



Master 2

**Pilotage des politiques et actions en
santé publique**

Promotion : **2016-2017**

**Des insuffisances de l'offre de soins à
la nécessité des coopérations.**

Elise RIDARD

19 juin 2017

Remerciements

A Marie-Françoise DAVEAU, notre maître de stage. Merci pour ton très bon accueil sur notre lieu de stage, merci de nous avoir donné toutes les clefs pour faciliter notre travail, de nous suivre régulièrement, et merci de ton intérêt pour nos personnes et notre parcours.

A nos référents de l'EHESP, François-Xavier SCHWEYER et Rémy BATAILLON. Merci d'avoir accepté de suivre notre stage, de l'avoir suivi avec attention. Merci pour tous vos conseils pertinents qui nous font grandir.

A Arnaud CAMPEON, directeur du Master PPASP. Merci de votre investissement important, de votre écoute et de votre souci perpétuel d'amélioration, qui permet à ce Master d'être très intéressant et complet.

Aux élus de la Communauté de communes du Val de Sarthe. Merci de nous avoir fait confiance pour travailler sur un projet de santé sur votre territoire, et merci de l'intérêt que vous portez à notre travail.

A nos collègues de la Communauté de communes du Val de Sarthe. Merci de votre très bon accueil, notre intégration dans la collectivité s'est faite naturellement grâce à vous tous.

A tous les professionnels rencontrés. Merci d'avoir accepté, et ce malgré un emploi du temps chargé, d'échanger avec nous. Notre étude n'aurait pu être complète sans tous ces entretiens.

A Virginie SAUGIER, ma collègue de stage et de Master. Merci de ta bonne humeur et ton entrain perpétuel, qui m'encourage, toujours, à faire le trajet depuis Rouen pour te retrouver. C'est un plaisir de travailler avec toi.

A Antoine, mon mari. Merci pour ta relecture, et pour ton intérêt pour mon stage. Tes conseils précieux me font toujours avancer.

Elise RIDARD -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2016-2017

Sommaire

Introduction	3
1 Une baisse de la démographie médicale alertant politiques et professionnels de santé.....	6
1.1 Contexte national	6
1.1.1 Démographie médicale et inégalité d'accès aux soins	6
1.1.2 Le numerus clausus.....	7
1.1.3 Une régulation de la répartition médicale difficile	8
1.1.4 Principales mesures incitatives	9
1.1.5 Des mesures déclinées à l'échelle locale	12
1.1.6 Des regroupements professionnels encouragés	12
1.2 Contexte de l'offre de stage	14
1.2.1 Engagement de la Communauté de communes dans le champ de la santé.....	14
1.2.2 Médic'élan 72.....	14
1.2.3 L'opportunité de l'arrivée de stagiaires	15
1.3 Objectifs annoncés du stage	15
1.4 Objectifs retravaillés et retroplanning	17
1.5 Première rencontre avec le groupe de travail démographie médicale.....	18
2 Elaboration d'un diagnostic local de santé centré sur l'offre de soins	20
2.1 Nécessité et intérêt de ce diagnostic.....	20
2.2 Méthodologie du diagnostic.....	20
2.3 Limites du diagnostic.....	22

2.4	Présentation des principaux éléments du diagnostic.....	23
2.4.1	Présentation du territoire	24
2.4.2	Caractéristiques sociodémographiques de la population	26
2.4.3	Etat de santé de la population	31
2.4.4	Offre de soins sur le territoire.....	34
2.4.5	Mobilité des patients sur le territoire	38
2.4.6	Dynamiques politiques.....	41
3	Dynamiques professionnelles : un projet de regroupement professionnel au point mort	42
3.1	Une dynamique persistante entre de nombreux professionnels	42
3.1.1	Des échanges « sympathiques » entre professionnels.....	42
3.1.2	Des échanges plus réduits avec les médecins et les chirurgiens-dentistes.....	43
3.1.3	Quelques échanges entre médecins mais pas d'ébauche de travail en commun....	44
3.1.4	Persévérance des professionnels et avancement du projet.....	45
3.2	Quels freins évoqués par les professionnels ?	45
3.2.1	Manque de motivations, en particulier de vraie motivation des médecins.....	45
3.2.2	Absence de consensus des élus	46
3.2.3	Absence de consensus sur un projet commun	46
3.2.4	Environnement institutionnel peu aidant.....	46
3.3	Difficile adhésion des médecins du territoire à un projet, voire un investissement de médecins contre-productif.....	47
3.3.1	Projet perçu comme un « coup fourré ».....	47
3.3.2	Manque de temps	47
3.3.3	Inimitiés entre médecins, ou entre médecins et élus.....	48
3.3.4	Médecins en défaveur d'un projet de regroupement professionnel	48
3.3.5	Ambivalence sur l'accueil de nouveaux médecins.....	48
3.4	Des envies de projet persistantes malgré une lassitude de nombreux professionnels	49

Elise RIDARD -

3.4.1	Epuisement des professionnels	49
3.4.2	Positionnement des médecins.....	49
3.4.3	Positionnement des autres professionnels	50
3.5	Les centres de santé.....	51
3.5.1	Positionnement des professionnels de santé.....	51
3.5.2	Positionnement des médecins.....	51
3.6	Rencontres de jeunes médecins	52
4	Comment peut s’effectuer la transition d’un modèle d’exercice isolé vers une équipe de soins primaires ?.....	54
4.1	Des jeunes médecins qui ne se reconnaissent pas dans la façon d’exercer de leurs aînés	54
4.2	Aspirations des médecins quant à leur installation.....	55
4.2.1	Transformation progressive du modèle professionnel	55
4.2.2	Aspiration des jeunes médecins	56
4.3	L’émergence des équipes de soins primaires.....	58
4.4	Le centre de santé, une solution viable ?	59
4.5	Quels leviers pour effectuer une transition fluide vers une équipe de soins primaires ?	60
	Conclusion.....	63
	Bibliographie	65
	Liste des annexes.....	I
	Note réflexive.....	I
	Bibliographie	VIII

Liste des tableaux et figures

Figure 1: Evolution des effectifs de médecins généralistes par mode d'exercice.....	7
Figure 2 : Calendrier simplifié du stage.....	18
Figure 3 : Carte routière et autoroutière du Val de Sarthe - 2017	25
Figure 4 : Evolution de la part des personnes âgées de plus de 65 ans à l'échelle nationale, départementale et communautaire, 1990-2013	27
Figure 5 : Part des personnes de plus de 65 ans à l'échelle des communes – 2012	28
Figure 6 : Déciles de niveau de vie, 2013.....	30
Figure 7 : Indice comparatif de mortalité générale selon le territoire, en Sarthe.....	32
Figure 8 : Cartographie des cabinets médicaux du Val de Sarthe - 2017	35
Figure 9 : Cartographie des professionnels de santé médicaux et paramédicaux (hors médecins généralistes) du Val de Sarthe - 2017	37
Figure 10 : Densité moyenne de professionnels de santé (hors médecins généralistes) pour 10 000 habitants – 2016.....	38
Figure 11 : Destination des patients du Val de Sarthe – actes réalisés en médecine générale - 2016-2017.....	39
Figure 12 : Provenance géographique des patients des médecins généralistes du Val de Sarthe 2016-2017.....	40
Figure 13 : Positionnement des médecins quant à un nouveau projet.....	50
Figure 14 : Positionnement vis-à-vis du salariat d'autres médecins	52
Tableau 1 : Rayon de déplacement moyen des patients du Val de Sarthe	41
Tableau 2 : Forces, faiblesses, opportunités et menaces du territoire en termes d'attractivité pour les jeunes médecins	57

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence régionale de santé

DMG : Département de médecine générale

CGET : Commissariat général à l'égalité des territoires

CPAM : Caisse primaire d'Assurance maladie

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

ISNAR-IMG : Inter syndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale

ORS : Observatoire régional de santé

PAPS : Portail d'accompagnement aux professionnels de santé

Introduction

L'accessibilité géographique aux soins de premier recours est un sujet qui préoccupe depuis le début des années 2000¹, tant les professionnels et acteurs institutionnels de la santé, que la population concernée et la classe politique. La notion de « désert médical » est usitée, les médias se faisant le relais de cette expression. On ne peut en nier le fort impact en termes d'image. Cependant, sa portée opérationnelle reste limitée, aucune définition précise ne répondant à cette notion².

Ici, c'est une Communauté de Communes, celle du Val de Sarthe, qui a décidé de s'orienter vers un projet pour attirer des médecins sur son territoire, et garantir ainsi une offre de soins à sa population. Cette Communauté de Communes, située à 20-30 minutes de la ville du Mans, rassemble 15 communes, soit environ 27000 habitants.

L'objectif de ce stage est d'accompagner les élus de la Communauté de communes du Val de Sarthe dans la définition d'un projet de santé permettant de lutter contre un appauvrissement de l'offre de soins, en particulier médicale, sur ce territoire. Deux stagiaires de profils complémentaires (Virginie SAUGIER, diplômée de Sciences po et Elise RIDARD, médecin généraliste) ont été recrutées à cet effet. La première phase de diagnostic est suivie d'une phase d'élaboration de scénarios contrastés, qui seront présentés aux élus, lesquels choisiront un des scénarios, qui sera plus concrètement développé. La durée du stage étant de 6 mois, la fin de la rédaction de ce mémoire intervient à moins de deux tiers de la durée du stage. Si une partie de la mission, et en particulier le diagnostic local de santé, a pu être quasiment achevée, la phase d'élaboration de scénarios est en cours et ne fait donc pas l'objet de ce mémoire, même si nous en évoquerons les principales avancées, qui pourront d'ailleurs être exposées plus en détail lors de la soutenance.

La « désertification médicale » et l'accroissement des inégalités territoriales d'accès aux soins de premier recours, annoncées pour les prochaines années, est la conséquence d'une diminution de la densité de médecins généralistes libéraux en activité, mais également des

¹ VERAN O., « Des bacs à sable aux déserts médicaux : construction sociale d'un problème public », Les Tribunes de la santé 2013/2 (n° 39), p 77-85

² Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. « Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer », Les dossiers de la DRESS, mai 2017, n° 17

Elise RIDARD

mutations de l'exercice médical², et de façon plus générale, des modifications du rapport au travail des nouvelles générations. De nouvelles formes d'exercice regroupé voire pluriprofessionnel existent et se développent, encouragées par les politiques publiques, comme par les professionnels de santé. Si, au plan local, les élus s'impliquent de plus en plus dans ce type de projets³ - et ce point sera plus particulièrement étudié dans le mémoire de Virginie SAUGIER, complémentaire de celui-ci - il peut être constaté que les nouveaux modes d'exercice qui fonctionnent sont ceux dans lesquels les professionnels de santé sont réellement parties prenantes, voire bâtisseurs de projet. Il est donc nécessaire de se pencher sur les motivations actuelles des professionnels de santé et leur mobilisation devant une baisse de la démographie médicale, ainsi que sur les différences d'aspirations des jeunes médecins par rapport à leurs aînés, afin de comprendre comment peut s'effectuer la transition du mode d'exercice actuel solitaire vers la constitution d'équipe de soins primaires. Ces équipes de soins primaires, définies législativement depuis la Loi de modernisation de notre système de santé⁴ sont incitées par les pouvoirs publics, et les différentes formes de regroupements professionnels se développent de plus en plus.⁵

De façon à pouvoir répondre à ces questions, des recherches bibliographiques approfondies ont été complétées par une enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès des professionnels de santé exerçant sur le territoire, des élus, et de différents acteurs institutionnels. L'étude de la littérature, complétée par certains entretiens avec des acteurs institutionnels, permet de resituer la problématique du territoire dans un contexte plus global. L'enquête qualitative vise à affiner le diagnostic en se penchant sur les caractéristiques spécifiques de ce territoire, de sa population et des professionnels y exerçant.

La situation de la Communauté de communes du Val de Sarthe n'est pas unique, des mesures nationales ont été instaurées pour améliorer l'égalité d'accès aux soins en France, et de nombreuses autres collectivités locales se sont déjà engagées dans différents projets en vue d'améliorer l'offre de soins sur leur territoire. Dans un premier temps seront donc présentées les politiques nationales mises en œuvre face à la baisse de la démographie médicale, ainsi que

³ COUTANT D. et TUFFREAU F., « La médecine générale, une spécialité d'avenir : des premières conventions médicales aux maisons de santé. » Rennes, Presses de l'École des hautes études en santé publique, 2016, 164 p.

⁴ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

⁵ AFRITE A., BOURGUEIL Y., DANIEL F., MOUSQUES J., « L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins. », Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Questions d'économie de la santé, n°189, 2013.

l'engagement, au niveau local, du commanditaire de notre mission. Une seconde partie exposera le diagnostic territorial de santé réalisé, préalable nécessaire à l'élaboration d'un projet de santé pour la Communauté de communes. La troisième partie s'attachera à présenter les dynamiques des professionnels de santé sur le territoire. Enfin, seront évoquées les évolutions générales de l'exercice des professionnels de santé, mises en regard des souhaits des professionnels du territoire, variables majeures de l'élaboration de scénarios futurs.

1 Une baisse de la démographie médicale alertant politiques et professionnels de santé

1.1 Contexte national

1.1.1 Démographie médicale et inégalité d'accès aux soins

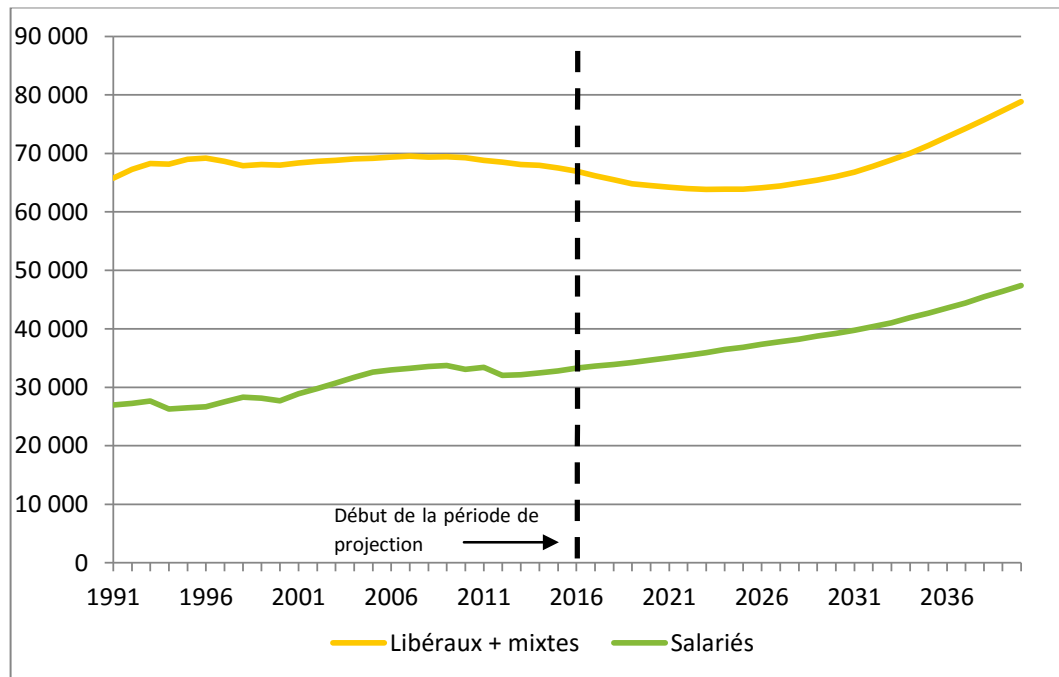
La question de la démographie médicale est très complexe, et ne se limite pas à la question du nombre de professionnels de santé, ni à la seule notion de densité médicale. En effet, elle « concerne moins les effectifs de la population médicale que leur répartition sur le territoire, [et], d'autre part, l'attention des pouvoirs publics est attirée sur l'accessibilité aux soins, difficile à apprécier car elle met en jeu non seulement la densité de médecins, mais aussi le temps effectif de travail des médecins libéraux, les modalités d'exercice et l'installation de médecins dans des zones qualifiées de déficitaires »⁶. L'accès aux soins interroge d'ailleurs, de façon plus générale, les politiques de transports, voire des notions nouvelles avec l'avènement de la télémédecine. Il semble donc intéressant de se pencher d'abord sur les inégalités territoriales de santé, qui « se sont longtemps réduites mais se creusent depuis une dizaine d'années et contribuent ainsi à accuser ce que l'on a désigné par ailleurs sous l'expression de "fracture territoriale" »⁷. En effet, certains territoires sont particulièrement touchés par cette « pénurie » d'offre de soins, et surtout ceux dont l'attractivité est faible pour de jeunes professionnels. D'autres éléments sont également essentiels à prendre en compte dans la réponse aux besoins en santé de la population : la croissance de la population, mais surtout son vieillissement, et l'émergence des maladies chroniques.

« Depuis 2010, le nombre de médecins généralistes libéraux diminue chaque année. D'après le modèle de projection de la DREES, et donc sous la triple hypothèse de comportements identiques des médecins (en particulier s'agissant de leur choix d'exercer en libéral ou non), de législation inchangée et de non saturation de l'offre de postes salariés, cette baisse devrait se poursuivre jusqu'en 2025 (Figure 1). À cette date, le nombre de médecins généralistes libéraux ou mixtes serait inférieur de 8 % à celui de 2009. »²

⁶ SCHWEYER F.-X., « Souhaits et aspirations des médecins qui envisagent l'exercice de la médecine générale », La médecine générale, Rapport Observatoire national de la démographie des professionnels de santé, 2006-2007

⁷ VIGNERON E., « Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français », Les Tribunes de la santé 2013/1 (n°38), p 41-53

Figure 1: Evolution des effectifs de médecins généralistes par mode d'exercice



Source : DREES Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. « Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer », Les dossiers de la DRESS, mai 2017, n° 17

Cette baisse des effectifs de médecins, et en particulier de médecins généralistes, fait suite, entre autres, à la politique de limitation du nombre de médecins, permise par l'instauration du numerus clausus.

1.1.2 Le numerus clausus

Alors qu'il était question à la fin des années 1970 d'une pléthore médicale, celle-ci s'est aujourd'hui transformée en crainte d'une pénurie importante à venir. Cette inversion de tendance peut être expliquée en partie par la diminution du numerus clausus. Ce dernier, instauré en 1971, limite le nombre d'étudiants accédant à la deuxième année des études de médecine. Sa mise en place a été justifiée par la nécessaire adaptation du nombre d'étudiants au nombre de lits hospitaliers pour pouvoir les former. Le numerus clausus est passé de 8591 en 1971, à 3500 en 1992.⁸ Cette diminution, qui semble aujourd'hui incompréhensible, trouve son origine dans le

⁸ WALLACH D., KOUCHNER G., « Le numerus clausus, ou la planification de la pénurie médicale, 1971-2009 », 2011

souhait de contrôler les dépenses de santé en diminuant l'offre de soins. En effet, le *numerus clausus* a été relevé progressivement depuis les années 2000, pour quasiment atteindre sur l'année scolaire 2016-2017 son chiffre initial : 8124⁹. Mais le délai entre le début de la formation d'un étudiant en médecine et son installation en médecine générale est long, (9 à 10 ans d'études, suivies de plusieurs années de remplacements avant l'installation). Cela explique en partie le fait que les effectifs globaux de médecins soient restés favorables jusqu'en 2010, et que le déclin de ces effectifs se poursuivra jusque dans les années 2020¹⁰.

1.1.3 Une régulation de la répartition médicale difficile

Les pouvoirs publics se voient dans l'obligation d'inscrire à l'agenda les enjeux de démographie médicale, l'accès aux soins semblant faire partie de « l'idéal républicain d'égalité qui gouverne notre système de santé »⁷. Cependant, la liberté d'installation, ajoutée après la seconde guerre mondiale aux principes de la charte de la médecine libérale de 1927, est farouchement défendue par les médecins ces dernières années, que ce soit par l'Ordre des médecins ou par les syndicats de médecins (et en particulier les syndicats de jeunes médecins).^{11,12,13} Devant ces freins évidents à restreindre la liberté d'installation, aucune contrainte n'est imposée aux médecins sur leur lieu d'installation, et les mesures incitatives, plébiscitées par le corps médical, sont privilégiées.

Différentes études sont réalisées pour repérer les préférences de lieux d'installation des jeunes médecins, et déterminer de cette façon des pistes possibles pour améliorer la répartition des médecins. Ainsi, par exemple, une étude du Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET) a classé les territoires français en fonction de leur attractivité théorique (en se basant sur

⁹ JORF n°0009 du 11 janvier 2017, texte n° 19, « Arrêté du 10 janvier 2017 fixant le nombre d'étudiants de première année commune aux études de santé autorisés à poursuivre leurs études en médecine à la suite des épreuves terminales de l'année universitaire 2016-2017 », (consulté le 16 juin 2017), sur <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/1/10/AFSH1700585A/jo>

¹⁰ LANGLOIS J., « La démographie médicale aujourd'hui et demain (2005-2025) », in Lucien Israël, Santé, médecine, société, Presses Universitaires de France « Cahiers de l'académie des sciences morales et politiques », 2010, p. 297-318.

¹¹ HASSENTEUFEL P., « La défense de la médecine libérale », La vie des idées, 16 juin 2015, http://www.laviedesidees.fr/IMG/pdf/me_decinslibe_raux16062015.pdf

¹² Conseil national de l'Ordre des médecins, « Le conseil national de l'ordre des médecins est défavorable à la proposition de loi visant à limiter la liberté d'installation des médecins », (consulté le 18 juin 2017), sur <https://www.conseil-national.medecin.fr/print/1572>

¹³ Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants « Organisation des soins. Régulation ou liberté d'installation : propositions », consulté le 18 juin 2017, sur <https://www.reagjir.fr/2016/09/30/organisation-soins-regulation-liberte-dinstallation-propositions>

des études sur les souhaits d'installation des médecins) et leur attractivité réelle (en se basant sur les données d'installation des jeunes médecins)¹⁴. La Communauté de communes du Val de Sarthe est, elle, sur deux bassins de vie, qui sont classés, selon l'étude du CGET précédemment citée, pour celui de La Suze-sur-Sarthe en territoire présentant une attractivité théorique moyenne, et une faible attractivité réelle, et pour celui du Mans en territoire présentant une attractivité théorique moyenne et une attractivité réelle moyenne.

1.1.4 Principales mesures incitatives

Face à ce manque de professionnels, touchant en premier lieu les territoires les plus ruraux et également les quartiers de la politique de la Ville, différentes mesures ont été mises en œuvre. Le gouvernement a instauré le Pacte territoire santé depuis 2012, celui-ci ayant été prolongé en 2015 par une deuxième mouture, le Pacte territoire santé 2. Il vise à mettre en œuvre des mesures pour lutter contre les déserts médicaux. Ce dernier renouvelle certains engagements du premier, dix engagements majeurs sont établis, autour de deux axes¹⁵ :

- Pérenniser et amplifier les actions menées depuis le Pacte territoire santé 1
 - Engagement 1 : développer les stages des futurs médecins en cabinet de ville
 - Engagement 2 : faciliter l'installation des jeunes médecins dans les territoires fragiles
 - Engagement 3 : favoriser le travail en équipe, notamment dans les territoires ruraux et périurbains
 - Engagement 4 : assurer l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes
- Innover pour s'adapter aux besoins des professionnels et des territoires
 - Innover par la formation
 - Engagement 5 : augmenter de manière ciblée le numerus clausus régional pour l'accès aux études de médecine
 - Engagement 6 : augmenter le nombre de médecins libéraux enseignants
 - Engagement 7 : soutenir la recherche en soins primaires

¹⁴ JERBER Maud, Étude pour la caractérisation des territoires en tension pour l'installation des jeunes médecins, Commissariat général à l'égalité des territoires, novembre 2015, p. 8.

