



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2006 –

**« LE SYSTEME DE SANTE FACE AU VIELLISSEMENT DES POPULATIONS
DANS LES ESPACES RURAUX A FAIBLES DENSITES DE POPULATION »**

– Groupe n° 14 –

- | | |
|-----------------------------|---------------------------|
| – BOILEAU Jean-Yves - DS | – BOUCHARDON Laurent - DH |
| – GESSON Marie-Hélène - DH | – HINET Dominique - DESS |
| – LAFON Sophie - IASS | – LAVIGNE Laetitia - DH |
| – MOCHALSKI Michelle - DESS | – MORIN Amélie - DESS |
| – SANSON Julie - DESMS | – SCHULLER Isabelle - DS |

Animatrice :

Raymonde SECHET,

Géographe,

Professeure d'Université – Université Rennes 2 - Rennes

S o m m a i r e

INTRODUCTION	1
I - Si le vieillissement des populations dans les espaces ruraux renvoie à une problématique spécifique, les besoins de santé semblent cependant aujourd'hui quantitativement satisfaits	3
I.1. Les spécificités administratives, socio-démographiques et socio-culturelles du COB au sein de la région Bretagne	3
I.1.1 Les spécificités administratives	3
I.1.2 Les spécificités socio-démographiques	4
I.1.3 Les spécificités socio-culturelles	5
I.1.4 Les données épidémiologiques	6
I.2. L'offre de soins dans le COB semble aujourd'hui pouvoir quantitativement répondre à la problématique du vieillissement	7
I.2.1 Les secteurs sanitaire et médico-social	7
I.2.2 Les démographies médicale et paramédicale	9
II - Fort de ce constat, le Pays Centre Ouest Bretagne, territoire de santé de proximité, est-il pertinent pour mobiliser les différents acteurs dans le sens d'une politique commune de santé publique ?	13
II.1. Le Pays du Centre Ouest Bretagne, un territoire complexe aux multiples acteurs	13
II.1.1. Un dédale de territoires	13
II.1.2. Les acteurs incontournables de la prise en charge sanitaire et médico-sociale des personnes âgées	14
II.2. Un système de santé de qualité doit se bâtir en tenant compte des comportements et des habitudes de vie des populations concernées et en organisant la coordination des professionnels	19
II.2.1. La coordination de proximité	19
II.2.2. La coordination intermédiaire : les CLIC	21
II.2.3. La coordination territoriale : le Pays du COB	25
CONCLUSION	26
BIBLIOGRAPHIE	I
Liste des annexes	V

R e m e r c i e m e n t s

Nous remercions Raymonde SECHET pour l'aide qu'elle nous a apportée dans la réalisation de notre travail, ainsi que François-Xavier SCHWEYER pour son soutien.

L'ensemble du groupe salue également l'entrain avec lequel Dominique HINET a assuré sa tâche de référente et de logisticienne.

Enfin, nous tenons à remercier l'ensemble des personnes rencontrées lors des visites sur sites ou interrogées par téléphone, pour leur disponibilité et la qualité des échanges :

Mme BERNARD, Infirmière responsable du SSIAD du Comité Intercommunal d'entraide de MAEL-CARHAIX

M. Pierre-Louis BERTHOUX, Directeur, Centre Hospitalier de Carhaix

Mme BOUGUENNEC, responsable de l'aide à domicile du Comité Intercommunal d'Entraide de MAEL-CARHAIX

Mme Martine CHOVET, Assistance Sociale MSA, Rostrenen

M. François de MARTEL, Directeur Adjoint – DDASS des Côtes d'Armor

M. FROMENT, Directeur, EHPAD Ti an Diskuizh, Laniscat

Mme Nathalie GUYADER, Directrice Adjointe – DDASS du Finistère

M. le Dr HASCOËT, Président de l'URML de Bretagne, Rennes

Mme HENRY, Assistante Sociale – MSA – Saint Brieuc

Mme le Dr Chantal LAGADIC, Médecin délégué thématique santé et personnes âgées, CDAS Pleyben-Carhaix

Mmes LE ROUX et LE MOAL, usagers, Laniscat

Mme Antoinette MADEC, Responsable de l'aide à domicile, ADMR, Carhaix

Mme Yveline PRIMOT, Vice-présidente ADMR, Carhaix

Mlle Isabelle ROLLAND, Animatrice territoriale de santé, Rostrenen

M. Georges STEPPE, Directeur Adjoint du CHS, Plouguernevel

M. Laurent TARDIF, ex-chargé de mission ARH Bretagne, Cesson-Sévigné

Liste des sigles utilisés

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural
AHB : Association Hospitalière de Bretagne
APA : Allocation Personnalisée pour l'Autonomie
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CCKB : Communauté de Communes du Kreiz Breizh
CESU : Chèque Emploi Service Universel
CH : Centre Hospitalier
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
COB : Pays Centre Ouest Bretagne
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CROSMS : Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPS : Etablissement Public de Santé
GALCOB : Groupement d'Action Locale pour le Développement du COB
HAD : Hospitalisation à Domicile
ICM : Indice Comparatif de Mortalité
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
LOADDT : Loi d'OrientatIon, d'Aménagement et de Développement Durable du Territoire
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSA : Mutualité Sociale Agricole
ORS : Observatoire Régional de la Santé
SMUR : Service Médical d'Urgence et de Réanimation
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
UPATOU : Unité de Proximité, d'Accueil, de Traitement et d'OrientatIon des Urgences
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux
USLD : Unités de Soins de Longue Durée
VAE : Validation des Acquis de l'Expérience

INTRODUCTION

En dépit d'un taux de fécondité relativement élevé, la France vieillit, à l'image de l'ensemble des pays développés. La projection démographique laisse apparaître que plus du tiers de la population française serait, en 2050, âgée de plus de 60 ans (contre une sur cinq aujourd'hui). A cette date, cette population dépasserait alors celle des moins de 20 ans.

Si l'on s'intéresse plus particulièrement à la région Bretagne, l'étude comparative des résultats des recensements de 1999 et 2004 montre que l'évolution quantitative du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans suit la même courbe ascendante que celle de la France.

A l'intérieur de la région Bretagne enfin, le Pays du Centre Ouest Bretagne (COB) espace rural à très faible densité de population (Annexe 1), se distingue par une démographie fortement en baisse et corrélativement vieillissante ; près d'un tiers de la population a en effet déjà plus de 60 ans.

Quel système de santé peut le mieux répondre à la problématique du vieillissement des populations dans les espaces ruraux à faibles densités de population? (Annexe 2)

L'allongement de la durée de vie pose des problèmes de dépendance (incapacités physiques et/ou troubles cognitifs et comportementaux) des personnes, lesquels s'accroissent avec l'arrivée du très grand âge (plus de 85 ans). Ils génèrent des besoins en terme d'assistance humaine, d'équipements, de soins, d'autant plus que 65 % des personnes de 80 ans et plus se déclarent isolées ou très isolées¹.

Selon la loi du 9 août 2004, la politique de santé publique est le principal instrument dont se dote la Nation afin d'orienter et d'organiser son effort pour protéger, promouvoir et restaurer l'état de santé de l'ensemble de la population, ou de groupes ayant des traits communs, en s'attachant à corriger les inégalités. La santé publique est le « souci d'un groupe à l'égard de ce qui atteint le corps ou menace l'existence de ses membres »².

¹ Intervention de M. Jean-Pierre BULTEZ. « Dans le vieillissement, pauvreté et isolement ». Les petits frères des pauvres. ENSP. 7 mars 2006

² D. FASSIN. Faire de la santé publique. Editions ENSP. 2005

Des plans nationaux et régionaux pluriannuels ont été définis ainsi que des objectifs quantifiés. Certains concernent la population âgée et portent sur la dénutrition, les chutes et la consommation médicamenteuse.

L'évaluation de l'atteinte de ces objectifs est prévue par le suivi d'indicateurs transversaux (espérance de vie, espérance de vie sans incapacité, mortalité, morbidité, années potentielles de vie perdues) ou spécifiques à certains problèmes de santé. Il semble nécessaire de disposer également d'indicateurs sur l'accessibilité des services, leur pertinence, leur continuité, leur sécurité et de connaître la satisfaction des usagers au niveau desquels il est essentiel de décliner les objectifs nationaux tout en tenant compte des spécificités locales. Les réponses doivent se mesurer en termes quantitatif mais surtout qualitatif.

Ainsi, le vieillissement des populations dans les espaces ruraux, et particulièrement le COB, pose une problématique à laquelle l'offre de soins semble aujourd'hui quantitativement pouvoir répondre (I).

Fort de ce constat, le Pays Centre Ouest Bretagne, territoire de santé de proximité, est-il pertinent pour mobiliser les différents acteurs dans le sens d'une politique commune de santé publique (II) ?

I- Si le vieillissement des populations dans les espaces ruraux renvoie à une problématique spécifique, les besoins de santé semblent cependant aujourd'hui quantitativement satisfaits

Le Pays COB présente des besoins de santé spécifiques liés à des éléments sociologiques et géographiques (1), qui nécessitent la mise en œuvre d'une organisation territoriale de coordination (2).

I.1. Les spécificités administratives, socio-démographiques et socio- culturelles du COB au sein de la région Bretagne

I.1.1 Les spécificités administratives

La Bretagne compte 21 Pays résultant d'un regroupement de communes préconisé par la Loi d'Orientation pour l'Aménagement et le Développement Durable du Territoire (LOADDT) du 26 juin 1999. Ces regroupements ont été décidés par les communes bretonnes dans le but de favoriser le développement économique, social et culturel du Pays. Le Pays est défini juridiquement³. Il constitue le cadre de l'élaboration d'un projet commun de développement économique durable et d'organisation des solidarités réciproques entre la ville et l'espace rural ; ce projet touche aussi aux problématiques de santé. En effet, selon Jean-Yves LE DRIAN, Président du Conseil Régional de Bretagne, le Pays constitue un échelon territorial pertinent dans la mise en œuvre des politiques de santé. Il considère que ce découpage permet « d'adapter les actions de santé à la situation de chaque Pays »⁴.

³ Article 95 de la Loi 2003-590 du 7 juillet 2003 dite Loi « Urbanisme et habitat »

⁴ In La gazette des communes, des départements et des régions. N°12. Mars 2005

Le Pays n'est pas une nouvelle collectivité locale, il ne dessaisit aucun organisme de ses compétences, n'a pas de fiscalité propre et s'organise dans une logique de mission⁵.

Le Pays COB, structure créée en 2002, en application des lois Pasqua et Voynet, se compose de 108 communes regroupées en 10 communautés de communes et compte 103 873 habitants⁶. Il s'étend d'Est en Ouest, de Mûr-de-Bretagne à Pleyben et du Nord au Sud, de Callac au Faouët. C'est le plus ancien et le plus étendu des Pays bretons (3264 km²) avec la plus faible densité de population (32 habitants/Km²). A l'origine, les objectifs étaient de travailler au désenclavement du territoire, en bénéficiant de fonds structurels européens. Il représente depuis une trentaine d'années un véritable bassin de vie au-delà des découpages administratifs.

1.1.2 Les spécificités socio-démographiques

La prise de conscience d'un certain nombre d'acteurs d'une identité COB remonte aux années 1970. Grâce à leur mobilisation, le COB dispose depuis 1992 d'une structure d'animation forte, le GALCOB (Groupement d'Action Local pour le Développement du COB), regroupant les 12 structures inter communales de cette zone, qui s'est ensuite transformée en Pays au sens de la LOADDT.

Les principales activités du territoire sont l'agriculture et les industries agroalimentaires ; ceci pourrait expliquer qu'il y ait en proportion plus d'ouvriers que dans le reste de la Bretagne, d'où un ancrage politique plus à gauche que dans d'autres espaces bretons à forte imprégnation catholique.

Durant la dernière décennie, la part des plus de 60 ans s'est accrue pour dépasser le quart de la population (28,3%) en 1999, soit 4 points de plus que la moyenne régionale. C'est dans le canton de Callac que la proportion de personnes âgées est la plus forte; les plus de 60 ans représentent en effet plus de 45 % de la population totale.

A l'inverse, sur le territoire du COB, les moins de 40 ans représentent moins de la moitié de la population (47,5%), en baisse de près de 6 points depuis 1990. Même si le

⁵ MIP 2005. Le Pays, échelon opérationnel de santé publique en Bretagne. Groupe N° 24

⁶ Source INSEE. Recensement de la population 1999

Pays recèle encore quelques communes relativement jeunes, la part des moins de 20 ans (22,9%) est inférieure à celle des plus de 60 ans.

Il convient de noter que ce vieillissement de la population du COB est toutefois aujourd'hui plus avéré qu'à venir.

Une approche sociologique du territoire permet de comprendre que le COB se distingue par un certain nombre d'atouts, mais aussi de faiblesses.

I.1.3 Les spécificités socioculturelles

Le COB bénéficie d'un certain nombre d'atouts.

Tout d'abord en terme de vie sociale :

- Une culture riche et vivante (traditions bretonnes), une vie associative importante (nombreuses associations spécifiques de personnes âgées : clubs...) ;
- Un fort attachement au territoire ;
- Un appui sur des valeurs de solidarité ; les services à la population sont posés comme priorité; la solidarité, dans le COB, n'est pas un vain mot ; il y a une réelle solidarité intergénérationnelle et de voisinage.

Mais aussi en termes économique et géographique :

- Le territoire bénéficie d'une agriculture et d'une industrie agroalimentaire dynamiques et d'un environnement de qualité (milieux naturels d'intérêt écologique majeur).

Cependant, le territoire du COB présente un certain nombre de faiblesses :

- Le niveau de formation des populations et corrélativement des revenus est inférieur à la moyenne⁷. En terme d'habitats, ceux-ci sont parfois vétustes et souvent isolés (93 % de maisons individuelles)

⁷ 20 490 euros par an en moyenne sur la Bretagne contre 21803 en moyenne nationale en 1998. DRASS. Extrait du fichier BDSL. Décembre 2002.

- En termes de services et d'infrastructures, le territoire est situé à la rencontre des trois départements du Finistère, des Côtes d'Armor et du Morbihan. Or le réseau routier est peu dense ; il n'y a pas ou peu d'offre de services de bus réguliers permettant aux personnes âgées des déplacements aisés.
- Par tradition, les personnes âgées ne recourent pas facilement à l'offre de soins. Ce n'est bien souvent qu'en extrême limite qu'elles acceptent de se rendre chez le médecin, préférant se soigner « par leurs propres moyens ». La population du COB est très fortement agricole, de culture rurale donc assez dure et ne se plaignant pas. D'après nos interlocuteurs, la prévention est encore trop peu développée. En terme d'hébergement, seules les personnes âgées de plus de 85 ans commencent à réfléchir à des solutions alternatives; elles sont alors devenues dépendantes et les structures existantes, comme les foyers logements par exemple, ne sont plus adaptées. Donc, l'enjeu de la prise en charge des personnes âgées reste le maintien à domicile, puisque 85 % des personnes de plus de 85 ans vivent chez elles.

