseau de proximité ville/hôpital en périnatalité sur le Haut Vaucluse et le Sud Drôme autour des maternités d'Orange et de Valréas. <http://www.novasante.org/NOVANAT/novanat%20sommaire%20.htm>

et une relative saturation de l'offre libérale, le suivi des grossesses et des jeunes enfants repose beaucoup sur ces professionnels, sages femmes et puéricultrices. Au-delà, comme le soulignaient des acteurs interrogés, la sortie précoce des mères et de leurs bébés, dans des maternités saturées, entraîne un report croissant des demandes d'intervention auprès des professionnels de la Protection Maternelle et Infantile. Or, « *le suivi des bébés prématurés ou présentant des pathologies lourdes n'est possible que parce qu'il est sécurisé par le travail en réseau avec la maternité, la pédiatrie et les médecins généralistes présents.* »

En lien à ce réseau NOVANAT, des consultations et des espaces utiles à la prévention des troubles du péri-partum ont été créés sur le territoire. Par exemple, le service PMI de Nyons, installé au 1^{er} étage d'un accueil petite enfance, anime un groupe de pesée et un groupe psychomotricité. Dans le cadre de ces séances hebdomadaires, un soutien précoce aux parents et le repérage en amont des possibles dysfonctionnements de la relation mère/enfant est réalisé. Ce temps hebdomadaire offre également aux parents la possibilité de se sentir moins isolés, de raconter leur vécu, de partager avec d'autres. L'isolement des jeunes couples, l'éloignement des familles mais aussi les ruptures familiales, la solitude de mamans seules sont des réalités souvent évoquées sur le territoire. Dans cet espace approprié, tout proche du lieu de garde de leurs enfants, les femmes n'hésitent pas à venir.

Une égale attention à l'emplacement du service a pu être mentionnée pour les services de planification et de contraception. Ainsi, à Nyons, le Planning Familial est situé en plein cœur de la cité, juste à côté d'un café de la place centrale. Comme le CPEF du Conseil Général de la Drôme, situé à Pierrelatte, ce service dédié à l'information, à l'éducation sexuelle et affective est utilisé et reconnu. Le CPEF situé à Valréas, localisé au Centre Médico-Social, semble a contrario rencontrer moins de succès...comme cela peut être observé dans d'autres territoires ruraux, il peut être moins facile de se rendre dans le même lieu dédié à l'accompagnement social, où peuvent notamment venir ses parents.

Pour l'ensemble de ces services associés à la sexualité et à la naissance, le réseau NOVANAT, en liaison à une grande pluralité de professionnels des deux départements du Vaucluse et de la Drôme, tient une place centrale. Rattaché à la maternité du Centre Hospitalier de Valréas, la fermeture annoncée de ce service a souvent été appréhendée par les acteurs interrogés comme une réelle inquiétude. Si cette fermeture devait se concrétiser il conviendrait de mobiliser rapidement les moyens permettant au réseau NOVANAT de poursuivre son activité dont la pertinence se trouvera encore renforcée.

Pour les personnes âgées, comme on l'a vu ci-dessus, plusieurs services sont présents sur le territoire. En ce milieu rural, les acteurs interrogés ont d'ailleurs souvent souligné la bonne coopération des différents intervenants. Au-delà, des réponses ont été inventées face aux besoins identifiés. Ainsi, l'Équipe Mobile de Gériatrie du Haut Vaucluse est née d'observations réalisées dans les services d'urgence : les mêmes personnes âgées y revenaient. Aujourd'hui, ce service propose un diagnostic formalisé permettant d'identifier les potentiels besoins de soin des personnes atteintes de troubles démentiels mais aussi les adaptations nécessaires du contexte de vie, notamment du domicile lors des sorties d'hôpital. Également, et pour autre exemple, le SSIAD de Buis-les-Baronnies, rattaché à l'hôpital local, s'appuie notamment sur un ergothérapeute qui se rend au domicile des personnes sortant de l'hôpital. Il peut alors s'organiser un réel processus de sécurisation et de « réinsertion » de la personne âgée à son domicile.

Des démarches intéressantes sont également remarquées pour faciliter le quotidien des personnes âgées. Ainsi, sur certains territoires isolés, des concertations avec les restaurateurs locaux permettent aux personnes âgées vivant dans des hameaux pourtant isolés de bénéficier des portages de repas à domicile.

Comme en d'autres territoires ruraux, les intervenants ont souligné la qualité des relations avec l'ensemble du réseau de partenaires. Pourtant, cette même dimension de ruralité peut également isoler. Des besoins d'échanges ont ainsi été souvent identifiés. Au-delà, les professionnels ont insisté sur l'enjeu de dépasser les logiques sectorielles pour résoudre toute une série de difficultés, certes simples, mais bien réelles pour des personnes, isolées et âgées. La possibilité d'aller à domicile et de prendre en charge toute cette série de petites choses du quotidien a ainsi été plusieurs fois énoncée. Aujourd'hui, la

continuité du service repose souvent sur la bonne volonté des professionnels dépassant leurs fonctions premières de façon à pallier à l'ensemble de ces petits « grippages du quotidien ».

Par ailleurs, encore une fois, la configuration du territoire et la dispersion de la population complique la tâche des services de maintien à domicile pour lesquels les temps de trajet peuvent poser des difficultés organisationnelles et économiques.

3. L'ÉTAT DE SANTÉ : PROBLÉMATIQUES ET POPULATIONS VULNERABLES

L'analyse quantitative des données de mortalité et de morbidité a dressé un premier tableau de l'état de santé de la population du territoire. Qu'en pensent les professionnels ? Quelle perception ont-ils de l'état de santé de la population qu'ils soignent, accueillent, orientent au quotidien ? Quelles problématiques de santé leur apparaissent prioritaires ? Quelles populations leur apparaissent particulièrement fragilisées ?

