



# ENSP

ECOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

## MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2007 –

### « PÔLE SANTÉ : QUELLE ÉVOLUTION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ? »

– Groupe n°33–

- BIGENHO Valérie
- CATILLON David
- DE SEVELINGES Benoîte
- DUGAS Sylvie
- FABRE Laure
- FOURCADE Brigitte
- GUIBERT Ninon
- LAIGNEL Laurence
- PINNA Brigitte
- RIVET Stéphane
- RUST Thiébaud

*Animatrice(s)*

- CANCOUET Pascale

- RAVAILLAULT Annie

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>METHODOLOGIE</b> .....	<b>4</b>
<b>1 DESCRIPTION DU PROJET</b> .....	<b>1</b>
1.1 CONTEXTE LOCAL.....	1
1.1.1 Aspects géographiques et démographiques.....	1
1.1.2 L'offre de soins.....	2
1.2 HISTORIQUE DU PROJET .....	4
1.2.1 Expérience en matière de regroupement dans le territoire.....	4
1.2.2 L'évolution de la réflexion autour du Pôle Santé.....	5
1.3 DESCRIPTIF DU PROJET .....	6
1.3.1 Caractéristiques du projet.....	6
1.3.2 Etat d'avancement actuel du projet.....	8
<b>2 ANALYSE STRATEGIQUE DU PROJET</b> .....	<b>1</b>
2.1 FORCES ET OPPORTUNITES DU PROJET .....	1
2.1.1 Un projet innovant.....	1
2.1.2 Un projet s'inscrivant dans un contexte favorable.....	2
2.2 FAIBLESSES ET CONTRAINTES DU PROJET .....	3
2.2.1 La recherche d'une efficacité économique et organisationnelle.....	3
2.2.2 La recherche de réponses aux besoins de la population .....	4
2.2.3 La recherche de la qualité des soins.....	5
<b>3 PERSPECTIVES POUR L'EVOLUTION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES</b>	
<b>EN MILIEU RURAL</b> .....	<b>6</b>
3.1 LES NŒUDS DE RESISTANCES DU PROJET ACTUEL .....	6
3.2 QUELQUES ENJEUX CLES POUR L'EVOLUTION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES.....	8
3.3 PROPOSITIONS POUR RENFORCER LE PROJET .....	10
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>13</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>15</b>
<b>DOCUMENTS ANNEXES UNIQUEMENT JOINT AU RAPPORTEUR DU GROUPE</b>	

---

# Remerciements

---

Nous tenons à adresser nos sincères remerciements à toutes les personnes qui nous ont reçu en entretien et ont ainsi fait preuve à notre égard de leur soutien en nous accompagnant dans nos recherches et interrogations :

- M. VIVIER, Sous-directeur Délégué à la Santé AROMSA des Pays de Loire
- Mme BATEAU et Messieurs BERTHELOT et MALIBERT, DHOS
- Dr FLAMENT maire de Renazé
- M. CHAINEAU maire de Craon
- Dr GENDRY porteur du projet
- Mme CHAPPELLON Directrice Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
- M. BEDOUET Conseil Régional de Mayenne
- Dr DE HAAS maison médicale de Pont-D'Ain (entretien téléphonique)
- Dr LEMASSON maison médicale d'Ambon
- Mr LERAT, sociologue, enseignant ENSP.
- François Xavier Schweyer, ENSP

Nous souhaitons tout particulièrement exprimer notre gratitude aux animateurs qui nous ont guidé tout au long de l'élaboration du mémoire :

- Mme RAVAILLAULT Directrice de l'hôpital local de Craon-Renazé
- Docteur P. CANCOUET, médecin MSA

---

## Liste des sigles utilisés

---

**ARH** : Agence Régionale d'Hospitalisation  
**CASF** : Code de l'Action Social et des Familles  
**CH** : Centre Hospitalier  
**CLIC** : Comité Local d'Information et de Coordination  
**CTU** : Contrat de Territoire Unique  
**CSP** : Code de la Santé Publique  
**DDASS** : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales  
**DHOS** : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins  
**DMP** : Dossier Médical Partagé  
**DREES** : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques  
**EdS** : Etablissement de Santé  
**EMS** : Etablissement Médico-Social  
**EPCI** : Établissement Public de Coopération Intercommunale  
**EPS** : Etablissement Public de Santé  
**ESP** : Etablissement de Santé Privé  
**FHF** : Fédération Hospitalière de France  
**GIP** : Groupements d'Intérêt Public  
**GIE** : Groupement d'Intérêt Economique  
**GCS** : Groupement de Coopération Sanitaire  
**GCSMS** : Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale  
**HAD** : Hospitalisation à Domicile  
**HAS** : Haute Autorité en Santé  
**IDE** : Infirmier Diplômé d'Etat  
**FAQSV** : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville  
**FIQCS** : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins  
**HLSOM** : Hôpital Local du Sud-Ouest Mayennais  
**MEAH** : Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers  
**MSA** : Mutualité Sociale Agricole  
**MSP** : Maison de Santé Pluridisciplinaire  
**MRS** : Mission Régionale de Santé  
**ONEM** : Observatoire National des Emplois et des Métiers de la fonction publique hospitalière  
**ORL** : Oto-rhino-laryngologiste, le praticien qui l'exerce  
**PH** : Praticien Hospitalier  
**PMI** : Protection Maternelle Infantile

**SCI** : Société Civile Immobilière

**SCP** : Société Civile Professionnelle

**SEL** : Systèmes d'Echanges Locaux

**SCM** : Le Supply Chain Management, ou la gestion globale de la chaîne logistique

**SSIAD** : Service de Soins Infirmiers A Domicile

**SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation

**UNCAM** : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

**URCAM** : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

**USLD** : Unité de Soins de Longue Durée

## INTRODUCTION

« Le maintien et le développement de l'activité des professions de santé dans les zones déficitaires<sup>1</sup>, ou qui risquent de le devenir, constituent des éléments garantissant l'égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire<sup>2</sup>. » Xavier BERTRAND, 30 janvier 2007.

Cette déclaration fait écho aux différentes enquêtes d'opinion qui situent la santé comme la préoccupation prépondérante des français après l'emploi. Elle pose à la fois la question de l'efficacité du système de santé français et de sa viabilité à terme eu égard aux évolutions démographiques de la France<sup>3</sup>.

Aujourd'hui, on ne peut occulter que le vieillissement se traduit par une recrudescence et une diversification des pathologies, un accroissement de la dépendance associé à une diminution de la mobilité des patients. Il semble donc pertinent d'imaginer que la demande en actes de diagnostic et de prévention devrait augmenter au cours des prochaines années.

En parallèle, une pénurie<sup>4</sup> en professionnels de santé persiste actuellement en apparence, même si la part de la population résidant dans des territoires de santé où l'offre de premier recours est insuffisante (ou très précaire) se situe, in fine, dans une fourchette allant de 0,6 % à 4,1 %. Nonobstant, la situation démographique des professions de santé présente des caractéristiques qui ne peuvent être ignorées<sup>5</sup>. En réalité, le problème le plus aigu ne concerne pas tant le nombre total de médecins que leur répartition par spécialité et leur répartition géographique.

C'est pourquoi l'enjeu en termes de démographie sanitaire réside dans la capacité des acteurs publics à ajuster l'offre de santé (curative et préventive) aux besoins réels de la population.