I.1.4 Les données épidémiologiques

Ces différents facteurs entraînent des indicateurs de mortalité dans le COB qui montrent un état de santé de la population globalement défavorable par rapport à la moyenne nationale. En terme de demande de soins, les indicateurs de santé sont moins satisfaisants par rapport à la région et la France⁸. Sur une étude portant de 1991 à 1999, l'espérance de vie des hommes est plus basse dans le COB qu'en Bretagne (72,8 contre 74 ans). Il est également noté une souffrance psychique, un alcoolisme⁹ important et un isolement des personnes, accentué par le fait que le taux de célibat en milieu rural est important.

Les décès par maladie de l'appareil respiratoire, les cancers et les morts violentes y sont plus nombreux. Le COB est également un des Pays bretons où la mortalité prématurée, c'est-à-dire avant 65 ans, est la plus fréquente. Des différences existent par rapport à la moyenne régionale en ce qui concerne les accidents de la circulation, les suicides et les maladies de l'appareil circulatoire. Au niveau des cancers et de l'alcoolisme, les indices comparatifs de mortalité (ICM) sont proches entre la

⁸ Données ORS Bretagne 2005. La santé dans le Pays du Centre Ouest Bretagne

⁹ G. SALEM, S. RICAN, E. JOUGLA. Atlas de la santé en France. Volume 1: Les causes de décès. DRESS. 2000

Bretagne et le COB. Par contre, ils sont très marqués par rapport à la moyenne nationale pour les suicides (+ 88%) et l'alcoolisme masculin (+ 63%)¹⁰.

Lors de nos entretiens, l'accent a été mis également sur l'importance des troubles musculo squelettiques et des dorsalgies, liés à l'activité agricole.

I.2. L'offre de soins dans le COB semble aujourd'hui pouvoir quantitativement répondre à la problématique du vieillissement

I.2.1 Les secteurs sanitaire et médico-social

En terme d'offre de soins, le COB semble offrir aux personnes âgées une réponse globale et cohérente à l'ensemble de leurs besoins et à proximité du lieu de vie. Il s'agit de garantir à la personne âgée fragile des soins adaptés. Cette exigence se concrétise par la mise en place d'une filière gériatrique a priori complète mais peut-être non formalisée ou identifiée.

Sur le pays Centre Ouest Bretagne plusieurs établissements et services offrent une prise en charge de la personne âgée.

Le Centre Hospitalier de Carhaix¹¹ assure un accès à une hospitalisation adaptée afin de délivrer à la personne âgée le traitement requis par son état de santé. Il dispose de 464 lits. Il s'agit d'un établissement de proximité qui prend en charge une population de 60 000 à 65 000 habitants (Annexe 3). Il est intégré au secteur sanitaire n°2. Le Centre Hospitalier de référence du secteur est Quimper.

Ses lits se répartissent comme suit :

2 services de chirurgie (orthopédique et viscérale) de 17 lits chacun ;

¹⁰ Diagnostic santé du COB 2004. Dossier documentaire MIP de santé publique 2006. ENSP.

¹¹ Données fournies par le Directeur du Centre Hospitalier de Carhaix

3 services de médecine (médecine interne, cardiologie et gastro-entérologie) de 33, 18 et 20 lits ;

1 maternité de 12 lits ;

1 service de soins et de réadaptation de 45 lits ;

1 établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de 257 lits, réparti sur 2 sites ;

1 service de soins infirmiers à domicile de 39 places.

Plus 2 lits de courte durée (inférieure à 24 heures) et 4 lits de soins continus.

Il dispose également d'un SMUR et d'un UPATOU.

Il semble que les lits de médecine soient insuffisants et ne répondent pas quantitativement aux besoins de la population. Le nombre de lits en EHPAD paraît suffisant, mais néanmoins la création de deux unités de 15 lits pour la prise en charge de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés devient une nécessité. Les besoins avaient été estimés à 45 lits et seuls 15 lits ont été autorisés. Par ailleurs, le besoin en lits se fait également ressentir en SSR ; Il manquerait 25 lits, (lits à orientation gériatrique) sur le site, qui devraient faire l'objet d'une inscription prochaine au projet d'établissement.

Grâce à cet ensemble de structures, les activités de médecine, chirurgie, gynécologie obstétrique, psychiatrie et soins de suite sont assurées. Cependant, d'après l'Observatoire Régional de Santé, le Centre Hospitalier de Carhaix n'exerce qu'une attractivité limitée aux communes proches. La population située plus en périphérie du Pays lui préfère les structures hospitalières d'autres villes comme Quimper, Morlaix ou Pontivy.

La prise en charge psychiatrique est aujourd'hui rattachée à l'hôpital de Morlaix. Ce qui n'est pas sans poser quelques difficultés. Deux médecins uniquement interviennent sur le secteur malgré les conduites addictives repérées sur le territoire. Seules les urgences et la psychiatrie de liaison sont assurées.

Par ailleurs, a été constaté un problème de transport sanitaire sur le département du Finistère, notamment la nuit et les week-end, problème confirmé par des interlocuteurs d'autres départements.

Deux hôpitaux locaux sont situés sur le territoire du Pays COB.

- L'hôpital local du Faouët qui comporte 201 lits se répartissant comme suit : 15 lits de médecines, 25 lits de moyen séjour, 150 lits d'hébergement, 11 places de soins à domicile.

- L'hôpital local de Guémené-sur-scorff de 237 lits – 15 lits de médecine, 30 lits de moyen séjour, 170 lits d'hébergement, 22 places de soins à domicile. Une unité de soins palliatifs de 6 lits est incluse dans le service de médecine et une unité de coma végétatif est incluse dans le service de SSR.

L'hôpital local constitue le premier maillon des soins hospitaliers de proximité pour les patients gériatriques. Il intervient par des consultations gériatriques (bilan médico-psycho-social) avancées ou des actions de prévention et l'organisation de soins à domicile.

Co-existe également sur ce territoire, le Centre Hospitalier spécialisé de Plouguernevel. Ce CHS a, depuis plusieurs années, diversifié son offre de soins. Son rayon d'attractivité dépasse les frontières du Pays puisqu'il intervient sur les Pays de Loudéac et Pontivy. Il a aujourd'hui en projet la création de 15 lits d'hôpital local afin de répondre aux besoins de la population.

Par ailleurs, de nombreuses structures d'accueil de personnes âgées sont réparties sur tout le territoire du COB (Annexe 4). Le COB des Côtes d'Armor en compte 6, celui du Finistère 6 et celui du Morbihan 5. C'est à Rostrenen que l'on compte le plus d'établissements (3) ; il en existe 2 sur les communes de Carhaix, Pleyben et Le Faouët. L'offre est assez variée. Toutefois, il semblerait que le nombre de places soit insuffisant pour répondre aux besoins des personnes âgées, surtout en matière d'hébergement temporaire, d'accueil de jour, alors que ces structures sont indispensables pour soutenir les aidants naturels.

Il existe également de nombreux EHPAD sur le pays COB dont certains sont gérés par des CCASS. Un directeur d'EHPAD (établissement de 48 lits dont 4 lits d'hébergement temporaire) indique qu'il existe cependant une liste d'attente sur sa structure, mais que celle-ci reste difficile à évaluer, les personnes s'inscrivant sur plusieurs établissements. Il évoque aussi certaines difficultés, notamment sur la prise en charge des personnes âgées par les médecins libéraux le soir et les week-end. Le recours à la médecine libérale semble poser un problème, pas uniquement du fait de la démographie médicale mais aussi par une modification des pratiques des médecins.

I.2.2 Les démographies médicale et paramédicale

Le COB enregistre une densité médicale libérale inférieure à la moyenne nationale. En 2003, on comptait 100 médecins généralistes ainsi que 10 médecins spécialistes sur le territoire. La densité en médecins généralistes libéraux dans le Pays

est légèrement inférieure à la moyenne nationale ; 9,6 / 1000 habitants dans le Pays contre 11,2 en Bretagne et 11, 5 en France. 81% sont des hommes, contre 75% en moyenne régionale.

On note une inégale répartition des médecins sur le territoire du COB (Annexes 5 et 6) ; mais aucune commune n'est située à plus de 15 kms d'un médecin généraliste (Annexe 7).

A titre de comparaison, en Bretagne, 90% des communes comptent un généraliste ou se situent à moins de 5 Kms d'un généraliste. La statistique tombe à 56% pour les communes du Centre Ouest Bretagne.

L'âge des praticiens est un sujet inquiétant pour le COB. En effet, on compte 41 médecins de plus de 55 ans, soit 42% des 98 médecins libéraux que compte le pays. Et cet élément préoccupant concerne le territoire dans sa totalité où il est encore rare que de jeunes médecins s'installent.

En ce qui concerne les usagers, les deux personnes rencontrées à LANISCAT, ont exprimé « la peur d'être victime d'un malaise la nuit » ; ce sont en effet des veuves dont les enfants habitent loin ; elles notent en outre que certains médecins ne se déplacent pas à domicile, ce qui nécessite de faire appel à la solidarité au niveau des transports. La difficulté cruciale réside manifestement dans la permanence des soins médicaux, surtout le soir, la nuit et les week-ends.

Par sa proximité, sa bonne connaissance du milieu de vie, sa capacité de suivi au long cours, le médecin généraliste est le premier niveau de recours aux soins de la personne âgée. Sa présence est essentielle au niveau d'un territoire de santé. Cependant, selon François-Xavier SCHWEYER¹², « le territoire n'appartient pas au vocabulaire des médecins libéraux ». Pour eux, cette notion est celle de leur territoire professionnel et leur mode d'exercice est centré sur le curatif et l'individualisme. La maîtrise de leur territoire constitue une partie de leur identité professionnelle.

C'est la même chose pour les pouvoirs publics qui agissent sur le *numerus clausus* et proposent des incitations financières à l'installation. Cette approche ne donne pas sens à la notion de territoire. Il semble que les incitations financières, selon Jean-Yves HASCOUËT, Médecin Président de l'Union Régionale des Médecins Libéraux

¹² F.-X. SCHWEYER. Les territoires de santé et la médecine libérale, les enjeux d'une convergence in *Le territoire, instrument providentiel de l'état social. Lien social et politiques*, N° 52. Editions ENSP, Rennes, 2005

(URML) de Bretagne¹³, « ne suffisent pas à attirer les confrères » en milieu rural. En effet, les médecins choisissent leur mode d'activité davantage pour des motifs familiaux que professionnels. Il y a recherche d'un équilibre permettant vie professionnelle et qualité de vie. Le métier n'est plus le tout d'une existence, il est un élément pour atteindre d'autres objectifs. La notion centrale est celle de l'aménagement du territoire.

En Bretagne, entre 1997 et 2002, 83 % des installations se sont réalisées en milieu urbain. Par contre, et pour la même période, 12 % des installations en milieu rural sont des installations de seconde carrière. Il existe une perception du milieu rural comme générant une importante charge de travail et davantage de difficultés pour assurer la permanence des soins. La crainte de la solitude professionnelle est également exprimée, ainsi que les difficultés à trouver un remplaçant.

La densité des médecins spécialistes libéraux est particulièrement faible (Annexes 8 et 9) : 1 pour 10 000 habitants en moyenne en COB ; contre 7,2 en Bretagne et 9 en France. Sur les 10 médecins spécialistes libéraux en Centre Ouest Bretagne, on compte notamment 2 cardiologues, 1 gynécologue, 1 pédiatre ; en revanche, anesthésistes et psychiatres en exercice libéral sont absents du territoire.

Le Pays compte 47 chirurgiens dentistes, ce qui est une faible densité (Annexe 7).

En revanche, le territoire compte la présence d'en moyenne une pharmacie pour 2300 habitants alors que la moyenne régionale est de 1 pour 2500 (Annexe 7). On peut souligner l'initiative de pharmaciens, comme celui de Gouarec, qui livrent les médicaments qui leur sont commandés par téléphone.

Par contre on note une faible présence des laboratoires d'analyses médicales dans le COB : en moyenne un laboratoire pour 34 600 habitants, la moyenne régionale étant de un pour 17 600 habitants.

Concernant les professions paramédicales, la densité d'infirmiers libéraux (Annexe 10) est assez forte. Ils sont 196 sur le pays, soit en moyenne 18,9 / 10000 habitants contre 13,3 en Bretagne et 10 en France. Les usagers interrogés se sont ainsi montrés peu inquiets à ce sujet.

¹³ In La gazette des communes, des départements et des régions. N°12. Mars 2005

S'agissant des masseurs-kinésithérapeutes (Annexe 10), avec 60 praticiens, le Pays enregistre une faible densité par rapport à la moyenne nationale : 5,9 pour 1000 habitants en Centre Ouest Bretagne, contre 7,7 en Bretagne et 7,1 en France. D'après les usagers rencontrés, ils se déplacent à domicile.

Les services à domicile, tels que le portage de repas ne sont pas encore généralisés ; quelques communes ne disposent pas de ce service : Lennon, Loqueffret, Le Saint, Plouray, Trémargat, Plounevez-Quintin et les communes du canton de Mûr-de-Bretagne. Il est à noter que les organismes gestionnaires des services de portage sont multiples (Centres Hospitaliers, communes, ADMR, EPHAD...).

De même, toutes les zones du COB ne sont pas couvertes par les SSIAD. Ces SSIAD totalisent sur le Pays 242 places, soit 17 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus, la moyenne régionale étant de 18 / 1000 et la nationale de 15/1000¹⁴. Cependant, il semble que le nombre de places en SSIAD ne soit pas suffisant, entraînant des délais d'attente pour la prise en charge par les structures.

Tous ces acteurs de santé contribuent à retarder l'institutionnalisation. Les durées d'hospitalisation sont à limiter car elles présentent un risque de décompensation physique et/ou psychique, d'installation ou d'aggravation d'une dépendance. Ceci nécessite de mettre en place une coordination des actions des professionnels qui interviennent auprès de ces personnes et de privilégier une prise en charge de proximité.

Les avis de médecins gériatres sont précieux en termes d'évaluation et d'orientation et peuvent soutenir les médecins généralistes. Les avis de médecins psychiatres sont également utiles au vu des troubles géronto-psychiatriques rencontrés.

L'enjeu de la gériatrie est de savoir reconnaître et prévenir les risques de perte d'autonomie par une prise en charge globale. La trajectoire de soins des personnes âgées doit pouvoir s'inscrire dans une filière de soins gériatriques offrant un panel de ressources adapté à leurs besoins. L'accès aux soins doit être renforcé ; les services de courts séjours gériatriques sont à développer et il faut améliorer les réponses en aval d'une hospitalisation. A chaque niveau, l'articulation ville-hôpital et le travail en réseau sont essentiels¹⁵.

¹⁴ Source DRASS, données 2003

¹⁵ Circulaire DHOS N° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique

II- Fort de ce constat, le Pays Centre Ouest Bretagne, territoire de santé de proximité, est-il pertinent pour mobiliser les différents acteurs dans le sens d'une politique commune de santé publique ?

Les découpages complexes du Pays COB demandent des efforts de coordination accrus pour proposer une prise en charge adaptée aux besoins spécifiques de la personne âgée dans les espaces ruraux à faibles densités de population.