Plusieurs grandes problématiques de santé ont été énoncées par les professionnels rencontrés :

- les situations de mal-être et de souffrance psychique ;
- la consommation de substances psycho actives ;
- l'accès aux soins et à la prévention ;
- la dépendance et les troubles démentiels des personnes âgées.

A partir du discours des acteurs interrogés³⁹, plusieurs groupes de population ont également été identifiés comme particulièrement vulnérables :

- des personnes arrivées « en bout de course » sur le territoire, désocialisées ;
- des allocataires du RMI/RSA ;
- des adolescents et jeunes adultes ;
- des saisonniers ;
- des petits exploitants agricoles fragilisés ;
- des personnes âgées isolées, originaires de pays ou régions distantes ;
- des personnes âgées très dépendantes.

3.1.1. Mal être, santé mentale et conduites addictives

Le besoin d'écoute a souvent été souligné comme un réel enjeu et ce, quelles que soient les tranches d'âge. Un sentiment de mal-être a été souligné ; il peut faire référence à des inquiétudes par rapport au travail : à la possibilité d'en trouver un, notamment lorsqu'on dispose de peu de qualification, de le conserver, ou de pouvoir en trouver un autre lorsqu'on a été victime d'un licenciement ou d'un accident de travail.

Ce besoin d'écoute a également été évoqué pour les personnes âgées, parfois très isolées. Comme évoqué ci-dessus, le territoire attire beaucoup de « séniors » originaires de régions, voire de pays éloignés. S'ils viennent ici rejoindre le soleil, ils laissent aussi le cercle familial à distance. Lorsque, notamment, le conjoint meurt, les professionnels observent des situations de détresse, de solitude. Au-delà, la situation géographique du territoire accentue également les situations d'isolement, de difficile accès à la vie sociale. En lien avec les personnes âgées, les professionnels ont également insisté sur l'enjeu de consultations de géronto-psychiatrie ou de consultations mémoire pour réaliser un diagnostic des troubles démentiels et prendre en charge ces problématiques.

³⁹ Soulignons que dans le cadre de ce diagnostic, certains acteurs sont peu représentés (acteurs petite enfance, jeunesse, associations d'insertion, centres sociaux, etc..) en résonance à une liste centrée sur les acteurs du soin et à l'indisponibilité de certains acteurs identifiés. Si les problématiques énoncées et partagées par les acteurs interrogés traduisent de réelles priorités, il n'est pas impossible que d'autres problématiques n'aient pas été repérées.

Les femmes seules avec enfants ont également souvent été décrites comme des femmes fragilisées, financièrement et psychologiquement. Une des difficultés énoncées apparaissait celle de devoir gérer seule le budget, d'être confronté à une situation de précarité parfois nouvelle et de devoir élever seule ses enfants. « *Ces femmes ont vraiment un grand besoin de renarcissisation et de revalorisation de leur image de mère et de femme...C'est tout le travail engagé avec elles.* »

L'accompagnement de la parentalité a d'ailleurs été à plusieurs reprises évoqué pour de jeunes mères, nouvellement arrivées sur le territoire dont le réseau familial est absent. Comme le soulignaient les professionnels, l'enjeu se situe à plusieurs niveaux. Les mères peuvent avoir besoin d'être tout simplement rassurées, notamment sur l'allaitement, sur la socialisation de l'enfant. Au-delà, cet accompagnement est perçu par les acteurs interrogés comme un réel besoin de prévention des situations de maltraitance en permettant notamment que des liens se nouent entre l'enfant, sa mère, son père lorsqu'il est présent et que soit reconnue une juste place à cet enfant. Les situations observées d'isolement géographique, de séparation familiale, de difficultés économiques et sociales ont pu être reconnues comme génératrices d'une certaine difficulté à s'investir dans la parentalité. Il semble que les besoins d'écoute, de conseils soient manifestes sur l'ensemble du territoire, et pas seulement pour les parents de jeunes enfants mais aussi ceux d'adolescents.

Les professionnels constatent une augmentation des situations de violence, des relations conflictuelles entre les adolescents et les parents. « *Beaucoup de pères sont sans travail...la perte de cette fonction paternelle casse tout un ensemble de repères...la société actuelle crée un véritable climat pré-insurrectionnel!* »

Le malaise des jeunes a ainsi été, à plusieurs reprises, évoqué. La montée en charge du Point Ecoute du Centre Hospitalier de Valréas peut illustrer ce besoin d'autant plus lorsqu'on connaît les traditionnelles réticences des jeunes pour aller consulter dans ces espaces réservés « *je ne suis pas fou...* ». Associée à ces situations de malaise, la consommation de substances psycho-actives a été évoquée.

Des professionnels ont également souligné que les problématiques d'addiction, en particulier vis-à-vis de l'alcool, concernaient beaucoup de personnes sur le territoire, autant les femmes que les hommes, autant les jeunes que les adultes. « *Certes, on se situe dans une région viticole...mais cela ne protège en rien des aléas de la vie, des tentations associées de trouver quelque réconfort dans l'alcool..* ».

Toutefois, les problèmes d'addiction et de souffrance ont d'abord été soulignés pour les personnes « venues se mettre au vert ». Comme évoqué précédemment, le territoire attire plusieurs personnes qualifiées comme étant « en bout de course », venues se faire oublier dans cet arrière pays. Sur Nyons, ils vivent dans des squats, des fourgons. Dans le Haut Nyonsais et les Baronnies, les professionnels accompagnent des personnes en marge de la société, vivant dans des cabanons. De gros problèmes d'addiction sont remarqués pour cette population marginale. L'infirmière de santé publique et d'insertion de la CLI de Nyons comptabilisait ainsi une prévalence très élevée de conduites addictives souvent associées : 38 % des personnes prises en charge souffraient d'addictions (alcool, toxicomanies, médicaments psychotropes).