¹⁵ Pacte Territoire Santé. Des mesures concrètes pour lutter contre les déserts médicaux. Ministère des solidarités et de la santé., consulté le 10 juin 2017, sur <http://social-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/pts/article/2015-pacte-territoire-sante-2>

Innover dans les territoires

- Engagement 8 : mieux accompagner les professionnels de santé dans leur quotidien
- Engagement 9 : favoriser l'accès à la télémédecine pour les patients chroniques et pour les soins urgents
- Engagement 10 : soutenir une organisation des soins de ville adaptée à chaque territoire et à chaque patient

Différentes mesures concrètes à destination des médecins peuvent aussi être citées. L'Inter syndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG) a d'ailleurs édité un guide des aides à l'installation, remis à jour en janvier 2017¹⁶. De plus, le Pacte territoire santé a instauré les référents installation et les PAPS, portails d'accompagnement aux professionnels de santé. Il existe donc, au sein de chaque ARS, un référent installation qui doit conseiller les médecins souhaitant s'installer dans la région, et donc connaître les différents types d'aides à l'installation offertes au médecin dans la région concernée. Les PAPS ont également vocation à informer et faciliter l'orientation des professionnels de santé, en exercice ou en formation.

Nous citons ici d'autres mesures financières importantes, explicitées entre autres par le guide de l'ISNAR-IMG :

- Le Contrat d'Engagement de Service Public : créé en 2011, cette mesure nationale est destinée à promouvoir, par une bourse contractuelle versée pendant les études de l'étudiant, l'installation en zone déficitaire.
- Les subventions locales, encadrées par le Code général des collectivités territoriales :
 - o Aides au logement et au déplacement lors des stages en zones déficitaires.
 - o Bourses d'études avec un engagement à exercer au moins cinq ans en zone déficitaire.
- L'Assurance maladie a mis en place, dans la convention médicale de 2016, un contrat d'aide à l'installation des médecins, qui vise à aider les financements nécessaires à l'installation en zone sous-dense.

¹⁶ ISNAR-IMG, « Aides à l'installation. Guide pratique à l'usage des administrateurs de l'ISNAR-IMG », Avril 2013, Mis à jour janvier 2017, consulté le 15 juin 2017, sur <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/aides-installation.pdf>

- Des aides fiscales existent :
 - L'exonération de la cotisation foncière des entreprises, pour les médecins qui exercent leur activité libérale dans une commune de moins de 2000 habitants, ou située dans une Zone de revitalisation rurale (exonération pendant 2 à 5 ans).
 - L'exonération de l'impôt sur le revenu, lors d'une nouvelle installation en Zone de revitalisation rurale ou en Zone franche urbaine, ou lors des gardes ambulatoires effectuées en zone déficitaire.
- Les praticiens territoriaux de médecine générale : complément de rémunération par l'ARS pour les jeunes médecins installés.

D'autres aides, non financières, ont pour objectif de favoriser l'installation en zone sous-dense, comme par exemple :

- Le moratoire à l'installation : absence de majoration de participation financière pour un patient qui consulte un médecin (installé depuis moins de 5 ans ou en zone déficitaire), qui n'est pas son médecin traitant.
- La possibilité de créer des cabinets secondaires dans une zone sous-dotée, qui permet à un médecin d'exercer son activité professionnelle sur plusieurs sites distincts.
- La création du statut de collaborateur libéral, statut intermédiaire entre l'installation et le remplacement
- Des mesures favorisant le remplacement en zone sous-dense

Cependant, les mesures d'incitation financières instaurées ces dernières années semblent avoir une efficacité limitée¹⁷. En l'absence, par ailleurs, de démarche engagée en ce sens, nous préconiserions ici une évaluation chiffrée et complète des coûts d'ensemble de cette politique publique, par l'Etat.

¹⁷MAUREY H., « Rapport d'information fait au nom de la commission du développement durable, des infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire, en conclusion des travaux du groupe de travail sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire », 2013

1.1.5 Des mesures déclinées à l'échelle locale

Ce volontarisme politique est également retrouvé à l'échelle des collectivités locales, communes, communautés de communes, Pays, Conseils départementaux, Régions..., qui tentent de mettre en œuvre des solutions, parfois innovantes, pour leurs territoires. Les élus locaux, interpellés régulièrement par leurs électeurs sur ce sujet, souhaitent répondre à ces attentes et sont prêts à s'investir dans le champ de la santé, qui ne fait pourtant pas partie des compétences obligatoires d'une commune. La politique de santé, jusqu'alors dévolue à l'Etat et à la sécurité sociale, devient un problème politique local. La législation autorise d'ailleurs l'attribution d'aides financières sous conditions par ces différents échelons de collectivités territoriales.

Différents exemples de politiques locales de santé mises en œuvre peuvent être évoqués. Ainsi, l'Ordre des médecins, par exemple, a écrit un rapport présentant des initiatives réussies de territoires pour améliorer leur offre de soins¹⁸. Nous pouvons citer ici la création de réseaux en montagne limousine, en Corrèze, qui regroupe des médecins généralistes, ou encore la création de maisons de santé universitaires, par exemple celle de Sucy en Brie, réalisée avec la participation des collectivités territoriales.

1.1.6 Des regroupements professionnels encouragés

Les regroupements de professionnels de santé, et en particulier les regroupements pluri-professionnels libéraux sont encouragés depuis une dizaine d'années. C'est d'ailleurs un des engagements du Pacte territoire santé précédemment évoqué. Le terme de maisons de santé apparaît dans la législation en 2007¹⁹. Elles sont définies par l'article L6323-3 du Code de la santé publique comme « une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens »²⁰. Ces structures assurent, grâce une équipe constituée uniquement de médecins généralistes ou de professionnels de santé divers (elles sont alors appelées « maisons de santé pluriprofessionnelles »), des activités de soins de premiers recours principalement. Elles

¹⁸ ARNAULT F., « Améliorer l'offre de soins : initiatives réussies dans les territoires », Ordre national des médecins, Rapport de mission

¹⁹ Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, article 44

²⁰ Article L6323-3 du Code de la santé publique, Legifrance.gouv.fr, [consulté le 20-5-17], accessible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000017744182&cidTexte=LEGITEXT000006072665>

peuvent également participer à des actions de santé publique, de prévention et d'éducation pour la santé ainsi qu'à des actions sociales. Elles peuvent être mono- ou multi-sites.

Les centres de santé sont une autre forme de regroupement professionnel, héritiers des dispensaires du début du 20^e siècle. Ce type de regroupement connaît un nouveau développement, moindre toutefois que celui des maisons de santé, dans certains territoires. L'objectif de la création de ces nouveaux centres est la réponse à une diminution de l'offre de soins en médecine générale. Un en particulier, celui de la Ferté-Bernard, a fait date, et le maire de cette commune de la Sarthe, Jean-Carles GRELIER, reçoit toujours de nombreuses collectivités souhaitant s'investir dans ce type de projet. Les centres de santé sont définis par l'article L6326-1 du Code de la santé publique (CSP), qui stipule que « les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours »²¹. « Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales ou des établissements publics de coopération intercommunale, soit par des établissements de santé ». Les médecins exerçant dans ces structures en sont salariés. Les centres de santé doivent disposer d'un projet de santé prévoyant des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et des actions sociales. Ils doivent favoriser l'accessibilité sociale ; à ce titre, ils doivent pratiquer le tiers-payant.

Ces regroupements professionnels font consensus parmi les candidats à l'élection présidentielle, qui, pour la majorité (dont le nouveau président Emmanuel MACRON) proposaient le doublement du nombre de maisons de santé sur le territoire comme solution à la désertification médicale²². Des études sur ces maisons de santé semblent d'ailleurs confirmer leur impact favorable sur le maintien de l'offre de soins²³.

²¹Article L6323-1 du Code de la santé publique, Legifrance.gouv.fr. Accessible sur :

²²MACRON E., « Programme En Marche !, Election présidentielle- 23 avril et 7 mai 2017 », consulté le 18 juin 2017, sur <https://storage.googleapis.com/en-marche-fr/COMMUNICATION/Programme-Emmanuel-Macron.pdf>

²³CHEVILLARD G. et al., « Mesure de l'impact d'une politique publique visant à favoriser l'installation et le maintien de médecins généralistes : l'exemple du soutien au développement des maisons et pôles de santé en France », Revue d'Economie Régionale et Urbaine, 2015/4 (octobre), p657-694

Elise RIDARD

1.2 Contexte de l'offre de stage

1.2.1 Engagement de la Communauté de communes dans le champ de la santé

La Communauté de communes du Val de Sarthe a choisi de s'engager sur la question de l'offre de soins sur son territoire. Ce choix n'est pas si récent, puisque nous avons découvert, lors de la première phase de notre stage, l'historique riche de l'engagement de la Communauté de communes et des professionnels de santé depuis les cinq dernières années. En 2012, la mairie de la Suze est sollicitée par les trois médecins regroupés dans le cabinet médical du centre pour une demande de rachat de leur bien immobilier, dans la perspective du départ en retraite du Dr N'DAMITE, les deux médecins restant étant préoccupés par les coûts de fonctionnement que représentent pour eux ce départ. Le maire de la Suze-sur-Sarthe se rapproche alors de l'ARS pour une aide au cofinancement. L'ARS indique qu'il n'y aura pas de financement possible de sa part s'il n'y a pas un véritable projet de santé partagé (et non uniquement un rachat immobilier), qui dépasse le secteur de la Suze-sur-Sarthe. Le maire de la Suze se tourne alors vers le président de la Communauté de communes, Emmanuel FRANCO, qui lance une rencontre avec les professionnels de santé et l'ARS le 23 Novembre 2012. Une démarche de rencontres régulières (17 réunions sur une période de deux ans) s'amorce alors. Un groupe de travail d'élus est constitué, et une technicienne, Marie-Françoise DAVEAU, la responsable du service emploi et coordination sociale, devient leur interlocutrice principale au sein de l'administration. Des professionnels de santé se mobilisent, et une association, Médic'élan 72 est créée.

1.2.2 Médic'élan 72

Créée en mars 2014, suite aux conseils de l'ARS, l'association Médic'élan réunit plus de 20 professionnels de santé du territoire (infirmiers, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, médecins, sage-femmes, podologues, ostéopathe, orthophoniste, psychologue), exerçant essentiellement à La Suze-sur-Sarthe et à Roëzé-sur-Sarthe. Les objectifs de cette association étaient :

- De créer une maison de santé pluridisciplinaire sur La Suze-sur-Sarthe et les communes environnantes
- De contribuer à l'organisation sanitaire et sociale sur le territoire concerné
- De contribuer à l'organisation de l'accès aux soins de premiers recours
- D'organiser des actions de santé publique et de prévention

- De contribuer à la coordination et à la coopération entre les professionnels de santé du territoire
- D'améliorer la collaboration avec les hôpitaux et structures de soins du territoire
- De pérenniser l'offre de soins en rendant attractif le territoire pour inciter à l'installation de nouveaux professionnels de santé, en particulier des médecins généralistes
- D'avoir une représentation active auprès des élus, de l'agence régionale de santé et des différentes instances administratives ou de santé

Un travail et un début d'écriture de projet avaient même été réalisés (avec la rédaction, entre d'autres, de projets d'activité de prévention, le recensement des besoins matériels et immobiliers pour un projet de maison de santé...). La maison de santé de Sillé-le-Guillaume avait été visitée, et Dr DEVAUD, médecin facilitateur de l'ARS en Sarthe et travaillant dans cette maison de santé, était venu lors de plusieurs réunions pour appuyer ce projet. Mais, faute d'accord sur un projet commun, l'activité de l'association a depuis franchement diminué.

1.2.3 L'opportunité de l'arrivée de stagiaires

C'est dans ce contexte que Marie-Françoise DAVEAU, notre maître de stage, ayant eu connaissance par hasard de l'existence de notre Master, a proposé la venue de stagiaires aux élus. Son emploi du temps déjà chargé – elle est, en effet, responsable d'un service de la Communauté de communes - ne lui permet pas de poursuivre son investissement dans le champ de la santé. De plus, n'ayant aucune formation dans ce domaine, elle apprécierait la venue d'« experts ».

L'intérêt de notre venue, pour elle, est de pouvoir faire l'état des lieux de la situation, d'avoir un regard extérieur, et de pouvoir éventuellement relancer un projet.

1.3 Objectifs annoncés du stage

Au vu de l'échec de l'association Médic'élan, dont le but était de favoriser la création d'un regroupement de professionnels libéraux, notre mission de stage, telle qu'elle était annoncée sur l'offre, était, « d'accompagner les élus de la Communauté de communes du Val de Sarthe dans la

définition d'un projet de santé communautaire²⁴ permettant de lutter contre les déserts médicaux en Val de Sarthe : projet de création d'une maison de santé avec des médecins salariés ». Les missions principales consistaient à établir un diagnostic de santé sur le territoire (s'intéressant également aux attentes de jeunes médecins), d'élaborer des scénarios précis de centre de santé (établir un budget, trouver un local...) et de préparer la mise en œuvre concrète de ce centre (règlement intérieur, fiches de postes, procédures de marché en vue de retenir des prestataires informatique/de matériel médical...).

Le président de la Communauté de communes, lors de l'entretien de recrutement, nous a effectivement présenté comme objectif de fin de stage l'élaboration d'un projet complet de centre de santé. Cette volonté politique pour la création d'un centre de santé était étayée par la connaissance du centre de santé de la Ferté-Bernard, en Sarthe, créé en 2011 ; le groupe de travail « démographie médicale » ayant eu l'occasion de visiter cette structure en 2014. Emmanuel FRANCO avait alors été convaincu de la nécessité, devant l'absence de solution possible de regroupement professionnel libéral, que la collectivité s'engage et crée sa propre structure, afin de pouvoir gérer et contrôler elle-même le problème dans sa globalité. Cependant, dès cet entretien de recrutement ont été perçues des visions quelques peu différentes sur la nature du projet.

Avec Emmanuel FRANCO, deux autres élus, Noël TELLIER et Emmanuel D'AILLIERES étaient présents, en plus de notre maître de stage, Marie-Françoise DAVEAU. Nous avons appris alors le rachat du cabinet médical de La Suze-sur-Sarthe par son maire, cabinet dans lequel il souhaitait vivement voir s'installer des médecins, que ce soit sous la forme d'une installation libérale ou salariée, quitte à les contraindre au besoin par un contrat. Les deux autres élus souhaitaient lancer rapidement un projet de centre de santé, à destination de l'ensemble de la population du Val de Sarthe, et dont les modalités de fonctionnement et la localisation seraient précisés par notre étude. Il était pour eux entendu que ce centre de santé s'intégrait dans un projet de santé global sur le territoire, comprenant entre autres des actions de prévention. Notre proposition de binôme pour ce stage a été acceptée au vu de la complémentarité de nos profils. Il a été convenu qu'un travail de qualité devait suivre, équivalent à celui qu'aurait pu produire un cabinet de santé publique.

²⁴Le terme « communautaire » renvoie ici à la Communauté de communes

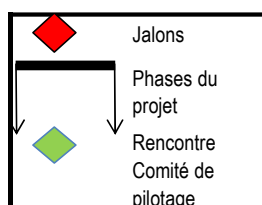
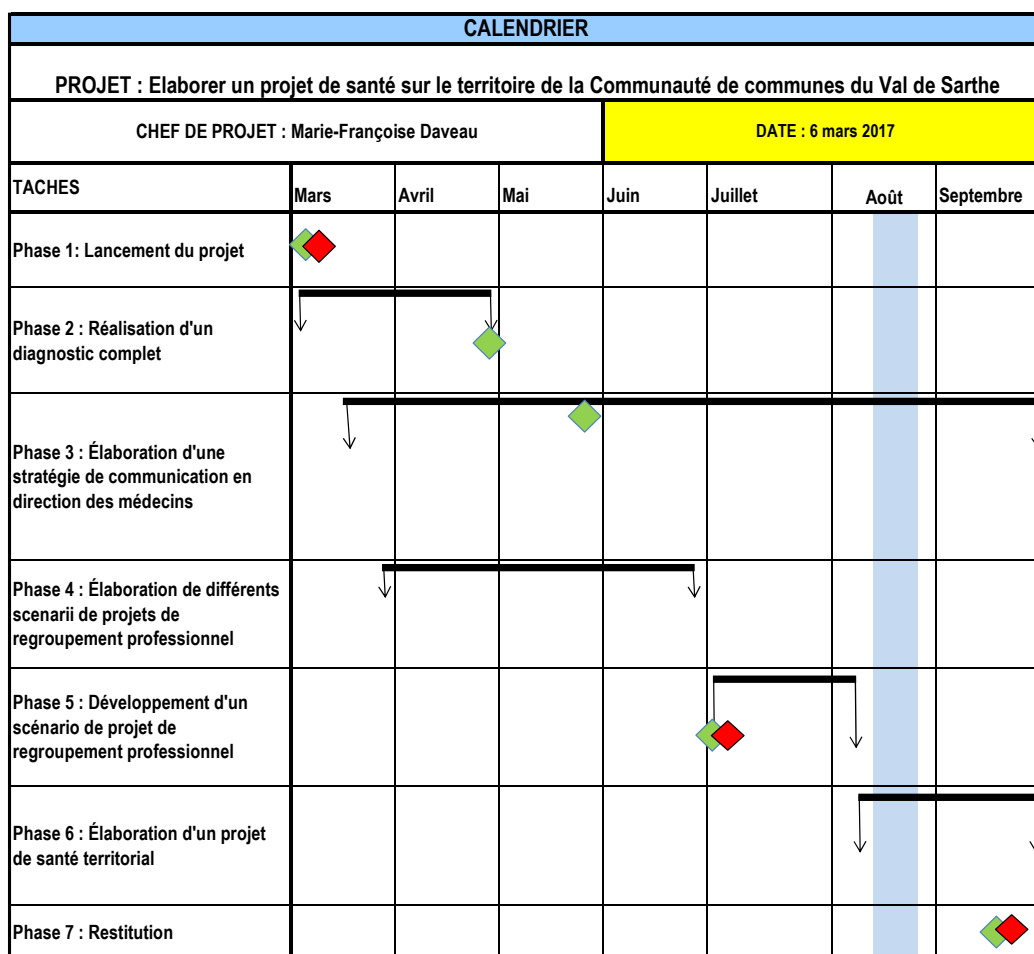
1.4 Objectifs retravaillés et retroplanning

La toute première phase de ce stage a constitué en une première approche de la Communauté de communes, et à l'appropriation de l'historique récent du territoire en matière de santé. Plusieurs éléments ont rapidement amené à une réflexion de fond sur les objectifs réalistes et réalisables de ce stage. Tout d'abord, l'existence d'un projet de regroupement professionnel avorté (l'association Médic'élan 72) montrait déjà les prémices d'un engagement de professionnels en faveur d'un travail collectif, ce dernier étant soutenu par certains élus (soutien du groupe de travail démographie médicale). Les raisons de l'échec de ce projet, bien que pressenties lors des premières discussions avec notre maître de stage, nécessitaient d'être établies par une étude approfondie et objective. Ensuite, il est apparu important de réaliser une véritable cartographie de l'offre de soins et d'étudier les besoins réels de la population avant de se lancer dans tout nouveau projet de santé.

Il s'est dès lors révélé que nos propositions en fin de stage ne devraient pas se concentrer sur un seul scénario, celui du centre de santé, et ce pour plusieurs raisons. Le centre de santé est une forme de regroupement professionnel, qui certes correspond aux attentes de certains médecins, mais doit aussi s'inscrire en cohérence avec les dynamiques professionnelles existantes sur un territoire. De plus, la motivation de certains professionnels libéraux du territoire, fortement perceptible, était également exploitable, le but étant alors de construire avec eux, et non contre eux. Enfin, le recrutement de médecins dans d'autres centres de santé en Sarthe n'étant pas évident, il semblait logique de réfléchir également à d'autres solutions pour attirer des médecins sur le territoire.

Ainsi, il a très vite été décidé que la première partie de ce stage se consacrerait à l'élaboration d'un diagnostic territorial de santé, suivi d'une étude de différents scénarios possibles, dont l'un, choisi suite à une discussion avec le groupe de travail démographie médicale, serait, lors d'une troisième phase du stage, développé de façon plus concrète : élaboration d'un projet de santé territorial. En parallèle serait développée une stratégie de communication en direction de médecins et professionnels de santé pour favoriser leur venue sur le territoire. Un calendrier a été élaboré en ce sens, présenté en Figure 2.

Figure 2 : Calendrier simplifié du stage



1.5 Première rencontre avec le groupe de travail démographie médicale

La première réunion du groupe de travail démographie médicale avait pour objectif la présentation et l’approbation des objectifs de notre stage et de ce calendrier. Devant le manque de consensus entre élus ressenti sur le véritable objectif de notre stage, il nous a en effet semblé nécessaire de présenter de façon claire l’objet de notre mission. Cette rencontre a également permis de présenter aux élus les premiers éléments de l’offre de soins sur le territoire (tout en les sollicitant pour apporter leurs connaissances du terrain aux données déjà récoltées), de présenter et de discuter des aspirations nouvelles des médecins, de l’intérêt éventuel du salariat au regard de ces aspirations, mais aussi de l’importance, lors de ce stage, de conserver une flexibilité et une

ouverture quant aux scénarios qui pourraient être proposés. Il avait été également souligné la nécessité pour les communes de travailler ensemble, dans une dimension communautaire et non pas communale. Ce premier groupe de travail a peu fait l'objet de débats. Hormis quelques précisions, ni les objectifs de notre stage, ni les premiers éléments de diagnostic n'ont trop interpellés les participants. A l'issue de cette rencontre, les objectifs et le cadre de travail du stage avaient donc été précisés.

2 Elaboration d'un diagnostic local de santé centré sur l'offre de soins

2.1 Nécessité et intérêt de ce diagnostic

Le diagnostic local ou territorial de santé, est, selon le guide méthodologique publié par la FNORS²⁵, entendu comme « une démarche d'analyse de situation donnant lieu à concertation et propre à fonder un processus de programmation de santé ». Il doit « être inscrit d'emblée dans une démarche plus globale de projet de santé ou bien en être un élément déclencheur » et peut intervenir à différentes étapes d'un projet de santé.

Ce diagnostic est nécessaire, pour décrire la situation en termes d'offre de soins, les besoins et les attentes actuels (ainsi que leurs évolutions) des professionnels et de la population. Il a également pour but de comprendre les dynamiques des professionnels de santé et des élus du territoire. Il doit être une base objective de la situation de la Communauté de communes dans le domaine de la santé, base nécessaire à tout nouveau projet en santé sur le territoire. Enfin, il est l'occasion d'échanger et éventuellement de remobiliser les acteurs socio-sanitaires et politiques du territoire.