II.1. Le Pays du Centre Ouest Bretagne, un territoire complexe aux multiples acteurs

En Bretagne, de nombreux territoires se chevauchent et s'entremêlent faisant intervenir une multitude d'acteurs sur les champs sanitaire et médico-social certes, mais également des professionnels sociaux. Les problématiques en matière de santé restent sans réponse adaptée à ce jour.

II.1.1. Un dédale de territoires

Jusqu'à présent, santé et collectivités locales s'ignoraient ou presque. Aujourd'hui, les responsables locaux ont compris que le champ des politiques de santé était à investir.

Le découpage territorial de la Bretagne en 21 pays devrait faciliter la mise en œuvre des politiques de santé, construites dans une logique de proximité.

Ces 21 Pays prennent une place croissante dans la détermination des politiques territoriales. Il s'agit d'un niveau d'intervention intéressant pour le Conseil régional qui

souhaite privilégier ce dispositif. Comme le souligne Alain EVEN¹⁶, « Le Pays peut constituer un bon espace de proximité, où les acteurs de santé ont la possibilité de se retrouver. Il offre une chance ». De ce fait, on constate une superposition quasi parfaite avec les pays pour 15 de ces 21 territoires de proximité, sauf en ce qui concerne les pays du COB et de l'aire urbaine rennaise. Ce découpage correspond, par ailleurs, à celui retenu pour les premier et second niveaux de proximité dans le cadre de l'élaboration du SROS 3, sachant que le COB ne satisfait que partiellement à un territoire de soins de niveau 2, puisque cette fonction est assurée pour une partie par quatre autres pays.

*« Parler de territoire, ce n'est pas limiter la discussion à des périmètres, mais avant tout réfléchir au contenu des services qui doivent être disponibles dans les espaces ainsi définis, à la manière de les organiser, de mobiliser les acteurs ... ».*¹⁷

Fort de ce postulat, la notion d'« accessibilité » a servi de base à la construction des 3 niveaux de territoires retenus pour l'organisation des soins. Ainsi, la « première proximité » doit permettre en quelques minutes à toute personne d'accéder depuis son domicile aux premiers services (niveau 1 = intercommunalité). A « moyenne proximité » (niveau 2 = territoires de proximité), se trouvent les déplacements compatibles avec la vie de tous les jours où un accès est possible en moins de 20 minutes. Enfin, des « aires de recrutements » d'établissements ou de professionnels pour des pathologies, construites en terme de flux (niveau 3 = secteurs sanitaires) sont instaurées. L'ensemble de cette structure repose sur la prise en compte du croisement de la demande avec l'offre, de la concertation et du partenariat, ainsi que de l'expression citoyenne et politique.

Malgré des efforts de concertation, le pays considéré en tant qu'espace de planification des soins pourrait être source de difficultés d'organisation selon certains avis émis lors des débats relatifs au rapport « Territoires et Santé en Bretagne ».

Pour optimiser l'organisation territoriale bretonne, les acteurs ont tenu compte à la fois des espaces existants, effectifs, administratifs, de réflexion, d'échanges et de production.

II.1.2. Les acteurs incontournables de la prise en charge sanitaire et médico-sociale des personnes âgées

¹⁶ Président du Conseil économique et social régional et coauteur du document préparatoire au SROSS de 3^{ème} génération « Territoires et santé en Bretagne ».

¹⁷ Territoires et santé en Bretagne. Rapport à l'ARH. A. EVEN et L. TARDIF

Une approche relative à la prise en charge des personnes âgées en lien avec l'ensemble des collectivités et des organismes concernés s'avère nécessaire, afin d'assurer la continuité des soins dans le cadre d'une prise en charge globale et à proximité du lieu de vie.

Le travail en réseau institutionnel et administratif est déjà reconnu comme une évidence. Cependant, un manque de présence sur le terrain des autorités de tutelles que sont les DDASS et Conseil Général en Côtes d'Armor semble ressortir des entretiens menés auprès des professionnels de santé, acteurs principaux également de la mise en œuvre des politiques.

a) La planification sanitaire (Annexe 11)

Depuis l'arrêté du 27 avril 2004, la thématique relative aux personnes âgées est obligatoire. De ce fait, un volet complémentaire en date du 30 juin 2003 a été intégré au SROS 2 du 30 juin 1999, qui identifiait quatre problématiques : l'évaluation globale du sujet âgé et le développement de la prévention, l'inadaptation de l'approche et de la prise en charge, l'inadéquation du système hospitalier, ainsi que l'inadaptation de l'offre d'hébergement médico-social.

Une réflexion sur la territorialisation menée en lien avec l'ensemble des partenaires (ARH, Etat, Assurance-maladie et Conseil Général) a retenu le territoire comme le plus pertinent pour mettre en œuvre les orientations stratégiques privilégiées en ce domaine. Ainsi, l'organisation sanitaire a été déclinée en 8 secteurs sanitaires (Annexe 12) selon l'ancien dispositif de la carte sanitaire (au sein des 8 conférences sanitaires de secteur, outil stratégique de régulation de l'offre territoriale), soit une filière gériatrique complète par « territoire de proximité » à raison de 21 et par bassins de soins hospitaliers (qui correspondent le plus souvent aux secteurs gérontologiques), afin de consacrer la coopération des acteurs locaux pour répondre aux besoins de la population.

Le développement des prises en charge ambulatoires et des alternatives à l'hospitalisation, la mise en œuvre de dispositifs mobiles au sein de l'hôpital, l'identification de lits de médecine gériatrique répondent aux besoins de la population. Toutefois ces nouveaux dispositifs ont fait l'objet d'une évaluation, contrairement à la prise en charge sanitaire des personnes âgées.

L'embolisation des lits de court séjour et de soins de suite par défaut de mobilisation rapide des structures d'aval, notamment des USLD et des maisons de

retraite médicalisées, conduit indirectement à pénaliser toute la filière et, plus particulièrement, les services de médecine et de chirurgie en ce qui concerne le CH de Carhaix. Aussi, le principal pôle qu'est Carhaix, trop faible pour attirer l'ensemble des flux du Pays, contraint les patients à se rendre sur les bassins hospitaliers de Morlaix, Guingamp, Pontivy et Quimperlé, plus attractifs. L'allongement des délais de rendez-vous aboutit inévitablement au tri des patients, notamment en ce qui concerne l'ophtalmologie sur le CH de Carhaix.

De plus, l'insuffisance de SSIAD et les flux tendus en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) rendent plus difficiles les sorties hospitalières sur le COB. Par ailleurs, l'insuffisante identification du dispositif de prise en charge en géro-psycho-geriatrie et le manque de structures alternatives, tel que l'hôpital de jour, avec les difficultés de recrutement médical en psychiatrie accentuent les besoins. Par conséquent, certains dispositifs restent inachevés, comme par exemple les consultations mémoires en vertu des dispositions de la circulaire du 16 avril 2002 ou le très faible développement des HAD (une tentative semble avoir déjà eu lieu sur Carhaix ; mais, la population de l'époque ne s'y prêtait pas. Par conséquent, en fonction des lieux et de la motivation des médecins libéraux et du personnel paramédical, un nouveau projet pourrait être déposé). Enfin, l'absence de clarification sur le statut des Unités de Soins de longue durée (USLD), qui sera peut-être résolue par l'étude PATHOS en cours de réalisation, permettra de clarifier définitivement cette problématique et de relancer les signatures des conventions tripartites actuellement suspendues en Bretagne.

Il faut souligner que les réflexions relatives à l'élaboration du SROS 3 ont permis d'associer et de mobiliser pour la première fois l'ensemble des acteurs, c'est-à-dire les professionnels médicaux et non médicaux des secteurs hospitaliers, libéraux et médico-sociaux, ainsi que les représentants de l'ARH, des usagers et des collectivités territoriales. Les perspectives du SROS 3 ciblent le développement des articulations de la coordination gériatrique, de l'ambulatoire et du médico-social avec des dispositifs en amont et en aval ainsi qu'au sein des Etablissements Publics de Santé (EPS). Pour ces derniers, le projet médical de territoire (déclinaison du SROS) intégrera les projets territoriaux de santé (élaborés par les Pays), ce qui permettra d'articuler les échelons territoriaux.

b) Les compétences décentralisées

Avec le renforcement des compétences du Conseil Général en vertu des dispositions de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004, relative aux libertés et responsabilités locales, qui reconnaît au département un rôle de chef de file en matière sociale et médico-sociale, la collectivité territoriale doit définir et mettre en oeuvre la politique d'action sociale, telle que l'élaboration du schéma départemental de l'organisation sociale et médico-sociale. Sans omettre la loi n° 2002-2 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, qui instaure de nouveaux modes de régulation. De ce fait, l'aide sociale des départements couvre le secteur des personnes âgées (hébergement et soins à domicile). De plus, depuis 2001, les départements sont impliqués en premier lieu dans la mise en œuvre et le financement d'une nouvelle prestation universelle pour les personnes dépendantes, dénommée Allocation Personnalisée pour l'Autonomie (APA).

A partir de l'analyse des rapports d'observations définitives des Chambres Régionales des Comptes relatifs à la gestion des 3 départements implantés sur le COB, il convient de souligner que la mise en œuvre de la politique en faveur des personnes âgées a été à chaque fois examinée.

Concernant les Côtes d'Armor, il en ressort que les orientations stratégiques sont en accord avec les besoins identifiés même si l'aspect budgétaire devrait être plus axé sur les objectifs prioritaires que sont le développement du maintien à domicile (via l'offre de services) et l'amélioration qualitative des structures d'hébergement. De ce fait, il est préconisé qu'une évaluation en continu de l'efficacité des politiques serait appréciable compte tenu des enjeux humains et financiers, ainsi qu'une meilleure organisation interne des services de la collectivité territoriale.

En ce qui concerne le Finistère, les actions en faveur des personnes âgées représentent une part importante du budget de fonctionnement du département. Il en ressort un souci de présenter une information financière correspondant aux efforts du Conseil Général dans la mise en œuvre de ses politiques. Le dernier schéma des établissements et services sociaux et médico-sociaux 2000-2005 présentait un diagnostic des besoins des personnes âgées d'une incontestable qualité, à la différence des actions prioritaires, qui auraient dû être modifiées avec la mise en place de l'APA. Cependant, le dispositif d'offre est quantitativement considéré comme suffisant même si des disparités entre le nord et le sud du département apparaissent. Cet état avait été repris dans le cadre du volet actualisé des personnes âgées du SROS. Il faut souligner que sur ce territoire les médecins traitants sont associés à l'évaluation médico-sociale en vertu des

dispositions de l'article L 232-2 et suivants du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) et l'article 13 du décret n° 2001-1085.

Enfin, au sujet du Morbihan, les remarques semblent être les plus notables. En effet, le plan gérontologique 2000-2005 de ce département, dont l'impact des 32 objectifs énoncés s'avère limité, s'appuie sur des données non actualisées voire inexactes. Les préconisations essentielles portent sur le renforcement de la coordination gérontologique, sur la modernisation et la fiabilisation des systèmes d'information et de gestion de la politique en faveur des personnes âgées, ainsi que sur le non respect de la réglementation en matière d'évaluation de la dépendance.

En conclusion de cette étude, les schémas gérontologiques des départements arrivés à terme doivent être réécrits pour deux des départements en tenant compte des observations et préconisations émises tant sur l'organisation interne des services que sur les aspects budgétaires.

c) Un potentiel d'acteurs sociaux

Afin de répondre aux demandes sociales, de multiples prestations et aides sont mises en œuvre (Annexe 13). De nombreux professionnels notamment sous forme associative interviennent sur ce champ. On peut ainsi citer des services cantonaux d'entraide, des comités intercommunaux d'entraide, qui proposent différents services facilitant le maintien à domicile : entretien du logement, préparation et portage de repas, téléalarme, transport accompagné, soins...

Toutefois, pour accéder à l'ensemble de ces services, une liste d'attente est souvent à déplorer.

D'autre part, les tarifs proposés constituent un frein à l'accès aux prestations, comme par exemple, les repas à 8,60 euros. Or, l'isolement des personnes âgées est renforcé par les difficultés de transport, malgré quelques initiatives locales telles que celle de la municipalité de Carhaix qui a mis en place un service de taxis à bas prix.

Le décloisonnement du sanitaire et du médico-social devra devenir une réalité et non pas rester un simple postulat, afin d'avoir une vision cohérente et d'ensemble de la prise en charge des personnes âgées avec une meilleure coordination des acteurs tant institutionnels que professionnels de santé.

II.2. Un système de santé de qualité doit se bâtir en tenant compte des comportements et des habitudes de vie des populations concernées et en organisant la coordination des professionnels

Compte tenu des caractéristiques démographiques, géographiques, sociologiques, économiques du pays de COB, la réponse de santé publique face au vieillissement doit permettre d'une part, de prendre en charge de façon adaptée globale et efficiente ce public fragile et d'être opérationnelle rapidement ; mais, d'autre part, elle devra poser les fondations d'un vrai système de santé et intégrer à la prise en charge médico-sociale, la notion de citoyenneté, soutenue par des politiques d'aménagement du territoire.

Cela suppose trois niveaux de coordination

- Une coordination de proximité illustrée par les comités d'entraide, l'ADMR, les différents prestataires de service, l'offre associative, l'offre libérale, dont le rayon d'action reste très local.
- Une coordination intermédiaire assurée par les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC).
- Une coordination visant à la territorialisation du système de santé, dont le maître d'œuvre semble être le Pays de COB.

II.2.1. La coordination de proximité

« Un individu ne peut exploiter que les ressources dont il a connaissance dans son espace de vie¹⁸ ». En milieu rural, si une personne âgée a un problème à résoudre elle va en priorité s'adresser à sa mairie.

A partir de là, chaque commune a cherché à s'organiser, seule ou en partenariat avec d'autres communes, pour apporter une réponse aux différentes demandes et ainsi organiser les diverses prises en charges, sanitaires et sociales à domicile.

Ainsi, le territoire opérationnel découle-t-il de la structure qui l'a créé au départ (commune, communauté de communes, canton...).

¹⁸ Raymonde SECHET - Les parcours de soins à l'épreuve du local – étude CNRS INSERM MIRE DREES – 2004-2006

Tous les professionnels sont aujourd'hui opérationnels sur le secteur local ; cependant, déjà à ce niveau de proximité, on constate que les acteurs ne manifestent pas tous la volonté de coordonner leurs actions.

En conséquence, on peut observer des difficultés à divers niveaux

- Retard de renouvellement de prescription ;
- Décloisonnement inachevé du sanitaire et du social par chevauchement des territoires d'action (SSIAD et services d'aide à domicile couvrant des territoires communs mais gérés par des prestataires différents) ;
- Concurrence ressentie entre les services libéraux et associatifs (création de lits de SSIAD non validée en Comité Régional d'Organisation Social et Médico-social – CROSMS - suite à l'opposition du lobby libéral) ;

De fait, le constat est posé d'une offre quantitativement suffisante pour une réponse quasi exhaustive aux besoins de la population ; mais, la charge en soins et le manque de coordination des actions entraînent un déficit de prise en compte du niveau de satisfaction de l'utilisateur.

On peut notamment s'appuyer sur l'exemple de portage de repas à domicile. Cette prestation, lorsqu'elle est assurée, satisfait aux normes d'hygiène et de sécurité exigées par la législation, mais ne prend pas en compte le plaisir gustatif des personnes âgées bénéficiaires, dont certaines renoncent à ce service.