---

<sup>1</sup> La loi du 25 février 2005 relative au développement des territoires ruraux circonscrit la quasi-totalité des aides aux zones identifiées comme « déficitaires » par la MRS (art 108 et 109). Les critères d'éligibilité et la liste complète des communes concernées figurent dans la décision MRS du 27 décembre 2005. Cf. Annexe 8

<sup>2</sup> Réponse de Xavier BERTRAND, ministre de la santé et des solidarités, à Dominique Paillé, Député des Deux-Sèvres, sur la question de la démographie médicale en zone rurale à l'Assemblée Nationale le 30 janvier 2007.

<sup>3</sup> Cf. Annexe 1 : Données Démographiques.

<sup>4</sup> « Les données statistiques ou administratives collectées par l'ONEM ne le corroborent pas forcément » in : Etude prospective sur les métiers de demain.

<sup>5</sup> Cf. Annexe 1 : Données Démographiques.

Au-delà de la seule réalité comptable, d'autres raisons peuvent aussi expliquer ces disparités. L'accès aux services économiques, sociaux et culturels, la potentialité à limiter la charge des contraintes (gardes et congés alternés), l'environnement écologique sont autant de critères qui interviennent aujourd'hui dans le choix d'implantation géographique. L'évolution des modes de vie a contribué aussi à prétendre dissocier son lieu de travail de son lieu de vie. Enfin, les étudiants sont peu attirés par la médecine générale, jugée peu valorisante et à faible potentialité de progression.

La conjugaison de ces facteurs aboutit à une situation caractérisée par un nombre global de professionnels de santé satisfaisant, mais très inégalement répartis. De nombreuses études mettent en évidence une inégalité géographique de couverture de soins au moins aussi importante que les inégalités financières.

Pour remédier au manque de professionnels de santé en zones rurales, un certain nombre d'aides au maintien et à l'installation des médecins a été mis en place. Ces contributions peuvent se classer en trois grandes catégories, selon qu'elles relèvent de l'Etat et des collectivités territoriales ou de l'Assurance Maladie, ou selon qu'elles soient d'origine conventionnelle<sup>6</sup>. Très nombreux, ces dispositifs se sont empilés au cours du temps sans véritable cohérence.

Aujourd'hui, un bilan contrasté peut être tiré de cette sédimentation de mesures. De fait, une politique d'incitation forte, avec un fléchage géographique régional efficace ou la contrainte d'une offre minimum de soins à tarif opposable dans chaque bassin de santé n'a pas été véritablement menée. En l'absence de régulation de l'offre en médecine ambulatoire, et face aux résultats limités de la régulation de l'offre hospitalière, on observe un décalage persistant entre l'offre et la demande dans les territoires. Il semble alors que les mesures strictement financières ne pourront à elles seules résorber le déficit d'attractivité. Même renforcées, leur efficacité serait limitée.

Dans ces conditions, la nécessité de changer de paradigme est aujourd'hui reconnue. Il ne s'agit plus seulement d'attirer les professionnels de santé par le levier du revenu, mais en mettant en valeur, d'une part, la particularité de la médecine qui peut être pratiquée en zone rurale, et d'autre part, la qualité de vie qui y est offerte. Ainsi, les collectivités territoriales et les acteurs participant à l'organisation des soins au niveau régional ont un rôle important à jouer afin de constituer un environnement qualitativement

---

<sup>6</sup> Cf. Annexe 2 : Pour le détail des aides à l'installation et au maintien des professionnels de santé en zone rurale.

attractif, compte tenu du principe de liberté d'installation, horizon indépassable, du moins à court terme.

La couverture des besoins sanitaires dans une zone déficitaire amène donc les pouvoirs publics à renforcer les modes de pratiques coopératives entre professionnels de santé et à limiter les obstacles potentiels tels que les investissements lourds, les risques financiers et le poids des tâches administratives et de gestion.

Les Maisons de Santé Pluridisciplinaires<sup>7</sup> (MSP) participent au décloisonnement de l'exercice des pratiques professionnelles. Ainsi, même si la sémantique peut varier – Maison de Santé, Maison de Santé Rurale, Maison de Soins, ou encore Pôle Santé– les MSP sont des structures qui ont vocation à dispenser des soins de santé primaires et à rendre sa place centrale à l'utilisateur. Petites structures proches de la population, leur essence même est de faire travailler en équipe des médecins généralistes, des paramédicaux, des travailleurs sociaux voire des professionnels de la santé mentale, mais également des chirurgiens-dentistes et des pharmaciens.

Dans ce document, lorsque nous utilisons le terme de « Pôle Santé », nous nous référons à l'intégration d'une MSP au sein d'un hôpital local à l'image du projet de Craon/Renazé. Dans ce cas de figure, l'hôpital local peut être vu comme le pivot d'une plateforme sanitaire et sociale, coordonnateur de la MSP. Il deviendrait le premier niveau d'une offre de soins graduée, s'inscrivant comme l'un des outils de construction de la permanence de soins et de lutte contre la désertification médicale.

Il n'en demeure pas moins que la problématique actuelle est de déterminer dans quelle mesure une MSP permettra l'évolution des pratiques professionnelles qui apparaît comme une des réponses au problème de la démographie médicale et paramédicale en milieu rural.

Après avoir rappelé la méthode de travail définie par le groupe, nous verrons comment à partir de l'étude de la mise en place du Pôle- Santé au sein de l'hôpital local de Craon/Renazé (I), nous en avons réalisé une analyse stratégique (II). Enfin, afin d'apporter des perspectives concrètes quant à l'évolution des pratiques professionnelles en milieu rural, nous avons envisagé trois orientations allant au-delà des solutions apportées à ce jour dans ce projet (III).

\* \* \* \* \*

---

<sup>7</sup> Cf. Annexe 3 : Maison de Santé Pluridisciplinaire



## METHODOLOGIE

Notre groupe, composé de 11 personnes, a travaillé dans une véritable dynamique mettant en commun les savoirs faire, les expériences et une volonté de partager ensemble une démarche projet.

Ce travail a été structuré en trois phases :

- 1<sup>ère</sup> phase : présentation de chacun, échanges, prise de connaissance du projet
- 2<sup>ème</sup> phase : rencontre sur site des différents partenaires impliqués dans le projet mais aussi des personnes ressources permettant une meilleure compréhension de l'intérêt du projet. Restitution en groupe des différents entretiens et élaboration du plan. Préparation à la rédaction du rapport.
- 3<sup>ème</sup> phase : Rédaction et finalisation du rapport

### **1<sup>ère</sup> phase : Rencontre, échange et présentation du projet**

Objectif : Prendre connaissance du dossier à travers une présentation par le Docteur CANCOUET. Echanger entre les membres du groupe afin de délimiter les contours du projet et sa finalité.

Cette première phase, les 3 et 4 mai 2007, a été déterminante pour comprendre les enjeux du projet. Elle a consisté en une mise en commun des textes et différents documents. A la suite des échanges nous avons établi un planning prévisionnel des différentes tâches et une répartition de l'organisation du travail au sein du groupe.

A l'issue de cette première matinée trois groupes ont été constitués :

- Démographie médicale et paramédicale sur le plan national et local
- Formes juridiques des maisons de santé pluridisciplinaires : GCS, GCSMS
- Financements de la création de ces maisons et recherche des financeurs potentiels

Chaque sous-groupe a envoyé le résultat de ses recherches en fin de journée à l'ensemble du groupe.

Le lendemain le travail s'est poursuivi avec une mise en commun des sources d'informations et des écrits. La réflexion s'est prolongée autour du projet et des questionnements multiples se sont révélés. Une problématique a été dégagée.