2.2 Méthodologie du diagnostic

Afin d'établir un diagnostic le plus complet et détaillé possible, des recherches bibliographiques ont été couplées à une étude qualitative par entretiens semi-dirigés. La répartition des tâches au sein de notre binôme a cherché à optimiser notre double-compétence (diplômée de Sciences po – médecin généraliste). Virginie SAUGIER s'est concentrée sur les données socio-démographiques du territoire et les dynamiques politiques, Elise RIDARD s'est plutôt penchée sur les données de l'état de santé de la population et les dynamiques des professionnels de santé. D'autres parties ont été travaillées en commun, l'ensemble du document a été relu et corrigé par les deux stagiaires.

Les recherches bibliographiques ont été très variées. Différentes données d'ordre quantitatif étaient nécessaires, concernant en particulier le contexte socio-démographique, l'état de santé de la population, l'offre de soins, les dynamiques territoriales des patients. Par exemple, les données de quantitatives de la population ont été obtenues à partir de documents produits par

²⁵ « Guide à destination des maîtres d'ouvrage », étude FNORS, 2010

l'Agence régionale de santé (ARS), l'Observatoire régional de santé, la Caisse primaire d'Assurance maladie, l'ancien Institut national de veille sanitaire, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale. Si certaines de ces données ont été retrouvées à partir de recherche sur l'internet, d'autres ont été récupérées directement auprès des acteurs, par exemple Jean-Yves ENGLER, responsable études et statistiques de la CPAM de la Sarthe. Afin de présenter les souhaits des jeunes professionnels de santé, et de mettre en perspective les dynamiques du territoire avec une évolution nationale plus globale, il a été fait appel à la littérature grise (thèse, ouvrages, articles scientifiques), à des rapports, études ainsi qu'à des documents législatifs.

Pour compléter cette étude de la littérature, se concentrer sur le territoire concerné et en comprendre toutes les subtilités, des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de différentes institutions, de nombreux professionnels de santé et élus du territoire. Des guides d'entretiens ont été élaborés, un pour les professionnels représentant les institutions, un pour les professionnels de santé dont un spécifique pour les médecins généralistes, qui sont présentés en annexe, et enfin un dernier pour les entretiens auprès d'élus du territoire. Des guides d'entretien spécifiques pour différents représentants institutionnels ont été construits. Les grilles d'entretiens ont toutes été retravaillées et modifiées suite aux premiers entretiens. Tous les entretiens (sauf refus de l'interviewé) ont été enregistrés, puis retranscrits sous la forme de compte-rendus détaillés, appuyés de verbatims.

- Afin d'appréhender l'environnement institutionnel, en sus de Jean-Yves ENGLER, précédemment cité, Nathalie BRUEL, responsable des relations avec les professionnels de santé à la CPAM a également été rencontrée par Virginie SAUGIER. Un entretien a été mené auprès de Rachel BEUCHER, chargée de mission démographie médicale au Conseil départemental de la Sarthe, ainsi qu'auprès de Gilles GAUTIER, inspecteur de la délégation territoriale de l'ARS, en charge des questions de démographie médicale. Nous sommes également allées nous entretenir avec Dr Bertrand DEVAUD, à plusieurs titres, pour son rôle médecin facilitateur de l'ARS étant intervenu sur le territoire, pour sa connaissance personnelle du territoire et son expérience à la maison de santé de Sillé-le-Guillaume (Sarthe). D'autres rencontres ont lieu actuellement, elles n'ont pas pu être incluses dans ce diagnostic : Pr CAILLIEZ, membre du département de médecine générale de la Faculté de médecine d'Angers exerçant en Sarthe, Dr JOLY, président du Conseil de l'Ordre des médecins de la Sarthe.

- Les dynamiques politiques ont été étudiées en rencontrant individuellement les quinze maires de la Communauté de communes, ainsi que celui de Cérans-Foulletourte, et un adjoint d'une commune, qui souhaitait nous rencontrer.
- Les professionnels de santé rencontrés sont listés ci-dessous :
 - 13 médecins sur les 14 exerçant sur le territoire de la Communauté de communes, un médecin ayant décliné la demande de rendez-vous ; un entretien s'est déroulé par téléphone ; 4 médecins ont refusé l'enregistrement de notre échange, par crainte de l'utilisation que nous pouvions en faire ;
 - 3 pharmaciens (La Suze-sur-Sarthe et Roëzé-sur-Sarthe), en deux entretiens ;
 - Une des sages-femmes (La Suze-sur-Sarthe) ;
 - 4 infirmiers (2 cabinets infirmiers de La Suze-sur-Sarthe, Mézeray, Roëzé-sur-Sarthe), dont un entretien téléphonique ;
 - 3 kinésithérapeutes (Spay, La Suze-sur-Sarthe) à l'occasion de deux entretiens.
 - 1 dentiste (La Suze-sur-Sarthe).

Si l'exhaustivité a été recherchée pour les rencontres avec les médecins, elle n'a pas pu être atteinte concernant les autres professionnels de santé, dont l'effectif global est trop important (48 professionnels de santé en comptant seulement les pharmaciens, dentistes, infirmiers, kinésithérapeutes, sages-femmes). L'échantillonnage des professionnels contactés a été construit autour de leur dynamisme, et en particulier leur engagement dans Médic'élan 72, repéré par Marie-Françoise DAVEAU et dans les compte-rendus de réunion de l'association. Il a été également recherché une certaine diversité en termes de professions et de lieu d'exercice. La méthode de la boule de neige a aussi été utilisée, certains professionnels nous en conseillant d'autres à rencontrer. Les chirurgiens-dentistes, ne s'étant pas engagés dans l'ancien projet, ont fait l'objet d'une deuxième phase d'entretiens, qui se déroule actuellement.

- Noémie QUEANT et Emma BEGLAND, deux jeunes médecins s'intéressant à l'exercice en Sarthe, ont été rencontrées.

2.3 Limites du diagnostic

Plusieurs limites de ce diagnostic doivent être soulignées. Concernant la recherche de données quantitatives - et nous revenons ici en particulier sur les limites des données trouvées sur l'état de santé de la population - plusieurs éléments sont à évoqués. La petite taille du territoire étudié limite le nombre d'études le ciblant. Des données concernant le Pays de la Vallée de la Sarthe, voire le département de la Sarthe, ont également été intégrées au diagnostic. De plus,

lorsqu'un territoire était ciblé, celui-ci pouvait être celui de l'ancienne configuration de la Communauté de communes (avant 2014) qui comptait alors 20% d'habitants en moins. Ces données ont tout de même été intégrées. Les comparaisons de densité des professionnels de santé sur le territoire et à des échelons territoriaux plus élevés méritent également d'être nuancées, et en particulier celle des médecins généralistes. En effet, s'il nous a été facile de compter le nombre de médecins généralistes en activité sur le territoire (et bien que, encore une fois, leur temps de travail et leur nombre de patients puisse varier), il est difficile de déterminer le nombre de médecins généralistes exerçant en France des soins ambulatoires de médecine générale, les médecins généralistes ayant uniquement un exercice particulier n'étant pas forcément connus.²⁶ Enfin, pour des raisons de confidentialité et de respect du droit des patients, la CPAM ne peut nous fournir des données sur la patientèle des médecins du territoire ni les remboursements d'actes de soins.

Concernant l'étude qualitative par entretiens, les contraintes temporelles ne nous ont pas permis une retranscription intégrale nécessaire à une véritable étude sociologique. La diversité des techniques d'échantillonnage utilisées peut également être soumise à la critique. A noter aussi que certains professionnels ont refusé une rencontre, sans que la raison de ce refus soit connue.

2.4 Présentation des principaux éléments du diagnostic

Le document final produit présente tout d'abord les caractéristiques sociodémographiques de la Communauté de communes, l'état de santé de la population et l'offre de soins présente sur le territoire. Ensuite, une deuxième partie relève les dynamiques territoriales (mobilité des habitants), les dynamiques politiques et les dynamiques professionnelles existantes. Enfin, une dernière partie présente l'environnement institutionnel et les attentes et aspirations des jeunes médecins aujourd'hui. Nous revenons ici sur les informations principales de ce diagnostic, en relevant les plus pertinentes pour un projet de santé futur. Les dynamiques professionnelles, sur lesquelles portent particulièrement ce mémoire, font l'objet d'un point spécifique (4.4).

²⁶ BLOY G, SCHWEYER F-X, « Singuliers généralistes: sociologie de la médecine générale. Chapitre 2 : Démographie de la médecine générale », Rennes: Presses de l'École des hautes études en santé publique; 2010. 423 p

2.4.1 Présentation du territoire

La Communauté de communes du Val de Sarthe est située au Sud-Ouest du Mans. Les quinze communes la composant actuellement sont situées sur deux bassins de vie²⁷, celui de La Suze-sur-Sarthe :

- La Suze-sur-Sarthe : 4 465 habitants
- Roëzé-sur-Sarthe : 2 639 habitants
- Malicorne-sur-Sarthe : 1 915 habitants
- Mézeray : 1 885 habitants
- Louplande : 1 467 habitants
- Voivres-lès-le-Mans : 1 345 habitants
- Chemiré-le-Gaudin : 957 habitants
- Saint-Jean-du-Bois : 634 habitants
- Fercé-sur-Sarthe : 590 habitants

et le bassin de vie du Mans :

- Guécélard : 2 938 habitants
- Spay : 2 908 habitants
- Étival-lès-Le-Mans : 1 957 habitants
- Fillé-sur-Sarthe : 1 527 habitants
- Parigné-le-Pôlin : 1 074 habitants
- Souigné-Flacé : 695 habitants

Les communes sont présentées ci-dessus par bassin de vie et par population décroissante.

Il faut à ces communes ajouter celle de Cérans-Foulletourte (3357 habitants), qui se situe au Sud-Est de la Communauté de communes, entre Mézeray et Parigné-le-Pôlin, sur le bassin de vie du Mans. En effet, il est prévu que la commune de Cérans-Foulletourte rejoigne la Communauté de communes à l'horizon 2018. Dans cette optique et selon les volontés de notre commanditaire,

²⁷ « le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants » : « Bassin de vie », Définitions, INSEE, 13-10-16. Accessible sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c2060> [consulté le 20-4-17]

le diagnostic réalisé porte également sur cette seizième commune, qui amènerait la population totale à 30 380 habitants²⁸.

La Communauté de communes se situe sur la zone d'emploi du Mans²⁹. La mobilité de ses habitants se fait selon trois axes routiers principaux, les trois routes départementales traversant le territoire, parallèles, orientées sud-ouest/nord-est.

Figure 3 : Carte routière et autoroutière du Val de Sarthe - 2017



Source : Observatoire des territoires, CGET, 2017

²⁸ « Le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants », INSEE, « Bassin de vie », Définitions, INSEE, 13-10-16. Accessible sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c2060> [consulté le 20-4-17]

²⁹ « Une zone d'emploi est un espace géographique à l'intérieur duquel la plupart des actifs résident et travaillent, et dans lequel les établissements peuvent trouver l'essentiel de la main d'œuvre nécessaire pour occuper les emplois offerts. Le découpage actualisé se fonde sur les flux de déplacement domicile-travail des actifs »; « Zone d'emploi », Définitions, INSEE, 13-10-16. Accessible sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1361> [consulté le 10-5-17]

Elise RIDARD

Le territoire de la CDC comporte donc en son sein deux bassins de vie, et les mobilités de ses habitants suivent plusieurs axes, qui ne convergent pas vers le centre de la CDC.

2.4.2 Caractéristiques sociodémographiques de la population

Si les données concernant la commune de Cérans-Foulletourte ont été systématiquement ajoutées dans le diagnostic complet, nous ne les dissociérons pas ici, pour des raisons de simplification, des données concernant la Communauté de communes.

En plus des données sociodémographiques actuelles du territoire, il a toujours été recherché les évolutions probables, afin de mieux cerner la population future et d'anticiper au mieux les besoins de santé.

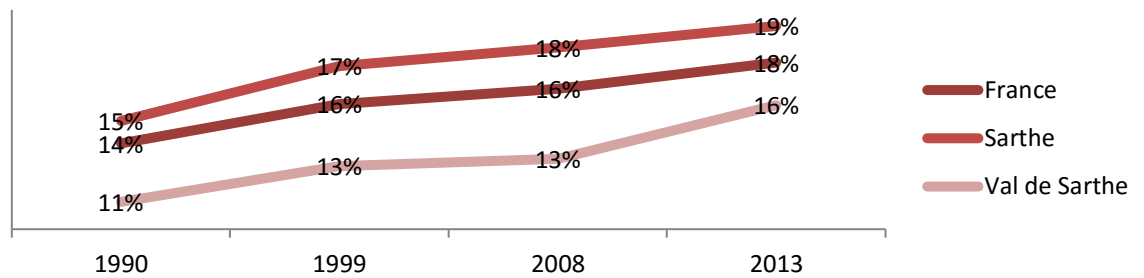
Le taux de croissance démographique annuel à long terme en Sarthe est évalué à +0,4% entre 2007 et 2040, soit une croissance moins importante que sur les périodes précédentes, et également plus faible que dans d'autres départements de la région Pays de la Loire (Vendée +1%, Loire-Atlantique +0,8%)³⁰

a) Structure de la population

→ La structure des âges de la population, comme pour le reste du pays, est marquée par un vieillissement, comme le montre la Figure 1. Or, dans une optique territoriale de santé, il est important de garder à l'esprit que les personnes âgées représentent une population fragile, aux besoins spécifiques. Les personnes âgées doivent faire l'objet d'une prévention et d'une prise en charge adaptées, et concertées, afin de maintenir leur autonomie. De plus, la mobilité moindre de cette tranche de la population est également à prendre en considération dans le diagnostic, en particulier en ce qui concerne l'accès aux soins.

³⁰ BONNEFOY V. et GICQUAUD N., *900 000 habitants de plus en 2040 en Pays de la Loire*, Insee Pays de la Loire, Études n° 90, décembre 2010. Accessible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1292468> [consulté le 1-4-17]

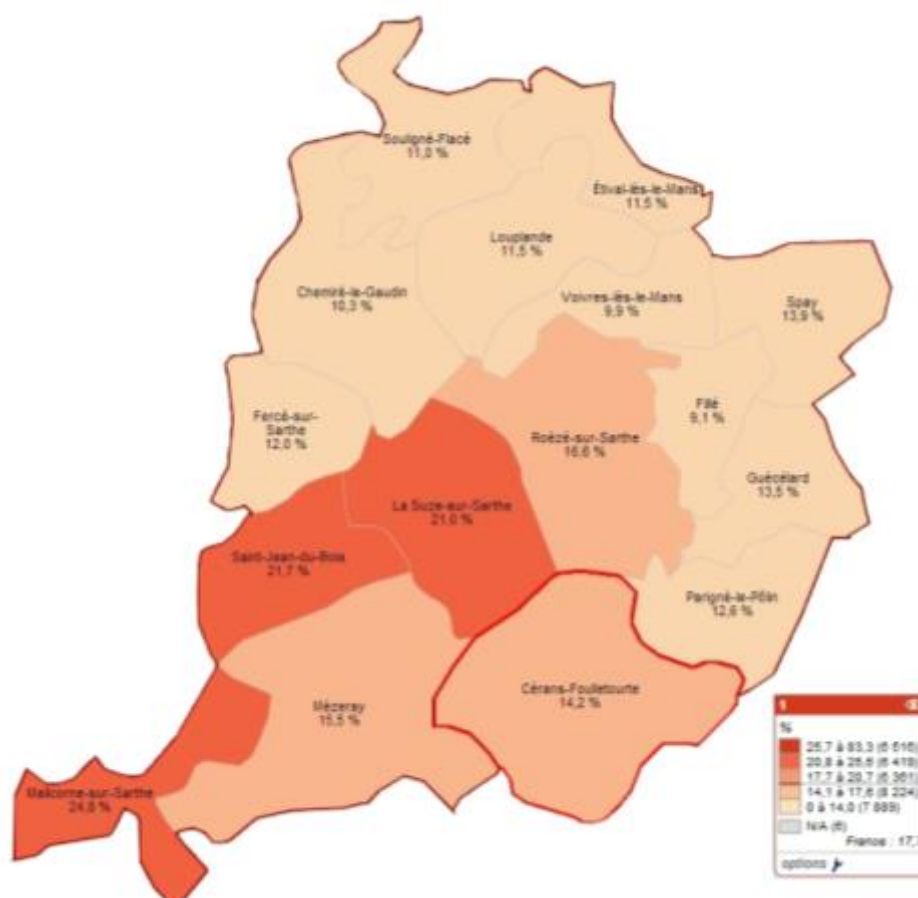
Figure 4 : Evolution de la part des personnes âgées de plus de 65 ans à l'échelle nationale, départementale et communautaire, 1990-2013



Source : INSEE, 1990-2013

Comme le montre la figure 4, le vieillissement de la population du Val de Sarthe s'est accéléré ces dernières années. La proportion des plus de 65 ans reste, malgré tout, inférieure à celle de la Sarthe ou de la France. Ce vieillissement est à nuancer, car de fortes disparités existent au sein du territoire. En effet, la carte ci-dessous met en évidence la proportion importante de personnes âgées de plus de 65 ans dans la population de certaines communes, et en particulier La Suze-sur-Sarthe, Saint Jean-du-Bois et Malicorne-sur-Sarthe comparativement à d'autres communes du territoire, dont la population est plus jeune. Ces éléments ont d'ailleurs été confirmés par les maires de certaines communes, qui soulignaient l'arrivée de nouveaux habitants, jeunes actifs, sur leur commune.

Figure 5 : Part des personnes de plus de 65 ans à l'échelle des communes – 2012



Source : Observatoire des territoires, Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET), 2012.

Concernant les jeunes enfants, en 2016, 1916 enfants ont de 0 à 6 ans sur la Communauté de communes, soit 7,1% de la population, contre 7,05% en France³¹. Il est observé une hausse globale de 7% du nombre d'enfants de moins de 6 ans entre 2015 et 2016³² (contre 0,8% à l'échelle de la France)³³. Cette hausse constatée sur le Val de Sarthe ne devrait pas se poursuivre, compte tenu d'une diminution globale du nombre de naissances enregistrées depuis 2014. Cette diminution des naissances ne touche là encore pas les communes du Val de Sarthe à égalité ; en effet, Mézéray,

³¹ INSEE, 2016

³² Source : Caisse d'allocation familiales (CAF), Communes du Val de Sarthe, Relais Assistantes maternelles du Val de Sarthe, 2016 ; retraitement Service Relais Assistantes Maternelles/Parents/Enfants, Communauté de communes du Val de Sarthe, 2016.

³³Source : INSEE, Tableaux de l'économie française 2015 et 2016.

Fillé-sur-Sarthe et La Suze-sur-Sarthe sont principalement touchées par ce phénomène. En revanche, Parigné-le-Pôlin, Chemiré-le-Gaudin et Voivres-lès-le-Mans voient leur nombre de naissances augmenter.

En comparaison avec la totalité du département et l'ensemble de la population française, le Val de Sarthe se distingue par une population relativement jeune et dynamique, avec un nombre d'enfants de moins de 6 ans en hausse. Cela n'augure pas forcément cependant d'une hausse des besoins de santé, puisque les jeunes de moins de 16 ans ne totalisent que 13% de l'ensemble des consultations et visites des médecins généralistes³⁴.

→ Revenus et pauvreté des ménages

Il est primordial de s'intéresser au niveau de vie de la population, afin de prévenir au mieux les inégalités sociales de santé. En effet, différentes études montrent que les personnes en situation de précarité peuvent plus couramment être sujettes à des pathologies diverses³⁵ ; en outre, la mortalité de cette population est également plus importante³⁶.

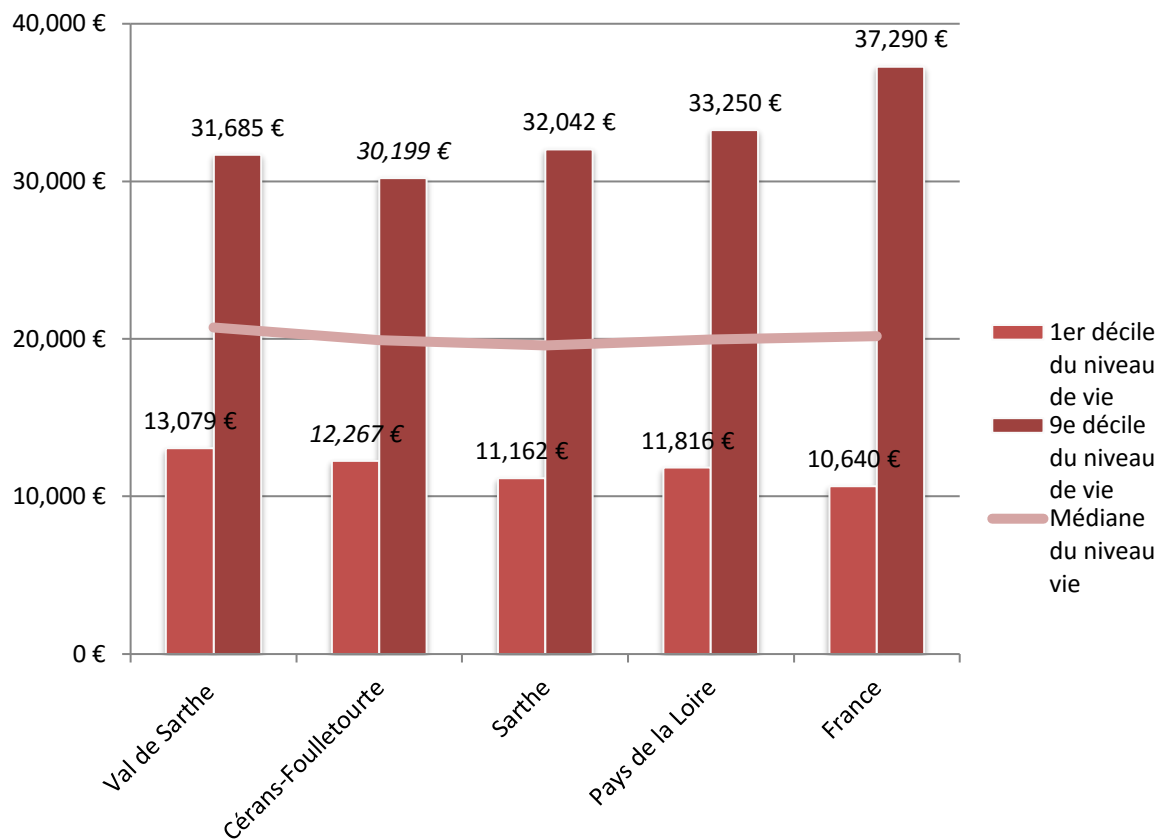
La médiane du niveau de vie des habitants du Val de Sarthe, est en 2014 de 20 725€, soit un chiffre plus élevé que celui de la Sarthe (19 587€), mais aussi des Pays de la Loire (19 941€) et de la France (20 185€). Ainsi, la moitié de la population du Val de Sarthe dispose d'un niveau de vie inférieur à 20 725€, et l'autre moitié, d'un niveau de vie supérieur à cette somme. L'écart entre le 1^{er} et le 9^e décile du niveau de vie est également inférieur à celui des échelons départemental, régional et national, ce qui montre une moins grande dispersion, et donc une plus grande homogénéité du niveau de vie dans la Communauté de communes.