Cela a pour conséquence une réorganisation des activités des aides ménagères autour des horaires de la préparation du repas.

A contrario, on constate une volonté forte des diverses structures prestataires, de professionnaliser les personnes intervenant au domicile - par le biais de la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) et de recrutements sur diplômes, ou parcours professionnels adaptés - et de sécuriser ces emplois par une annualisation de leur temps de travail.

Cette professionnalisation risque d'être interrogée dans l'avenir avec la mise en œuvre du Chèque Emploi Service Universel (CESU), qui permet à la personne âgée d'être employeur mais qui ne garantirait pas la qualité des prestations servies.

De plus, l'arrivée de nouveaux acteurs de l'intervention à domicile, émanant du secteur privé à but lucratif (banques et assurances) pourrait renforcer la notion de concurrence sur un secteur économique en développement.

Au niveau local, le corporatisme de ces nombreux acteurs de santé est un frein majeur au développement d'une coordination permettant une réponse plus cohérente aux besoins des personnes âgées du Pays de COB.

L'implication timide de l'ensemble des professionnels, en dehors de leur strict champ de compétences, sur un même secteur peut trouver une explication dans l'absence de lieu d'échanges interprofessionnels.

De plus, les politiques publiques actuelles et les financeurs incitent à la rationalisation de gestion et au regroupement des moyens.

D'où la mise en œuvre des CLIC ¹⁹

II.2.2. La coordination intermédiaire : Les CLIC

Les CLIC permettent de travailler l'adéquation des réponses aux besoins constatés et recensés en organisant une prise en charge globale et coordonnée, qui met en jeu la complémentarité des actions et des intervenants²⁰.

Ils sont labellisés selon 3 niveaux :

Niveau 1 : Ils remplissent seulement les fonctions d'information et d'orientation des personnes.

Niveau 2 : Ils conduisent des évaluations globales multidimensionnelles pour analyser les situations complexes afin de proposer un plan d'aide personnalisé.

Niveau 3 : Outre les fonctions précédentes, ils doivent suivre la situation de la personne aidée dans le cadre d'une coordination des professionnels du secteur sanitaire et du secteur social.

Le promoteur doit être capable de présenter les spécificités du territoire pour justifier la pertinence de son projet tant au niveau des objectifs poursuivis que des moyens pour y parvenir. Il doit prendre en compte 3 éléments :

- Le nombre et la densité de la population (7 à 10 000 personnes de plus de 60 ans en zone rurale)

¹⁹ Les lois du n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à l'allocation personnalisée d'autonomie et la Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale – article 15 - permettent une assise légale des CLIC. Circulaire du 6 juin 2000 DAS/RB2/2000/310 du 6 juin 2000 relative aux CLIC Circulaire DGAS/AVIE/2C N°2001/224 du 18 mai 2001 relative aux modalités de labellisation pour 2001 des CLIC

²⁰ Rapport INSERM unité 500 sur l'évaluation de 25 CLIC expérimentaux

- Les conditions de vie des personnes âgées du territoire (caractéristiques géographiques, moyens de communication et transports, conditions d'habitat)
- Un territoire en cohérence avec les autres territoires définis (bassins gérontologiques, découpages territoriaux, territoires des partenaires)

Ainsi, l'exemple du CLIC du Sud-Ouest 22 (Côtes d'Armor) correspond parfaitement à ce cahier des charges législatif.

Cette structure, ouverte en septembre 2003 en niveau 1, est montée en niveau 2 en novembre 2003 et niveau 3 depuis le 10 mai 2004.

Etablissement associatif Loi 1901, il a une gestion autonome et un conseil d'administration. Son Président est Maire et Conseiller Général de la commune de Rostrenen.

Son rayon d'action est étendu sur 5 cantons, 35 communes, et concerne 12 000 personnes de plus de 60 ans, ce qui représente plus du tiers de la population totale.

Aujourd'hui, le fonctionnement du CLIC repose sur 2 personnes à temps plein : une chargée de coordination et une secrétaire.

Sa création est due à l'initiative du Conseil Général des Côtes d'Armor et de l'Association Hospitalière de Bretagne (AHB). Elle a été initiée avec l'appui d'un comité de pilotage pluridisciplinaire réunissant, en plus de tous les partenaires institutionnels, tous les acteurs de santé présents sur le territoire. Cependant, encore aujourd'hui, on constate que le «réflexe CLIC » n'existe pas en dehors de la Communauté de Communes du Kreiz Breiz (CCKB).

Il se confirme qu'un minimum de temps est nécessaire pour initier une coordination et développer un travail effectif à l'échelle de la population²⁰. C'est pourquoi la chargée de coordination entreprend une démarche de communication auprès des différentes mairies du territoire concerné, après avoir sensibilisé la population des clubs du troisième âge.

Les missions du CLIC de Rostrenen s'orientent donc vers les partenariats avec l'ensemble des professionnels et financeurs. Ce développement s'appuie sur la publicité faite autour de la semaine nationale des retraités et personnes âgées, des conférences ciblées (maladie d'Alzheimer par exemple) auxquelles sont conviés tous les partenaires du secteur et des actions de formation dans le cadre de l'aide aux aidants. C'est une occasion de rencontres pluridisciplinaires et d'échanges informels dont sont absents les médecins libéraux, pour une grande majorité d'entre eux.

Il serait pourtant dommage de renoncer à la composante sanitaire de cette coordination, sachant que de telles structures peuvent participer à la réorganisation du

travail de la médecine en première ligne²¹, en lui ouvrant de nouvelles perspectives dans le champ des états chroniques invalidants stabilisés. Cela appauvrirait cette nécessaire articulation entre le sanitaire et le social que représentent les CLIC.

D'autant que le CLIC de Rostrenen a engagé une démarche qualité, mais rencontre également des problèmes de recueil d'information de la part des professionnels qui n'évaluent pas leurs prestations.

Pour illustrer cette difficulté une secrétaire d'association témoigne : « la secrétaire doit être armée pour faire face à différents problèmes : celui des professionnels indifférents à ce dispositif, celui des professionnels qui ont peur de confronter leur pratique à celle des autres, le problème de la disponibilité et celui de la rentabilité immédiate²⁰».

On peut observer la faiblesse des moyens humains mis à disposition du CLIC de Rostrenen, frein évident à l'accomplissement global de la mission des CLIC de niveau 3 :

- Faciliter l'accès à une information multiple et personnalisée
- Faciliter la mutuelle reconnaissance des acteurs
- Mettre en œuvre une organisation rapide, globale et personnalisée, aux problèmes des personnes âgées et de leurs familles
- Favoriser la convergence de point de vue
- Réaliser une analyse pertinente des besoins du territoire

En effet, selon les recommandations des travaux de l'INSERM – Unité 500 – le niveau requis est de 3 professionnels : secrétariat/animation, assistant(e) social(e), infirmier(e).

Le CLIC de Rostrenen doit dans un proche avenir, faire l'objet d'une restructuration. Les réflexions en cours autour du parallélisme de prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées (Maison Départementale des Personnes Handicapées - MDPH) pourraient avoir comme conséquence bénéfique de renforcer l'équipe par un troisième poste et permettrait le regroupement des moyens d'évaluation des personnes âgées. Il doit cependant conserver sa mission spécifique auprès des personnes âgées et ne pas disperser ses actions dans les deux domaines.

Un autre sujet d'interrogation est que les aides apportées pour la compensation du handicap ou de la dépendance ne consistent plus qu'en des aides techniques, au

²¹ Alain COLVEZ - La revue du praticien – médecine générale – Tome 18 du 22 novembre 2004 – Page 1349

détriment des heures d'aide-ménagère, nuisant ainsi à la préservation du lien social essentiel pour le maintien à domicile des personnes de plus de 75 ans.

A ce niveau de coordination, l'implication des établissements du secteur devrait faire émerger des initiatives contribuant à diversifier les modalités de prise en charge (accueil de jour, accueil temporaire, HAD...).

Le SROS de 3^{ème} génération, dans le cadre de sa politique de développement des réseaux et des coordinations de soins, reconnaît que les établissements de santé ont vocation à s'inscrire dans ces dispositifs, voire à en constituer un point d'appui dans le cas des hôpitaux locaux.

Il reconnaît « la nécessaire articulation entre les différentes structures du réseau par la mise en place de procédures coordonnées de prise en charge des patients ; la création de réseaux de santé sanitaires et médico-sociaux doit permettre d'offrir un guichet unique sur le territoire de proximité et d'intégrer la médecine de ville, les établissements de santé, les structures médico-sociales et les intervenants en matière de soins odontologiques dans le respect des compétences respectives des intervenants²² ».

L'hôpital de Plouguernevel a été l'initiateur du CLIC de Rostrenen par l'intermédiaire de l'AHB, il continue également à prendre en charge le salaire de la chargée de coordination qu'il a mis à disposition du CLIC depuis sa création.

Mais a contrario, dans le Finistère la mise en œuvre du CLIC territorial de Pleyben-Carhaix se heurte à la difficulté de trouver un établissement partenaire.

Le problème principal des CLIC aujourd'hui est de pérenniser leur financement depuis la fin de l'engagement de l'Etat en 2005.

Actuellement, seules la Mutualité Sociale Agricole (MSA) et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM, pour une petite part) et les Conseils Généraux financent les CLIC.

Ce qui explique que le maillage du territoire du COB est assuré sur le département des Côtes d'Armor, mais n'existe pas sur les départements du Finistère et du Morbihan, compte tenu des politiques différentes menées par les Conseils Généraux.

Ainsi, le Centre Ouest Bretagne offre l'exemple d'un paradoxe qui oppose une population sociologiquement homogène - qui rencontre des problèmes identiques quant à la prise en charge de sa population vieillissante - mais sur le territoire duquel les politiques de santé sont hétérogènes, par faute de moyens (ou de volonté politique ?) pour appliquer la politique nationale.

²² SROS 3 – volet prise en charge des personnes âgées

Face à ce constat comment peut agir l'entité Pays de COB pour mener son projet à grande échelle pour la santé publique ?

II.2.3. La coordination territoriale : le Pays du COB

Le « Pays » doit prendre sa place dans le processus de territoire pour être l'espace de réponse aux besoins quotidiens de la population²³.

Le projet territorial de santé à l'échelle du Pays Centre Ouest Bretagne a été initié en 2003 suite à un appel à projet lancé par la DRASS et la DATAR «la santé comme préoccupation des élus du territoire ». Ce projet est également porté par la Préfecture de région et par l'ARH. C'est le territoire de référence pour l'élaboration du projet territorial de santé.

C'est un projet global qui prend tous les âges en compte et dont les enjeux sont d'interpeller les institutions sur leur propre champ de compétence et de mettre en place des actions à l'échelle du territoire pour promouvoir la santé des habitants du COB.

Il illustre ainsi ce que doit être un système de santé qui ne doit pas être uniquement subordonné à des préoccupations médicales, mais également à des préoccupations citoyennes et politiques d'aménagement du territoire.

L'équité, en matière d'organisation du système de santé est d'abord une question d'équité territoriale ; il en résulte donc qu'elle n'est pas consécutive d'une égale répartition des soins mais bien de leur juste accessibilité. L'équité ce n'est pas tant la proximité que l'accessibilité²⁴.

Le Pays est un lieu où peuvent s'interpénétrer les différentes politiques émanant de territoires comme les départements, les communes et les secteurs sanitaires. Il devrait être le moyen de décroiser les secteurs « administratifs » superposés et hermétiques entre eux aujourd'hui, et qui sont donc un frein à une nécessaire coordination et innovation en matière de développement de la santé publique.

²³ La santé, les soins, les territoires «penser le bien être » - Espace et territoires – Raymonde SECHET et Sébastien FLEURET – Presses universitaires – Rennes - 2002

²⁴ Emmanuel VIGNERON – Distance et Santé - Collection Médecine et société. Editions PUF. 2001

La mise en œuvre de cette politique ambitieuse est pilotée par un animateur de santé territorial accompagné dans sa démarche par les DDASS et un opérateur de santé (AHB).

Les axes de travail définis sont :

- Prévenir la souffrance psychique et l'isolement
- Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées
- Préparer la transition entre le domicile et l'entrée en établissement
- Favoriser la communication sur les moyens existants et le travail en réseau
- Développer l'offre de soins

Cependant, « il en va des territoires comme des phénomènes démographiques ou des gros navires : ils sont marqués par une grande inertie²⁴ ».

Aussi peut-on constater qu'en matière de santé la notion de Pays COB reste à légitimer auprès des professionnels et des usagers. Son rôle de coordonnateur, initiateur de projet mais non « partie prenante » au niveau du financement et de la décision de terrain explique peut-être sa difficulté à être un partenaire reconnu.

Le Pays de COB est en effet un espace de propositions. Il a fait le diagnostic d'un manque de places d'accueil de jour et a proposé à un EHPAD de les créer. Le directeur, pourtant favorable à cette démarche, a fait part du risque d'échec de cette forme de prise en charge, lié à un problème de transports sur le secteur. Aujourd'hui, l'accueil de jour n'existe toujours pas.

Cependant, la réflexion sur ce sujet des transports des personnes âgées isolées a abouti, sur le CCKB, à la mise en œuvre d'un transport souple « à la demande » à compter du mois de juin 2006. Peut-être le Pays pourra-t-il initier une démarche identique sur les autres communes du territoire ?

« La volonté de passer d'un système de soins à un véritable système de santé doit s'appuyer sur les bassins de santé permettant de repérer les solidarités territoriales, les « pays » pour parvenir à des organisations spatiales cohérentes répondant aux besoins de la population et à ses habitudes de déplacements. Il s'agit d'une révolution sans réforme car tout est en place, la loi y pousse, la technique le permet, le bon sens le commande, il y faut une vraie volonté politique²⁵.

²⁵ Emmanuel VIGNERON – Distance et Santé - Collection Médecine et société. Editions PUF. 2001

CONCLUSION

Les acteurs sanitaires et médico-sociaux portent un jugement assez réservé sur les actions en santé publique du COB, notamment dans le secteur des personnes âgées, même s'ils reconnaissent que le COB est une réalité en tant que pays. En effet, les questions relatives à sa légitimité et à son opposabilité en ce domaine ont été posées, plus particulièrement du fait de sa non participation en tant que financeur.

Une clarification des acteurs institutionnels auprès des professionnels et de l'ensemble des acteurs de terrain s'avère incontournable, surtout que le COB est perçu comme un dispositif administratif, une instance de réflexions (élaborant des constats déjà diffusés via d'autres sources), créée « à partir de faiblesses, sur des faiblesses, avec des faiblesses et pour pallier des faiblesses » selon des propos tenus par différents interlocuteurs, tant administratifs que professionnels de santé.

Les acteurs de santé développent de nombreuses idées individuelles qui n'aboutissent pas faute d'initiatives et de coordination.

Nous pouvons nous interroger sur les raisons de cet immobilisme du système de santé du COB. Est-il lié à l'étendue de ce Pays ? Au chevauchement des découpages administratifs et sanitaires ?