Au-delà, les professionnels ont souligné combien la souffrance des personnes en situation de précarité est réelle. En accompagnement des personnes en insertion, des psychologues et des psychiatres constatent un parcours ponctué de deuils, d'abandons, de ruptures, notamment familiales. Beaucoup de ces personnes sont seules, sans contact. Les appartements communautaires répondent ainsi à l'enjeu de réapprentissage de la vie ensemble, avec d'autres.

Au-delà, l'enjeu de demeurer attentif à leur intégration, de ne pas les exclure davantage a souvent été souligné. Et cela peut notamment passer par de petites choses très simples comme la possibilité offerte d'échanges... Comment faire en sorte que ces personnes puissent toujours et encore rencontrer l'autre, échanger, retrouver confiance en soi, et s'autoriser à prendre soin de soi ?

3.1.2. Accès aux soins et à la prévention

Comme souligné plus haut, le rapport aux médecins généralistes est globalement qualifié de satisfaisant. La consommation observée des soins, comme le précise l'analyse quantitative, se situe dans la moyenne départementale et régionale. Cependant, plusieurs professionnels nous ont, à maintes reprises, alertés sur la difficulté pour certains groupes de populations d'accéder aux soins et à la prévention.

Ainsi, pour les personnes marginalisées, évoquées ci-dessus, les professionnels observent souvent un déni des problématiques de santé et un refus d'assistance. Le choix d'aller vers ces personnes, dans les lieux d'accueil de jour voire à domicile, répond d'ailleurs à cet enjeu de mise en lien, d'instauration d'une relation de confiance préalable à toute démarche vers le soin.

Des professionnels ont également souligné la difficulté pour des personnes en situation de précarité d'accéder aux soins faute de couverture sociale à jour mais aussi faute de trouver des généralistes acceptant de les recevoir. Des refus de prise en charge de patients bénéficiaires de la CMU complémentaire ont ainsi été évoqués par des professionnels de l'insertion.

Or, ces personnes désocialisées ont de réels besoins de soin. Beaucoup ont des pathologies très lourdes, nécessitant une hospitalisation pour un quart d'entre eux⁴⁰. Le cumul des conduites addictives pose aussi comme enjeu l'instauration d'un suivi fort en partenariat avec des réseaux de prévention et de soin spécialisés.

Au-delà de cette difficulté associée à un isolement social majeur, nombre de professionnels ont rappelé les contraintes objectives d'accessibilité. Sur ce territoire rural, marqué par une faible démographie médicale, l'accès aux soins et à la prévention peut très vite devenir un réel parcours de combattant...d'autant plus pour les personnes ne disposant pas de véhicule. Les difficultés sont réelles, tant dans les possibles délais de rendez vous, les temps de parcours vers les services de soin spécialisés, qui rappelons-le, sont d'abord présents sur le département du Vaucluse.

Cependant, plusieurs éléments positifs sont aussi à souligner comme le réel accès des jeunes filles aux services de planning familial, l'existence de réseaux pluridisciplinaires et pluri institutionnels qui ont pu développer un réel travail associant prévention et soin.

Comme le soulignaient plusieurs acteurs, une des priorités sur ce territoire est de sortir de la tyrannie des secteurs sanitaires, de raisonner en termes de bassins de vie et d'introduire de la souplesse tant au niveau des frontières administratives que des cloisonnements institutionnels et interventionnels. Au quotidien, à l'échelle de la proximité, les acteurs de ce territoire (institutions, professionnels, élus) ont su inventer des réponses adaptées.

Comme évoqué ci-dessus, les professionnels ont alors unanimement souligné l'enjeu de maintenir l'ensemble des ressources actuellement disponibles, étroitement associées aux centres hospitaliers et aux hôpitaux locaux (NOVANAT, RESAD 84, etc...), ceci dans le contexte de réduction des lits de court séjour.

L'enjeu de proximité, d'appui sur des réseaux compétents proches a été plusieurs fois rappelé en particulier pour la population en situation de précarité, les personnes désocialisées mais aussi pour l'ensemble de la population du territoire, notamment pour les personnes âgées.

⁴⁰ Extrait du rapport d'activité de l'infirmière de santé publique et d'insertion de la CLI de Nyons

3.1.3. Dépendance et troubles démentiels des personnes âgées

Sur le territoire, les personnes âgées sont nombreuses. La pyramide des âges montre ainsi un net élargissement de la partie supérieure : la Provence attire et nombre de personnes viennent ici passer leur retraite au soleil. Des personnes peuvent choisir de s'y installer après un séjour en établissement de soins.

Les professionnels nous ont alertés sur plusieurs problématiques à mieux prendre en compte.

Sur ce territoire, les personnes âgées restent longtemps à domicile. Plusieurs professionnels ont ainsi souligné l'urgence de développer l'aide aux aidants, familiaux ou employés, d'inventer des espaces leur permettant de souffler, d'échanger. Des sessions sont d'ores et déjà réalisées, notamment par les CLIC ou par des associations⁴¹. Pourtant, le besoin d'accompagnement des aidants demeure « *Ne nous abandonnez pas...* » sont des paroles formulées notamment auprès des CLIC. Comme le soulignait un des acteurs interrogés, « *souvent, les aidants meurent avant leurs aînés, qu'ils aident... On constate au quotidien l'énormité des demandes formulées par les patients auprès de leurs enfants, de leurs aidants.* »

Le défaut de foyers logements a également souvent été souligné. Sur ce territoire rural, beaucoup de personnes âgées vivent dans des maisons au confort rudimentaire, dans des hameaux isolés et distants. Pour permettre aux personnes âgées dont le domicile actuel est inadapté, ou inapproprié en hiver, des solutions ont d'ores et déjà été trouvées sur certains sites. Ainsi, un village-vacances, occupé l'été par les touristes, est reconverti l'hiver en hébergement saisonnier pour les personnes âgées. De façon plus temporaire, les professionnels ont souligné la difficulté de trouver des solutions d'accueil, en particulier pour les personnes âgées dépendantes. Ainsi, si des accueils temporaires sont disponibles sur Grignan ou Saint-Paul-les-Châteaux, ils sont réservés uniquement aux personnes âgées autonomes.