³⁴ FRANC C., LE VAILLANT M., ROSMAN S., PELLETIER-FLEURY N., *La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites*, DREES, Collection Études et résultats, août 2007 n°588, 8 p.

³⁵ LORTHOLARY O., « Pathologies infectieuses et précarité en France », *Laennec*, 2007/4 (Tome 55), p. 6-14. Accessible sur : <http://www.cairn.info/revue-laennec-2007-4-page-6.htm> [consulté le 12-5-17]

³⁶ LARCHER P., « Principales répercussions de la pauvreté sur la santé », *Laennec*, 2007/4 (Tome 55), p. 15-26. Accessible sur : <http://www.cairn.info/revue-laennec-2007-4-page-15.htm> [consulté le 10-5-17]

Figure 6 : Déciles de niveau de vie, 2013



Source : INSEE, 2013

De plus, le taux de pauvreté ³⁷ (seuil de pauvreté de 1009€ en France en 2013) du Val de Sarthe en 2013 s'élève à 7%, alors qu'il est de 13% pour le département, et de 14% pour la France entière.

Ainsi, le territoire étudié a un niveau de vie proche de la moyenne nationale, légèrement supérieur, avec un faible taux de pauvreté.

→ Catégories socio-professionnelles

La communauté de communes, tout comme le département de la Sarthe, présente une proportion importante d'ouvriers (30%), contre 21% au niveau national, et une part plus faible de

³⁷Taux de pauvreté : proportion d'individus (ou de ménages) dont le niveau de vie est inférieur pour une année donnée à un seuil, dénommé seuil de pauvreté (exprimé en euros, qui lui correspond à 60% du revenu médian), Définitions, INSEE, 13-10-16. Accessible sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1320> [consulté le 9-5-17]

cadres et professions intellectuelles supérieures (10%) qu'en France (18%). Or, les ouvrières et les ouvriers sont ceux sur qui pèsent le plus lourdement les inégalités sociales de santé³⁸. En effet, ce sont eux, ouvriers de l'industrie, de la manutention, et agricoles, qui sont le plus touchés par les troubles musculo-squelettiques, par exemple³⁹.

b) *Environnement économique*

En termes d'emploi, la Communauté de communes se situe dans une position favorable, par rapport au département et à la France. En effet, en 2013, le taux d'activité des 15-64 ans se situe à 77% en Val de Sarthe contre respectivement 73% et 74 % pour la France et pour la Sarthe⁴⁰.

Le secteur agricole y est très développé (16% des secteurs d'activité du tissu économique versus 6% pour la France). Les secteurs de l'industrie et de la construction sont également plus importants que pour le département et la France, puisqu'ils s'élèvent respectivement à 8% et à 12% de l'activité totale réalisée sur la Communauté de communes.

2.4.3 Etat de santé de la population

La majorité des données fiables qui ont pu être portées à notre connaissance présentent des informations à l'échelle de la Sarthe, voire du Pays Vallée de la Sarthe (rassemblant trois Communautés de communes dont celle du Val de Sarthe).

Il faut tenir compte du fait que s'il existe des disparités à l'intérieur même du département, le Pays Vallée de la Sarthe se situe, pour toutes les données qui vont suivre, dans la moyenne de la région, contrairement aux autres Pays. Faute de données plus précises, il est présumé qu'à une échelle plus petite, la Communauté de communes du Val de Sarthe ne diffère pas du Pays auquel elle appartient.

→ Mortalité et causes de décès

³⁸ DESENCLOS J.-C. et ARWIDSON P., Éditorial. Inégalités sociales et territoriales de santé : des connaissances et des faits probants pour l'action, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2016 (16-17), p.274-5. Accessible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/16-17/2016_16-17_0.html [consulté le 15-4-17]

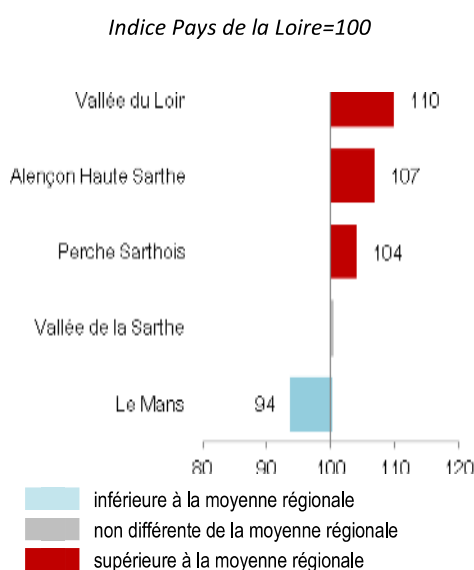
³⁹ InVS, *Troubles musculo-squelettiques (TMS)*, Santé publique France, septembre 2009, mis à jour en septembre 2013. Accessible sur <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Travail-et-sante/Troubles-musculo-squelettiques-TMS/Contexte-et-dispositif-de-surveillance> [consulté le 4-5-17]

⁴⁰ INSEE, 2013

Selon l'Observatoire régional de santé (ORS), dans une étude parue en juillet 2011⁴¹, il existe de grandes disparités en Sarthe en termes de mortalité générale. Cependant, pour la Vallée de la Sarthe, le taux de mortalité est proche de la moyenne de la région Pays de la Loire, cette dernière étant inférieure à la moyenne française, tant pour les femmes que pour les hommes.

Les causes de décès en Sarthe sont principalement les cancers (28 %) et les maladies de l'appareil circulatoire (28%).

Figure 7 : Indice comparatif de mortalité générale selon le territoire, en Sarthe



Source : INSERM CépiDc, INSEE, exploitation ORS, 2014.

→ Mortalité prématurée : suicide et alcool

La mortalité prématurée se définit comme l'ensemble des décès survenus avant 65 ans. La mortalité prématurée en Pays de la Loire est, pour les hommes, proche de la moyenne nationale. Pour les femmes, elle est inférieure à la moyenne nationale (période 2005-2007). La mortalité en Pays Vallée de la Sarthe n'est pas significativement supérieure à celle de la région ; ce qui signifie qu'il n'est pas possible de démontrer une vraie différence de mortalité entre le Pays Vallée de la Sarthe et la région. Par contre, en Sarthe, la mortalité prématurée est supérieure à la moyenne régionale de 4% chez les hommes et de 9% chez les femmes. Cette surmortalité est due à la forte

⁴¹Indicateurs de santé. Spécificités territoriales en Sarthe, ORS, ARS Pays de La Loire, octobre 2011, Nantes, p. 2.

mortalité par suicide, et aux pathologies liées à la consommation d'alcool⁴². Il faut néanmoins noter qu'à l'échelle de la Vallée de la Sarthe, la mortalité liée à une consommation excessive d'alcool ne diffère pas de la moyenne régionale. La surmortalité par suicide se retrouve à l'échelle du Pays Vallée de la Sarthe, sans toutefois qu'elle ne soit statistiquement significative.

La mortalité prématurée évitable du département (dont les causes de décès sont liées à des comportements à risques) est supérieure à la moyenne régionale de 10% pour chez les hommes, et de 12% chez les femmes ; cette supériorité est néanmoins due à des disparités infra-départementales. Par ailleurs, près de 80% des décès prématurés évitables concernent des hommes⁴³. Il faut cependant noter qu'à l'échelle du Pays Vallée de la Sarthe, le taux de mortalité prématurée évitable se situe dans la moyenne régionale.

→ Cancers

Le cancer de la prostate et le cancer du sein sont les plus fréquemment diagnostiqués, devant le cancer colo-rectal, le cancer du poumon et les cancers des voies aérodigestives supérieures. Chez les hommes, le cancer du poumon constitue la première cause de mortalité par cancer. Chez les femmes, le cancer du sein arrive au premier rang. Le Pays Vallée de la Sarthe ne se distingue pas de la région, ni de la France qui est dans la même situation.

Il faut noter que la participation au dépistage du cancer du sein est de 65% pour la Sarthe en 2009-2010 (moyenne régionale 64%, nationale 52%).

→ Facteurs de risque cardio-vasculaires et diabète

La CPAM de la Sarthe a d'ailleurs pu fournir à la Communauté de communes des informations sur le territoire du Val de Sarthe antérieur à l'ajout des communes de Malicorne-sur-Sarthe et de Mézeray, en particulier sur les facteurs de risque cardiovasculaire⁴⁴. Selon ces informations, le taux de personnes atteintes d'hypertension sur ce territoire est significativement supérieur au même taux pour la Sarthe (19,5% contre 18,3%). Le taux d'hyperlipémie est également

⁴²Projet régional de santé des Pays de la Loire, *Annexe 1 : état des lieux de la santé en Pays de la Loire. Indicateurs de santé, spécificités territoriales en Sarthe*, ORS, ARS Pays de La Loire, mars 2014, p. 807.

⁴³*Ibid*, p. 795.

⁴⁴ ENGLER J.-Y., *Profil Santé. CC du Val de Sarthe*, CPAM de la Sarthe, septembre 2014, p. 6.

Elise RIDARD

significativement supérieur à celui de la Sarthe (12,8% versus 11,8%). Enfin, le taux de diabète est supérieur à celui de la Sarthe (4,9% versus 4,7%), mais la différence n'est pas significative.

→ Accidents de la circulation

Les accidents de la circulation regroupent « tout accident impliquant au moins un véhicule routier en mouvement, survenant sur une voie ouverte à la circulation publique, et dans lequel au moins une personne est blessée ou tuée »⁴⁵. Pour la région Pays de la Loire, la mortalité par accident de la circulation est supérieure de 19% à la moyenne nationale chez les femmes, et proche de cette moyenne chez les hommes (2005-2007). Pour le Pays Vallée de la Sarthe, la mortalité par accident de la circulation est similaire à la mortalité régionale.

2.4.4 Offre de soins sur le territoire

Si les soins de second recours ont été évoqués dans le diagnostic complet, nous nous concentrons ici sur la présentation de l'offre de soins de premier recours ou soins primaires. Ils regroupent :

- La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- L'éducation pour la santé.⁴⁶

L'offre sociale et médico-sociale, également essentielle au diagnostic, n'est pas non plus présentée dans ce mémoire.

a) Démographie médicale

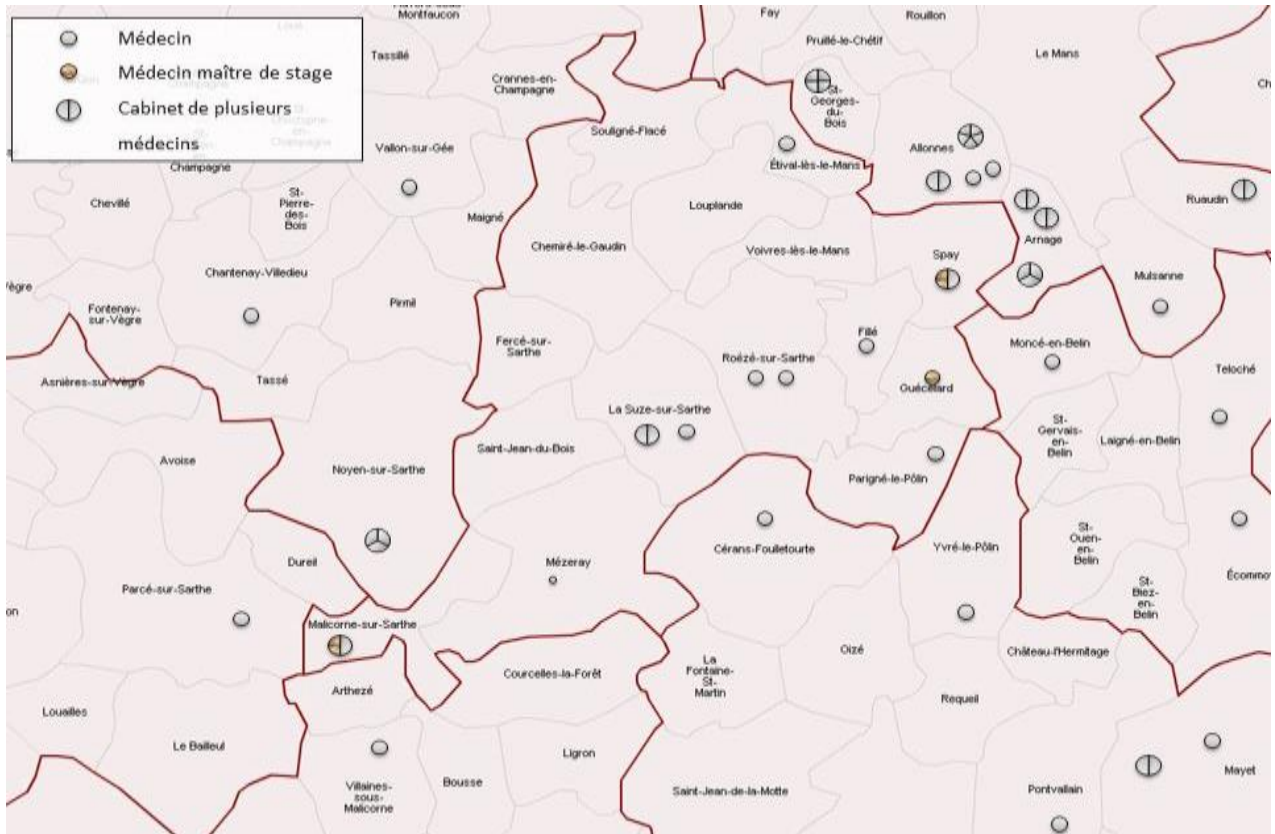
La démographie médicale concerne ici uniquement les médecins généralistes, médecins de premier recours. Il n'y a pas de médecins d'autres spécialités sur le territoire. Tous les médecins du Val de Sarthe exercent en libéral. La carte ci-dessous permet de visualiser les médecins généralistes du territoire mais également des communes alentours. Elle montre une répartition inégale des

⁴⁵ "Accidents corporels de la circulation", *Définitions*, INSEE, 13-10-16. Accessible sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1116> [consulté le 16-4-17]

⁴⁶ Loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST) de 2009

médecins, présents sur les communes de l’Est, du centre et du Sud de la Communauté de communes. Les communes sans médecin sont les communes les moins peuplées (la plus peuplée est Louplande, 1467 habitants). 13 médecins exercent sur le territoire de façon permanente, une médecin de Noyen vient faire des permanences une journée par semaine à Mézeray. Cette médecin n’est pas prise en compte lors des calculs de moyenne d’âge et de densité.

Figure 8 : Cartographie des cabinets médicaux du Val de Sarthe - 2017



Source : FINESS, 2017 ; retraitement Communauté de communes du Val de Sarthe.

La densité de médecins généralistes dans le Val de Sarthe est de 4,9 pour 10 000 habitants. Elle est inférieure à la densité des échelons départemental, régional et national - respectivement de 6,3 ; 8,1 ; 13,1⁴⁷. Cependant, il faut notifier que les densités de médecins généralistes précédemment citées (sauf celle du Val de Sarthe, calculée par nos soins), ne tiennent pas compte des différents modes d’exercice des médecins généralistes (libéral, salarié hospitalier, salarié non

⁴⁷ Ordre national des médecins, Cartographie interactive de la démographie médicale, à partir des données de l’Atlas de la démographie médicale 2016

hospitalier) ou d'un éventuel exercice particulier. En 2016, la Sarthe compte, quant à elle, 6,3 médecins pour 10 000 habitants. Le département se situe dans une tendance à la baisse continue de 2007 à 2016 : le territoire a perdu 6% de ses effectifs de médecins généralistes, quand la population a augmenté de 5,1% sur cette période⁴⁸

Au regard des entretiens menés dans le cadre de ce diagnostic avec les élus, il ne semble pas y avoir de plainte immédiate des habitants sur le territoire, en termes d'accès à des soins de médecine générale. Les patients se soucieraient plutôt du devenir de l'offre de soins du territoire, à court terme. Il faut ici préciser qu'aucune enquête de population ne permet d'infirmier ou d'affirmer ces propos. Cependant, si plusieurs médecins ont signalé accepter de nouveaux patients (souvent en circonscrivant à leur commune), d'autres ont précisé être dans une situation de refus.

Un autre élément majeur à prendre en compte est l'âge moyen des médecins, très élevé (58,5 ans) sur le territoire ; l'âge médian étant de 61 ans, plus de la moitié des médecins ont au moins 61 ans. En comparaison, en France, la moyenne d'âge des médecins généralistes est de 52 ans (tous modes d'exercice confondus)⁴⁹. Plusieurs médecins ont effectivement lors des entretiens évoqué leur départ en retraite (les médecins de Fillé, Guécélard, Parigné-le-Pôlin, un médecin de Spay, deux médecins de La Suze). 8 médecins auront plus de 65 ans – âge de départ moyen à la retraite des médecins⁵⁰- dans 5 ans.

Si la situation à ce jour est de l'ordre d'une simple tension de l'offre, elle deviendra beaucoup plus compliquée dans 5 ans, sans nouvelle arrivée de médecin.

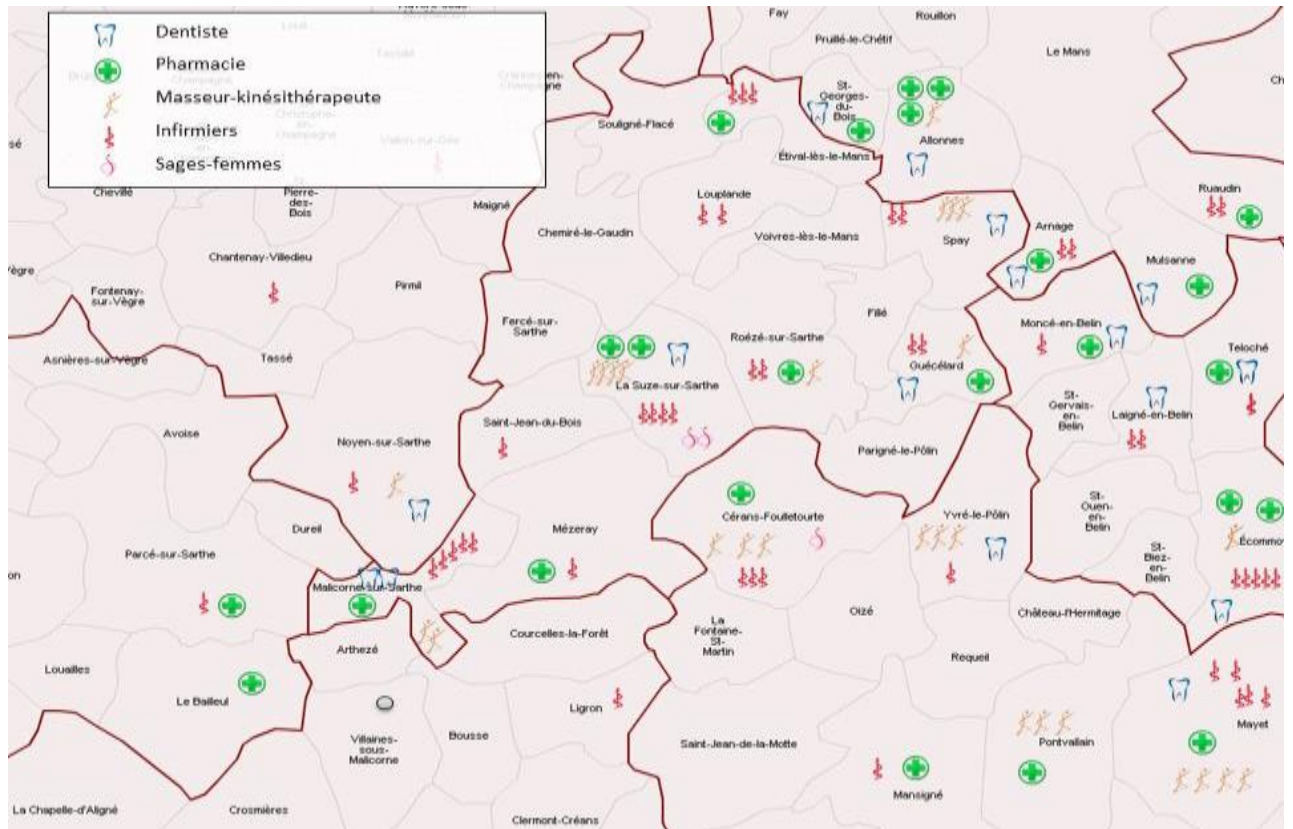
b) Démographie des autres professionnels de santé

⁴⁸*ibid.*

⁴⁹*ibid.*

⁵⁰ C., J.-J., *Démographie médicale : généralistes en baisse, spécialistes en hausse*, MG France [en ligne], 11 juin 2014. Accessible sur : <https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/545-demographie-medicale-generaliste-en-baisse-specialistes-en-hausse> [consulté le 21-4-17]

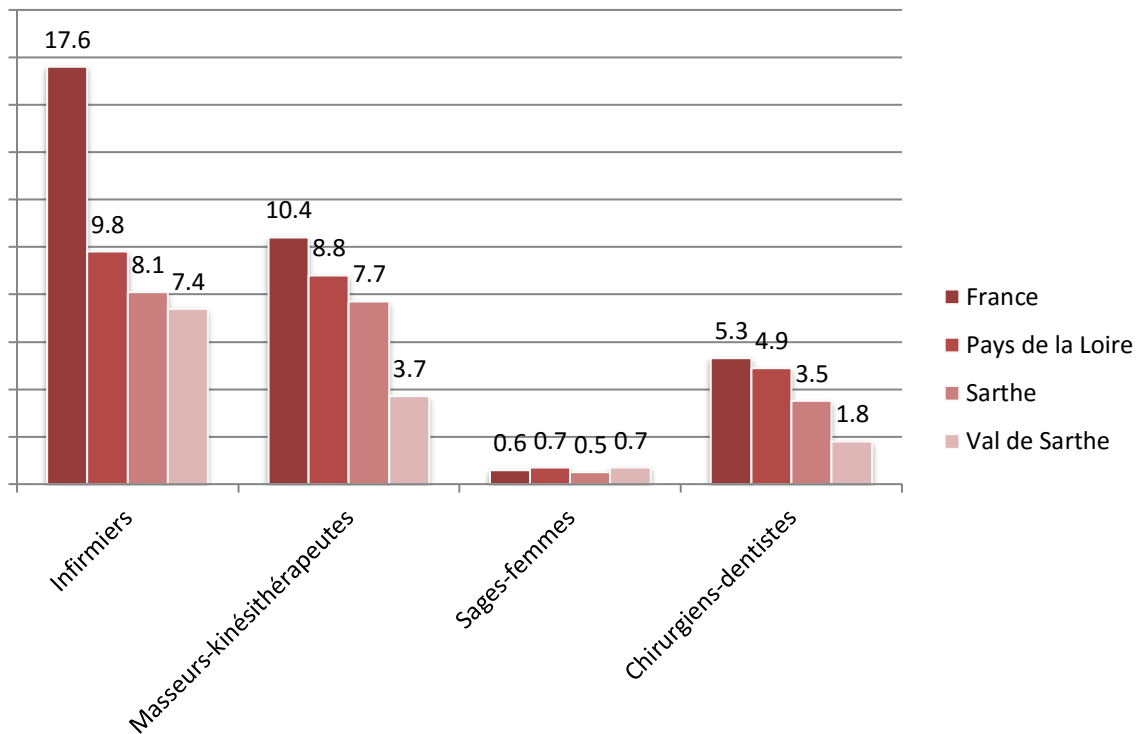
Figure 9 : Cartographie des professionnels de santé médicaux et paramédicaux (hors médecins généralistes) du Val de Sarthe - 2017



Source : FINESS, 2017 ; retraitement Communauté de communes du Val de Sarthe.