Ensuite, une organisation du temps de travail a été mise en œuvre afin de préparer les entretiens et fixer les rendez-vous avec nos interlocuteurs. Une grille

d'entretien a été élaborée pour préparer les rendez-vous avec les différents professionnels contactés au préalable par les animatrices, soit 7 personnes au total<sup>8</sup>.

## **2<sup>ème</sup> phase : Rencontre avec les partenaires et synthèse des informations recueillies**

Objectif : être en mesure de s'approprier les fondements et la pertinence du projet afin d'être force de propositions.

Sur sites, du 7 au 10 mai 2007, nous avons rencontré les différents interlocuteurs impliqués dans le projet. D'autres personnes ressources (ministère, élus...) ont apporté leur contribution afin de mieux comprendre l'existence et l'intérêt du projet.

Nous avons rencontré les personnes suivantes :

- M. VIVIER, Sous-directeur Délégué à la Santé AROMSA des Pays de Loire
- Mme BATEAU et Messieurs BERTHELOT et MALIBERT, DHOS
- Mme RAVAILLAULT Directrice de l'hôpital local de Craon-Renazé et Docteur P. CANCOUET, médecin MSA
- Dr FLAMENT maire de Renazé
- M. CHAINEAU maire de Craon
- Dr GENDRY porteur du projet
- Mme CHAPPELLON Directrice Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
- M. BEDOUET Conseil Régional de Mayenne
- Dr DE HAAS maison médicale de Pont-D'Ain (entretien téléphonique)
- Dr LEMASSON maison médicale d'Ambon

Cette phase d'entretiens a été exécutée par différents groupes composés de 2 à 4 personnes. A l'issue de ces entretiens un compte rendu hebdomadaire a permis la constitution des premiers écrits et de nouvelles réflexions mises en commun. En effet, suite aux entretiens, le groupe a souhaité avoir l'éclairage du sociologue M. LERAT.

A la fin de cette deuxième phase, une concertation globale a été mise en œuvre. L'annonce d'un plan détaillé a été soumise à Mme RAVAILLAULT et Mme le Docteur CANCOUET.

---

<sup>8</sup> Cf. Annexe 9

### **3<sup>ème</sup> Phase : Rédaction et finalisation du rapport**

Objectif : structuration et synthèse de nos réflexions

Cette étape majeure dans la construction du rapport écrit a mis en exergue des qualités de concertation et de collaboration dans le groupe. En effet, des sous groupes se sont constitués afin de mieux rédiger et réajuster les différentes parties de ce travail. Le lien avec Mme RAVAILLAULT a été maintenu dans la guidance de ce projet.

Une relecture en commun a permis de finaliser le compte rendu final. Une répartition des tâches et des rôles a contribué à une meilleure gestion du temps de travail. Cette coordination a pu s'effectuer dans une entente collégiale interdisciplinaire. Elle a permis une meilleure connaissance des membres du groupe et une appréhension du sujet dans une démarche projet.

\* \* \* \* \*

# 1 DESCRIPTION DU PROJET

Le projet de pôle santé s'inscrit dans un territoire dont l'offre de soins est susceptible de devenir problématique en raison d'une faible attractivité médicale du département.

## 1.1 CONTEXTE LOCAL

### 1.1.1 Aspects géographiques et démographiques

- La région

La région des Pays de la Loire regroupe les départements suivants : Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne, Sarthe, et Vendée.

La région est la cinquième de France en termes de population et de produit intérieur brut. Au premier janvier 2006, la population des Pays de la Loire était de 3 426 000 habitants, soit une augmentation de 25 000 habitants par rapport à l'année précédente. Depuis le recensement de début 1999, cette progression est due pour moitié à l'accroissement naturel (0,44 %) et l'immigration (0,45 %). A l'échelle de la France, elle se situe dans le peloton de tête pour son dynamisme démographique.

- Le département

L'étude se situe sur les communes de Craon et Renazé, en Mayenne. Le département compte 285 338 habitants pour une superficie de 5175 km<sup>2</sup>, soit 55 hab./km<sup>2</sup>. Elle se répartie sur 261 communes, dont 32 cantons et 17 communautés de communes<sup>9</sup>.

Les communes de Craon et Renazé à environ 10 Kms l'une de l'autre se situent au sud est de la Mayenne, à l'ouest de Château Gontier.

Bien moins peuplée que les départements voisins, l'accroissement de la population de la Mayenne est inférieur la moyenne régionale (ces 15 dernières années : évolution d'à peine 20 000 habitants pour une augmentation de 50 000 à 100 000 pour ses voisins). La population se concentre dans les aires urbaines les plus importantes, ainsi que dans quelques entités plus petites mais très dynamiques. D'autre part, on peut constater que le département et en particulier, le sud ouest Mayennais, fait partie des départements<sup>10</sup> les plus vieillissants en France.

---

<sup>9</sup> Cf. Annexe 5

<sup>10</sup> Avis et rapport du conseil économique et social .*L'hôpital public en France : bilan et perspectives*2005.Etude présentée par E. Molinier.

Ainsi le Sud Ouest Mayennais regroupe un bassin de 27 000 habitants, dont 5700 personnes de plus de 75 ans en 2000, et caractérisé par la croissance de ces derniers, soit de 7000 à 10000, entre 2010 et 2030.<sup>11</sup>

- Commune de Craon

La commune compte 4659 habitants et constitue un bassin d'emplois variés : industriel, artisanal, commercial, agricole, tertiaire. L'industrie agro-alimentaire occupe une place prépondérante. La commune compte des écoles publiques et privées jusqu'au lycée, une médiathèque, un centre culturel, théâtre et des équipements sportifs. Des aides pour l'acquisition à la propriété, un hippodrome réputé, une politique des transports en commun à la carte et à prix modérés contribuent à l'attractivité de la commune.

Renazé et Craon n'appartiennent pas à la même communauté de communes, ni au même canton. Conscient du besoin d'assurer l'avenir de sa commune, le maire s'est donné 5 ans pour optimiser l'offre de soins.

- Commune de Renazé

La commune compte 2791 habitants soit 166 hab./km<sup>2</sup> ; ses ressources sont issues de la polyculture, l'élevage et l'exploitation forestière. L'activité économique est assurée par 90 entreprises artisanales et la proximité de grandes villes (Laval, Angers, Nantes). Les infrastructures éducatives, sportives et culturelles contribuent à la politique de développement du territoire.

Le maire, qui est aussi médecin et à la retraite dans un an, s'inquiète de l'avenir de la permanence des soins et de la prise en compte des besoins de la population de la communauté de communes. Très concerné par cette question, il recherche des solutions quant au recrutement des professionnels médicaux et paramédicaux et des moyens attractifs tels que la création d'une communauté de santé. Il existe un dynamisme médical, qu'il faut préserver en agissant au plus vite. Attendre cinq ans serait à son avis très préjudiciable pour la commune, comme pour la population.

### 1.1.2 L'offre de soins

- Les structures

662 lits sont répartis comme suit sur le territoire du Sud Ouest Mayennais :

- un hôpital local pour le sud est mayennais (HLSOM) avec un site sur Craon : 20 lits de médecine et 20 lits de soins de suite et de réadaptation

---

<sup>11</sup> Dossier documentaire MIP de Santé publique. 2007. Atelier n°33.A.Ravaillaut, P.Cancouet.

(SSR) ,127 lits de maison de retraite et 38 lits de soins de longue durée (USLD) et un site sur Renazé : 20 lits de médecine ,8 lits de SSR, 55 lits de retraite et 28 lits d'USLD.