Il faudra sûrement du temps pour construire une identité de pays dans le domaine de la santé publique comme cela fut le cas pour l'aménagement du territoire.

BIBLIOGRAPHIE

TEXTES DE REFERENCE

Circulaire DHOS N° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique

Arrêté n°2006-04 du 17 mars 2006 - SROS 2006/2010 – ARH de Bretagne

Les lois du n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à l'allocation personnalisée d'autonomie et la Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale – article 15 - permettent une assise légale des CLIC.

Circulaire du 6 juin 2000 DAS/RB2/2000/310 du 6 juin 2000 relative aux CLIC

Circulaire DGAS/AVIE/2C N°2001/224 du 18 mai 2001 relative aux modalités de labellisation pour 2001 des CLIC

Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 – portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux

Circulaire n° 101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération

Arrêté du 27 avril 2004 pris en application des articles L.6121-1 du Code de la Santé Publique fixant la liste des matières devant figurer obligatoirement dans les SROS.

OUVRAGES

- S. FLEURET, R. SECHET. La santé, les soins, les territoires. Penser le bien être. Presses Universitaires de Rennes. 2002
- E. VIGNERON. Distance et santé. Collection Médecine et société. Editions PUF. 2001
- D. FASSIN. Faire de la santé publique. Editions ENSP. 2005

RAPPORTS – MEMOIRES - ETUDES

- R. SECHET. Dossier documentaire MIP de santé publique 2006, atelier N° 14. Le système de santé face au vieillissement des populations dans les espaces ruraux à faible densité de population. Département Politiss, ENSP, Rennes, 2006
- Territoires et accès aux soins. CREDES. 2003

- E. WELTER. Pour une meilleure prise en charge de la dépendance à domicile en milieu rural : le SSIDPA, pivot d'un travail en réseau. Mémoire ENSP 2004
- N. DUTHEIL. L'action sociale des communes de 5000 à moins de 200 000 habitants. Etudes et résultats. DRESS. 2004
- D. ARGOUD, JL CHAUZY. Aménagement du territoire et vieillissement. Années documents du CLEIRPPA. 1998
- A. EVEN, L. TARDIF. Territoires et Santé en Bretagne. Rapport à l'ARH Bretagne. 2004
- URCAM 2005. L'offre de soins en Bretagne. Démographie des professions de santé libérale. Panorama 2003.
- ORS Bretagne. La santé dans le pays du centre ouest Bretagne
- DREES – Etudes et Résultats – L'action sociale des communes de 5000 à moins de 200 000 habitants – N°307 – avril 2004

REVUES et ARTICLES

- F.-X. SCHWEYER. Les territoires de santé et la médecine libérale, les enjeux d'une convergence in Le territoire, instrument providentiel de l'état social. Lien social et politiques, N° 52. Editions ENSP, Rennes, 2005.
- H. MARCILLAT, M. CHEVALIER. La mobilisation des personnes accueillies dans une MARPA in Participations et implications sociales. Musée social, Cedias, 2002.
- Les nouvelles données démographiques. Retraite et société. CNAV. N° 45. Paris, 2005.
- D. BLANCHET, P. DOURGNON, T. DEBRAND, P. POLLET. Rapport de clôture, enquête SHARE 2004. IRDES, Paris, 2005.
- D. BUI, Vieillesse des patients, vieillesse des médecins : panorama de la dispense des soins médicaux en France en 2025. Cahier de sociologie et de démographie médicales, 2004
- C. BRUTEL, "projection de population à l'horizon 2050. La population de la France métropolitaine en 2050 : un vieillissement inéluctable. INSEE économie et statistiques.
- A. COLVEZ, N. BLANCHARD, D. VILLEBRUN. Centre local d'information et de coordination (CLIC). L'implication des généralistes est indispensable. La revue du praticien - médecine générale. 2004
- M. LONG. Centres locaux d'information et de coordination gérontologiques : un nouveau mode d'action locale. Politiques et management public. 2003
- C. BUISSIÈRE. Réseaux et coordination. Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Genèse et objectifs. Gérontologie et société. 2002

- B. DHERBEY, C. JURDAN. Réseaux et coordination. Les dispositifs locaux de coordination : un outil de développement. Gérontologie et société. 2002.
- A. CATAL. Développement social local : à l'écoute d'un territoire comme d'une famille. Lien social, forum social du jeudi. 2005 ;
- C. PERRIN. Démographie médicale. Les aides à l'installation pour enrayer le déficit. Le concours médical 2006.
- P. AMBROSI, JP DEJEAN, F. THUAL. Maison de santé : une piste dans le désert. Moniteur des pharmacies et des laboratoires. 2005
- D. LEVY, H. ALLEMAND. La désertification médicale des campagnes : deux départements ruraux du Front Populaire à nos jours. Cahiers de sociologie et de démographie médicales. 2004.
- D. BUI. La démographie médicale en observation : dix chroniques des années charnières (1999-2004).
- V. LUCAS-GABRIELLI, F. TONNELIER. Déserts médicaux ou zones défavorisées ? Démographie médicale et indicateurs de besoins. Technologie et santé 2001.
- F. GAUDIN. Démographie médicale. La pénurie est déjà installée. Impact médecin. 2000
- A. PODEUR. L'état nouveau en région. Schéma régional d'organisation sanitaire et territoires. Administration. 2005
- X. DEBONTRIDE. Dossier – Bretagne, les nouveaux défis de santé publique. Gazette des communes, des départements et des régions. 2005
- E. VIGNERON. Des territoires de santé, pour quoi faire ? in Soins Cadres, Editions Masson, N° 52, novembre 2004
- Dossier : Un territoire pour la santé, in Gestions hospitalières, éditions Héral, N° 417, juin-juillet 2002
- E. VIGNERON. Les inégalités régionales en France ; l'accès aux soins en milieu rural, in Santé et territoires, la documentation française, N° 8015, juin 2000
- J. MASLOWSKI. Du dire au faire : comment s'élabore une politique locale de la vieillesse. Années documents du CLEIRPPA. 1998.

DOCUMENTS ELECTRONIQUES

- Compte-rendu du Comité Régional des Réseaux et de la Coordination des soins du 12 mai 2005. ARH Bretagne, MRS, URCAM Bretagne.
- N. BLANCHARD, V. ROYER, D. VILLEBRUN, A. COLVEZ. Guide pour l'évaluation des CLIC. INSERM, unité 500, Montpellier. DGAS. Ministère de la Santé et de la Protection Sociale. Juin 2004

- C. EYNARD, O. PIOU, J.-L. BASCOUL, A. VILLEZ. Synthèse des évaluations de 25 CLIC expérimentaux. Préconisations. INSERM. DGAS. Ministère de la Santé et de la Protection Sociale. Juin 2004
- Anne LE ROUX – ARH de Bretagne - Bilan de la mise en œuvre du volet complémentaire du SROS – prise en charge sanitaire des personnes âgées – Travaux préparatoires au SROS 3^{ème} génération
- Notification finale du rapport d'observations définitives de la Chambre Régionale des Comptes des départements du Morbihan, du Finistère et des Côtes d'Armor – 2005
- Etat des lieux et diagnostic partagé – préalable à l'élaboration du SROS 3 en Bretagne – avril 2005 – ARH/URCAM
- Synthèse du Forum « Les territoires de santé » - septembre 2004
- Intervention de M.Jean-Pierre BULTEZ. « Dans le vieillissement, pauvreté et isolement ». Les petits frères des pauvres. ENSP. 7 mars 2006
- Charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendante. Fondation Nationale de Gérontologie. 1999
- JP RISO. En zone rurale, pallier les limites du maintien à domicile des personnes âgées très dépendantes : l'unité de vie, alternative à l'EHPAD. Ressources.ensp.fr. 2004

SITES INTERNET

www.arh-bretagne.fr

www.orsbretagne.fr

www.ccomptes.fr

www.msa.fr

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 -----le Pays au sein de la Bretagne

ANNEXE 2 -----la densité en habitants par Km²

ANNEXE 3 -----les établissements de soins et la densité de population

ANNEXE 4 -----les établissements d'accueil des personnes âgées en COB

-----les établissements de santé en COB

ANNEXE 5 -----les médecins généralistes : zoom sur le Pays

ANNEXE 6 -----l'offre globale de soins: les médecins généralistes

ANNEXE 7 ----- la distance à parcourir jusqu'au médecin généraliste dans le COB

----- la présence des médecins, dentistes et pharmaciens en Centre Ouest Bretagne

ANNEXE 8 ----- les médecins spécialistes : zoom sur le Pays

ANNEXE 9 ----- l'offre globale de soins : les médecins spécialistes

ANNEXE 10----- la présence des infirmiers et kinésithérapeutes dans le COB

-----la démographie des médecins dans le COB

ANNEXE 11---- répartition par territoire de proximité des structures pour personnes âgées

ANNEXE 12----- le Pays du COB et les secteurs sanitaires

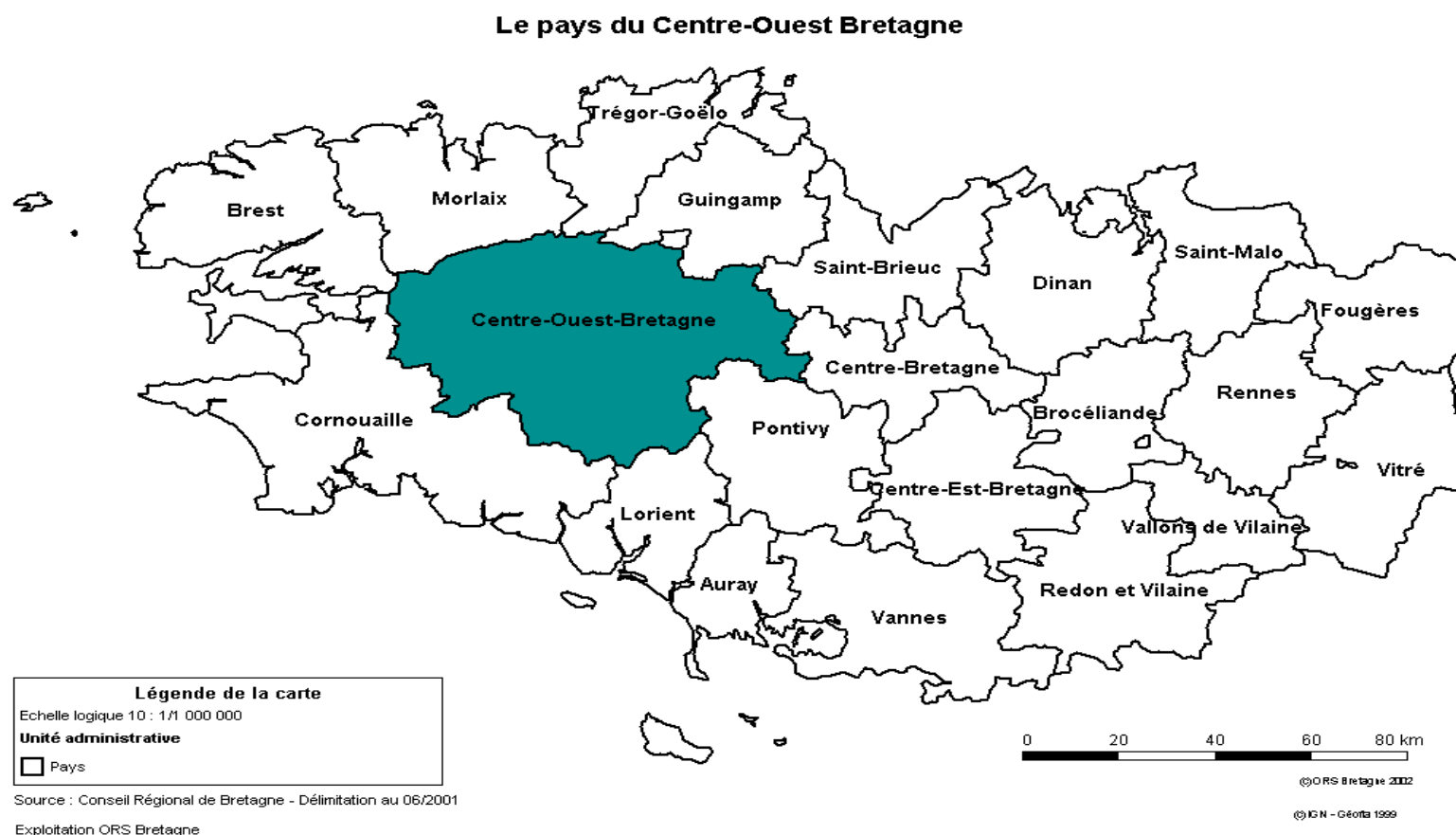
ANNEXE 13-----les services de maintien à domicile dans le COB : les SSIAD

----- les services de maintien à domicile dans le COB : le portage des repas

ANNEXE 14----- méthodologie de travail

ANNEXE 15 ----- liste des entretiens des personnes rencontrées

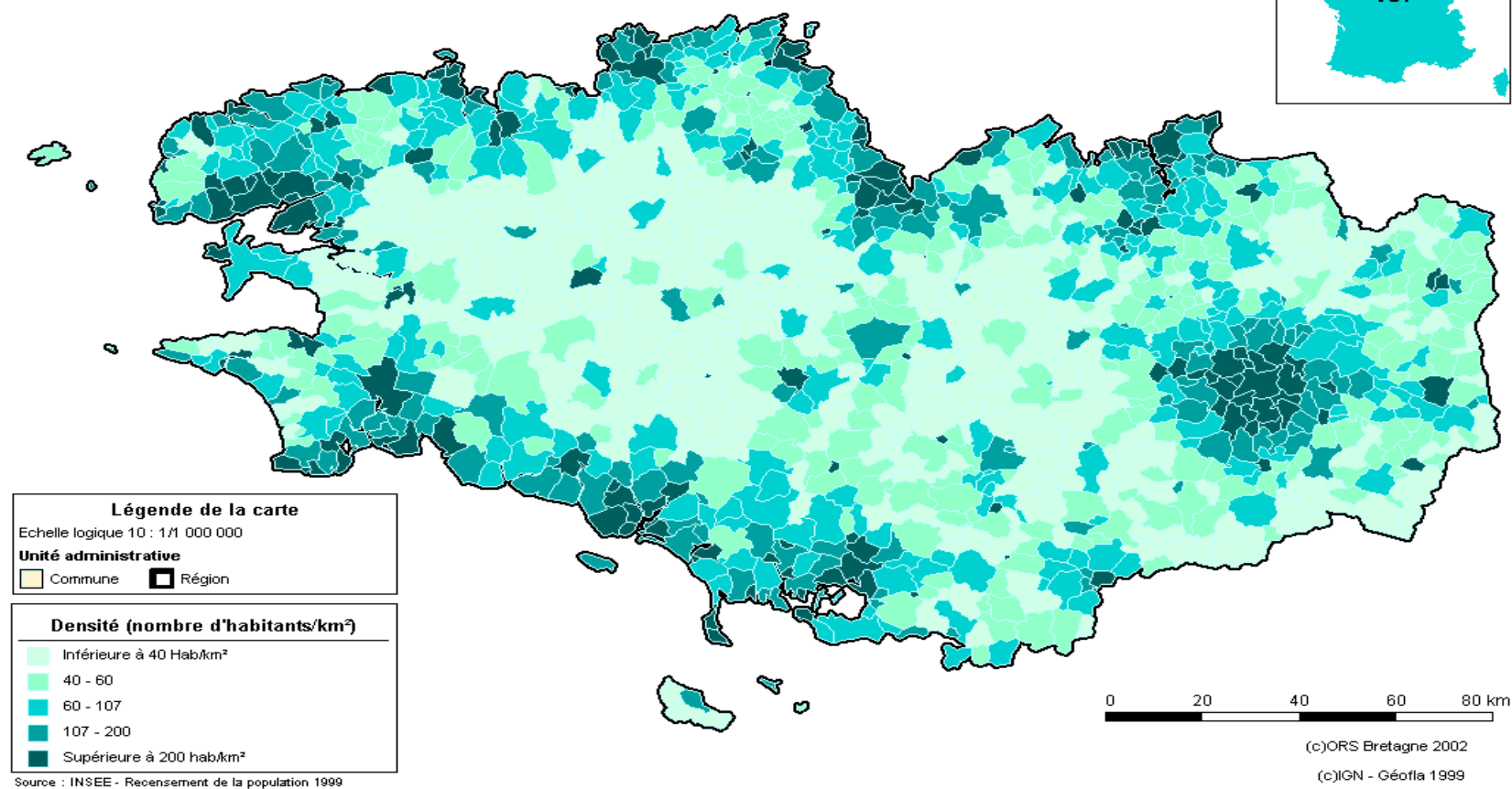
Le Pays au sein de la Bretagne



Densité (hab/km²)