La présence des autres professionnels de santé reste concentrée surtout sur les communes où exerce(nt) un ou des médecins généralistes.

Figure 10 : Densité moyenne de professionnels de santé (hors médecins généralistes) pour 10 000 habitants – 2016



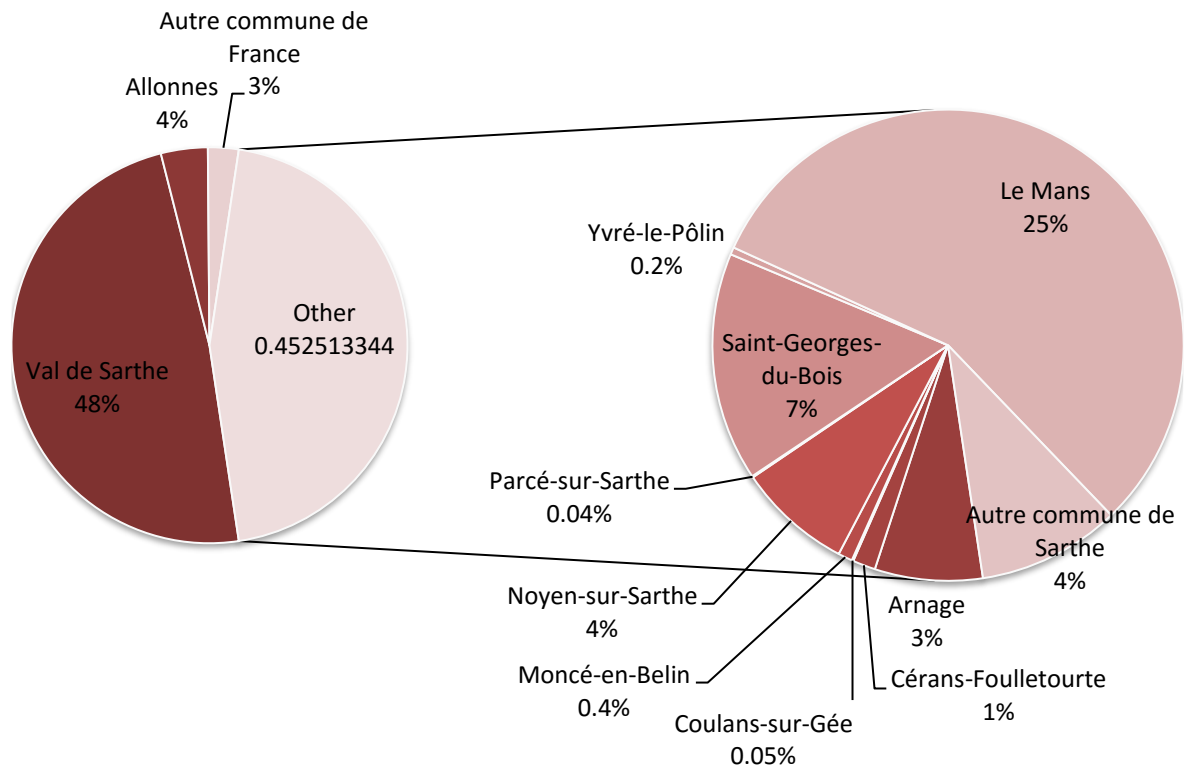
Sources : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2016.

Si la densité des autres professionnels de santé présentés sur ce graphique est de manière générale inférieure à celle de la France, des Pays de la Loire et de la Sarthe (sauf pour les sages-femmes), la densité d'infirmiers sur le territoire ne semble pas poser de problème au regard des entretiens avec les professionnels et les élus. La densité des infirmiers est d'ailleurs proche de celle de la Sarthe ou des Pays de la Loire. Par contre la faible densité des masseurs-kinésithérapeutes et des chirurgiens-dentistes est perçue dans ces chiffres mais également dans notre étude qualitative.

2.4.5 Mobilité des patients sur le territoire

Si ce diagnostic est commandé par et centré sur la communauté de communes, il est bien entendu que la mobilité des habitants ne se limite pas aux frontières du territoire, et qu'il est par conséquent nécessaire, avant tout projet de santé, de connaître ces dynamiques de déplacements des habitants. Les données ont été fournies par la CPAM de la Sarthe et retraitées par Virginie SAUGIER.

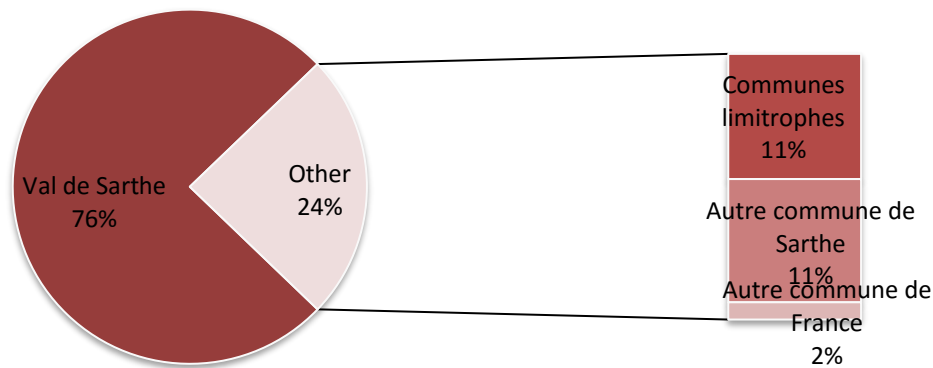
Figure 11 : Destination des patients du Val de Sarthe – actes réalisés en médecine générale - 2016-2017



Source : Données CPAM de la Sarthe, 2016.

Comme le montre cette figure, la majorité des actes de médecine générale effectués pour des habitants du Val de Sarthe ont lieu hors de la Communauté de communes. Par ailleurs, les habitants ne se rendent pas uniquement dans des communes limitrophes, mais semblent prêt à effectuer des trajets plus longs pour des actes médicaux. A l'inverse, près d'un quart des patients des médecins généralistes exerçant dans le Val de Sarthe proviennent de l'extérieur de la Communauté de communes.

Figure 12 : Provenance géographique des patients des médecins généralistes du Val de Sarthe 2016-2017



Source : Données CPAM de la Sarthe, 2016

Il est important de spécifier que ces informations ne permettent pas de préjuger des raisons de ces mobilités. Certains éléments peuvent cependant permettre d'apporter des explications. Les entretiens menés avec les professionnels de santé nous ont appris que plusieurs médecins du territoire sont dans une situation de refus de nouveaux patients (quand d'autres en acceptent toujours), et tentent de circonscrire leur patientèle à leur commune, ce qui peut, en partie, expliquer ces chiffres. En outre, certaines communes n'ayant plus de médecins (ou n'en ayant jamais eu), les habitants se dirigent naturellement vers les médecins du bassin de vie dans lequel se situe leur commune, sans tenir compte des frontières de la CDC. Par exemple, les habitants de Souigné-Flacé, de Voivres-lès-Le-Mans, d'Étival-lès-Le-Mans et des communes situées à l'Est du Val de Sarthe ont tendance à se rendre vers le Nord (où se trouve la ville du Mans).

Cette mobilité des habitants pour consulter un médecin généraliste se retrouve également au sein même de la Communauté de communes. En moyenne, les habitants domiciliés dans le Val de Sarthe reçoivent des actes médicaux sur leur commune d'origine à 35%.

Tableau 1 : Rayon de déplacement moyen des patients du Val de Sarthe

Commune d'origine	35%
0-10 km	37%
10-20 km	15%
Plus de 20 km	11%
Hors 72	3%

Source : Données CPAM de la Sarthe, 2016.

Ce tableau montre que les patients sont prêts à se déplacer pour consulter un médecin généraliste, parfois sur de longues distances, 29% des actes ayant lieu à plus de 10 km de leur commune de résidence.

Cette mobilité importante des patients appuie la possibilité d'organiser un regroupement professionnel dans une commune, car une des conséquences, qui peut être de laisser des communes sans médecin, ne semble pas problématique. Cela pourrait être néanmoins approfondie par une étude des publics empêchés.

2.4.6 Dynamiques politiques

La question des dynamiques politiques fait l'objet du mémoire de Virginie SAUGIER, elle ne sera donc que brièvement exposée ici. Ces dynamiques sont particulièrement importantes à étudier dans le contexte où c'est une collectivité territoriale – ici la Communauté de communes – qui se préoccupe de travailler sur un éventuel projet de santé. Si le discours de la Communauté de communes, porté par son Président, semblait clair et globalement approuvé par tous, les entretiens individuels réalisés auprès des maires ont permis de relever certaines discordances. En effet, plusieurs élus mettent en doute la pertinence d'un transfert de la compétence santé. Parmi les 15 maires rencontrés, 11 sont en accord avec ce transfert, 2 estiment que ce n'est pas à la Communauté de communes de s'en emparer puisque c'est une compétence étatique et 2 émettent des réserves sans s'opposer à un tel transfert, craignant que cela n'entrave une dynamique communale de santé. Par ailleurs, les avis varient quant à la volonté de disposer d'un médecin par commune, huit maires tenant a minima à l'organisation d'une permanence par un médecin sur leur

Elise RIDARD

commune. Enfin, si la majorité (13 sur 15) des maires ne s'oppose pas au mode d'exercice salarié, beaucoup restent prudents quant à ce type de projet, qui nécessite un investissement et un budget de fonctionnement important. Ce problème de discordance entre l'apparent consensus sur la nécessité de l'implication des élus locaux dans le champ de la santé, avec l'existence d'un groupe de travail et de déjà nombreuses réunions sur la question, et la réalité des discours individuels sur la volonté des élus de s'impliquer réellement a été d'ailleurs ressenti par les professionnels de santé du territoire. De même, s'il a paru évident initialement que c'était à l'échelle et avec les moyens de la Communauté de communes qu'il fallait réfléchir aux questions de démographie médicale, en pratique, plusieurs maires ont travaillé à l'élaboration d'un projet exclusivement communal, sans concertation avec les autres communes, et sans grand succès d'ailleurs. Les professionnels de santé ont bien perçu ce manque de cohérence, qu'ils repèrent comme un frein majeur à tout projet de santé. Un professionnel de santé rencontré parle de « freins politiques, des petites guéguerres de clochers ».

L'idéal serait ici (ou pour la suite de votre intervention auprès de la com com) que vous lui dictiez comment prendre la compétence santé : quelle procédure, quelle majorité obtenir... Il y a des règles précises du fonctionnement de l'interco et Justine doit savoir ça

3 Dynamiques professionnelles : un projet de regroupement professionnel au point mort

L'étude menée auprès des professionnels de santé a permis de faire émerger les collaborations et les dynamiques existantes entre eux, qu'elles soient plus ou moins formalisées, ou résultantes d'amitiés et de liens personnels. Elle visait également à connaître les souhaits et motivations de ces professionnels pour un projet futur.

3.1 Une dynamique persistante entre de nombreux professionnels

3.1.1 Des échanges « sympathiques » entre professionnels

De façon générale, les entretiens réalisés avec les professionnels de santé ont permis de constater une bonne entente entre les pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, sages-femmes. Faute de temps, nous n'avons pas ici rencontré certaines professions telles les podologues, les ostéopathes, la psychologue, l'orthophoniste, la diététicienne du territoire. Certains d'entre eux étaient pourtant impliqués dans le projet de santé, et échangent encore régulièrement avec d'autres professionnels du territoire. Pour plusieurs des professionnels

interviewés (hors médecins), l'association Médic'élan 72 a au moins eu le mérite de les faire se rencontrer, de nouer ou de renforcer des relations. « *L'intérêt pour moi de Médic'élan 72 c'était de sortir de mon village pour rencontrer les professionnels de la Communauté de communes, pour avoir des liens, plus de proximité, c'est vrai que ça, ça a été intéressant, parce que moi j'ai pu rencontrer d'autres choses* » (masseur-kinésithérapeute 1). Les échanges, dont certains existaient d'ailleurs avant Médic'élan 72, se poursuivent d'ailleurs. « *Déjà, y'a eu, grâce à Médic'élan, un rapprochement entre les deux cabinets infirmiers. Au début, ils avaient pas du tout supporté l'installation [des autres infirmiers], maintenant, ils se parlent, c'est cordial* » (masseur-kinésithérapeute 3). La proximité générationnelle de ces professionnels semble, pour plusieurs d'entre eux, un facteur favorisant ces échanges. « *On est tous à peu près de la même génération, le tutoiement est de rigueur, ça rend les échanges extrêmement sympathiques. [...] Infirmiers, kinés, pharmaciens, c'est le noyau dur* » (pharmacien 2). Ces échanges sont majoritairement de nature informelle.

3.1.2 Des échanges plus réduits avec les médecins et les chirurgiens-dentistes

Les échanges entre les médecins et les autres professionnels semblent plus réduits, même si la plupart des professionnels disent réussir à avoir des échanges téléphoniques avec les médecins lorsque le besoin s'en fait sentir, le plus souvent pour évoquer la prise en charge d'un patient. Ces échanges restent informels. Mais la sollicitation provient le plus souvent du professionnel non médecin : « *On arrive toujours à avoir les médecins au téléphone, [...] dans le sens inverse ça n'existe pas. Je suis convaincu que c'est la médecine à l'ancienne* » (Pharmacien 2). La surcharge de travail des médecins, perçue par les autres professionnels, n'incite pas à l'échange. « *C'est sûr ce serait mieux qu'on se concerte un peu plus. Mais on sait qu'ils sont surbookés, on essaie de les déranger le moins possible* » (Infirmier 4).

Les chirurgiens-dentistes, quant à eux, ne semblent pas en lien avec les autres professions de santé sur le territoire. Le seul chirurgien-dentiste rencontré pour l'instant évoque quelques échanges avec des infirmiers, aucun échange avec les médecins de sa commune avec lesquels il ne s'entend pas, et pas d'échanges non plus avec les autres chirurgiens-dentistes du territoire : « *Il y a des guerres intestines ignobles* » (chirurgien-dentiste).

Cependant, les entretiens réalisés ont fait ressortir une collaboration pluri-professionnelle plus poussée dans la commune de Spay. Les échanges interprofessionnels, bien que majoritairement informels également, semblent, selon les dires des professionnels, plus faciles et plus fréquents (échanges de numéros de téléphone personnels, sollicitation directe des professionnels entre eux). « *Là ce midi je sors, je croise I. [médecin], on se dit tiens, salut, ça va, on*

Elise RIDARD

échange. Et on a créé un petit réseau, on se rencontre deux fois l'année où on fait un repas de Noël tous ensemble, et un repas d'avant-vacances. Donc on se retrouve, tous les acteurs de santé du territoire spayien autour d'un repas, pour créer un groupe convivial au-delà de l'aspect travail. On se connaît par nos prénoms, on s'appelle, on se tutoie, ce qui est vachement plus simple » (masseur-kinésithérapeute 1).

Au sud du territoire, bien que les médecins travaillent dans une maison médicale pluri-professionnelle, les échanges semblent peu renforcés. Ces professionnels sont en outre davantage tournés vers les communes situées au sud en dehors de la Communauté de communes. Malicorne-sur-Sarthe est, en effet, plus proche de La Flèche et de Sablé-sur-Sarthe que du Mans.

Enfin, il faut noter qu'à Roëzé-sur-Sarthe, l'un des deux médecins va s'installer dans une structure avec d'autres professionnels paramédicaux. Il n'existe pour l'instant aucune collaboration entre les deux médecins généralistes de la commune, ni de véritable collaboration interprofessionnelle sur cette commune.

Une cartographie schématique des coopérations ou non coopérations faciliterait la lecture et surtout votre analyse

3.1.3 Quelques échanges entre médecins mais pas d'ébauche de travail en commun

S'il existe des échanges entre médecins, ceux-ci ne sont pas formalisés, et ont le plus souvent lieu entre deux médecins géographiquement proches. Ainsi, en partant du Nord-Est du Val de Sarthe, les médecins de Spay, et dans une moindre mesure ceux de Guécélard et Parigné-le-Pôlin, ont pour habitude d'échanger leurs dates de congé afin d'assurer une permanence des soins. À Étival-lès-Le-Mans, le médecin est en lien avec ceux du cabinet médical de St-Georges-du-Bois, avec qui il partage ses dates de congé. Les deux médecins du cabinet de groupe de La-Suze-sur-Sarthe s'organisent dans la mesure du possible pour assurer une permanence des soins. À Malicorne-sur-Sarthe, les médecins partagent aussi entre eux leurs dates de départ en vacances. De même, à Mezeray, la médecin qui y fait une permanence d'une journée s'organise avec ses collègues de Noyen-sur-Sarthe pour les consultations ayant lieu dans ce cabinet. Ses collègues ne souhaitent cependant pas intégrer la permanence de Mézeray à leur organisation actuelle.

Quatre médecins du territoire sont maîtres de stage, et, à ce titre, accueillent des étudiants, en lien avec deux autres médecins (en dehors du territoire de la Communauté de communes, qui reçoivent le même étudiant, sur la même période).

3.1.4 Persévérance des professionnels et avancement du projet

Les nombreuses réunions ayant eu lieu sur une période de 2 ans démontrent la persévérance de certains professionnels. Les réunions de Médic'élan 72 sont par contre aujourd'hui devenues rares. Le dernier évènement date de fin 2016, une soirée diabète qui a tout de même réuni douze professionnels mais seulement quatre patients. Il n'y a pas de nouveaux projets de réunions ou autres actions.

L'avancement du projet en 2014 avait abouti à l'écriture de fiches-actions portant sur trois thématiques (le diabète, la prévention du suicide, les lombalgies). Les besoins en termes d'immobilier, de matériel, de ressources humaines avaient été recensés. Une ébauche de projet de santé, déjà bien détaillée, avait été écrite. Des réflexions sur la permanence et la continuité des soins, sur les moyens de communication entre les professionnels, sur un partage d'information par un logiciel avaient commencé à être étudiés.

Devant tous ces éléments favorables que sont les échanges et la bonne entente de nombres de professionnels, la quantité et la qualité du travail fourni pendant ces années, se pose la question des causes du non-aboutissement de ce projet.

3.2 Quels freins évoqués par les professionnels ?

De nombreux freins au projet ont été rapportés par les professionnels. Les freins majeurs étaient l'absence de motivations, et en particulier de médecin sincèrement impliqué dans le projet, les discordances de discours des élus et l'absence d'une force d'animation pérenne. D'autres éléments de blocages sont ressortis : l'absence de souplesse de l'environnement institutionnel, et en particulier de l'ARS, et l'absence de consensus sur le type de projet final.

3.2.1 Manque de motivations, en particulier de vraie motivation des médecins

Les professionnels engagés dans Médic'élan 72 déplorent le manque d'investissement des médecins, sans qui le projet n'était pas possible. « *On avait beau être motivés... on pouvait pas les remplacer pour ça (les médecins). Nous on peut pas accueillir un médecin, c'est pas nous* » (pharmacien 3). Les seuls médecins investis dans l'association ont relevé également ce manque d'investissement : « *Dans l'association, aucun médecin n'était partant à part nous, pas d'envie de collaborer, en particulier de la part de médecin 10 et médecin 12 qui souhaitaient continuer à travailler seuls* » (médecin 3). Nous étudierons dans un point ultérieur les raisons de cette absence d'engagement des médecins.

3.2.2 Absence de consensus des élus

Le manque de discours clair et univoque sur un projet parmi les élus des différentes communes, déjà évoqué dans la partie « Dynamiques politiques » est également présenté comme un frein. Il est reproché aux élus de ne pas s'investir suffisamment, et pour certains de penser d'abord à leur commune, avant de penser au service qu'ils pourraient offrir aux habitants. « *Aucun maire n'était partant* » (médecin 3). « *Chaque maire veut garder son médecin, sa pharmacie. Ils ne comprennent pas que les populations se déplacent* » (médecin 2).

3.2.3 Absence de consensus sur un projet commun

Tous les professionnels ne souhaitent pas s'installer ensemble, plusieurs ne voulaient pas déménager, « *Il (un infirmier) est pas dans l'idée du tout de déménager* » (kiné 3).

Le projet s'orientait vers une localisation à La Suze-sur-Sarthe, les professionnels de santé les plus éloignés de ce territoire ne sentaient pas concernés. « *J'ai assisté à une réunion, où il y avait d'autres médecins de la Communauté de communes. Mais je leur ai dit qu'en termes de logique géographique, (ma commune) est clairement tournée vers (une autre commune, à l'extérieur de la Communauté de communes)* » (médecin 9).

Il n'y avait pas de consensus sur la localisation du projet immobilier. « *Eux (les infirmiers), voulaient rester au centre (...) Mais l'emplacement est difficile à trouver, pour satisfaire tout le monde* » (kiné 3). « *On ne voulait pas, car on a beaucoup de patients âgés qui habitent la Suze et se déplacent à pied dans le bourg, ils ne pourraient venir jusqu'au Super U. S'il y avait eu regroupement, il aurait fallu que la structure principale soit à la Suze-sur-Sarthe* » (médecin 2). Il y a eu des problèmes d'entente entre différents professionnels, qui ne s'accordaient pas sur un choix de localisation d'un éventuel regroupement : « *Il y a eu un clash entre les médecins et les kinés (...), si les kinés et les médecins s'étaient entendus vraiment, il y aurait un projet pluridisciplinaire à La Suze* » (pharmacien 1).

3.2.4 Environnement institutionnel peu aidant

Les exigences fortes de l'ARS pour tout projet de santé ont été très mal reçues : « *J'avoue que j'ai été effrayée par le décalage du monsieur de l'ARS et nous. On se demandait d'où il sortait, mais tous, on en a discuté entre médecins. On s'est dit, c'est qui ça ? Il a fumé quelque chose avant de venir* » (médecin 4). Plusieurs professionnels ont observé un regard négatif de l'ARS sur leur organisation actuelle : « *[Dans notre commune] c'était nul parce qu'on n'était pas tous dans le même bâtiment* » (médecin 4).

3.3 Difficile adhésion des médecins du territoire à un projet, voire un investissement de médecins contre-productif

Etonnamment, seule une partie des médecins connaissait l'existence de l'association Médic'élan 72, et peu s'étaient rendus à une des nombreuses réunions. Nous avons cherché à comprendre les raisons de ce manque d'intérêt pour ce projet.