- 6 maisons de retraite
- 2 foyers logement
- 1 résidence service pour personnes âgées
- 1 CRAT avec foyers d'hébergements pour personnes handicapées
- 1 MAS (maison d'accueil spécialisée)

Par ailleurs, il existe une pharmacie ainsi qu'une maison médicale à Renazé, qui regroupe 3 médecins libéraux et un kinésithérapeute. Craon compte un cabinet médical regroupant 4 médecins généralistes et 3 exerçant en cabinets privés ainsi que 3 pharmacies et une 1 maison médicale de garde dans l'HL.

L'HLSOM est né le 1<sup>er</sup> janvier 2001 de la fusion des hôpitaux locaux de Craon<sup>12</sup> et de Renazé. Ces deux sites offrent les mêmes types de prestations ; seule la mutualisation des moyens logistiques a été organisée en 2005. Cette fusion a été imposée par l'ARH, malgré la contestation des médecins, des élus et de l'ensemble du personnel. En contrepartie de cette fusion, l'ARH s'était engagée à accorder des moyens en vue d'une rénovation globale de l'HL.

Le fonctionnement est assuré, par une directrice unique pour les deux sites depuis deux ans d'une part, et par les médecins généralistes du Pays de Craon, d'autre part. C'est un établissement de soins de proximité, en réponse aux besoins du territoire. L'absence de plateau technique dans l'hôpital local justifie le recours à travers des coopérations inter hospitalières sous la forme de conventions :

- à un Centre Hospitalier du territoire de santé (Château-Gontier)
- à un Centre Hospitalier du territoire de recours (Laval)
- au Centre Hospitalier de Chateaubriant.

L'HLSOM, bien connu de la population comme des professionnels, véhicule principalement pour l'instant l'image d'un lieu de prise en charge gériatrique.

- Les professionnels de santé

Au sein de la région Pays de Loire, le département de la Mayenne est particulièrement défavorisé en ce qui concerne la démographie médicale. Avec 226 généralistes et 107 spécialistes pour une population d'environ 300 000 habitants, les

---

<sup>12</sup> L'hôpital réalise 60% de l'activité à Craon et 40% à Renazé (données résultant d'un entretien)

écarts avec les moyennes régionales et nationales sont importants<sup>13</sup>. Le vieillissement marqué des médecins, à la fois généralistes et spécialistes, durant les dix dernières années, est un indicateur de l'absence de renouvellement des professionnels : la proportion des médecins de 50 ans ou + est passée de 20% en 1996 à 63% en 2007<sup>14</sup>.

L'évolution du nombre des médecins généralistes libéraux entre 1997 et 2007 montre une tendance à la diminution pour le département, et plus spécifiquement pour deux des trois territoires du département (de 74 à 64 sur le territoire de Mayenne au nord du département et de 47 à 43 sur celui de Château-Gontier au sud du département).

Un travail d'identification de zones déficitaires<sup>15</sup> en médecins généralistes a été effectué : 6 communautés de communes ont été considérées déficitaires pour 2006, dont la communauté de communes du Pays Craonnais.

En ce qui concerne les communes de Craon et Renazé, 50% des médecins vont partir à la retraite d'ici 5 ans, et les plus jeunes s'inquiètent de l'avenir.

A Renazé, 2 médecins sur les 3 intervenants auprès de la maison médicale partent d'ici 2 ans. Il existe aujourd'hui, un podologue, un orthophoniste, un pharmacien, un kiné, 2 IDE, et pas de dentiste pour assurer la continuité des soins et la prise en charge de la population.

Craon est à peine mieux doté avec 8 médecins, 3 kinésithérapeutes, 3IDE, 1 dentiste, 1 orthophoniste, 1 laboratoire, 3 pharmacies, 1 podologue, 1 gynécologue à mi temps.

Bien que des divergences et des enjeux différents existent entre les 2 communes, l'avenir de la prise en charge de la population du Pays de Craon mobilise les professionnels de santé ainsi que les élus autour de cette problématique.

## 1.2 Historique du projet

### 1.2.1 Expérience en matière de regroupement dans le territoire

La logique d'un regroupement des professionnels de santé est acquise sur le site de Renazé depuis 1979 avec la mise en place d'une maison médicale pluridisciplinaire. Celle-ci réunit ainsi des cabinets de médecins, podologues, kinésithérapeutes et orthophonistes. Par ailleurs, en ce qui concerne le site de Craon, l'affirmation d'une

---

<sup>13</sup> Cf. Annexe 6

<sup>14</sup> (NB : cette proportion est de 48% pour l'ensemble de la France en 2007).

<sup>15</sup> **Zone déficitaire**: communauté de commune dont à la fois: (i) en 2010 la densité de médecins sera inférieure à 2,5 généralistes pour l'équivalent de 5000 habitants si les médecins installés aujourd'hui partent à 60 ans sans être remplacés ; et (ii) aujourd'hui la densité de médecins est inférieure à 4 généralistes pour 100km<sup>2</sup>

véritable « communauté médicale » est apparue avec la participation des médecins issus des trois cantons du pays de Craon à la permanence des soins. Ce n'était pas le cas auparavant puisque les trois secteurs de garde étaient bien distincts. En outre, sur les 7 médecins de Craon, 4 étaient déjà regroupés au sein d'un cabinet médical.

L'exigence par l'ARH de la fusion des deux hôpitaux locaux a permis de faire le lien entre les deux communautés de communes. Intervenant au sein de l'HLSOM, les généralistes sont très attachés à la structure hospitalière. Le rapprochement entre la médecine de ville et l'hôpital est donc bien préexistant à la réflexion engagée autour du Pôle Santé.

### **1.2.2 L'évolution de la réflexion autour du Pôle Santé**

Un certain nombre de facteurs ont déclenché la mise en place d'une réflexion autour d'un regroupement de l'ensemble des professionnels de santé libéraux des deux communautés de communes. Tout d'abord, il semblerait que l'origine de cette réflexion se trouve dans le départ d'un médecin de Renazé et de deux médecins à Craon. Ainsi les médecins restants des deux communes se sont retrouvés face à un alourdissement conséquent du temps de travail mais également à de conséquences financières dommageables (accroissement des charges immobilières, coûts de fonctionnement...).

Par ailleurs, la réflexion visant à l'élaboration du SROS III s'est traduite par une concertation des professionnels de santé autour de l'organisation territoriale des soins. Or, à cette occasion, les réunions avec les usagers ont permis de mettre en exergue le sentiment d'insécurité, face à l'accès aux soins, ressenti par la population, et notamment la difficulté de celle-ci à trouver sa place dans le parcours de soins. Ainsi, la mise en place d'actions en vue de lutter contre les problèmes de démographie des professionnels de santé est apparue comme étant une des priorités à réaliser dans les prochaines années.

De plus, la visite d'accréditation de l'hôpital local organisée en 2005 a engendré des réunions des différents acteurs libéraux. L'objectif était de tendre vers la qualité et l'interdisciplinarité de la prise en charge des patients, à travers une pratique collective optimale.

A cela s'ajoute une enquête réalisée par la mission régionale de santé en janvier 2006 qui caractérise la communauté de commune de Craon comme étant une zone déficitaire en matière de démographie médicale et celle de Renazé/ Saint-Aignan en tant que zone fragile.