Densité de population en Bretagne en 1999

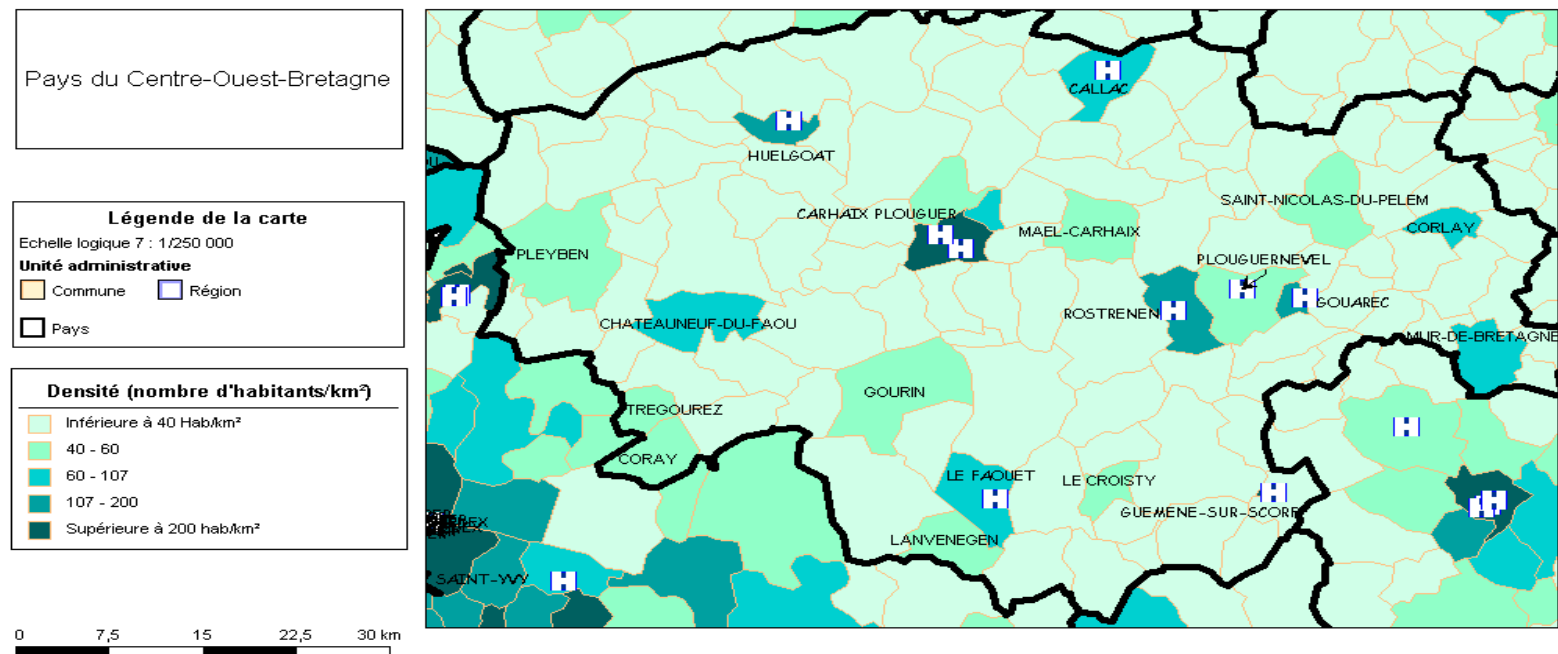
Moyenne bretonne = 106 habitants/km²



■ Établissements de soins et densité de population

Localisation des établissements de santé dans les pays de Bretagne

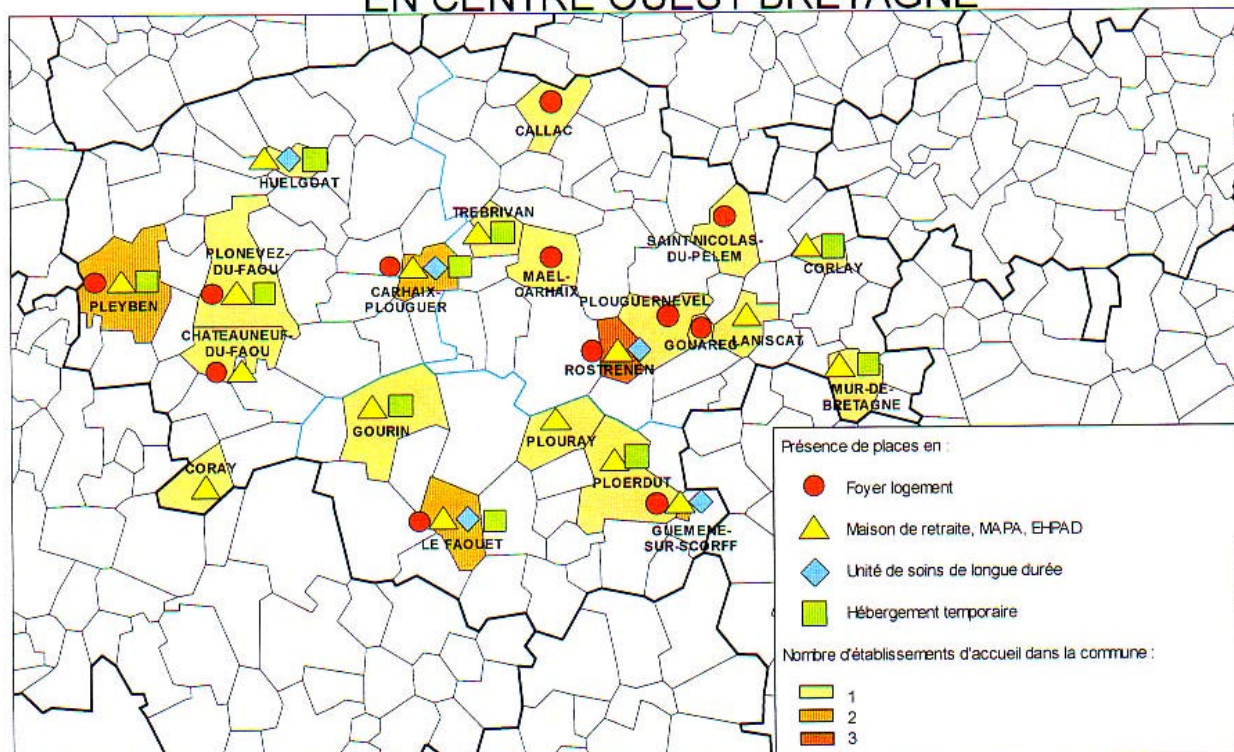
Année 1999



Source : INSEE - RGP 1999
Exploitation ORS Bretagne 2002

(c)ORS Bretagne 2002
(c)IGN - GéoFla 1999

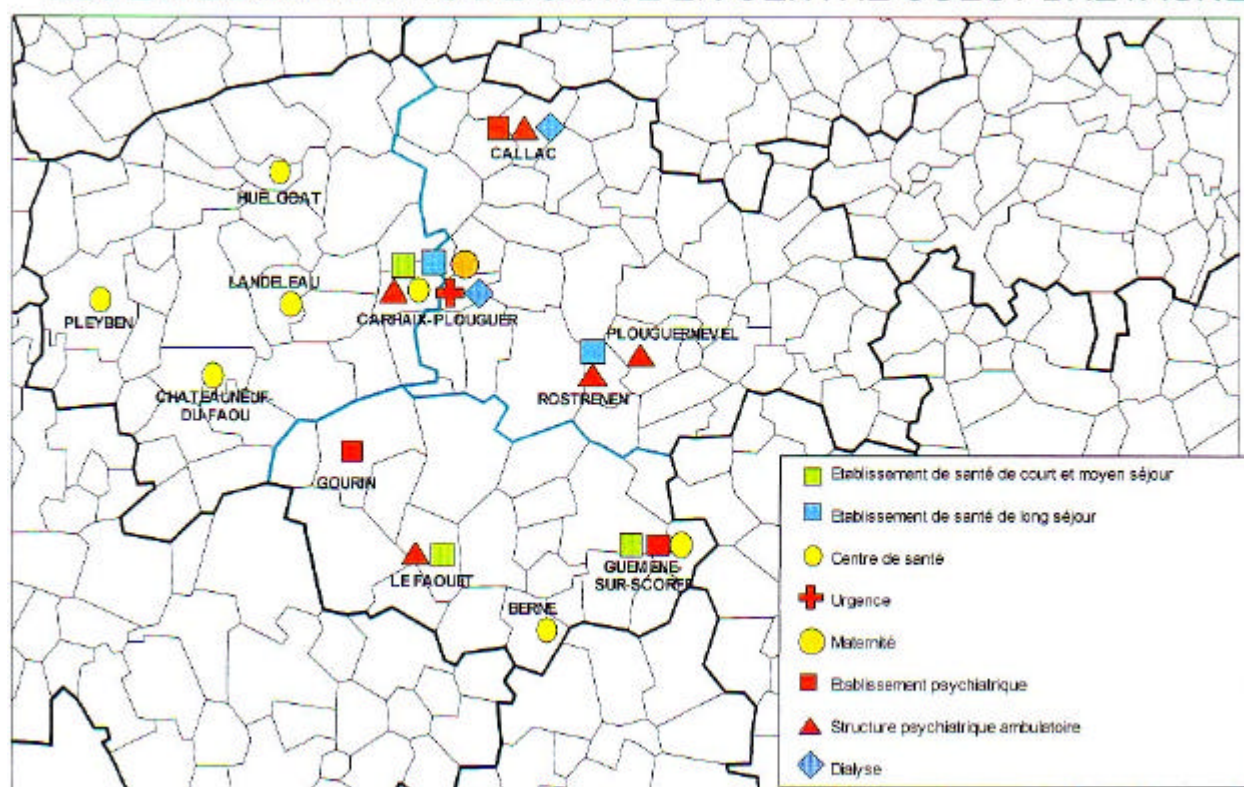
LES ETABLISSEMENTS D'ACCUEIL DES PERSONNES AGEES EN CENTRE OUEST BRETAGNE



Source : Conseils Généraux 56 et 29, CLIC de Rostrenen, Loudéac et Guingamp

Réalisation : AL Guinoiseau / CR Bretagne

LES ETABLISSEMENTS DE SANTE EN CENTRE OUEST BRETAGNE

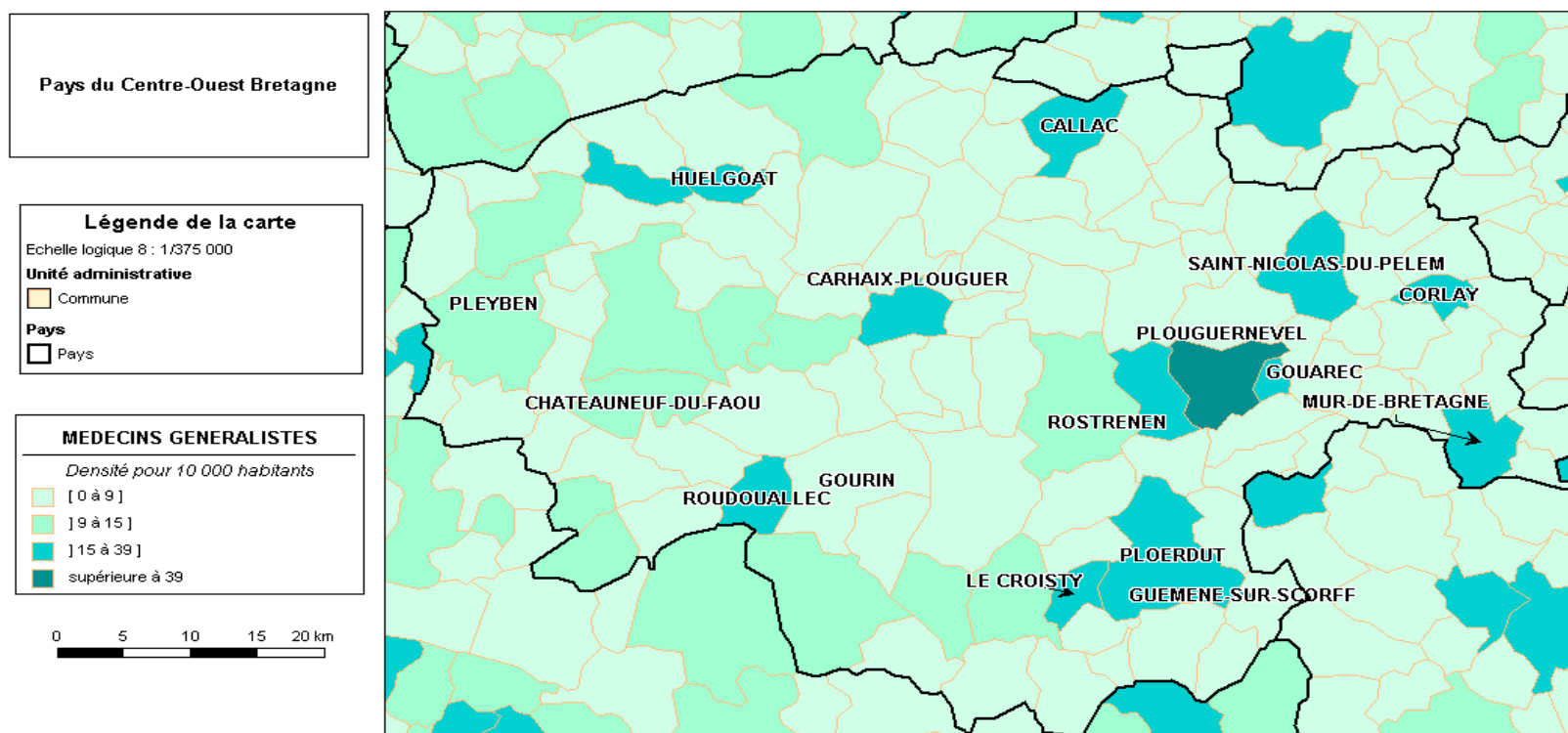


Source : INSEE

Réalisation : AL Guinoiseau / CR Bretagne

Les médecins généralistes : zoom sur le pays

Les médecins généralistes en Bretagne
Densité pour 10 000 habitants



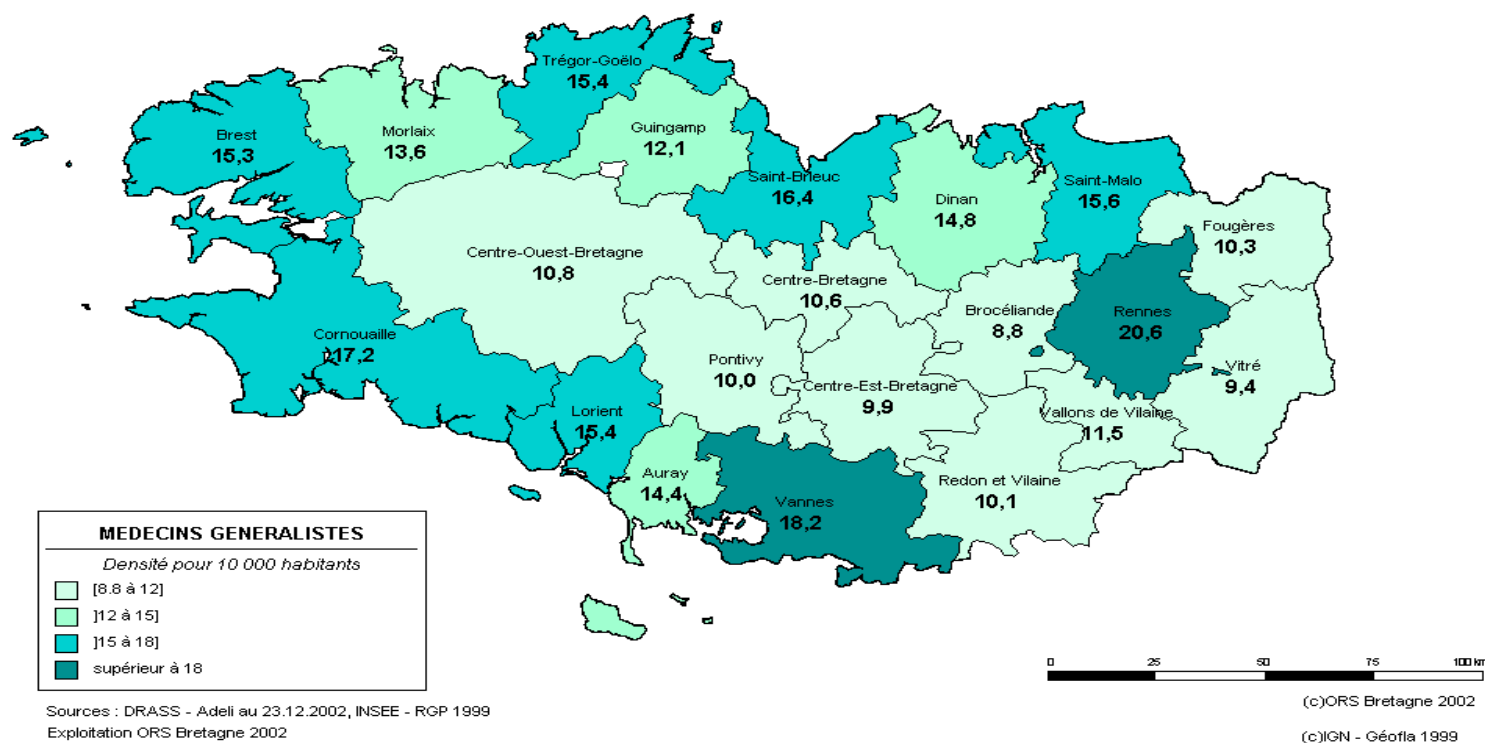
Sources : DRASS - Adeli au 23.12.2002, INSEE - RGP 1999
Exploitation ORS Bretagne 2002

(c)ORS Bretagne 2002
(c)IGN - GéoFla 1999

■ Offre globale de soins : les médecins généralistes