Les acteurs interrogés ont souligné combien le degré de dépendance des personnes âgées augmentait. Le nombre de soins augmente, et en association, le nombre de prescriptions.... Le temps passé au domicile des patients, notamment pour les SSIAD, peut également augmenter. Egalement, les professionnels constatent le besoin de consultations mémoire, de prise en charge des troubles démentiels.

La démographie actuelle du territoire et les évolutions attendues placées en regard du niveau incomplet de réponses offertes en gériatrie dans ce territoire distant des services spécialisés souligne l'enjeu de développer largement une variété d'offre adaptée.

⁴¹ A l'exemple du groupe des aidants animé par un psychologue de l'association Chrysalide de Cunier.

PISTES D'ACTION

A la croisée des différents constats qui concernent à la fois l'offre de ressources de santé sur le Pays « Une Autre Provence » et les besoins des habitants, il apparaît clairement que la position du territoire en lisière de deux grandes régions, à distance des centres spécialisés et des espaces décisionnels, est un thème récurrent.

La difficulté souvent exprimée est alors de dépasser les logiques administratives et d'introduire des réponses adaptées aux besoins prégnants de proximité et de complémentarité. Les différents acteurs locaux de la santé et du social ont déjà bien avancé dans cette direction. Le territoire, comme espace de vie et bassin d'envie, a une place toute particulière et associe plusieurs acteurs autour d'un même projet, celui de conserver la qualité de vie des habitants et de pouvoir offrir des soins et des services adaptés.

Comme ont pu le souligner les acteurs interrogés, c'est notamment à cette condition que le territoire conservera et augmentera son attractivité, actuellement défaillante. Si le soleil peut attirer, notamment les personnes en retraite, l'image de territoire en désertification peut aussi apparaître totalement rédhitoire sauf pour quelques personnes à la recherche d'un isolement total. Aujourd'hui, l'attractivité du territoire est réellement questionnée, en particulier pour la population active. Or, de la capacité du territoire à attirer et « fidéliser » des professionnels qualifiés, notamment dans les secteurs sanitaires et sociaux, dépendra aussi la capacité du territoire à répondre aux besoins des habitants, en particulier de ceux les plus en difficulté.

Pour les professionnels, les enjeux sont manifestes pour trois grandes catégories de population :

- les personnes âgées, nombreuses sur ce territoire voire majoritaires sur certains bassins de vie,
- les personnes en situation de précarité, dont certaines apparaissent très à distance de toute préoccupation de soi,
- et les jeunes, repérés comme dépositaires d'un certain malaise.

Les charges associées à l'enclavement des communes et à l'isolement des personnes suivies soulignent l'enjeu de dispositifs et de réponses suffisants et proches. D'ores et déjà, des projets ont été construits, des réponses innovantes ont été proposées pour répondre aux besoins en santé du territoire. Un des grands enjeux souligné est de conserver les avancées réalisées, de pouvoir maintenir ce qui a été, ici sur ce territoire en marge, inventé.

Sur la base de ces constats, plusieurs pistes d'actions sont ci-dessous proposées. Elles sont organisées sur la base d'axes de travail à la fois centrés autour des groupes de population spécifiques, les personnes âgées, les jeunes et les populations fragilisées et autour de priorités transversales centrées sur le maintien et le développement de formes d'organisation autre des ressources en santé et de nouvelles richesses, comme les technologies et la circulation des personnes et de l'information.

Poursuivre l'effort réalisé pour les personnes âgées tout en l'adaptant aux besoins émergents

Le Pays Une Autre Provence est un territoire particulièrement riche dans ce domaine et l'ensemble des institutions, des associations, des professionnels, des bénévoles s'engage quotidiennement pour permettre que les personnes âgées vivent au mieux leur vieillesse.

Néanmoins, l'importance actuelle et annoncée du nombre de personnes âgées sur Une Autre Provence et la progression des situations de dépendance, des troubles démentiels souligne l'importance de poursuivre les efforts actuels et d'adapter les services offerts sur plusieurs points :

- **Développer la sensibilisation des personnes âgées et de leur famille à l'enjeu d'intégrer la prise en charge dans leur projet de vie.** Souvent, les demandes d'accompagnement et de soutien formulées sont réalisées dans l'urgence, au dernier moment. Les professionnels ont alors souvent beaucoup de difficultés à répondre dans l'immédiat. Les professionnels ont souligné l'enjeu de pouvoir anticiper, en amont, avec la famille et les personnes âgées, leurs besoins de façon à ne plus être dans une gestion souvent difficile de l'immédiat qui ne permet pas toujours de satisfaire les besoins réels ;

- **Développer la formation et l'information des intervenants à domicile.** Pour les employés des services d'aide à domicile mais aussi pour ceux qui interviennent de manière individuelle à domicile (prestation de gré à gré), notamment rémunérés par les CESU (Chèques Emploi Service). Pour ces derniers, à l'image de ce qui a pu être développé dans le Nord de la Drôme, la mise en place de Relais d'Assistantes de Vie est identifié comme un axe de progrès ;
- **Tenir compte de la configuration du territoire pour les interventions à domicile :** mieux intégrer la question des temps de déplacement dans l'organisation et la rémunération des interventions (population dispersée, trajet difficile, isolement...);
- **Développer les solutions d'hébergement temporaire** permettant aux aidants de souffler en s'appuyant sur de nouvelles initiatives (ex.: reconversion d'équipements touristiques d'été en hébergement temporaire hors saisons) ;
- **Poursuivre le développement de réponses transversales,** basées sur le dépassement des logiques sectorielles ville/hôpital, sanitaire et social et en insistant sur les liens entre établissements et domicile ;
- **Poursuivre le développement d'une politique gériatrique à l'échelle du territoire intégrant l'ensemble de la filière,** appuyée sur des pôles hospitaliers de proximité, de façon à pallier les déficits actuellement constatés et développer de possibles réponses spécialisées. Le renforcement de l'offre d'accompagnement et de prise en charge de la population âgée en situation de perte d'autonomie constitue un enjeu majeur de développement du territoire tant au niveau de la qualité de vie de sa population, que du maintien et du développement d'une activité sanitaire et médico-sociale d'importance.