3.3.1 Projet perçu comme un « coup fourré »

De nombreux professionnels ont perçu une logique purement lucrative derrière ce projet, les médecins de La Suze voulant vendre leur cabinet pour ne pas se retrouver avec de trop lourdes charges. Cela a freiné les autres médecins du territoire à s'investir dans ce projet, ils n'y voyaient pas leur intérêt, et ne souhaitaient pas être les « *dindons de la farce* » (médecin 1). « *C'est un truc qui m'avait un petit peu cassé les pieds, parce que les mecs de La Suze étaient un peu coquins, je pense qu'ils avaient des intérêts et qu'ils noyautaient le système, du coup, je ne suis pas rentré dans le truc. (...) On savait tous qu'il y avait un coup fourré des médecins de La Suze* » (médecin 5). Les autres professionnels ont aussi ressenti cela : « *Si vous me demandez d'être honnête, le vrai problème, c'était les médecins. En fait, ils ne voulaient qu'une chose, c'était vendre leurs locaux. Ils ont mis une pression pas possible à la mairie pour le faire. Et d'ailleurs, ils ont réussi : ils ont fermé les locaux pendant plus de 3 semaines en plein mois d'août, donc il n'y avait plus de médecins sur la Suze. Et cela a marché : la mairie a fini par céder* » (infirmier 3).

Certains médecins se sont même intéressés initialement au projet, se rendant aux premières réunions, mais ont vite été découragés : « *Y'avait pas d'émulation pour faire quelque chose de valable où tout le monde... On avait l'impression que eux [les médecins de La Suze] ils fourguaient leur truc, c'était ça qui les intéressait. C'était pas un état d'esprit très bon pour démarrer. Aucun médecin n'a suivi. Moi je suis allée à 2-3 réunions mais, j'avais aucun autre de mes confrères qui étaient là à part ceux de la maison médicale* » (médecin 1).

3.3.2 Manque de temps

Les médecins du territoire se décrivent comme débordés (sauf un médecin nouvellement installé), se décrivent comme débordés, terminant leurs journées pour certains à 22h, se plaignant de ne plus trouver de remplaçants, de devoir refuser des patients. Cette surcharge de travail les empêche de s'investir dans un projet « *Une maison médicale, par rapport à l'ARS, y'a quand même un cahier des charges, moi j'ai pas envie de me mettre ça sur le dos, enfin excusez-moi. Et puis on a déjà tellement de travail, je me dis comment on trouvera le temps de faire ce qu'il faut qu'on fasse, des éducations thérapeutiques, des enquêtes, des machins, moi ça ne me paraissait pas très réaliste* »

Elise RIDARD

vu le travail qu'on a. » (médecin 1) ; « Il faut se méfier parce qu'à Brûlon justement, ils ont fait une maison médicale qui a l'accréditation. Et c'est vrai que ça oblige à beaucoup de réunions d'organisation, et je trouve que c'est trop chronophage. (...) Ici, moi je m'imagine pas de faire, sortant à 21h, une réunion pour organiser les soins » (médecin 11).

3.3.3 Inimitiés entre médecins, ou entre médecins et élus

Une mésentente entre certains médecins a été souvent perçue, peu exprimée : *« Moi pendant 10 ans j'ai été de garde tous les jours pendant 10 ans. Il y avait un système de gardes. Aucun effort. Lors des réunions de gardes c'était des règlements de compte (...). Aucun atome crochu. Il y a eu des propos parfois méchants » (médecin 10).* Ces différends sont d'ailleurs confirmés par Dr DEVAUD, qui connaît bien le territoire.

Un médecin en particulier a souligné sa méfiance des élus, ayant été en conflit avec certains : *« J'ai été victime d'un véritable mépris des maires précédents » (médecin 12).* Plus généralement, certains médecins pensent que les élus ne les comprennent pas.

3.3.4 Médecins en défaveur d'un projet de regroupement professionnel

Pour plusieurs de ces médecins, habitués au travail solitaire (même lorsqu'ils partagent un cabinet avec d'autres médecins), un projet de regroupement leur fait craindre pour leur indépendance quant à leur façon de travailler : *« C'est pour ça que j'aime bien avoir mon cabinet. C'est ma façon de travailler » (médecin 13).* D'autres pensent que ce type de structure ne peut pas bien fonctionner : *« Moi vous me parlez de maison médicale, j'ai donné puisque j'ai été 18 ans installé, on était trois. Et ça a jamais bien fonctionné. Y'en avait toujours un sur les trois qui était pas d'accord pour faire si, pour faire ça. (...) ça a jamais bien fonctionné » (médecin 8).*

Certains doutent sur la pertinence d'un projet de regroupement professionnel, même dans le but d'attirer de nouveaux professionnels : *« Le regroupement professionnel n'est pas forcément ce qui attire les jeunes, car il y a des cabinets de groupe où les médecins ne trouvent pas de successeurs » (médecin 9).*

3.3.5 Ambivalence sur l'accueil de nouveaux médecins

Si tous les médecins disent vouloir accueillir de nouveaux médecins sur la commune, la réalité de l'accueil semble être différente. Un jeune médecin, entre autres, a essayé de s'installer dans un cabinet de groupe sur le territoire. Contacté, il nous a fait savoir que l'accueil n'avait pas été bon, et cela avait été la raison de son départ. Cet individualisme de certains des médecins est perçu dans ce verbatim : *« Il est important que le médecin vienne dans leurs locaux, pour qu'il y ait*

un partage. Si le médecin ne vient pas dans leurs locaux, ils n'ont aucun intérêt à l'aider à s'installer » (médecin 2).

Les autres professionnels de santé confirment le blocage que représente le manque de volonté et d'accueil de certains médecins : *« Maintenant que tout ce qu'ils avaient investi a été racheté, ils s'en fichent. Les choses bougeront quand ils partiront. (..)Le jour où ils partiront, peut-être qu'on pourra accueillir plus de médecins d'un coup » (infirmier 3) ; « Je reste convaincu que, quand ces deux-là seront partis (les médecins), le problème sera résolu. Parce qu'il y a un souci, peut-être dans la façon de travailler, on sait pas, on n'a pas de jugement à porter là-dessus, mais ce qu'on constate c'est ça » (masseur-kinésithérapeute 2).*

3.4 Des envies de projet persistantes malgré une lassitude de nombreux professionnels

3.4.1 Epuisement des professionnels




Tous les professionnels se sont décrits comme épuisés par les multiples réunions en amont et pendant Médic'élan 72, qui n'ont pas abouti. *« Avec l'énergie que les paramédicaux ont mis dans la mobilisation, quand ils se sont rendus compte que cela ne servait qu'à supporter le projet immobilier de l'équipe médicale, ils ont été un peu dégoutés » (Infirmier 3) ; « Moi, perso, je retourne pas là-dedans si jamais c'est dans les mêmes conditions que ça s'est fait l'autre fois. Tout le monde a perdu son temps. C'était une perte de temps pour tous ceux qui étaient présents, ça a été même démotivant à certains moments parce qu'on avait l'impression de ramer à contre-courant » (Infirmier 1).*

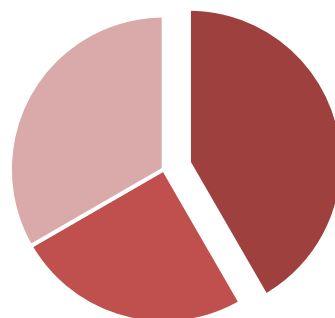
3.4.2 Positionnement des médecins

Concernant les médecins du territoire, aucun ne s'est pour l'instant déclaré prêt à changer de local d'exercice, dans le cadre d'un nouveau projet. La Figure 9 permet de visualiser leur position quant à un nouveau projet. Certains d'entre eux seraient d'accord pour répondre à une sollicitation pour un nouveau projet, si celui-ci est concret et non chronophage : *« Tout dépend du degré de mobilisation, si c'est des réunionites et des réunionites (...). Participer oui, la preuve en est que l'ARS a fait une réunion au Mans il y a quelques mois. On était très peu nombreux (...) J'y suis allée parce que oui, je pense que c'est important de laisser quelque chose derrière nous » (médecin 7).* Certains médecins ne voient pas l'intérêt d'un projet, voire font même preuve d'une forte opposition à tout nouveau projet : *« On est en train de donner un nom à quelque chose qui se faisait déjà, là. (...) Projet de santé ça veut dire qu'on va gérer la pénurie, c'est pas un projet de santé, c'est un problème*

de gestion du manque, pour moi c'est pas la même chose, on met un mot positif sur quelque chose de négatif » (médecin 6).

Figure 13 : Positionnement des médecins quant à un nouveau projet

	4 médecins parmi les 12 interrogés sur le territoire semblent prêts à s'investir dans un nouveau projet, si celui-ci leur convient et n'est pas chronophage.
	3 médecins n'y sont pas opposés.
	Enfin 4 médecins ne sont pas du tout intéressés et ne veulent en aucun cas changer leur façon de travailler.



Source : Entretiens avec des médecins – avril et mai 2017.

Il est difficile pour ces médecins qui ne souhaitent pas déménager, de déterminer ce qui peut être mis en commun avec leurs confrères du territoire, dans le cadre d'un projet de santé. Certains évoquent un discours commun envers les patients, une meilleure répartition des nouveaux patients. Plusieurs seraient éventuellement intéressés par des actions de prévention, mais n'ont pas le temps de s'investir pour cela.

3.4.3 Positionnement des autres professionnels

Concernant les autres professionnels, 9 professionnels de santé (hors médecins) sur les 12 interrogés se disent prêts à participer de nouveau à un projet de santé territorial. Cependant, au vu du temps passé à Médic'élan, sans résultat final concret, ils ne sont prêts à s'investir que sur un projet qui présente des garanties d'emblée. L'intérêt d'un projet reste pour tous l'attractivité du territoire pour de jeunes professionnels de santé. Depuis 2012, plusieurs d'entre eux ont investi dans des locaux, et ne souhaitent donc plus déménager pour un regroupement professionnel. Seuls quelques professionnels pour l'instant sont prêts à une mobilité en cas de projet immobilier commun. Des kinésithérapeutes de La Suze-sur-Sarthe, qui ont des difficultés à finaliser leur projet

privé, seraient encore prêts à participer à un projet pluri-professionnel, si celui-ci était aidé par les collectivités, et décidé rapidement.

Le projet immobilier commun ne semble donc plus d'actualité, mais les volontés de partager des choses ensemble persistent. Ces professionnels sont intéressés par un exercice collaboratif, une meilleure communication entre eux et un partage d'informations, des actions de prévention pluri-professionnelles, une délégation des tâches médicales.

3.5 Les centres de santé

La question d'un éventuel regroupement professionnel a été évoqué lors de chacun des entretiens réalisés. Nous avons cherché à connaître les souhaits de chacun, mais aussi, lorsque les professionnels ne le souhaitaient pas pour eux-mêmes, leur avis sur différentes formes de regroupement, et en particulier celui d'un centre de santé. L'appellation centre de santé était très peu connue, par contre, et souvent en lien avec l'existence de plusieurs centres de santé dans la Sarthe, le principe du salariat de professionnels, et surtout de médecins généralistes, était connu.

3.5.1 Positionnement des professionnels de santé

Les professionnels de santé, hors médecins, accueillent plutôt favorablement la proposition d'un salariat de médecins. Ce n'est souvent par leur première idée, mais ils considèrent que le mode d'exercice d'un médecin ne les impacte que peu. Si salarier des médecins peut les faire venir, ils sont favorables à ce type de projet : *« Il faut vraiment que l'on arrive à trouver une autre solution alternative. Si ça passe, et là il faut être clair, par un autre projet que celui du maire de La Suze, par un projet de la Communauté de communes, quitte à embaucher des jeunes médecins salariés, il faudra le faire. Même si c'est politiquement incorrect. Il faudra passer par quelque chose qui soit différent, par une autre solution »* (pharmacien 1).

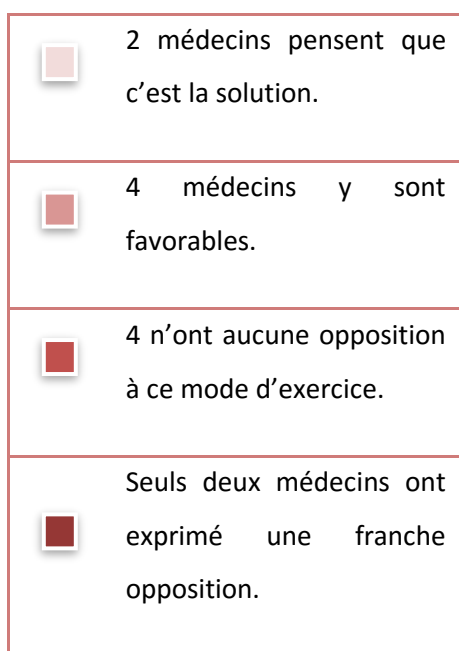
Par contre, aucun d'entre eux ne serait intéressé par le salariat pour lui-même, cette hypothèse n'ayant le plus souvent même pas été envisagée.

3.5.2 Positionnement des médecins

Les médecins ont des positionnements divers sur cette question, comme le montre la figure 10. De la même façon que les autres professions de santé, si tous refusent ce mode d'exercice pour eux-mêmes, certains sont favorables voire très favorables à la mise en place d'un tel système : *« Après si c'est des maisons gérées par la commune où les médecins sont salariés, à mon avis c'est possible que ça fonctionne mieux. D'ailleurs je pense que, moi je vois ça comme ça, dans 10 ans, à mon avis y'aura plus que ça, des maisons comme ça avec des médecins qui sont salariés par la*

commune » (médecin 8). D'autres médecins y sont plutôt favorables, si des garanties existent sur la qualité des soins prodigués : « *Je trouve que finalement ce serait peut-être pas des si mauvaises solutions que ça, pourquoi pas. Et pourquoi pas ? Et pourquoi pas ? Si c'est pas de la médecine au rabais. Faut qu'il y ait un cahier des charges* » (médecin 7) ; mais certains pensent que la productivité des médecins salariés est moindre, qu'il est préférable que les médecins restent libéraux. Enfin, deux médecins ont exprimé leur opposition à ce type d'exercice, ne concevant l'arrivée d'un nouveau médecin que dans leur cabinet. Pour eux, il n'est pas possible d'accueillir un médecin salarié, qui ne pourrait pas partager les charges de fonctionnement avec eux.

Figure 14 : Positionnement vis-à-vis du salariat d'autres médecins



Source : Entretiens avec des médecins – avril et mai 2017.

3.6 Rencontres de jeunes médecins

Depuis le début du stage, il nous a été possible de rencontrer différents médecins qui pourraient être intéressés pour s'installer sur ce territoire. Deux jeunes médecins intéressés par le territoire ont échangé avec nous lors de longs entretiens. Notre présence au Congrès de médecine générale a permis de rencontrer des médecins éventuellement intéressés à un exercice en Sarthe. Nous avons également pu avoir un échange par mail avec un jeune médecin qui avait il y a quelques années essayé de s'installer sur le territoire il y a quelques années. A cela s'ajoute mes échanges personnels, nombreux, avec des médecins généralistes de ma génération.

L'élément qui revient toujours est celui d'exercer en groupe, voire en pluri-professionnel. Un des deux médecins, n'ayant pas trouvé ce qu'il souhaitait en Sarthe, a d'ailleurs choisi un lieu

où, tout d'abord, son conjoint avait trouvé du travail, mais également où un accueil particulièrement agréable lui avait été fait, et où il avait la possibilité d'exercer dans une maison de santé pluri-professionnelle. Cet exercice doit leur permettre de véritables échanges avec les autres professionnels. L'avis sur un éventuel salariat n'est lui, pas consensuel. Un des médecins préférerait un salariat, même s'il serait prêt à s'installer si un projet de groupe lui plaisait : « *Si on me propose un salariat qui soit intéressant et compatible avec la médecine générale je signe. Et je suis pas la seule, dans mes amis aussi* » (jeune médecin 1). Mais une autre aurait l'impression de perdre sa liberté en devenant salariée.

Cette description des dynamiques des territoires, et en particulier des dynamiques des professionnels de santé, illustre combien un projet de type regroupement professionnel peut être compliqué à mener, même lorsque certaines forces positives sont présentes. Le travail en équipe, voire en équipe de soins primaires, comme le définit la Loi, n'est pas naturel pour tous, et heurtent même plusieurs de ces médecins, proches de la retraite, exerçant en solitaire. Si certains d'entre eux ont toujours fait le choix de cet exercice en solitaire, d'autres ont privilégié ce mode d'exercice suite à une expérience malheureuse de cabinet médical de groupe.

Au vu des souhaits des jeunes professionnels rencontrés, et afin d'assurer la continuité des soins dans le temps sur ce territoire, il nous est apparu essentiel d'étudier les évolutions de l'exercice des soins primaires, et les possibilités de transition vers ces nouvelles équipes de soins primaires.

4 Comment peut s'effectuer la transition d'un modèle d'exercice isolé vers une équipe de soins primaires ?

4.1 Des jeunes médecins qui ne se reconnaissent pas dans la façon d'exercer de leurs aînés

« Du notable à forte rémunération qui inspirait de la considération à ses malades, on est passé de nos jours au technicien devant se tenir au courant régulièrement des progrès scientifiques galopants »⁵¹. La position du médecin dans la société a changé. S'ils ne sont plus – et ne souhaitent plus être - ces médecins libéraux notables de village, les médecins d'aujourd'hui ne veulent pas, non plus, travailler dans les mêmes conditions, ni répartir leur temps de travail de la même façon que la génération de leurs confrères partant actuellement en retraite.

Les médecins généralistes exerçant en ambulatoire constituent un groupe professionnel⁵². Ou, s'ils ne constituent pas un groupe professionnel en tant que tel, ils sont, a minima, une entité au sein de la profession médicale⁵³, avec ses propres valeurs, et l'identification de normes partagées, qui, pour certaines, sont tacites. Or, les médecins sortant des études aujourd'hui n'ont pas le même rapport à la patientèle, ni les mêmes prescriptions, ni la même idée de ce que doit être un cabinet médical. Ce système de normes incarné dans le cabinet médical « classique » des années 1970, attenant à la maison du médecin, dont l'épouse est la secrétaire/assistante, ne correspond pas à l'idée que se font les jeunes générations de leur métier. Pourtant, les jeunes médecins sont de plus en plus confrontés, avant d'être diplômés, à l'exercice de la médecine générale ambulatoire. Les stages chez un praticien de médecine générale ambulatoire, maintenant obligatoire dès le 2^e cycle des études médicales, confrontent les étudiants à « un ajustement de représentations, à des redéfinitions normatives plus ou moins aisées »⁵⁴. La formation des

⁵¹ LEVY D., « Le métier de médecin aujourd'hui », *Revue française des affaires sociales* 2011/2 (), p. 297-309.

⁵² « Chaque groupe professionnel correspond à un ensemble d'activités, et ses membres font le même travail. Du moins jusqu'à un certain point, car ces activités forment des faisceaux de largeur variable et dessinent une spécialisation relative » : DEMAZIERE D., GADEA C., « Conclusion », *in* Didier Demazière *et al.*, *Sociologie des groupes professionnels*, La Découverte « Recherches », 2009, p. 435-451.

⁵³ BLOY G., « Singuliers généralistes. Chapitre 1 : La constitution paradoxale d'un groupe professionnel »

⁵⁴ SCHWEYER F-X, « Singuliers généralistes. Chapitre 21 : Ni artisan, ni salarié. Conditions et enjeux de l'installation en médecine générale libérale »

médecins généralistes a d'ailleurs subi de nombreuses transformations, visant à revaloriser et à intégrer cette profession au système universitaire : la création du diplôme d'études spécialisés en médecine générale, celle des départements de médecine générale (DMG) au sein des facultés, l'augmentation progressive du temps de stage chez les praticiens de médecine générale... Cependant, « alors que la formation est de mieux en mieux spécifiée par rapport à une idée précise de ce qu'est, n'est pas, ou doit être la médecine générale, les débuts de carrière des jeunes diplômés ne traduisent pas une adhésion à la ligne affirmée dans les DMG puisqu'une part importante des effectifs tourne le dos à la médecine générale telle que les Départements la délimitent »⁵⁵. Donc, malgré un cursus qui se centre de plus en plus sur la médecine générale, les jeunes diplômés ne choisissent pas pour autant de s'installer pour exercer cette médecine générale qui leur est enseignée. La longue période de remplacement qui suit généralement les études de médecine est une étape supplémentaire et non négligeable de poursuite « d'exploration professionnelle »⁵⁶ pour les jeunes médecins, qui profitent de cette période pour affiner leur choix professionnel.

4.2 Aspirations des médecins quant à leur installation

4.2.1 Transformation progressive du modèle professionnel

Le modèle professionnel du médecin généraliste évolue. « Ce que des médecins installés depuis longtemps interprètent comme un effet de la féminisation de la profession médicale (le fait que leurs jeunes confrères envisagent la pratique médicale en fonction d'une double carrière de parent et de médecin) est en fait la traduction d'une transformation progressive du modèle professionnel au sein des jeunes générations »⁵⁷. Ceci a été parfaitement illustré par plusieurs des médecins interrogés, dont l'un s'est même exprimé ainsi : « *Aujourd'hui ce sont surtout des femmes, il y en a 75% à la faculté de médecine, parce qu'elles sont moins fainéantes et qu'elles réussissent mieux. Et ces femmes veulent travailler, s'occuper de leurs enfants, de leur mari, faire du sport... Elles veulent travailler à mi-temps. Il faudrait un quota d'hommes à la fac de médecine* » (médecin 2). Ce regard d'un médecin installé depuis longtemps ne correspond pas à la réalité des

⁵⁵ BLOY G., « À quoi bon former des médecins généralistes ? Un modèle d'apprentissage et un modèle professionnel sous tensions », *Revue française des affaires sociales* 2014/1 (n° 1-2), p. 183

⁵⁶ BLOY G., « Comment peut-on devenir généraliste aujourd'hui ? Le renouvellement des médecins généralistes vu à travers une cohorte de jeunes diplômés », *Revue française des affaires sociales* 2011/2, p. 20.

⁵⁷ SCHWEYER F.-X., « Singuliers généralistes. Chapitre 21 : Ni artisan, ni salarié. Conditions et enjeux de l'installation en médecine générale libérale », p. 389

aspirations des jeunes médecins, qui, homme comme femme, souhaitent « construire leur identité professionnelle contre le modèle du sacerdoce médical », « les mutations d'organisation du travail combinent à la fois des effets de genre marqués et de génération »⁵⁸. C'est le rapport au travail qui a changé chez les jeunes générations, pour les hommes comme pour les femmes.

Nous avons en effet observé, dans le territoire concerné par notre travail, une incompréhension de certains médecins pour les désirs de leurs jeunes confrères, et, inversement, un refus des jeunes médecins de travailler comme leurs confrères du territoire, préférant exercer ailleurs plutôt que de prendre le risque de se retrouver dans une situation où ils n'exercent pas la médecine telle qu'ils le souhaiteraient.

4.2.2 Aspiration des jeunes médecins

Avec l'apparition des déserts médicaux, et l'absence de remise en cause de la liberté d'installation, les pouvoirs publics, comme les syndicats de médecins, d'internes, l'Ordre des médecins..., s'intéressent aux aspirations des jeunes médecins. De nombreuses études et enquêtes d'opinions ont été menées ces dernières années⁵⁹. Plusieurs considérations entrent en jeu lors d'une installation : les jeunes médecins ont le souci de l'organisation de leur travail, ils souhaitent maîtriser leurs horaires d'activité ; ils souhaitent que leur lieu de vie soit différent de leur lieu de travail ; les activités de santé publique font partie pour eux de leur travail ; ils sont favorables aux rémunérations mixtes⁶⁰.