Par ailleurs, de manière plus globale, une véritable volonté politique de restaurer la place de l'hôpital local dans l'organisation des soins est apparue à travers une circulaire de la DHOS en 2003. Celle-ci définit l'hôpital local comme le premier niveau de prise en charge sanitaire, de telle sorte que des mesures sont définies en vue d'adapter l'hôpital



local aux demandes de la population. Cet objectif passe notamment par une organisation de la fonction médicale au sein de l'hôpital. Il s'agit donc de favoriser la participation des médecins généralistes à l'élaboration et la mise en œuvre du projet médical de l'hôpital, au suivi de la mise en œuvre des protocoles de soins, à l'organisation du dispositif des gardes ou encore à la coordination de l'information médicale et du dossier médical.

L'affirmation de la place de l'hôpital local dans l'organisation sanitaire et sociale passe également par l'inscription de celui-ci dans des réseaux et la mise en place d'actions de prévention et d'éducation à la santé. Pour permettre toutes ces évolutions, l'ARH s'engage ainsi à accompagner ces établissements à travers la mise à disposition de moyens adaptés à ces objectifs. On peut donc constater à travers cette circulaire que les progrès de l'hôpital local s'appuient sur la médecine de ville. Le Pôle Santé est donc apparu comme une opportunité en vue du maintien et de l'affirmation du rôle de l'hôpital local en matière de prise en charge sanitaire.

Une première initiative allant dans le sens d'un regroupement des professionnels est venue du maire de Craon. Celui-ci avait envisagé dès 2004, la création d'un Pôle Santé qui aurait été situé dans une zone commerciale. Parallèlement à cela, l'idée novatrice d'adosser une maison médicale à l'hôpital local est venue du maire et des médecins de Renazé. Leur objectif était de sauver l'hôpital local de la commune qui se trouvait alors dans une situation fragile. La direction de l'hôpital local a alors convaincu les deux parties de réaliser un projet commun. Cette association confère au projet son caractère inédit en France.

Le Pôle Santé tel qu'il a été envisagé se doit donc de poursuivre plusieurs objectifs :

- le maintien d'une offre de soins et le maintien de la population
- une évolution des pratiques et conditions d'exercice des professionnels
- favoriser l'attractivité à l'égard de nouveaux professionnels
- favoriser le travail en interdisciplinarité avec un décloisonnement ville/ hôpital et sanitaire/social.

## **1.3 Descriptif du projet**

### **1.3.1 Caractéristiques du projet**

L'idée innovante est de rassembler les généralistes, les infirmiers, les kinésithérapeutes, les podologues et autres professionnels de santé dans un seul lieu, adossé à l'hôpital local. Celui-ci constituerait ainsi une sorte de « guichet unique » de la santé qui pourrait et devrait également s'ouvrir vers les « acteurs médicaux et médico-sociaux ».

- L'architecture

Le projet de construction du pôle santé s'inscrit dans le cadre du projet de rénovation de l'hôpital local. Ce pôle santé sera construit selon le même schéma sur les deux sites et devrait ainsi se composer de trois espaces, à savoir : un espace médical, un espace paramédical et un espace médico-social. Une telle structure permettra une mutualisation des moyens logistiques à travers, au minimum, l'existence d'un espace d'accueil commun.

- Organisation et fonctionnement

Le pôle sera constitué de l'ensemble des médecins généralistes des deux communes et de la plupart des paramédicaux (soit 12 professionnels sur Renazé et 18 à Craon). Il s'agit d'un regroupement des libéraux fondé sur le volontariat des participants. La coopération et l'interdisciplinarité seront garanties par un partage de l'information à travers la constitution d'un dossier médical partagé et l'informatisation des structures.

Par ailleurs, le maintien des cabinets satellites (Saint-Aignan et Ballot) est une problématique étudiée par les promoteurs du projet. En effet, il est indispensable de maintenir une continuité des soins sur l'ensemble du territoire de telle sorte qu'il a été décidé de rattacher juridiquement ces cabinets au pôle santé. Les médecins du pôle pourront procéder au remplacement des médecins de ces cabinets de façon alternative. Par ailleurs, les médecins de ces cabinets peuvent diversifier leur activité en exerçant la médecine de ville et la médecine hospitalière.

La prise en compte des réseaux existants (réseau géronto-CLIC, diabète, soins palliatifs...) dans l'organisation de ce pôle permettra un maillage le plus large possible du territoire et un rapprochement entre secteur sanitaire et secteur social nécessaire dans ce milieu rural.

- Montage juridique et financier du projet

La structure juridique envisagée est celle d'un groupement de coopération sanitaire afin de permettre une intervention commune des professionnels médicaux et paramédicaux.<sup>16</sup>

Plusieurs sources de financement ont été étudiées : locales, régionales et institutionnelles<sup>17</sup>. Tout d'abord, la communauté de communes participe, dans le cadre des services à la population, à hauteur de 7,5% de l'investissement et de 12% par le Conseil général. De plus, dans le cadre du Contrat de Territoire Unique, le pays de Craon a retenu le dossier comme étant prioritaire. S'ajoute à cela une ligne budgétaire spéciale

---

<sup>16</sup> Cf. Annexe 7

<sup>17</sup> Cf. Annexe 11

sur les pôles de santé au niveau de la région. Enfin, l'ARH peut contribuer au financement dans le cadre de la rénovation de l'HLSOM. D'autres financeurs peuvent être sollicités tel que le FAQSV<sup>18</sup> (prochainement FIQSV). Enfin, des aides ponctuelles issues de la Mutuelle Sociale Agricole, telles que des actions de prévention peuvent compléter le dispositif.

### **1.3.2 Etat d'avancement actuel du projet**

Suite à une première phase de rencontres entre les différents professionnels, les discussions autour des modalités concrètes de la mise en œuvre du projet sont actuellement en cours. Ainsi, un cabinet juridique est intervenu pour éclairer le choix de la structure juridique qui confirme l'option du GCS, dans lequel l'hôpital local sera un acteur à part entière. En outre, ce projet étant considéré comme un dossier prioritaire dans le cadre du CTU, l'évaluation financière est d'ores et déjà en cours. L'ARH l'a également retenue comme projet intéressant et a ainsi financé les frais de montage juridique.

Actuellement, des réunions des professionnels vont être entamées en vue d'établir des chartes professionnelles qui définissent les droits et devoirs de chacun en vue d'adapter les soins à la population ; elles engageront ceux-ci dans le respect de certaines obligations telles que, par exemple, la participation à la permanence des soins de chaque médecin, ou encore l'acceptation de ne pas être rémunéré à l'acte pour certaines actions (le suivi des patients atteints de diabète, par exemple). Enfin, il a été proposé de mettre des logements à la disposition des médecins extérieurs, notamment pour l'organisation des gardes.

Toutefois, un frein majeur à la concrétisation du projet vient du fait que la réalisation du Pôle Santé s'inscrit dans le cadre de la rénovation architecturale de l'hôpital local pour laquelle les financements de l'ARH ne sont pas encore mis à disposition. D'autre part, aujourd'hui les parties prenantes du projet se situent à un stade d'avancement différencié. L'existence d'un coordonnateur volontaire permettrait sans doute de lever cet obstacle.

\* \* \* \* \*

---

<sup>18</sup> Le fonds d'aide à la qualité des soins de ville attribué par l'URCAM. Celui-ci va fusionner avec la DRDR donnant lieu au fonds d'intervention pour la qualité des soins.

## 2 Analyse stratégique du projet

Si le pôle santé est porté à la fois par la population, les professionnels et les élus, de nombreuses incertitudes persistent quant à sa viabilité.