Exercer une attention renouvelée aux problématiques de la jeunesse

Sur le territoire, et en particulier dans l'arrière pays, la population des adolescents et des jeunes adultes est minoritaire. Les acteurs interrogés ont maintes fois souligné l'enjeu de développer une politique « jeunesse » et de mieux prendre en compte les besoins de ce groupe de population, souvent qualifié d'oublié et qui pourtant, exprime un réel malaise.

Plusieurs axes de progrès ont été évoqués par les acteurs interrogés :

- **Développer l'écoute des jeunes,** au regard de l'expérience du centre hospitalier de Valréas, en développant les dispositifs d'écoute et de soutien pour les jeunes, les lieux d'accueil des parents et des adolescents (il n'existe aucune structure de type PAEJ sur le territoire) ;
- **Adapter et développer l'offre** de services de loisirs, de lien social ;
- Demeurer attentif à la conservation et au **maintien des réponses positives** (planification, place de la santé dans les missions locales, etc...).

Ces axes identifiés seront certainement à compléter au regard des conclusions des groupes de travail autour de la jeunesse.

Maintenir et développer les dispositifs d'accompagnement des populations en situation de précarité

C'est un territoire où la précarité est présente, réellement. Ce sont ces personnes qui semblent d'abord confrontées au manque de « soin de soi » et à la difficulté associée de recourir aux soins et de s'affranchir des conduites à risque. Il s'agit alors de mieux prendre en compte leurs besoins et de mieux les repérer. L'enjeu d'un système de veille partagée et de définition concertée de réponses adaptées apparaît comme une piste d'intervention. Comme cela a pu être souligné, l'enjeu est bien de renouveler le regard porté sur les familles, les individus en situation de précarité et de demeurer attentif à ne pas exclure davantage ces personnes exposées à la difficulté de trouver une place dans la société. Sur plusieurs bassins de vie, des associations d'entraide, d'insertion sont présentes et connaissent, accueillent cette population. Ces ressources ont pu être mobilisées.

Les professionnels ont ainsi souligné l'enjeu de maintenir les leviers et réponses développées sur ce territoire, telles les consultations avancées associant psychiatrie et soin infirmier dans les associations d'entraide et d'insertion locale, la présence de psychologues dans les CMS.

L'importance d'une dynamique partagée de veille associant les professionnels du soin et du social a également été soulignée comme un enjeu. A ce titre, le recrutement d'un nouveau coordinateur pour la PASS de Nyons a pu être salué comme un axe de progrès indéniable.

Pour cette population, les besoins sont manifestes en termes d'accès aux soins et à la prévention. Sur ce territoire, des démarches permettant à la fois d'aller vers la population et de réaliser une prise en charge intersectorielle ont été ici et là développées. Il s'agit de les maintenir, de les doter de moyens suffisants et de les élargir aussi à des espaces moins couverts.

Développer la circulation...des personnes et des informations

Tout au long du diagnostic, la problématique des transports a été énoncée.

Face à l'enclavement des communes rurales, a fortiori des petits villages et hameaux isolés de l'arrière pays, les problèmes de déplacement ont pu être souvent évoqués malgré le développement d'une certaine délocalisation des services à la population et la capacité des dispositifs à aller vers les publics ciblés.

- Il s'agit ici de renforcer les possibilités offertes aux jeunes, aux personnes âgées, aux familles en situation de précarité de se déplacer. Si des efforts ont été réalisés en ce territoire rural et montagnard, le maillage du territoire, dans l'espace et dans le temps, demeure insuffisant pour permettre à chacun d'aller notamment vers les soins spécialisés mais aussi vers l'ensemble des ressources de sociabilité, qui participent tout autant à la promotion de la santé.
- L'information doit également être développée autour des ressources existantes. Certains dispositifs apparaissent ainsi sous utilisés faute d'un temps suffisant de communication sur l'offre proposée. Le développement d'une communication écrite **et** orale sur les services offerts est à poursuivre même si des outils de communication ont déjà été développés (ex : site internet du Conseil général du Vaucluse sur l'offre de services proposée aux personnes âgées). Outre cette communication, des actions d'accompagnement vers ces ressources doivent également être envisagées.
- Il s'agit aussi de développer les démarches de **prévention en santé**. Des acteurs ont ainsi rappelé le succès de réunions locales d'information. D'autres ont salué l'existence de groupes de travail autour de la santé et la présence d'antennes ressources en prévention sur certains sites (ex. CCAS Saint-Paul-les-Châteaux). Le souci d'intervention en amont et de compréhension des facteurs associés aux inégalités de santé remarquées a été à plusieurs reprises souligné comme un enjeu majeur. L'enjeu de développer une réelle politique locale en prévention, associant de part et d'autre des frontières administratives, l'ensemble des acteurs du quotidien, existe. Les ressources sont présentes, des besoins sont exprimés de travailler ensemble sur ce volet...quels moyens supplémentaires peuvent-ils être donnés ? Quelles interfaces peuvent être développées entre les différents bassins de vie, entre les différentes approches ?
- L'accès physique aux ressources de santé dans ce vaste territoire où les trajectoires de santé sont très diverses peut aussi se réfléchir au regard de pôles de santé existant ou à constituer (exemple : maisons de santé) et en envisageant le développement de ressources avancées (consultations) ou mobiles et de dispositifs de communications comme la télémédecine (cf. point suivant).