Densité des médecins généralistes salariés et libéraux dans les pays de Bretagne

Bretagne : 15.3 médecins généralistes pour 10 000 habitants





Réalisation : CR Bretagne / AL Guinoiseau

ET PHARMACIES EN CENTRE OUEST BRETAGNE

Nombre de médecins par commune

- 1
- 5
- 10

Nombre de chirurgiens dentistes par commune

- 1
- 5
- 10

Densité de médecin par canton en 2003 (pour 10 000 hab.)

- Canton de Gouarec : 5.35
- moins de 7
- de 7 à 9
- de 9 à 11
- plus de 11

Nombre de pharmacies par commune

- 1
- 2
- 5

Source : IRECAM, INSF. **Réalisation :** AL Guinoiseau / CR Bretagne

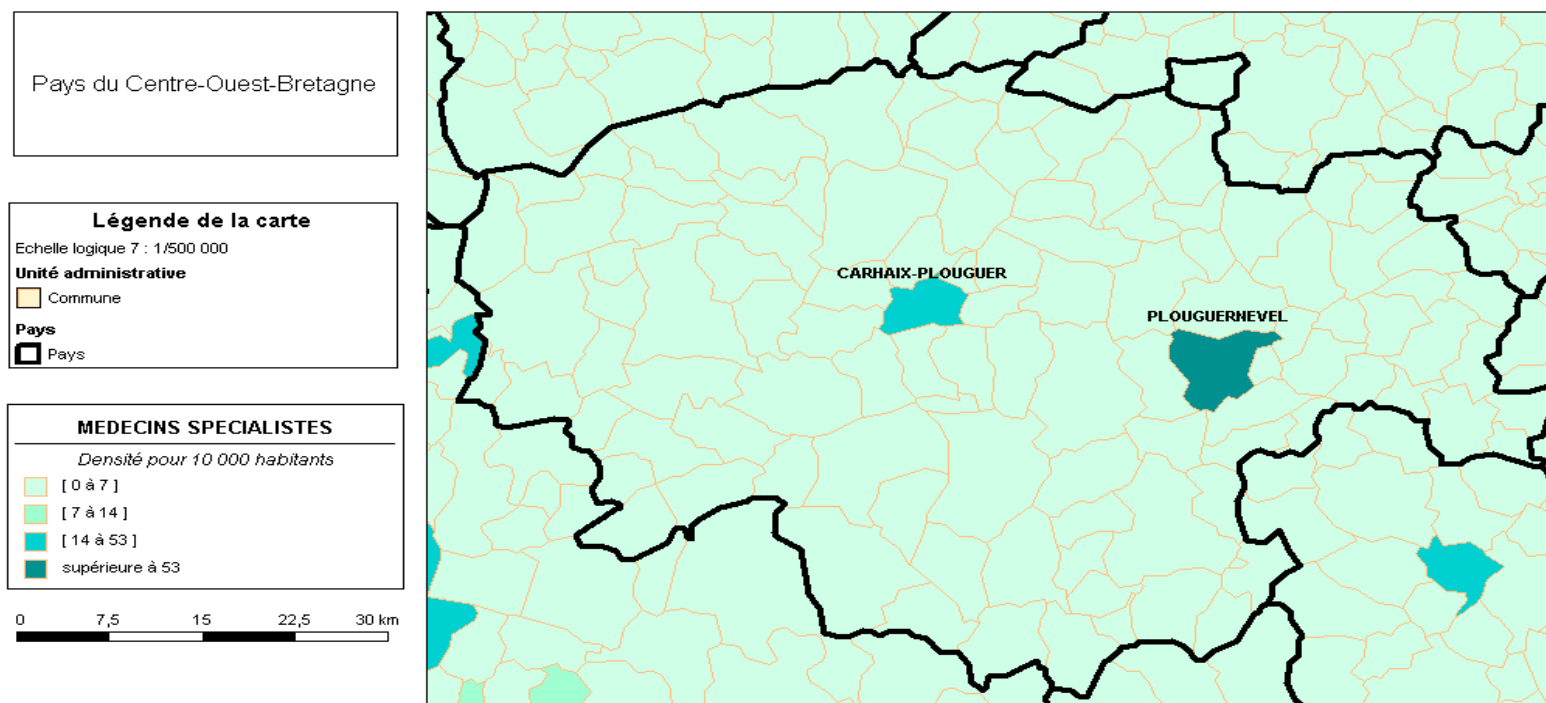
Source : I RCAM INSF

Réalisation : AL Guinoiseau / CR Bretagne

■ Les médecins spécialistes : zoom sur le pays

Les médecins spécialistes en Bretagne

Densité pour 10 000 habitants



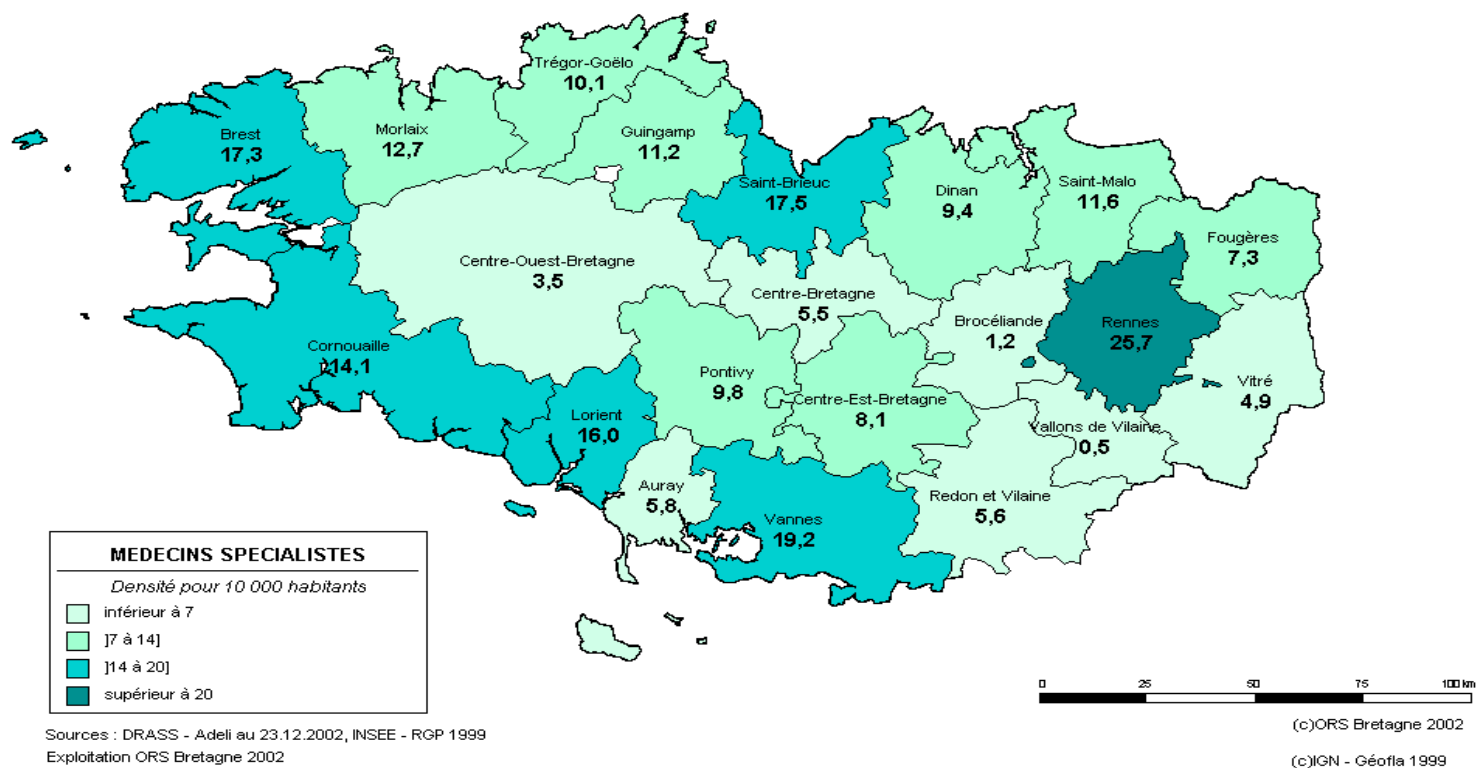
Sources : DRASS - Adeli au 23.12.2002, INSEE - RGP 1999
Exploitation ORS Bretagne 2002

(c)ORS Bretagne 2002
(c)IGN - Géofla 1999

■ Offre globale de soins : les médecins spécialistes

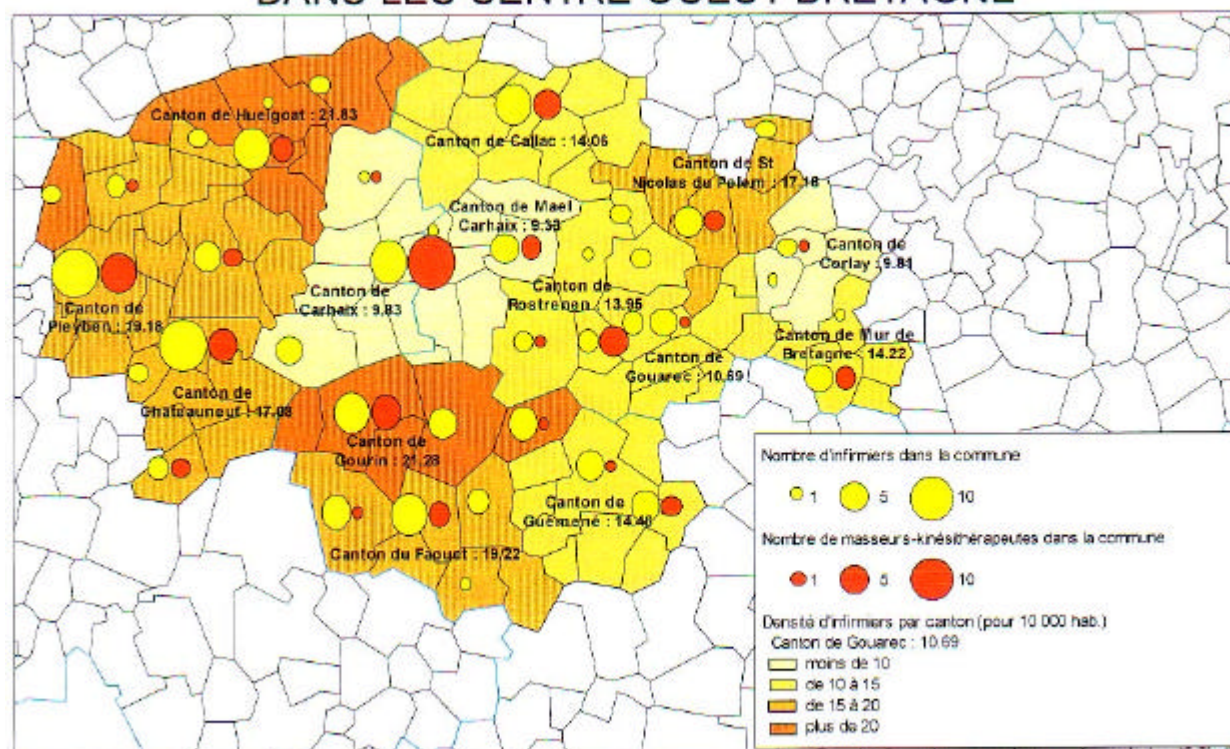
Densité des médecins spécialistes salariés et libéraux dans les pays de Bretagne