### 2.1 Forces et opportunités du projet

#### 2.1.1 Un projet innovant

- Le pôle santé : un facteur de cohésion des acteurs locaux

Le projet de pôle santé est porté par de nombreux acteurs qui se sentent très impliqués : région Pays de La Loire, maires de Craon et de Renazé, directrice de l'hôpital local et médecin porteur du projet. La motivation de l'ensemble de ces acteurs constitue un facteur clef de succès par rapport à l'avenir du projet. Les élus sont d'autant plus solidaires que, du projet, dépend le maintien de l'hôpital local sur le site, et donc le maintien d'une offre de soins de proximité sur les deux communes.

Cette solidarité entre les acteurs pourra de plus être maintenue par la délégation de la gestion du pôle santé à un administratif, ce qui permettra d'une part de dégager du temps pour l'ensemble des professionnels, et d'autre part que des intérêts divergents n'interfèrent pas dans la gestion du pôle.

Le projet du pôle santé est très positif en termes d'image de l'offre de soins du territoire. En effet, il améliore l'image de l'hôpital local, jusque là considéré comme un lieu de soins essentiellement gériatriques, et suscitant peu d'intérêt pour de jeunes médecins cherchant à démarrer leur activité. De plus, la réunion de la maison médicale et de l'hôpital local vont permettre à la population de mieux identifier l'offre de soins, à condition que la création du pôle santé s'accompagne d'une information et d'une communication claire et s'adressant à un public large.

- Le pôle santé : un facteur d'attractivité sur le territoire

Le pôle de santé est susceptible de constituer un réel pôle d'attractivité pour les médecins, et en général pour l'ensemble des professionnels de santé.

En effet, le pôle de santé permettra aux professionnels de santé de s'installer tout en ayant un investissement très limité en ce qui concerne les locaux, par rapport à ce que serait cet investissement si le professionnel désirait s'installer seul ou en MSP. De plus, les professionnels pourront partager le coût du personnel administratif (secrétariat) et technique (hygiène) par exemple.

Par ailleurs, s'installer dans un pôle de santé permettra de préserver la continuité des soins, tout en offrant aux médecins une qualité de vie et un temps de loisirs bien supérieurs à ce qu'ils seraient dans un cabinet individuel. Une organisation adéquate permettra en effet une meilleure maîtrise du temps de travail.

La mutualisation des compétences dans le pôle de santé offre enfin des perspectives de carrière favorables. D'une part, il sera plus facile pour les médecins de se former, puisqu'ils seront soutenus par la structure de l'hôpital local, et que leur nombre leur permettra de s'absenter plus facilement. D'autre part, l'adjonction à l'hôpital local offre une possibilité de diversification des tâches et des perspectives de carrière intéressantes pour de jeunes médecins en quête de variété.

Ainsi, le pôle de santé pourrait permettre à la fois d'attirer des médecins, mais aussi les sédentariser en leur offrant de meilleures conditions de travail.

- Le pôle santé : un facteur d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients

Du point de vue de la qualité de la prise en charge offerte au patient, on peut imaginer que la constitution en pôle de santé ne peut être que favorable.

En effet, la création du pôle de santé permettra à l'ensemble des professionnels de santé de collaborer davantage. On peut envisager, en plus de la mutualisation des locaux et du personnel technique et administratif, la constitution d'un dossier médical commun aux médecins, dans un premier temps ; ou encore, la réunion en staff lorsque plusieurs professionnels voient le même patient afin de traiter sa pathologie sous l'ensemble de ses aspects, et de façon simultanée ; ou bien le partage d'expérience à travers des réunions de synthèse des cas traités. Cette collaboration peut de plus être accrue dans le cadre des réseaux, et permettra d'insuffler une dynamique nouvelle à ceux-ci.

### **2.1.2 Un projet s'inscrivant dans un contexte favorable**

- Une zone accueillante parce que déficitaire

Le projet de pôle santé est très favorisé en matière de financement puisqu'il a obtenu une aide spéciale dans le cadre des aides octroyées au maintien de l'offre de soins de proximité dans les zones déficitaires<sup>19</sup>.

---

<sup>19</sup> Cf. Annexe n°8

Ce classement en zone déficitaire lui permet parallèlement d'acquérir une image positive permettant de rallier élus et habitants. C'est une opportunité pour eux de conserver dans ce territoire une offre de soins accessible et permanente, répondant aux besoins de santé immédiats de la population.

Le pôle santé est aussi un moyen de participer à la vie socio-économique du territoire : en effet la présence d'une offre de soins complète et de proximité constitue un facteur d'attractivité et de stabilité de la population.

- Un projet fusionnant deux cultures professionnelles

Rapprochant la culture libérale et la culture hospitalière, le pôle de santé pourrait permettre la naissance de nouveaux modes d'exercice ainsi qu'une opportunité d'enrichissement collectif et personnel. En effet, la diversification des pratiques et des perspectives fait partie des aspirations des professionnels de santé.

De plus, la proximité de l'hôpital local permet à la fois de sécuriser les généralistes et de médicaliser l'hôpital local. En effet, les médecins généralistes pourront s'appuyer sur la permanence des soins proposée par l'hôpital local, alors que l'hôpital local s'appuiera sur une équipe médicale plus nombreuse.

Dans le même temps, les paramédicaux auront une clientèle élargie, et pourront proposer leurs services au sein de l'hôpital local.

Enfin, le pôle santé permettra de concentrer les intérêts communs des libéraux et des hospitaliers. Si la qualité de la prise en charge des patients devrait s'améliorer grâce à la collaboration accrue des professionnels, la permanence des soins devrait de plus être renforcée de par l'augmentation du nombre de professionnels concentrés dans un même endroit et par la possibilité de mieux organiser les gardes.

Cette cohérence sera d'autant plus forte que l'élaboration du projet médical sera concertée (avec la participation des paramédicaux) et le parcours de soins redéfini au sein du pôle de santé afin d'impulser une véritable dynamique à cette organisation commune.

Ainsi, le pôle de santé permettra de rapprocher l'ambulatoire de l'hospitalier, ce qui peut constituer une grande avancée concernant la continuité des soins, et peut-être une solution pour l'avenir de la médecine générale dans un contexte rural et déficitaire.

## **2.2 Faiblesses et Contraintes du projet**

### **2.2.1 La recherche d'une efficacité économique et organisationnelle**

Selon les élus des deux communes, le positionnement géographique de Craon/Renazé, ceinturé par des établissements de santé plus importants ne le met pas en position facile de négociation avec l'ARH. Le territoire de recours est Laval, et le territoire de proximité Château-Gontier. Renazé se situe également, de fait, dans le bassin d'attraction de Châteaubriant.

Les projets de MPS relèvent du niveau territorial en termes législatifs et de l'URCAM en termes de ressources financières. Une entente entre des instances aux fonctionnements et aux priorités différents est donc indispensable au développement du pôle Santé, ce qui ne semble pas évident à première vue.

D'autre part, l'ARH est la tutelle de l'hôpital local. Or dans la mesure où le projet de MSP est lié au projet de restructuration architectural de l'hôpital local, tant que l'ARH ne donne pas son accord, le projet de maison médicale pluridisciplinaire adossée à l'hôpital local ne peut pas être mis en œuvre.

Par ailleurs, l'hôpital local a reçu récemment la visite de la commission de sécurité incendie qui a donné un avis défavorable à la poursuite de soins dans les locaux actuels. Si le maire de la commune s'est engagé dans la poursuite de ces derniers (tout en prévoyant quelques travaux d'aménagement de sécurité), l'hôpital ne pourra continuer à fonctionner ainsi très longtemps.