Encourager les initiatives trans-populationnelles

A la croisée des populations ciblées ci-dessus (jeunes, personnes âgées, populations défavorisées,...) il apparaît pertinent pour optimiser les actions, réduire l'isolement et atténuer les problèmes d'accessibilité d'encourager les approches inter-générationnelles ou inter-populationnelles.

Des expériences existant sur d'autres territoires pourraient être reproduites ici tels que, par exemple, l'intégration de services petite enfance, de bibliothèque ou de services pour les jeunes dans les hôpitaux locaux ou les établissements pour personnes âgées.

Proposer des formes d'organisation autre des ressources en santé

L'organisation des ressources en santé a été souvent au centre des préoccupations des acteurs interrogés dans le cadre de ce diagnostic. Comme il était écrit dans le journal « Un Autre Pays », « *Une Autre Provence est identifiée comme un support au lancement de projets partagés entre l'ensemble des acteurs pour le bienfait de la santé de la population de ce territoire.* ⁴²»

Sur la base des réseaux existants, qui ont de façon unanime été salués, les acteurs interrogés ont souligné l'enjeu de poursuivre cette dynamique qui offre la possibilité de raisonner sur une logique de bassins de vie affranchie des sectorisations sanitaires, des logiques sectorielles et, bien-sûr, des frontières administratives. Les réseaux et les réponses pensées à l'échelle de ce territoire ont effectivement permis, en partie, de mutualiser les ressources, de dépasser les freins associés au contexte social et géographique.

Et l'enjeu est de taille. Comme cela est confirmé sur d'autres territoires, la santé joue de façon très importante sur l'attractivité des territoires, de façon d'ailleurs beaucoup plus prégnante que le degré d'ensoleillement... Les critères de choix font davantage référence à la qualité des services scolaires, de loisirs pour les enfants, aux possibilités de se déplacer, à la qualité des services de soins offerts à proximité... Une des grosses inquiétudes sur ce territoire est de voir avec la disparition des petites unités de soins (services de chirurgie, maternités...), se précipiter cet espace dans une certaine spirale descendante. Le souci peut apparaître d'autant plus manifeste quand on mesure les besoins associés au profil de la population présente, composée de personnes âgées, de jeunes isolés et de personnes fragilisées.

Le territoire d'Une Autre Provence peut pourtant s'appuyer sur ces mêmes facteurs d'handicap pour proposer des alternatives. On l'a vu tout au long du diagnostic, les habitudes de travail intersectoriel, de fonctionnement sur la base de réseaux réalisant des liens entre la ville et l'hôpital, entre la prévention et le soin, entre le soin et le médico-social, existent sur ce territoire. Si des services peuvent fermer, les structures demeurent et peuvent s'appuyer sur un chapelet de compétences, affichant l'envie de progresser, d'inventer.

Autour de l'organisation des ressources en santé, c'est la politique globale d'aménagement du territoire qui est posée ici. Elle doit être associée, sur la base d'une priorisation partagée, au lancement d'une politique centrée sur une approche intersectorielle, novatrice, différenciée. Autour de la santé des jeunes, de la santé des personnes en situation de précarité, de la santé des personnes âgées, des enjeux ont été précédemment évoqués. Pour répondre à ces besoins, des ressources sont disponibles, des solutions existent. L'enjeu est aujourd'hui d'engager une véritable politique partagée en santé associant les différents territoires, les différentes compétences et savoirs (pôles hospitaliers, hôpitaux locaux, services médico-sociaux, acteurs de prévention, acteurs du lien social, habitants).

Sur la base de cette politique partagée, de nouveaux projets sanitaires concrets pourraient être renforcés ou envisagés :

⁴² Un Autre Journal, Novembre 2006- consultable en ligne : <http://www.une-autre-provence.org/donnees-journal.htm>

- la poursuite du renforcement des services d'urgence et de certaines activités du plateau technique (radiologie par exemple) ;
- le renforcement d'une filière gériatrique spécialisée et complète (consultation mémoire, unité Alzheimer, hôpitaux de jour, équipes mobiles, soins de suite, services d'aide à domicile,...) développée de manière complémentaire sur les différents sites ;
- le développement de la télémédecine sur les axes identifiés : téléconsultation et télé-expertise (cardiologie, urgences, neurologie, gériatrie et SSR,...), la téléradiologie (imagerie) ou encore le domaine de l'hospitalisation à domicile ;
- le développement de manière consolidée et pérenne de consultations spécialisées avancées et renforcement des collaborations et échanges entre les établissements du territoire.

Ce dernier point doit être envisagé de manière volontariste en mobilisant les tutelles et réfléchi à l'échelle du territoire entre toutes les structures et acteurs concernés et en ciblant certaines thématiques ou populations.

A titre d'exemple :

- des collaborations pourraient être développées en s'appuyant sur les ressources existantes (par exemple, autour des pathologies respiratoires, avec la clinique de l'ATRIR, les services d'urgences des établissements hospitaliers et les praticiens libéraux) ;
- la thématique des addictions souvent soulignée par les acteurs du diagnostic pourrait être réfléchi à l'échelle du territoire avec l'ensemble des acteurs tant au niveau du soin que des actions de prévention.

Au moment de l'écriture de ce rapport, la fermeture de la maternité du centre hospitalier de Valréas était programmée. Si celle-ci, dont l'impact a été détaillé précédemment se confirmait, des actions devraient être envisagées à très court terme pour ne pas risquer de perdre la dynamique et le travail en réseau menés autour de la périnatalité (réseau NOVANAT). Une réorientation de l'activité de la maternité vers un centre périnatal avec (ex. : hôpital de l'Arbresle) ou sans (ex. : hôpital de Lamure) hospitalisation post-partum pourrait être envisagée avec une déclinaison d'actions de soins et de prévention.