Bretagne : 14.2 médecins spécialistes pour 10 000 habitants

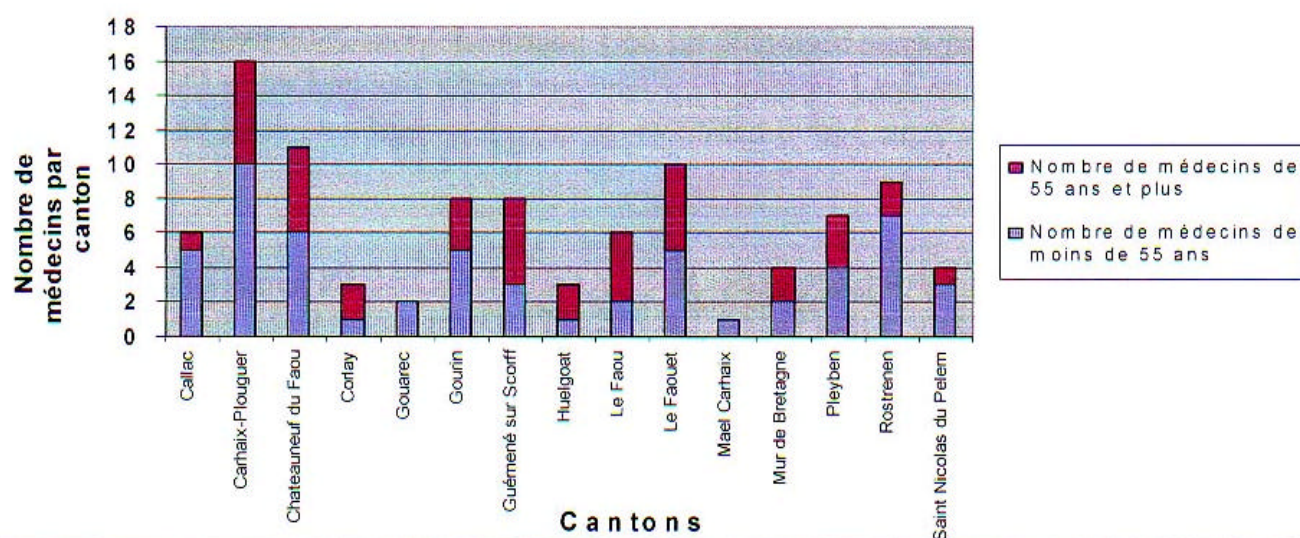


ANNEXE 10

LA PRESENCE DES INFIRMIERS ET KINESITHERAPEUTES DANS LES CENTRE OUEST BRETAGNE



Démographie des médecins dans le Centre Ouest Bretagne



Carte de répartition géographique des services de soins de longue durée et de mémoire en Bretagne

La carte illustre la répartition géographique des services de soins de longue durée et de mémoire en Bretagne, divisée en huit territoires de santé numérotés de 1 à 8.

Légende des services :

- Unité de Soins de Longue Durée (rouge)
- Consultation mémoire (rose)
- Centre Mémoire de Ressources et de Recherche (jaune)
- Hôpital de jour gériatrique (dont géronto-psychiatrie pour mémoire) (vert)
- Court séjour gériatrique (pour mémoire) (bleu)
- Soins de suite gériatriques (pour mémoire) (jaune)
- Equipe mobile de gériatrie (bleu)

Les territoires de santé sont :

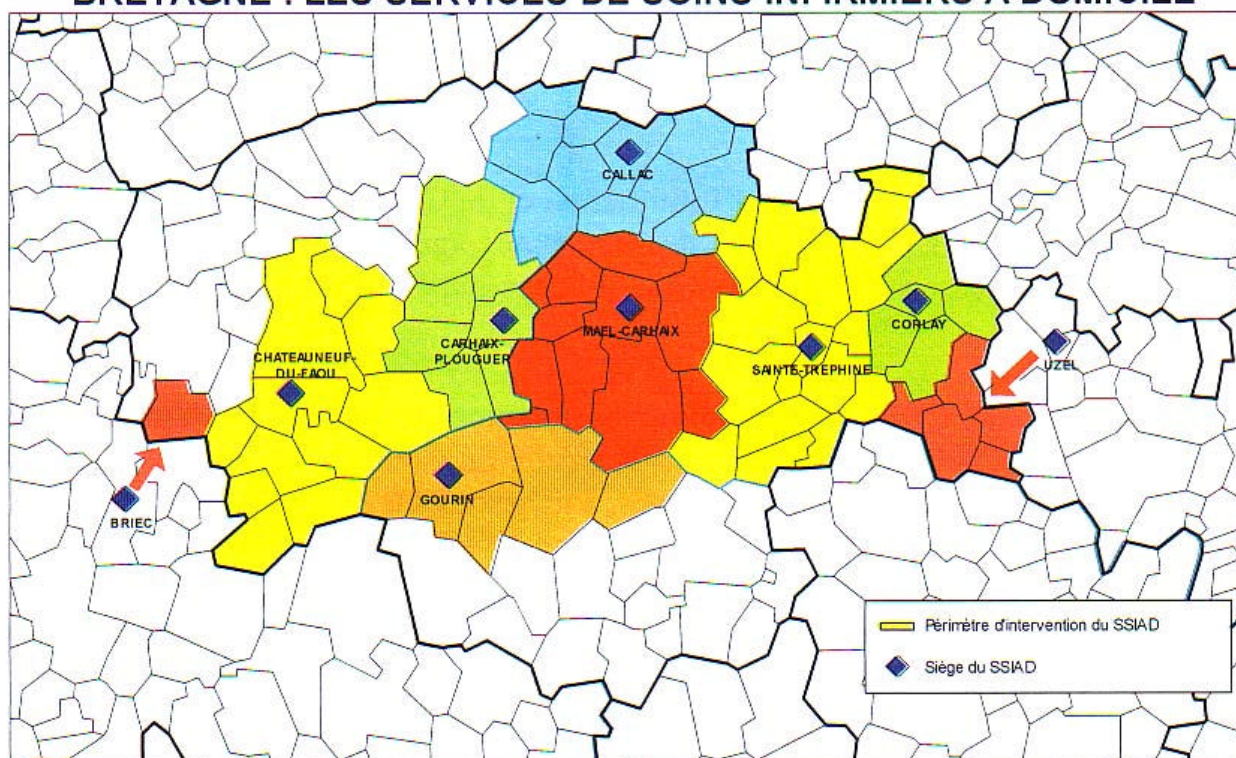
- TERRITOIRE DE SANTE N°1
- TERRITOIRE DE SANTE N°2
- TERRITOIRE DE SANTE N°3
- TERRITOIRE DE SANTE N°4
- TERRITOIRE DE SANTE N°5
- TERRITOIRE DE SANTE N°6
- TERRITOIRE DE SANTE N°7
- TERRITOIRE DE SANTE N°8

Les communes et villes représentées sur la carte incluent : ST RENAN, BREST, LES NEVEN, ROSCOFF, LANDEMEUR, LANDEMEUR, MORLAIX, PLOUGONVEN, LANNION, PAIMPOL, YFFINIAC, ST BRIEUC, ST MALO, CANCALE, ANTRAIN, FOUGERES, VITRE, LA GUERCHIE DE BRETAGNE, BAIN DE BRETAGNE, CHATEAUGIRON, BRUZ, RENNES, CHANTEPIE, MONTFORT, LOUDEAC, BREHAN, JOSELIN, PLOERMEL, MALESTROIT, REDON, LA ROCHE BERNARD, VANNES, ST AVE, AURAY, LORIENT, LA MESTER, MANTEC, PORT LOUIS, PLOEMEUR, LE MOUET, QUIMPERLE, QUIMPER, CHATEAULIN, CARHAIX, ROSTRENEC, NOYAL PONTIVY, PONTIVY, PHENEBONT, LE PALAIS.

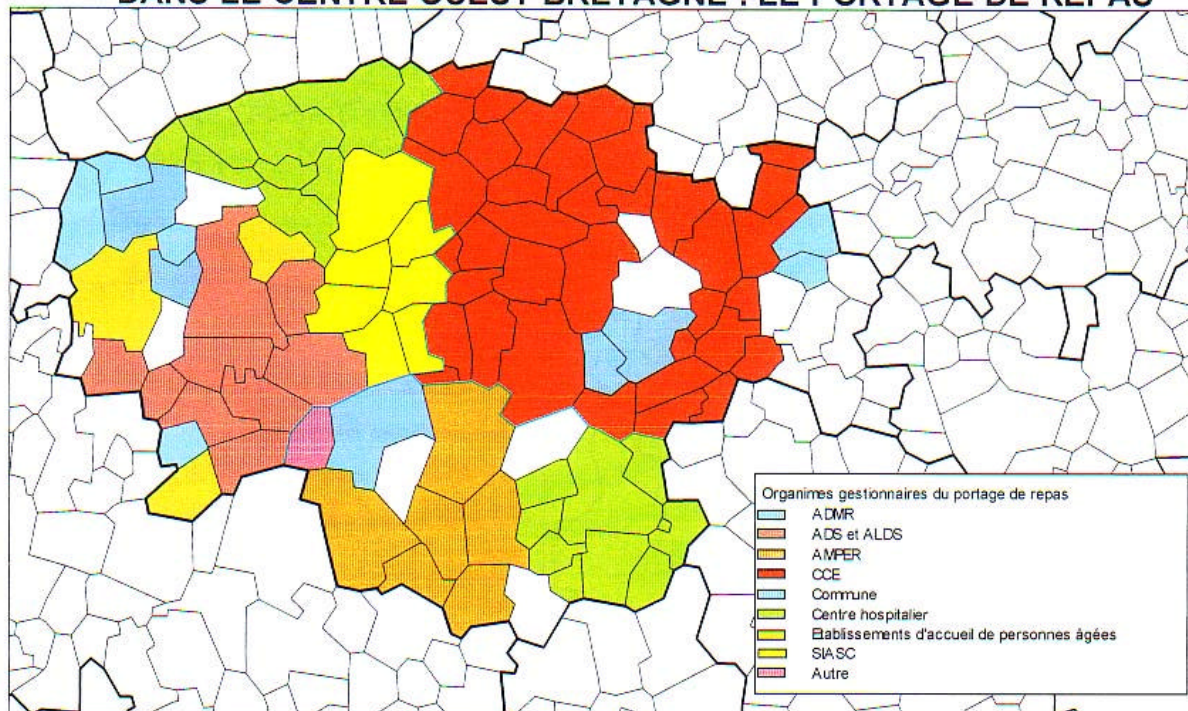
Le Pays du Centre Ouest Bretagne et les secteurs sanitaires



LES SERVICES DE MAINTIEN A DOMICILE DANS LE CENTRE OUEST BRETAGNE : LES SERVICES DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE



LES SERVICES DE MAINTIEN A DOMICILE POUR LES PERSONNES AGEES DANS LE CENTRE OUEST BRETAGNE : LE PORTAGE DE REPAS



Méthodologie de travail

L'ensemble du module a été réalisé en interfiliarité, de l'étape de préparation jusqu'à la finalisation du rapport.

Au nombre de 10, les membres du groupe ont choisi de répartir leur travail selon 3 axes :

- Etude de la démographie, de la sociologie et de l'épidémiologie
- Analyse du système de santé en terme d'offre
- Modalités de coordination des acteurs et répartition des compétences.

La lecture et l'exploitation des documents ont été réparties selon les mêmes axes. Il en a été de même pour les interviews. Ces documents et entretiens nous ont permis de poser une problématique commune, en tenant compte des orientations proposées par Raymonde SECHET

Chaque journée de travail en sous-groupes s'est achevée par une mise en commun des informations nouvelles alimentant la réflexion du groupe.

Le 16 mai 2006, notre animatrice a validé le plan du mémoire.

En fin de module, le groupe a travaillé à une mise en commun des données recueillies et à une relecture commune du document, avant que ce dernier ne soit adressé à Raymonde SECHET.

Toutefois, il convient de préciser qu'en raison de leurs obligations professionnelles, certains acteurs n'ont pu nous recevoir dans le délai qui nous était imparti.

Par manque de temps, nous avons en revanche choisi de ne pas rencontrer d'acteurs politiques, dans la mesure où nous disposions d'interviews réalisées sous la conduite de Raymonde SECHET, auprès des Conseils Généraux et des DDASS des trois départements du COB relatifs à cette thématique.

MIP de santé publique 2006 – Groupe 14
Liste des personnes interviewées

Dates et Heures	Durée de l'entretien	Personnes rencontrées	Fonctions	Lieux
11 mai 2006 à 11h30	15 mn	François DE MARTEL	Directeur Adjoint - DDASS - Côtes d'Armor	Entretien téléphonique
11 mai 2006 à 13 h	1 heure 30	Anne LE BUHAN	Coordonnatrice du CLIC	Rostrenen
11 mai 2006 à 15 h	30 mn	Martine CHOVET	Assistante sociale MSA	Rostrenen
11 mai 2006 à 15 h 30	1 heure	ADMR	Bénévoles	Carhaix
11 mai 2006 à 16 h	1 heure 30	Isabelle ROLLAND	Animatrice territoriale de santé	Rostrenen
16 mai 2006 à 10 h	2 h 30	Mr Pierre-Louis BERTHOUX	Directeur	Centre Hospitalier Carhaix
16 mai 2006 à 11 h	45 mn	Laurent TARDIF	Ex- chargé de mission ARH Bretagne	ENSP
16 mai 2006 à 14 h	1 h 15	Mr FROMENT	EHPAD Ti an Diskuizh	Laniscat
16 mai 2006 à 15 h 30	20 mn	Mme LEROUX	Usager	Laniscat
	40 mn	Mme LEMOAL	Usager	Laniscat
16 mai 2006 à 16 h	30 mn	M. Georges STEPPE	Directeur adjoint CHS de Plouguernevel	Entretien téléphonique
16 mai 2006 à 16 h	20 mn	Mme HENRY	Assistante Sociale MSA St Brieuc	Entretien téléphonique
17 mai 2006 à 10 h	30 mn	Dr Chantal LAGADIC	Médecin délégué thématique santé et personnes âgées. CDAS Pleyben - Carhaix	Entretien téléphonique
18 mai 2006 à 11 h 30	30 mn	Nathalie GUYADER	Directrice Adjoint – DDASS Finistère	Entretien téléphonique
18 mai 2006 à 14 h 30	1 h	Dr HASCOËT	Président de l'URML de Bretagne	Rennes