Ces contraintes de respect des normes risqueraient d'entraîner à court terme un changement de statut de l'hôpital local ne permettant pas la mise en œuvre du pôle santé.

L'organisation actuelle du pôle santé, répartissant les activités, les ressources et compétences sur deux sites, va à l'encontre de la volonté politique nationale visant à rationaliser les activités en les regroupant. De plus, l'avenir de l'hôpital local se situe dans le secteur médico-social avec une organisation en secteur de premier recours.

Les élus défendent leurs citoyens et l'accessibilité rapide aux soins tout en voulant répondre également à la continuité de la prise en charge. Or ces missions sont coûteuses, et lourdes en organisation par rapport à la population qu'elles visent à satisfaire.

Cette faiblesse est d'autant plus flagrante que la spécificité des lieux et des identités ne sont pas défendues suffisamment dans le projet.

### **2.2.2 La recherche de réponses aux besoins de la population**

Actuellement, l'organisation de réponses aux besoins spécifiques d'une population rurale et âgée n'est pas harmonisée sur les deux communes. Bien qu'il y ait une idée partagée, la coordination et le consensus autour du nouveau projet ne sont pas effectifs, ce qui tend à bloquer l'avancée du pôle santé.

Cette contrainte d'avoir une population âgée et la volonté des élus<sup>20</sup> de maintenir en même temps la vie des deux communes n'est pas facile à conjuguer avec les objectifs propres à la politique de santé. Face aux tutelles, ceci peut apparaître comme un manque de cohérence vis-à-vis d'une politique plus générale de territoire. De plus le consensus autour des modalités de mise en œuvre du projet n'est pas acquis.

Les deux maires ont des difficultés à partager le même langage autour d'un réel but commun. Chacun a intérêt à ce que le projet se fasse mais pas pour les mêmes raisons, pas avec les mêmes enjeux. Il semble au travers des échanges qu'il n'y ait pas eu de réelle négociation autour des objectifs prioritaires pour lesquels il pourrait y avoir consensus. De ce fait, chacun avance avec sa logique, et donc sa rationalité limitée tout en usant au maximum de ses marges de manœuvre.

La compétence de la directrice de l'hôpital local se trouve au carrefour de ces logiques. Elle joue en permanence le rôle de médiateur. Sa marge de manœuvre est limitée. Le résultat de ces hésitations est la difficulté à obtenir l'accord de la tutelle puisque cet accord est lié à la cohérence et à un consensus argumenté, défendu par l'ensemble des acteurs du projet.

Par ailleurs, le projet de pôle de santé est lié au projet architectural de l'hôpital local. Un élu pourrait débloquer la situation de manière autocratique : il désire anticiper la contrainte des départs prochains de deux médecins sur sa commune. La lenteur de mise en œuvre du projet l'inquiète donc énormément.

Si le projet devait se réaliser sous cette forme, cela limiterait franchement le projet initial et les collaborations espérées.

### **2.2.3 La recherche de la qualité des soins**

La législation s'appliquant aux hôpitaux locaux<sup>21</sup> requiert la mise en œuvre d'actions de dispensation de soins de courte durée en médecine, de soins de suite et de réadaptation, et de soins de longue durée.

Pour assurer et maintenir ces activités, une organisation coordonnée des professionnels est indispensable. La présence médicale est le pivot de cette organisation qui est par ailleurs régulièrement évaluée dans la certification des établissements<sup>22</sup> et dans l'évaluation des pratiques professionnelles<sup>23</sup>.

---

<sup>20</sup> Entretien avec les maires de Craon et de Renazé

<sup>21</sup> circulaire du 28 mai 2003 relatif aux missions de l'hôpital local

<sup>22</sup> ordonnances du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

<sup>23</sup> décret du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles



Ces contraintes législatives mettent aujourd'hui en avant les faiblesses de l'organisation du système Craon/Renazé. En effet, l'absence de PH dans la dispensation des soins fait peser l'ensemble des activités sur les acteurs libéraux, non spécialisés, et non structurés pour intégrer des dimensions d'évaluation.

L'association d'un exercice mixte, libéral et salarié par l'hôpital local, pose des questions. En effet, le projet susciterait de nouveaux modes de rémunérations culturellement non intégrés dans les mentalités des professionnels de santé ni même dans celles des politiques, qui pourrait à court terme fragiliser le projet et la qualité des soins.

Une majorité des professionnels médicaux qui sont promoteurs du projet sera partie à la retraite lors de sa mise en œuvre. Si le pôle de santé ne se révèle pas suffisamment attractif auprès de nouveaux médecins, l'hôpital risque de perdre certaines de ses activités de soins.

\* \* \* \* \*

### **3 Perspectives pour l'évolution des pratiques professionnelles en milieu rural**

A partir de l'analyse stratégique, notre objectif dans ce chapitre est de proposer des voies de renforcement du projet. Auparavant, il nous semble utile d'explicitier les nœuds de résistances auquel il est confronté et de souligner des aspects clés pour des perspectives d'évolution.

#### **3.1 Les nœuds de résistances du projet actuel**

Deux enjeux sont intriqués dans ce projet : celui de la réorganisation de l'offre de soins de proximité libérale dans un contexte de pénurie de professionnels de santé, et celui de la modernisation de l'hôpital local. Il nous est apparu opportun de déconnecter ces deux enjeux afin de clarifier le débat. La stratégie consistant à lier la rénovation de l'hôpital local au Pôle santé peut être envisagée sous un autre angle, même si des enjeux financiers et d'autorisation semblent accréditer cette voie.

Dans cette optique, quelques questions sensibles peuvent être posées de façon explicite.

La restructuration/fusion de l'hôpital local de Craon-Renazé doit-elle se poursuivre en envisageant un regroupement d'activités par site (par exemple, un site pour les soins aigus, un site pour les soins de suite...) ? Ceci pourrait permettre une réelle mutualisation

des moyens (notamment humains) et une restructuration de l'offre de soins sur le territoire.

Quel type de profil professionnel faut-il rechercher pour la coordination médicale au sein de l'Hôpital Local : un médecin généraliste ou un praticien hospitalier ? Salarier un praticien hospitalier représente un coût élevé pour l'hôpital local ; cependant, l'absence de praticien hospitalier dans la structure rend l'hôpital bcal totalement dépendant de la démographie des médecins généralistes libéraux pour le maintien de son activité de médecine. La présence d'un praticien permettrait également de coordonner les pratiques professionnelles et les actions de santé publique dans le territoire concerné.

Ne pourrait-on pas envisager le développement des deux sites du Pôle Santé dans un horizon temporel différencié ? Ainsi, chaque site pourrait se développer en fonction de ses propres atouts et contraintes. En effet, les départs en retraite envisagés par les médecins de Renazé tendent à rendre la mise en œuvre du projet urgente sur ce site ; ce n'est pas forcément le cas à Craon.

Par ailleurs, au cours des entretiens les membres du groupe ont été interpellés sur la répartition des moyens dans la région, où le département de la Mayenne fait figure de parent pauvre. Il semble qu'en termes d'activité médicale ce département soit peu attractif. Dans ce contexte, les hôpitaux locaux doivent être considérés de manière particulière puisque les enjeux qui leur sont liés sont plus importants. Ils en deviennent des terrains d'expérimentation intéressants pour trouver des solutions aux problématiques médicales. D'ailleurs la mobilisation des financeurs à ce sujet paraît unanime<sup>24</sup>.