La fragilité des ressources de santé et la configuration du territoire milite également pour le lancement d'une réflexion autour de la création de maisons de santé réunissant plusieurs types de professionnels et éventuellement de services pouvant ainsi faciliter le maintien des ressources sur le territoire, en renforcer l'accessibilité et constituer des pôles de soins et de prévention pour la population.

Toutes ces pistes d'action pourraient être réfléchies et organisées, de manière globale, à l'échelle du territoire et alimenter un **plan local de santé (PLS)**. Celui-ci pourrait alors faire l'objet d'une contractualisation sous forme d'un **contrat local de santé (CLS)** signé avec le(les) ARS, agences régionales de santé. Les CLS portent sur la promotion de la santé et la prévention, les politiques de soin et l'accompagnement médico-social

ANNEXES

Annexe 1 : Liste des numéros et des libellés des communes

DROME	
Numéro	Nom de la commune
013	ARPAVON
016	AUBRES
018	AULAN
022	BALLONS
026	BARRET-DE-LIOURE
033	LA BAUME-DE-TRANSIT
043	BEAUVOISIN
046	BELLECOMBE-TARENDOL
048	BENIVAY-OLLON
050	BESIGNAN
054	BOUCHET
063	BUIS-LES-BARONNIES
070	CHAMARET
073	CHANTEMERLE-LES-GRIGNAN
075	LA CHARCE
082	CHATEAUNEUF-DE-BORDETTE
089	CHAUDEBONNE
091	CHAUVAC/LAUX MONTAUX
093	CLANSAYES
099	COLONZELLE
103	CONDORCET
104	CORNILLAC
105	CORNILLON-SUR-L'OULE
112	CURNIER
116	DONZERE
127	EYGALIER
130	EYROLES
135	FERRASSIERES
138	LA GARDE-ADHEMAR
145	LES GRANGES-GONTARDES
146	GRIGNAN
150	IZON-LA-BRUISSE
161	LEMPES
180	MERINDOL-LES-OLIVIERS
181	MEVOUILLON
182	MIRABEL-AUX-BARONNIES
188	MOLLANS-SUR-OUVEZE
189	MONTAUBAN-SUR-L'OUVEZE
190	MONTAULIEU
192	MONTBRISON
193	MONTBRUN-LES-BAINS
199	MONTFERRAND-LA-FARE
201	MONTGUERS
203	MONTJOYER
209	MONTREAL-LES-SOURCES
211	MONTSEGUR-SUR-LAUZON
220	NYONS
226	LE PEGUE
227	PELONNE

DROME	
Numéro	Nom de la commune
229	LA PENNE-SUR-L'OUVEZE
233	PIEGON
235	PIERRELATTE
236	PIERRELONGUE
238	LES PILLES
239	PLAISANS
242	LE POET-EN-PERCIP
244	LE POET-SIGILLAT
245	POMMEROL
256	PROPIAC
261	REAUVILLE
263	REILHANETTE
264	REMUZAT
267	RIOMS
269	ROCHEBRUNE
275	ROCHEGUDE
278	LA ROCHE-SUR-LE-BUIS
279	LA ROCHETTE-DU-BUIS
284	ROUSSAS
285	ROUSSET-LES-VIGNES
286	ROUSSIEUX
288	SAHUNE
292	SAINT-AUBAN-SUR-L'OUVEZE
303	SAINTE-EUPHEMIE-SUR-OUVEZE
304	SAINT-FERREOL-TRENTE-PAS
306	SAINTE-JALLE
317	SAINT-MAURICE-SUR-EYGUES
318	SAINT-MAY
322	SAINT-PANTALEON-LES-VIGNES
324	SAINT-PAUL-3-CHATEAUX
326	SAINT-RESTITUT
329	SAINT-SAUVEUR-GOUVERNAT
335	SALLES-SOUS-BOIS
340	SEDERON
342	SOLERIEUX
345	SUZE-LA-ROUSSE
348	TAULIGNAN
357	TULETTE
360	VALAURIE
363	VALOUSE
367	VENTEROL
369	VERCLAUSE
370	VERCOIRAN
372	VERS-SUR-MEOUGE
375	VILLEFRANCHE-LE-CHATEAU
376	VILLEPERDRIX
377	VINSOBRES

VAUCLUSE	
Numéro	Nom de la commune
019	BOLLENE
021	BRANTES
022	BUISSON
028	CAIRANNE
040	CRESTET
044	ENTRECHAUX
045	FAUCON
053	GRILLON
063	LAMOTTE-DU-RHONE
064	LAPALUD
078	MONDRAGON
083	MORNAS
094	PUYMERAS
096	RASTEAU
097	RICHERENCHES
098	ROAIX
104	SABLET
110	SAINT-LEGER-DU-VENTOUX
111	SAINT-MARCELLIN-LES-VAISON
116	SAINT-ROMAIN-EN-VIENNOIS
125	SAVOILLAN
126	SEGURET
137	VAISON-LA-ROMAINE
138	VALREAS
146	VILLEDIEU
150	VISAN

Annexe 2 : Liste des numéros et des libellés des cantons

DROME	
Numéro	Nom du canton
03	BUIS-LES-BARONNIES
12	GRIGNAN
18	NYONS
19	PIERRELATTE
20	REMUZAT
25	SAINT-PAUL-TROIS-CHATEAUX
27*	SEDERON