Si le premier déterminant d'installation restent les attaches antérieures sur un territoire, trois autres facteurs d'attractivité apparaissent comme essentiels : la qualité du cadre de vie, l'existence et la qualité d'un projet professionnel collectif porté par des confrères, les possibilités d'emploi du conjoint sur le territoire⁶¹. Le tableau ci-dessous est une matrice SWOT décrivant les forces, faiblesses, opportunités et menaces du territoire en termes d'attractivité pour les jeunes

⁵⁸ LAPEYRE N., ROBELET M., « Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes », *Sociologies pratiques* 2007/1 (n°14), p 19-30.

⁵⁹ SCHWEYER F.-X., « Souhaits et aspirations des médecins qui envisagent l'exercice de la médecine générale », Rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, 2006-2007

⁶⁰ *Ibid.*

⁶¹ JERBER M., *Étude pour la caractérisation des territoires en tension pour l'installation des jeunes médecins*, Commissariat général à l'égalité des territoires, novembre 2015, 95 p. Accessible sur : http://www.cget.gouv.fr/sites/cget.gouv.fr/files/atoms/files/etude_jeunes_medecins_generalistes_cget_0.pdf [consulté le 22-4-17]

médecins. Elle a été établie en prenant en compte les caractéristiques du territoire et les aspirations des jeunes médecins retrouvées dans différentes études.

Tableau 2 : Forces, faiblesses, opportunités et menaces du territoire en termes d'attractivité pour les jeunes médecins

	Positif	Négatif
Origine interne	Forces	Faiblesses
	<ul style="list-style-type: none"> • Cadre de vie agréable • Présence de médecins généralistes • Proximité du Centre hospitalier du Mans • Présence de professionnels paramédicaux • Présence de services, équipements et infrastructures 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de possibilité d'exercice regroupé et collaboratif • Peu de services médicaux (radiologie, laboratoire d'analyses médicales) • Exercice dans une ville de taille moyenne
Origine externe	Opportunités	Menaces
	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilité d'aide à l'insertion du conjoint • Accessibilité de services éducatifs et possibilité de garde pour les enfants 	<ul style="list-style-type: none"> • Crainte d'une surcharge de travail • Crainte de l'isolement professionnel

Les médecins installés depuis longtemps, pour certains, ne changeront pas de modèle d'exercice (et c'est d'ailleurs le cas de la grande majorité des médecins du territoire étudié). Par contre, il est nécessaire qu'ils comprennent a minima le modèle de la génération qui arrive. Il faut surtout, même si les modèles cohabitent en demeurant divergents, réussir à inscrire un maximum de personnes dans une dynamique de coopération. Pour Pr CAILLIEZ, membre du Département de médecine générale d'Angers, exerçant en Sarthe, la solution est la maîtrise de stage universitaire pour attirer de jeunes médecins, et permettre une transmission entre ces différentes générations. Cependant, malgré la présence de quatre médecins maîtres de stage sur le territoire depuis plusieurs années, aucun d'entre eux n'a eu d'accroches avec un jeune médecin pour une installation.

4.3 L'émergence des équipes de soins primaires

La notion d'équipes de soins primaires a été introduit par la Loi de modernisation de notre système de santé. Une équipe de soins primaires est définie comme « un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé »⁶². C'est donc un travail en équipe pluri-professionnelle, qui est de plus en plus encouragé par les pouvoirs publics. Le médecin de premier recours⁶³ y a une place centrale, il est considéré comme le pivot du système de soins, a un rôle important de coordination, et il lui est demandé de s'investir dans les actions de santé publique.

Les mutations de la médecine générale, que venons d'évoquer, « conduisent une partie de ses acteurs à quitter le modèle de l'exercice solitaire ou en cabinet de groupe mono-disciplinaire pour s'engager dans des projets innovants de maisons de santé pluri-professionnelles » ; ce mouvement de regroupement est soutenu non seulement par les médecins de terrain, mais aussi par les autorités de santé et les collectivités locales⁶⁴.

La présence de médecin « leader » est un élément très favorisant pour l'organisation de ce type de projet⁶⁵, ce médecin pouvant être le porteur direct ou soutenir fortement le porteur du projet. Or, nous n'avons pas constaté, sur le territoire étudié, de médecin pouvant jouer ce rôle. Ces projets se construisent sur des échanges informels déjà existant entre les professionnels. Comme nous l'avons vu précédemment, les nombreux échanges décrits par les professionnels de santé du territoire sont un bon point de départ pour un nouveau projet.

⁶² Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, Code de la santé publique – article L1411-11

⁶³ Loi dite HPST du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

⁶⁴ FOURNIER C., « Concevoir une maison de santé pluri-professionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes », Sciences sociales et santé 2014/2 (vol. 32), p 67-95

⁶⁵ COUTANT D. et TUFFREAU F., « La médecine générale, une spécialité d'avenir : des premières conventions médicales aux maisons de santé. » Rennes, Presses de l'École des hautes études en santé publique, 2016, p 122

4.4 Le centre de santé, une solution viable ?

La question de la création d'un centre de santé a été interrogée lors de notre étude, la volonté initiale des élus étant de proposer ce type de solution. Sur ce territoire, nous avons vu que plusieurs des médecins sont favorables à ce mode d'exercice, cependant aucun d'entre eux n'a dit vouloir terminer sa carrière ainsi. Pour le président du Conseil départemental de la Sarthe de l'Ordre des médecins, Dr JOLY, ces centres de santé sont « en désespoir de cause, (...) devenus une solution ». Il y est plutôt favorable, et pense que « probablement on se dirige vers quelque chose comme ça », tout en soulignant les difficultés de recrutement existant aussi pour ces structures.

Les centres de santé offrent des conditions de travail attractives pour certains médecins : une décharge des tâches administratives qui leur confère un temps « médical » (auprès de leurs patients) plus important, les avantages du statut de salarié, le travail en équipe, la préservation d'une qualité de vie personnelle...⁶⁶. Mais, ce mode d'exercice ne convient pas à certains médecins, attachés au modèle libéral, qui représente pour eux une forme de liberté, d'indépendance, auxquelles ils tiennent particulièrement.

Le deuxième blocage est celui des paramédicaux, qui, s'ils ne sont pas du tout opposés à travailler avec des médecins salariés, ne souhaitent en aucun cas devenir eux-mêmes salariés d'une collectivité. En effet, « beaucoup de professionnels de santé (paramédicaux notamment) exercent en libéral car ils y trouvent une réelle indépendance, et une plus grande liberté d'exercice »⁶⁷.

Enfin, l'équilibre économique des centres de santé est difficile à atteindre⁶⁸. Un projet de ce type doit donc être bien étudié en amont, les implications budgétaires devant être présentées en détail aux élus.

Il semblerait donc plus raisonnable, sur ce territoire, d'envisager l'hypothèse du salariat seulement si d'autres jeunes médecins que le médecin remplaçant sur la commune de Spay

⁶⁶ RIDARD É., Les motivations des médecins généralistes en centre de santé. Enquête par entretien auprès de médecins des centres de santé de Bretagne et Pays de la Loire, Thèse pour l'obtention du diplôme d'État de docteur en médecine, Université de Rennes 1, octobre 2016

⁶⁷ COUTANT D. et TUFFREAU F., « La médecine générale, une spécialité d'avenir : des premières conventions médicales aux maisons de santé. » Rennes, Presses de l'École des hautes études en santé publique, 2016, p 132

⁶⁸ Georges P, Waquet C, Part J. Les centres de santé : Situation économique et place dans l'offre de soins de demain. Rapport IGAS, 2013

recherchent ce mode d'exercice. Dans ce cas, l'équipe de soins primaires peut tout à fait se constituer entre les médecins salariés et les professionnels de santé libéraux alentour.

4.5 Quels leviers pour effectuer une transition fluide vers une équipe de soins primaires ?

Suite à ces différentes constatations, il est judicieux de se poser la question des possibles leviers pour créer ces équipes de soins primaires. Ces évolutions vers une organisation pluri professionnelle nécessite plusieurs années, souvent entre trois et cinq ans, et différents leviers ont été identifiés : « la construction du projet de santé en lien ou non avec un projet architectural ; une gouvernance collégiale, un management participatif et leadership partagé ; le travail de formalisation des actions pluri professionnelles, la formation collective à l'éducation thérapeutique des patients ; la capacité à développer une expertise dans le domaine de la conduite de projet et de l'accompagnement au changement⁶⁹».

Les projets qui fonctionnent sont ceux dont l'initiative et le leadership revient aux professionnels de santé⁷⁰. Dans le Val de Sarthe, nous avons constaté un intérêt et un investissement importants des professionnels de santé, mais pas des médecins. Or, si différentes études évoquent l'importance d'un médecin porteur de projet, il n'a pas été retrouvé d'exemples de formation d'équipes de soins primaires en l'absence de médecin engagé initialement dans le projet. Il paraît donc essentiel de pouvoir, d'une façon ou d'une autre, intéresser les médecins du territoire à un nouveau projet. Il est peut-être possible, pour les médecins sur le départ, de les impliquer en s'appuyant sur leur volonté de transmission et leur sentiment de responsabilité vis-à-vis de leur patientèle. Mais cela n'est probablement pas suffisant, un rassemblement autour d'un projet commun est nécessaire. Ainsi, dans la monographie écrite par Cécile FOURNIER, la mise en place d'une action de santé publique, en l'occurrence « la prise en charge du diabète, pousse ou préfigure le projet de maison de santé »⁷¹. Mais l'organisation de ce type d'actions est chronophage, il peut alors être intéressant qu'une personne dédiée (pourquoi pas un chargé de

⁶⁹ FOURNIER C., FRATTINI M., NAIDITCH M., « Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé , Analyse qualitative dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) », Questions d'économie de la santé, n° 200, IRDES

⁷⁰ JUILHARD J-M, CROCHEMORE B., TOUBA A., VALLANCIEN G., CHAMBAUD L., SCHAETZEL F., « Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement », Rapport ministériel, 2009.

⁷¹ FOURNIER C., « Concevoir une maison de santé pluri-professionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes », Sciences sociales et santé 2014/2 (vol. 32), p 90

mission santé à la Communauté de communes), se charge de l'animation et du portage d'un projet de ce type.

Ces différents éléments servent de points d'appui à l'élaboration de scénarios de projets de santé, qui constitue la dernière phase de ce stage.

Conclusion

L'apparition de tensions de l'offre de soins sur un territoire amène à une implication de nombreux acteurs, et à maintes réflexions. Au niveau national, la baisse de la démographie médicale a engendré l'élaboration de nombreuses mesures incitatives pour l'installation des médecins, dont l'efficacité reste pour l'instant à étudier. Ce problème de l'accès aux soins est entré dans le débat public, et les élus locaux, pour répondre aux attentes de leurs électeurs, se voient presque contraints d'investir le champ de la santé. De même, les professionnels de santé sont prêts à travailler à des solutions de regroupements pluri-professionnels, qui correspondent à leurs souhaits, afin de mieux répondre aux besoins de la population, et d'attirer de nouveaux médecins sur leur territoire. Seulement, dans la Communauté de communes du Val de Sarthe, la collaboration initiée entre ces professionnels s'est essouffée, devant l'absence de médecin porteur du projet, l'absence de consensus entre les élus et la difficulté des professionnels à s'accorder sur la localisation d'une maison de santé. Les élus ont alors décidé de prendre les choses en main, et de relancer un projet, plutôt de centre de santé, puisque la mise en œuvre de ce type de projet n'implique pas la motivation des professionnels de santé du territoire. C'est dans ce contexte que nous avons été missionnées à travailler à une solution de projet de santé permettant l'arrivée de nouveaux médecins sur le territoire.

Le diagnostic réalisé a permis de connaître précisément le territoire, mais aussi de comprendre les détails de l'échec de la mobilisation préalable des professionnels de santé. La réflexion sur ce territoire amène à se poser plus largement la question de la transition du modèle d'exercice solitaire vers les actuelles équipes de soins primaires, souhaitées par les autorités de santé comme par les jeunes médecins. Le modèle professionnel des médecins généralistes évolue, et il est nécessaire, pour constituer des équipes de soins primaires, de construire à partir des échanges informels déjà existants. Un travail est donc à mener auprès des professionnels pour favoriser ces échanges et les formaliser, et, en particulier, sur ce territoire, impliquer quelques médecins généralistes.

Il faut également souligner la nécessité de définir le territoire pertinent pour la réalisation d'un projet de santé, celui-ci n'étant pas forcément, comme nous l'avons évoqué, celui de la Communauté de communes du Val de Sarthe.

L'utilité de ce mémoire est évidente, puisque la mise en perspective du territoire par rapport au contexte national permet des réflexions constructives, qui servent de base à l'élaboration de différents scénarios pour le territoire. Les ébauches de scénarios travaillées pour

Elise RIDARD

l'instant sont synthétisées dans le tableau présenté en annexe 2. Ces scénarios ont été construits sur une projection à 5 ans (sauf un des scénarios, celui d'un centre de santé construit au plus vite, celui-ci étant initialement la commande de notre stage). La projection à 5 ans permet de prendre en compte plusieurs évolutions majeures sur le territoire, dont le départ de médecins ; et elle correspond aussi au temps de mise en œuvre nécessaire à la constitution d'une équipe de soins primaires. Plusieurs scénarios se dégagent, dont deux semblent particulièrement intéressants à étudier : celui d'un centre de santé ou celui d'une maison de santé, dans cinq ans. Celui du centre de santé nécessite un fort engagement de la Communauté de communes, qui devra porter les coûts d'investissement et de fonctionnement d'une telle structure, ainsi qu'élaborer une stratégie de communication permettant la venue de médecins. Le scénario d'une maison de santé nécessite quant à lui une mobilisation plus importante des professionnels, et en particulier des médecins, pour laquelle la Communauté de communes a également un rôle à jouer.

De nombreuses pistes sont à explorer pour répondre à la problématique de l'accès aux soins. Nous nous sommes concentrés ici sur la constitution d'équipes de soins primaires, mais d'autres paramètres peuvent amener à d'autres changements : le développement de la télémédecine, les choix d'aménagement du territoire, les évolutions de répartition des tâches entre les professionnels de santé (délégation de tâches, infirmier en pratiques avancées...), les évolutions de formation des professionnels... Une étude prospective de ces évolutions pourrait compléter ce travail.

Bibliographie

Ouvrages

- BLOY G, SCHWEYER F-X, « Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale. Chapitre 2 : Démographie de la médecine générale », Rennes: Presses de l'École des hautes études en santé publique; 2010. 423 p
- SCHWEYER F-X, « Singuliers généralistes. Chapitre 21 : Ni artisan, ni salarié. Conditions et enjeux de l'installation en médecine générale libérale »
- COUTANT D. et TUFFREAU F., *La médecine générale, une spécialité d'avenir: des premières conventions médicales aux maisons de santé*, Rennes, Presses de l'École des hautes études en santé publique, 2016, 164 p.
- DEMAZIERE D., GADEA C., « Conclusion », in Didier Demazière et al., *Sociologie des groupes professionnels*, La Découverte « Recherches », 2009, p. 435-451.

Articles

- BLOY G., « À quoi bon former des médecins généralistes ? Un modèle d'apprentissage et un modèle professionnel sous tensions », *Revue française des affaires sociales* 2014/1 (n° 1-2), p. 183
- BLOY G., « Comment peut-on devenir généraliste aujourd'hui ? Le renouvellement des médecins généralistes vu à travers une cohorte de jeunes diplômés », *Revue française des affaires sociales* 2011/2, p 20.
- CHEVILLARD G. et al., « Mesure de l'impact d'une politique publique visant à favoriser l'installation et le maintien de médecins généralistes : l'exemple du soutien au développement des maisons et pôles de santé en France », *Revue d'Economie Régionale et Urbaine*, 2015/4 (octobre), p657-694
- Conseil national de l'Ordre des médecins, « Le conseil national de l'ordre des médecins est défavorable à la proposition de loi visant à limiter la liberté d'installation des médecins », (consulté le 18 juin 2017), sur <https://www.conseil-national.medecin.fr/print/1572>
- DESENCLOS J.-C. et ARWIDSON P., Éditorial. Inégalités sociales et territoriales de santé : des connaissances et des faits probants pour l'action, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2016 (16-17), p.274-5.
- FOURNIER C., « Concevoir une maison de santé pluri-professionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes », *Sciences sociales et santé* 2014/2 (vol. 32), p 67-95
- FRANC C., LE VAILLANT M., ROSMAN S., PELLETIER-FLEURY N., *La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites*, DREES, Collection Études et résultats, août 2007 n°588, 8 p.
- HASSENTEUFEL P., « La défense de la médecine libérale », *La vie des idées*, 16 juin 2015.

- LANGLOIS J., « La démographie médicale aujourd'hui et demain (2005-2025) », in Lucien Israël, Santé, médecine, société, Presses Universitaires de France « Cahiers de l'académie des sciences morales et politiques », 2010, p. 297-318.
- LAPEYRE N., ROBELET M., « Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes », Sociologies pratiques 2007/1 (n°14), p 19-30.
- LARCHER P., « Principales répercussions de la pauvreté sur la santé », *Laennec*, 2007/4 (Tome 55), p. 15-26.
- LEVY D., « Le métier de médecin aujourd'hui », Revue française des affaires sociales 2011/2, p. 297-309.
- LORTHOLARY O., « Pathologies infectieuses et précarité en France », *Laennec*, 2007/4 (Tome 55), p. 6-14.
- Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants « Organisation des soins. Régulation ou liberté d'installation : propositions », consulté le 18 juin 2017, sur <https://www.reagir.fr/2016/09/30/organisation-soins-regulation-liberte-dinstallation-propositions>
- VERAN O., « Des bacs à sable aux déserts médicaux : construction sociale d'un problème public », Les Tribunes de la santé 2013/2 (n° 39), p 77-85
- VIGNERON E., « Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français », Les Tribunes de la santé 2013/1 (n°38), p 41-53
- WALLACH D., KOUCHNER G., « Le numerus clausus, ou la planification de la pénurie médicale, 1971-2009 », 2011

Rapports et études

- AFRITE A., BOURGUEIL Y., DANIEL F., MOUSQUES J., « L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins. », Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Questions d'économie de la santé, n°189, 2013.
- ARNAULT F., « Améliorer l'offre de soins : initiatives réussies dans les territoires », Ordre national des médecins, Rapport de mission
- BONNEFOY V. et GICQUAUD N., *900 000 habitants de plus en 2040 en Pays de la Loire*, Insee Pays de la Loire, Études n° 90, décembre 2010. Accessible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1292468> [consulté le 1-4-17]
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. « Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer », Les dossiers de la DRESS, mai 2017, n° 17
- ENGLER J.-Y., *Profil Santé. CC du Val de Sarthe*, CPAM de la Sarthe, septembre 2014, 22 p.
- FNORS, « Guide à destination des maîtres d'ouvrage », étude FNORS, 2010
- FOURNIER C., FRATTINI M., NAIDITCH M., « Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé , Analyse qualitative dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) », Questions d'économie de la santé, n° 200, IRDES
- GEORGES P., WAQUET C., PART J. Les centres de santé : Situation économique et place dans l'offre de soins de demain. Rapport IGAS, 2013

- *Indicateurs de santé. Spécificités territoriales en Sarthe*, ORS, ARS Pays de La Loire, octobre 2011, Nantes, 12 p.
- InVS, *Troubles musculo-squelettiques (TMS)*, Santé publique France, septembre 2009, mis à jour en septembre 2013. Accessible sur <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Travail-et-sante/Troubles-musculo-squelettiques-TMS/Contexte-et-dispositif-de-surveillance> [consulté le 4-5-17]
- ISNAR-IMG, « Aides à l'installation. Guide pratique à l'usage des administrateurs de l'ISNAR-IMG », Avril 2013, Mis à jour janvier 2017, consulté le 15 juin 2017, sur <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/aides-installation.pdf>
- JERBER Maud, *Étude pour la caractérisation des territoires en tension pour l'installation des jeunes médecins*, Commissariat général à l'égalité des territoires, novembre 2015, 95 p.
- JUILHARD J-M, CROCHEMORE B., TOUBA A., VALLANCIEN G., CHAMBAUD L., SCHAETZEL F., « Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement », Rapport ministériel, 2009.
- LE BRETON-LEROUVILLOIS, G., *Atlas de la démographie médicale en France*. Situation au 1er janvier 2016, Conseil national de l'ordre des médecins, 2016. Accessible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf [consulté le 10-4-17]
- MAUREY H., « Rapport d'information fait au nom de la commission du développement durable, des infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire, en conclusion des travaux du groupe de travail sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire », 2013
- SCHWEYER F.-X., « Souhaits et aspirations des médecins qui envisagent l'exercice de la médecine générale », La médecine générale, Rapport Observatoire national de la démographie des professionnels de santé, 2006-2007
- Service Relais Assistantes Maternelles/Parents/Enfants, *Diagnostic Observatoire Petite Enfance*, Communauté de communes du Val de Sarthe, 2016, 4 p.

Thèse

- RIDARD É., *Les motivations des médecins généralistes en centre de santé. Enquête par entretien auprès de médecins des centres de santé de Bretagne et Pays de la Loire*, Thèse pour l'obtention du diplôme d'État de docteur en médecine, Université de Rennes 1, octobre 2016.

Documents législatifs et normatifs

- Article L6323-1 du Code de la santé publique
- Article L6323-3 du Code de la santé publique
- n° 19, « Arrêté du 10 janvier 2017 fixant le nombre d'étudiants de première année commune aux études de santé autorisés à poursuivre leurs études en médecine à la suite des épreuves terminales de l'année universitaire 2016-2017 »

Elise RIDARD

- Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, article 44.
- Loi dite HPST du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
- Pacte Territoire Santé. Des mesures concrètes pour lutter contre les déserts médicaux. Ministère des solidarités et de la santé., consulté le 10 juin 2017, sur <http://social-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/pts/article/2015-pacte-territoire-sante-2>
- Projet régional de santé des Pays de la Loire, *Annexe 1 : état des lieux de la santé en Pays de la Loire. Indicateurs de santé, spécificités territoriales en Sarthe*, ORS, ARS Pays de La Loire, mars 2014, p. 807.

Autres

- MACRON E., « Programme En Marche !, Election présidentielle- 23 avril et 7 mai 2017 », consulté le 18 juin 2017, sur <https://storage.googleapis.com/en-marche-fr/COMMUNICATION/Programme-Emmanuel-Macron.pdf>

Liste des annexes

Annexe 1 : Exemple de grille d'entretien : entretien professionnels de santé	I
Annexe 2 : Synthèse des ébauches de scénarios	III

Annexe 1 : Exemple de grille d'entretien : entretien professionnels de santé

PRESENTATION - situation socio- économique	Pouvez-vous vous présenter ? D'où êtes-vous originaire (études...) ?	
	Où avez-vous travaillé avant de vous installer sur cette commune ?	Quand êtes-vous arrivé(e) sur la commune ?
EMPLOI ET PRATIQUES PROFESSIONNELLES	Travaillez-vous seul(e) ou à plusieurs ?	
	Avez-vous des échanges avec les autres professionnels de santé du territoire ? Quels types d'échanges ?	
	Existe-il un partage d'informations entre les différents professionnels (médicaux et para-médicaux) de la CDC ?	
	Que pensez-vous de l'exercice regroupé ? Quelles formes peut-il prendre selon vous ?	
	Que pensez-vous de la démographie médicale sur le territoire ?	
	Recevez-vous des étudiants/internes en stage ? Avez-vous pu évoquer avec eux ou d'autres professionnels leur installation sur le territoire ?	
	Avez-vous pu identifier des freins à leur installation ?	
	Faisiez-vous partie de l'association Médic'élan ?	