VAUCLUSE	
Numéro	Nom du canton
04*	BEAUMES-DE-VENISE
06*	BOLLENE
14*	MALAUCENE
21*	VAISON-LA-ROMAINE
22	VALREAS

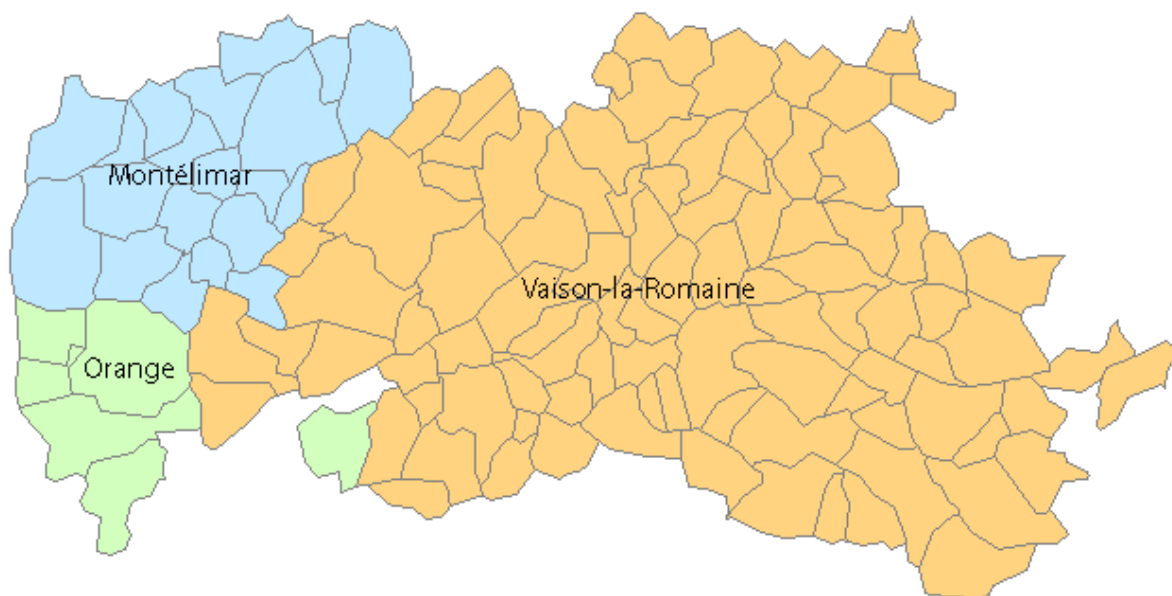
* Toutes les communes de ce canton ne sont pas situées sur le territoire du pays Une Autre Provence.

Annexe 3 : Liste des codes postaux et noms des bureaux distributeurs

Code Postal	Nom du bureau distributeur
26110	NYONS
26130	ST PAUL TROIS CHATEAUX
26170	BUIS LES BARONNIES
26230	GRIGNAN
26290	DONZERE
26470*	LA MOTTE CHALANCON
26510	REMUZAT
26560*	SEDERON
26570	MONTBRUN LES BAINS
26700	PIERRELATTE
26770*	TAULIGNAN
26790	SUZE LA ROUSSE
84110	VAISON LA ROMAINE
84290*	STE CECILE LES VIGNES
84340*	VAISON LA ROMAINE
84390*	SAULT
84430	MONDRAGON
84500	BOLLENE
84550	MORNAS
84600	VALREAS
84820	VISAN
84840	LAPALUD

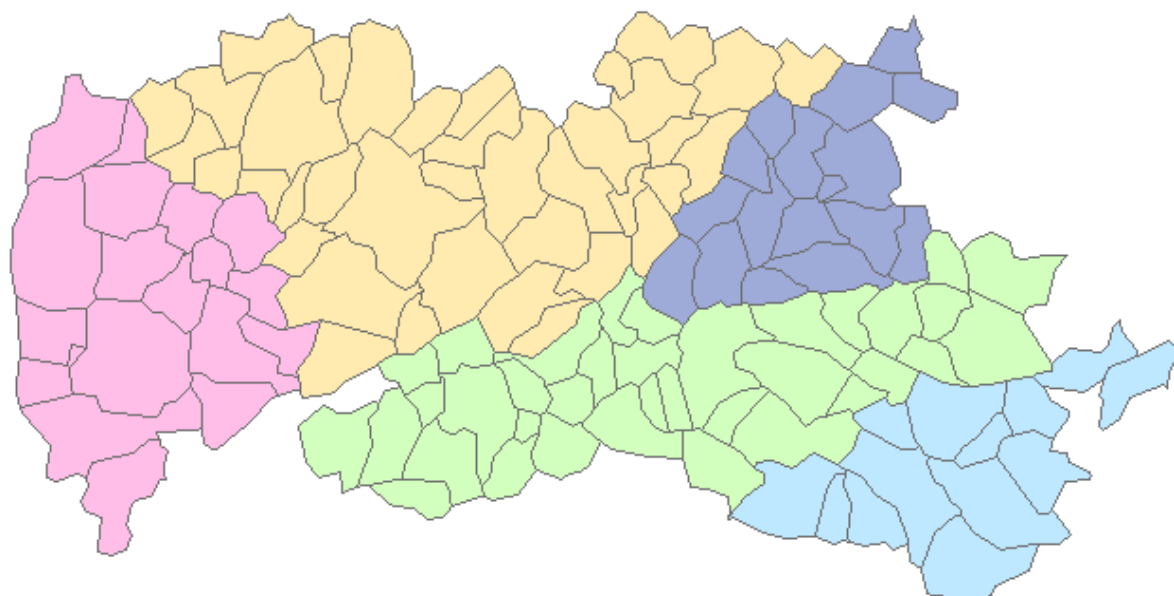
* Toutes les communes du territoire du code postal ne sont pas situées sur le territoire du pays Une Autre Provence.

**Annexe 4 : Secteurs d'intervention des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR)et
hôpital de rattachement pour les communes du Pays « Une Autre Provence »**



Source : DDASS de la Drôme et du Vaucluse

Annexe 5 : Secteurs de garde d'officine pour les communes du Pays « Une Autre Provence »



Source : Syndicats des pharmaciens du Vaucluse et de Drôme-Ardèche