Elise RIDARD

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2016-2017

**ENGAGEMENT DANS LE
PROJET DE SANTE 2012**

Qu'est-ce qui vous a motivé à vous engager au sein de cette association ?	Pourquoi n'avez-vous pas souhaité vous associer à Médic'élan ?
---	--

Quel était l'objectif de cette association ?

Pourquoi cela n'a-t-il pas abouti ?	En quoi cela a-t-il abouti ?
-------------------------------------	------------------------------

L'association est-elle toujours active aujourd'hui ? Si non, pour quelles raisons ?

PROJET DE SANTE 2017

Que pensez-vous de la situation actuelle ?

Seriez-vous prêt(e) à vous engager – de nouveau – sur un projet de santé à l'échelle de la CDC ?

Que souhaiteriez-vous partager avec les autres médecins/professionnels de santé du territoire ? (congrès, samedi matin, prévention, délégation de tâches aux infirmiers...)

Comment envisagez-vous le rôle de la CDC sur la santé ?

**ETAT DE SANTE des
habitants**

Comment qualifieriez-vous l'état de santé de la population du territoire ?

Quels sont les problématiques de santé les plus rencontrées ?

Quelles sont les demandes principales des patients sur l'offre et la qualité des soins ?

Annexe 2 : Synthèse des ébauches de scénarios

	Coup de poignard dans l'eau	Le centre de santé (dans 5 ans)			Le centre de santé (décision aujourd'hui) = peu soutenu	La MSP
		Un centre de santé peu soutenu	Un centre de santé soutenu	Un engagement très risqué		
Nature de l'engagement de la CDC	<ul style="list-style-type: none"> → Pas de prise de compétence → Pas d'engagement financier → Pas de mobilisation de ressources en interne 	<ul style="list-style-type: none"> → Prise de compétence « centre de santé » → Engagement financier important → Mobilisation de ressources en interne → CDC gestionnaire/employeur 	<ul style="list-style-type: none"> → Prise de compétence « centre de santé » → Engagement financier moins important (soutenu/Etat) → Mobilisation de R en internes → CDC gestionnaire/employeur 	<ul style="list-style-type: none"> → Prise de compétence « centre de santé » → Engagement financier très important → Mobilisation de R en internes → CDC gestionnaire/employeur 	<ul style="list-style-type: none"> → Prise de compétence « centre de santé » → Engagement financier important → Mobilisation de ressources en interne → CDC gestionnaire/employeur 	<ul style="list-style-type: none"> → Pas de prise de compétence → Engagement financier faible (subventions) → Mobilisation de ressources en internes faible
Aides et ressources externes	Néant	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Appui de la FNCS/USCMS ➤ Accord national des CDS/NMR 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Appui de la FNCS/USCMS ➤ Accord national des CDS/NMR ➤ ARS (FIR) + ? 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Appui de la FNCS/USCMS 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Appui de la FNCS/USCMS ➤ Accord national des CDS/NMR ➤ ARS (FIR) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Appui de l'APMSL ➤ ARS ➤ CPAM ➤ Département/Région
Risques	<ul style="list-style-type: none"> → Diminution drastique de l'O de soins à court 	<ul style="list-style-type: none"> → Engagement financier inutile → Centre de santé vide 	<ul style="list-style-type: none"> → Difficulté d'équilibre économique en cas 	<ul style="list-style-type: none"> → Engagement financier inutile → Centre de santé vide 	<ul style="list-style-type: none"> → Engagement financier à perte pendant plusieurs années 	<ul style="list-style-type: none"> → Diminution drastique de l'O de soins si échec du projet

Elise RIDARD

	terme (5 ans)	→ Diminution de l'O de soins	de mauvaise gestion	→ Diminution drastique de l'O de soins	→ Difficultés de recrutement → Activité insuffisante	
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution de la densité médicale • Arrivée de médecin due au hasard 	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilité de médecins arrivant sur le territoire • Budget (fonctionnement et investissement) élevé 	<ul style="list-style-type: none"> • Arrivée de médecins sur le territoire • Viabilité économique assurée par le soutien de l'Etat 	<ul style="list-style-type: none"> • Peu de médecins arrivant sur le territoire • Budget (fonctionnement et investissement) encore plus élevé (pas d'aide aux regroupements pro) 	<ul style="list-style-type: none"> • Peu de médecins arrivant sur le territoire • Budget (fonctionnement et investissement) élevé 	<ul style="list-style-type: none"> • Arrivée de nouveaux professionnels • Opération blanche pour la CDC
Probabilité de réalisation du scénario	Moyenne	Forte	Moyenne	Faible	Moyenne	Moyenne

Note réflexive

Avant d'entamer quelques réflexions sur le déroulé de la mission, il me paraît important de resituer celle-ci au regard de mon parcours. J'ai, depuis le début de mes études, et même avant de m'y engager, eu le souhait d'être médecin généraliste. Si ce choix n'était pas issu d'une vocation profonde, il résultait plutôt d'un compromis entre la possibilité d'étudier les sciences de la biologie, et celle d'avoir un sentiment d'utilité dans mon travail, en ayant un rôle social auprès de la population. Ce choix s'est conforté au fur et à mesure de mes années d'études, la relation médecin-patient offerte par mes stages en hôpital ne me semblant pas aussi durable que celle que je pourrais forger avec mes patients en médecine générale.

A l'issue de mes études, et suite à mon engagement local dans le syndicat des internes de médecine générale, j'ai choisi, pour sujet de ma thèse d'exercice, d'étudier un mode d'exercice particulier, celui des centres de santé. Ce travail m'a fait me plonger dans le domaine de l'organisation des soins, domaine que je ne connaissais jusque-là que très peu. Il m'est alors paru important de suivre une formation de santé publique pour acquérir des compétences me permettant de mieux comprendre, entre autres, cette organisation des soins. C'est ainsi que je me suis lancée dans le Master II Pilotage des politiques et actions de santé publique. L'objectif était de pouvoir allier une connaissance du terrain, par mon exercice en médecine générale, à des connaissances théoriques, afin d'apporter une expertise en santé publique, en particulier dans le domaine de l'organisation des soins.

L'offre de stage du Val de Sarthe m'est apparue comme une véritable opportunité, car elle me permettait de poursuivre un travail sur l'organisation des soins, en continuant à travailler sur les centres de santé, tout en appliquant la majeure partie des compétences nouvelles acquises lors de la partie théorique de ce Master.

I. La découverte d'un nouvel univers professionnel

Mon mari travaillant dans l'administration des collectivités locales, cet univers était loin de m'être inconnu. Ainsi, je connaissais déjà la structure globale de l'administration territoriale, ses différents échelons, et j'avais quelques notions des rapports entre les élus et l'administration. Cependant, je n'avais jamais eu l'occasion d'expérimenter, en y travaillant, ce type de structure.

Elise RIDARD

L'organisation pratique du travail

L'organisation du travail est très différente de mon travail de médecin généraliste en cabinet. Ma journée de médecin est très rythmée par les consultations, qui chacune, nécessite la prise de décision rapide. L'étendue de mes horaires et la densité de ma journée en médecine générale est également très variable, en fonction de la demande des patients, des urgences pouvant survenir... L'organisation de mon travail à la Communauté de Communes était beaucoup plus régulière, avec une amplitude horaire quasiment fixe, un déjeuner à un horaire régulier. Même si nombres des collègues de la collectivité avaient également ce rythme très régulier dans leur travail, je suis pour autant consciente de la variabilité possible de ces horaires, en particulier pour certains postes dans l'administration, qui nécessite par exemple des réunions tardives avec les élus.

L'accueil des collègues de la collectivité

Bien que seulement stagiaires dans la collectivité, donc pour une durée déterminée, l'accueil qui nous a été fait a été très bon. Nos collègues ont pour la plupart porté un intérêt à notre travail, ce qui nous a également permis de discuter avec eux de façon informelle des problèmes d'accès aux soins sur leur territoire. Nous avons très vite été intégrées aux moments conviviaux : pauses, évènement particulier (anniversaire par exemple) ... Nous avons de plus été amenées à solliciter certains agents de la collectivité pour obtenir des données et informations, le contact a alors été très rapide et facile.

Le rapport aux élus

L'administration d'une collectivité territoriale a un fonctionnement particulier, puisque les décisions finales reviennent toujours aux élus. L'administration est là pour mettre en œuvre les projets des élus et les conseiller. Donc, même s'il n'y a pas de rapport hiérarchique entre les élus et les agents, ce sont toujours les élus qui prennent les décisions, et les agents doivent s'y conformer. Cette particularité peut être difficile à accepter. J'ai été surprise par la nécessité de faire valider toute nouvelle décision/travail par le Président de la Communauté de communes. En effet, par exemple, avant de diffuser tout compte-rendu de réunion, tout nouvel écrit aux autres élus, il a fallu rechercher l'assentiment du Président. Lors de discussions avec les collègues, j'ai constaté parfois l'agacement de certains, qui, experts sur une question donnée, doivent se plier aux exigences de leur élu de référence, exigences qu'ils estiment non argumentées, et contraires aux intérêts de la population. Certains se plaignent également du manque d'écoute de certains élus, et de leur disponibilité. En l'occurrence, un projet peut être mis à l'état de veille pendant quelques temps du fait de l'indisponibilité d'un élu.

Elise RIDARD

Un cas particulier est intéressant à expliciter ici, celui du rachat d'un bien immobilier par des masseurs-kinésithérapeutes. Une des communes avait promis de vendre à un certain prix un bien immobilier aux masseurs-kinésithérapeutes. Cependant, le prix initial a été augmenté suite à une évaluation par le Domaine⁷², le maire de la commune ne pouvant pas prendre le risque de se faire attaquer par son opposition s'il décidait de vendre ce bien moins cher que le prix évalué. Ces professionnels, très surpris et en colère face à ce changement de dernière minute, se sont alors adressés au Président de la Communauté de communes, qui a initialement souhaité ajouter ce sujet au Conseil communautaire du lendemain. Il nous a alors été demandé de produire une note récapitulant la situation. Après une étude de celle-ci, il nous est apparu délétaire pour le projet de santé d'introduire ce sujet lors du Conseil communautaire⁷³, à cause des dissensions qu'il pouvait induire. La note que nous avons produite, appuyée par notre maître de stage, a finalement décidé le Président à revenir sur la décision d'ajouter ce sujet au Conseil communautaire. Cet exemple me semble bien illustrer le rôle de conseil que peut avoir l'administration vis-à-vis des élus. Cependant, j'ai bien senti ici que, une fois la note écrite, la décision nous échappait complètement.

Les jeux politiques

J'ai découvert combien la Communauté de communes peut être une organisation complexe du point de vue du pouvoir politique. Tout d'abord, des élus de plusieurs couleurs politiques siègent au Conseil communautaire, et, si certains réussissent à dépasser ces différences pour œuvrer à faire avancer les projets de la Communauté de communes, d'autres ne souhaitent pas se plier à ces règles. Ensuite, lors de notre projet, nous avons constaté - et cela est détaillé dans le mémoire de Virginie SAUGIER - que de nombreux élus travaillent d'abord et toujours pour leur propre commune, jusqu'à retenir certaines informations qui auraient pu être utiles à la Communauté de communes. Certains sont également très prudents, voire réticents, au transfert d'une nouvelle compétence, qui leur ferait « perdre la main » sur un champ des politiques publiques. Enfin, la candidature de deux maires des communes du Val de Sarthe pour la députation a attisé ces tensions politiques.

⁷² Charte de l'évaluation du Domaine. Association des maires de France et Direction générale des finances publiques, accessible sur http://www.collectivites-locales.gouv.fr/files/files/Domaine/charte_domaine.pdf

⁷³ Modèle de règlement intérieur du conseil communautaire, accessible sur : http://www.territorial.fr/PAR_TPL_IDENTIFIANT/3862/TPL_CODE/TPL_OVN_CHAPITRE_FICHE/2683-consultation-conseil-communautaire-mode-d-emploi.htm

Elise RIDARD

Le temps politique

Ces candidatures à la députation auraient pu également menacer notre projet. En effet, le Président de la Communauté de communes, qui s'était présenté, aurait pu être élu. S'il avait été élu député, et du fait du non cumul des mandats⁷⁴, il n'aurait pu conserver sa fonction exécutive de maire, et n'aurait donc pu rester Président de la Communauté de communes. De nouvelles élections auraient eu lieu. Notre projet étant principalement porté par le Président de la Communauté de communes, l'élection d'un autre Président – celui pressenti étant beaucoup moins favorable à l'investissement du champ de la santé par la Communauté de communes – aurait menacé notre projet.

L'échéance des prochaines élections pèsent sur chaque élu, mais également sur la pérennité de chaque projet mené par une collectivité. En l'occurrence, une volonté politique est nécessaire pour s'engager dans un projet de santé sur le territoire. Or, et nous préciserons cela lors de l'écriture de nos différents scénarios de projets, l'intensité de l'engagement est très variable en fonction de la nature du projet (centre de santé, maison de santé, simple appui aux professionnels...). La décision aujourd'hui, par exemple, de créer un centre de santé, pourrait être finalement un échec, si, suite aux prochaines élections municipales de 2020, le nouveau Conseil communautaire décide de ne pas poursuivre ce type de projet.

II. Positionnement particulier lié à mon double statut : médecin généraliste en exercice et stagiaire en collectivité

Une adaptation nécessaire

Ce stage m'a exigé des compétences d'adaptation. En effet, partageant mon temps entre des semaines à La Suze-sur-Sarthe consacrées à ce stage et d'autres consacrées à mes remplacements en maison de santé à côté de Rouen, j'ai dû m'adapter, chaque jour, à ces deux contextes de travail complètement différents. Dans mon travail de médecin généraliste, je suis complètement libre de mes décisions, et cela présente un intérêt certain, mais la responsabilité qui

⁷⁴ Loi organique n° 2014-125 du 14 février 2014 interdisant le cumul de fonctions exécutives locales avec le mandat de député ou de sénateur, Version consolidée au 20 juin 2017.

en découle est importante. Lors de mes semaines de stage, les décisions cruciales ne me revenaient pas, ce qui engendre un certain confort mais également une certaine frustration. Cela nécessite d'être à l'écoute, de ne pas se précipiter, et de respecter la place de chacun, en restant à ma propre place.

« Docteur » ou « Stagiaire »

Ma tendance au début du stage était de me présenter en tant que « stagiaire ». Suite à une discussion avec ma collègue et avec notre maître de stage, il est apparu qu'il était important, afin d'atteindre au mieux nos objectifs et d'être le plus prisé au sérieux, de me présenter aux institutions et professionnels extérieurs à la Communauté de communes, mais aussi aux élus, en tant que médecin. Le statut social de médecin généraliste n'est pas le plus prestigieux parmi les spécialités de la profession médicale⁷⁵, et un sondage récent indiquait que les médecins estimaient que leur place dans la société et la considération du grand public à leur égard s'étaient dégradés⁷⁶. Pourtant, un autre sondage montrait que les Français avaient, pour 94% d'entre eux, une assez bonne ou très bonne opinion des médecins en général⁷⁷. Il apparaît que le titre de Docteur impose, au moins lors des contacts avec les autres professionnels de santé, une écoute plus attentive. Le titre de stagiaire, lui, est très vague, et suggère une place peu importante dans l'organisation.

Ensuite, il était essentiel de valoriser mon expérience de médecin généraliste, et en particulier mes aspirations en tant que jeune médecin, auprès des élus et des professionnels de santé, ce positionnement ayant un but pédagogique. L'objectif était de faire comprendre, à travers mon exemple, les évolutions principales des souhaits d'exercice des médecins.

III. Apports du stage

Un travail réalisé à deux, en complémentarité

Le travail réalisé lors du stage a été fait en totale collaboration avec Virginie SAUGIER, ma collègue. Cette forme de travail est une poursuite des travaux de groupe réalisés lors de la partie

⁷⁵ BLOY G., « Singuliers généralistes. Chapitre 1 : La constitution paradoxale d'un groupe professionnel »

⁷⁶ Sondage IFOP pour le Quotidien du médecin

⁷⁷ Sondage BVA, Le rôle et la place du médecin généraliste en France, accessible sur : http://www.bva.fr/data/sondage/sondage_fiche/675/fichier_microsoftpowerpoint-presentationenlignepptlectureseule_839ec.pdf

théorique du Master, qui déjà nécessitaient plusieurs ajustements, comme tout travail en équipe. En effet, le positionnement de chacun dans un groupe, et même dans un binôme, est à construire. L'enrichissement apporté par les groupes de travail du Master, comme de notre binôme, est celui de la complémentarité des profils, qui suscitent l'échange et le débat. Le collègue est alors également une source de savoirs inépuisable.

Une confrontation aux réalités du terrain

Ce stage m'a permis de confronter ma vision de ce que devrait être l'organisation de l'offre de soins ambulatoire au terrain. Je me suis rendue compte que les changements de type organisation d'un regroupement professionnel prenaient du temps, et nécessitaient une longue concertation avec les acteurs de terrain. Les solutions « toutes prêtes », descendantes, ne sont pas bien acceptées des professionnels de terrain. Nous l'avons par exemple constaté en entendant les critiques formulées par les professionnels vis-à-vis de l'ARS.

Application des compétences acquises par le Master

Presque chacune des Unités d'enseignement (UE) de ce Master a été mobilisée lors de ce stage. En effet, l'UE « Observation de la santé », m'avait rappelé les outils nécessaires à l'élaboration d'un diagnostic quantitatif, qui ont été utiles à notre diagnostic. Les UE « Approche interdisciplinaire des systèmes de santé » et « Politiques sociales et de santé en France et en Europe » m'ont permis, par l'étude de notre système de santé et de protection sociale, ainsi que l'étude d'autres systèmes de santé, d'avoir un regard plus distancié et critique sur le système français, ce qui, lors du stage, apporte une ouverture importante sur les évolutions et les politiques possibles. L'UE « Stratégie, territoire et conduite de projet en santé publique » a bien évidemment trouvée toute sa place lors de ce stage. L'UE « Financements des établissements et des projets » va bientôt m'être précieuse, lorsque nous étudierons la faisabilité économique d'un centre de santé. Enfin, faute de temps, nous n'utiliserons pas ici l'UE « Evaluation », mais celle-ci pourrait être utile dans un second temps, pour évaluer le projet de santé qui sera mis en place.

IV. Perspectives

Je me suis finalement décidée, au cours de ce stage, à devenir chef de clinique universitaire en médecine générale.

Ce stage m'a apporté une expérience très intéressante dans l'administration, qui me sera probablement utile ultérieurement, si je suis par exemple amenée à travailler en lien avec d'autres collectivités, ou encore avec l'ARS. Il m'a aussi apporté en me permettant d'avoir un recul sur mon

Elise RIDARD

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2016-2017

activité de médecin généraliste. Enfin, il m'a permis de me rendre compte qu'il m'était possible de mener deux activités de front, ce stage étant couplé à mon activité.

J'ai souhaité, afin de continuer à avoir ce recul sur mon activité quotidienne, prolonger ma double activité, en devenant chef de clinique. Grâce à ce clinicat, j'ai la possibilité de poursuivre une activité de recherche, et également d'enseigner tout ce que j'ai pu apprendre jusqu'ici.

J'espère pouvoir utiliser à l'avenir cette expérience très pratique de projet de regroupement professionnel dans une collectivité territoriale, et l'allier à mon futur statut de chef de clinique, pour pouvoir guider d'autres projets de ce type.

Bibliographie

- BLOY G., « Singuliers généralistes. Chapitre 1 : La constitution paradoxale d'un groupe professionnel »
- Sondage IFOP pour le Quotidien du médecin
- Sondage BVA, Le rôle et la place du médecin généraliste en France, accessible sur : http://www.bva.fr/data/sondage/sondage_fiche/675/fichier_microsoftpowerpoint-presentationenlignepptlectureseule_839ec.pdf
- Loi organique n° 2014-125 du 14 février 2014 interdisant le cumul de fonctions exécutives locales avec le mandat de député ou de sénateur, Version consolidée au 20 juin 2017.
- Charte de l'évaluation du Domaine. Association des maires de France et Direction générale des finances publiques, accessible sur http://www.collectivites-locales.gouv.fr/files/files/Domaine/charte_domaine.pdf
- Modèle de règlement intérieur du conseil communautaire, accessible sur : http://www.territorial.fr/PAR_TPL_IDENTIFIANT/3862/TPL_CODE/TPL_OVN_CHAPITRE_FICHE/2683-consultation-conseil-communautaire-mode-d-emploi.htm

RIDARD

Elise

10 juillet 2017

Master 2

Pilotage des politiques et actions en santé publique

Des insuffisances de l'offre de soins à la nécessité des coopérations.

Promotion 2016-2017

Résumé :

Les insuffisances de l'offre de soins, et en particulier l'augmentation des inégalités d'accès aux soins en France, incitent de nombreux acteurs à rechercher de nouvelles solutions. De nombreuses mesures incitatives ont été mises en œuvre pour favoriser l'installation des médecins et les regroupements professionnels. Le problème des « déserts médicaux » est entré dans le débat public, et les élus locaux, pour répondre aux attentes de leurs électeurs, investissent le champ de la santé.

Dans le cas présent, c'est une Communauté de communes qui nous a missionnées pour travailler sur un projet destiné à attirer des médecins sur son territoire. Les regroupements pluriprofessionnels, aujourd'hui dénommés équipes de soins primaires, sont une solution promue par les autorités de santé, et qui intéressent les professionnels de santé, dont les jeunes médecins généralistes. Le diagnostic local de santé fait état d'un territoire dynamique mais vieillissant, et d'une menace forte sur le nombre de médecins généralistes à un horizon de cinq ans. Une précédente mobilisation de certains professionnels et élus du territoire n'a pas abouti, à cause de l'absence de médecins engagés, du manque de vision politique partagée, et de l'absence d'une force d'animation pérenne.

Plus que la formule de regroupement à envisager, c'est la notion de coopérations qui est donc en jeu. La réflexion sur ce territoire amène à se poser plus largement la question de la transition du modèle d'exercice solitaire vers les actuelles équipes de soins primaires. Pour la formation de ce type de regroupement, il faut s'appuyer sur les réseaux informels existants entre les professionnels de santé, et favoriser les échanges en mettant en place des actions de santé publique, afin de créer une véritable collaboration interprofessionnelle, préalable nécessaire à un éventuel regroupement pluriprofessionnel.

Mots clés :

Démographie médicale, équipe de soins primaires, regroupement pluriprofessionnel, coopérations

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.