Enfin, deux éléments sont ressortis au cours de nos entretiens. Le premier concerne le montage juridique ambitieux, avec la tendance actuelle d'utilisation d'un GCS<sup>25</sup>, outil privilégié dans la coopération public/privé, mais qui peut prendre du temps dans sa mise en œuvre. Pour un des porteurs du projet, il y a urgence à créer le pôle. La solution proposée par la DHOS serait l'utilisation de l'association loi 1901, dans un premier temps, puis de créer un GCS quand les acteurs seront prêts à pérenniser leur activité.

La deuxième mesure proposée au cours de nos échanges pour faire face à cette pénurie médicale et paramédicale, et surtout à l'urgence de la situation dans ce département, est de repenser le recrutement des professionnels issus des pays européens.

---

<sup>24</sup> Cf. annexes 11

<sup>25</sup> Cf. annexes 7

### 3.2 Quelques enjeux clés pour l'évolution des pratiques professionnelles

Ces perspectives sont étroitement liées à la volonté politique et à l'action du législateur.

Il nous apparaît cependant aujourd'hui impossible de raisonner et de prendre des décisions sur les stratégies pour répondre au problème de la démographie médicale dans des zones déficitaires sans avoir à l'esprit une série de questions de fond qui lui sont liées.

La première concerne plus précisément celle de l'offre de soins de proximité : comment veut-on organiser l'offre de soins en milieu rural et plus particulièrement quel rôle veut-on donner à l'Hôpital Local dans le système de santé français<sup>26</sup> ? La position de l'ARH pourrait être déterminante pour l'avenir des hôpitaux locaux en permettant à ceux-ci de devenir des structures pivots. Une réflexion de fond sur l'offre de soins et de services que l'on veut maintenir sur ce territoire aurait le mérite de repositionner l'hôpital local dans son environnement. Il s'agit aussi de lui donner les moyens de faire évoluer ses missions initiales, en intégrant par exemple, les réseaux satellites dans le Pôle Santé.

Les entretiens avec les membres de la DHOS permettent d'envisager l'hôpital local dans un rôle de coordinateur de l'offre de soins de proximité et comme pilote des nouvelles formes de coopération. Ils pensent à une évolution vers une offre de soins globalisée qui inclurait le sanitaire, le médico-social et le social. Dans le même état d'esprit l'évolution de l'ARH vers l'ARS pourrait favoriser les décloisonnements ville/hôpital.

Les liens entre l'Hôpital Local et les CH du territoire devraient être développés afin de donner la possibilité de mettre en œuvre des consultations avancées et une diversification des activités. Au cours de l'entretien avec la DHOS, il ressort que la télémédecine a un rôle à jouer dans ce sens et il conviendrait de créer une nomenclature des actes pour une prise en charge par l'Assurance Maladie. Il existe également un réel intérêt à intégrer les réseaux dans un niveau de proximité avec une coordination reconnue réalisée au sein de l'hôpital local pour qu'ils fonctionnent et soient pérennes.

Dans un deuxième temps, les questions d'aménagement du territoire apparaissent essentielles pour contribuer à rendre le milieu rural suffisamment attractif pour des professionnels de santé. Ceci passe par le développement des transports, des infrastructures (écoles, bibliothèques, centres culturels, salles de spectacles) des commerces et de l'économie locale, le soutien du tissu associatif...

---

<sup>26</sup> Circulaire du 28 mai 2003 relative aux missions des hôpitaux locaux

Le troisième axe de réflexion concerne d'avantage les professionnels de santé. Quelques leviers paraissent possibles. Tout d'abord il s'agit de mieux communiquer auprès jeunes la médecine générale. En effet, seulement 14% des internes choisissent la médecine générale en faculté. Il apparaît préjudiciable que chaque année, il reste des places à l'issue des épreuves classantes de médecine dans la spécialité « généralistes ». Dans ce sens, il paraît intéressant d'accueillir des stagiaires dans les hôpitaux locaux et les pôles santé. Dans nos entretiens, d'autres propositions sont énoncées comme le fait de revenir sur la liberté d'installation des médecins à l'instar des pharmaciens, le refus de conventionnement avec l'assurance maladie dans des zones médicalement surpeuplées. Ces solutions sont jugées politiquement incorrectes pour certains et se heurtent à de fortes résistances de la part des syndicats selon la DDASS, même si certains y seraient plus favorables comme la MSA, la Région.

Par ailleurs, l'évaluation des pratiques professionnelles engendre une réflexion sur l'organisation et la définition des rôles professionnels au delà de la simple délégation des tâches. En effet, cette dernière entraîne des contraintes nouvelles pour les professionnels de santé et la nécessité d'un temps de contrôle qui ne permet pas vraiment un gain de temps. De plus, elle ne permet pas une réelle reconnaissance des compétences.

D'autre part, la reconnaissance des actes de coordination menés par les professionnels était évoquée dans les propositions de travail pour l'évolution de la médecine de ville et de l'assurance maladie (site de la DHOS). Dans le même temps étaient également proposées des aides à l'installation pour les IDE qui seraient utilement développées aujourd'hui et étendues aux autres professionnels paramédicaux, mesures que notre groupe de travail n'a pas retrouvé dans les faits.

Enfin, le dernier enjeu clé pour l'avenir, régulièrement envisagé lors des rencontres avec les différents acteurs de ce dossier, est la remise en question de la rémunération à l'acte pour favoriser la rémunération de l'exercice. Le temps consacré à la prévention, au renouvellement de prescriptions, au suivi des maladies chroniques pourrait être différencié, intégré à un forfait laissant la rémunération à l'acte pour des actes plus techniques. L'objectif est de favoriser l'implication des libéraux dans des actions moins bien rémunérées ou chronophages. A titre d'exemple, en Belgique, le financement a aussi été repensé en créant un « forfait à l'abonnement ». Il s'agit d'un contrat entre le patient, sa mutuelle et la maison médicale. La maison médicale perçoit chaque mois des mutuelles un montant fixe, le forfait, pour chaque personne abonnée quel que soit le nombre de prestations effectuées. Ainsi les patients abonnés ne doivent plus payer, à la maison médicale, les consultations et visites des 3 secteurs<sup>27</sup>. Aucun changement

---

<sup>27</sup> Médecine générale, kinésithérapie, infirmier

n'intervient en ce qui concerne la mutuelle. Les patients doivent seulement s'inscrire (sans frais) à la maison médicale. L'ensemble des forfaits permet à la maison médicale d'organiser des soins globaux, accessibles, dans un esprit de solidarité.

### **3.3 Propositions pour renforcer le projet**

Les réflexions précédentes nous incitent à faire des propositions susceptibles de renforcer le projet de Pôle Santé.

Il apparaît primordial que le projet médical commun soit un outil complet et permettant de fédérer l'ensemble des acteurs médicaux et paramédicaux. Celui-ci aura pour objectif de formaliser un ensemble de valeurs partagées et de définir des actions concrètes qui en découleront. D'autre part, il devra inclure des actions de santé publique. Dans ce but, le pôle peut s'appuyer notamment sur la MSA qui recherche justement des territoires de santé pour développer de telles actions. Ce projet médical devra intégrer une méthodologie de suivi et d'évaluation selon un échéancier précis.

Il est en outre intéressant d'impliquer dès la conception du projet les réseaux existants sur le territoire de santé. En effet les réseaux de santé peuvent être un espace d'innovation en matière de transfert de compétences, de coopération interdisciplinaire, de formation mais aussi de mode de financement avec des possibilités de modernisation du paiement à l'acte.<sup>28</sup>

La mise en œuvre du DMP doit être une action prioritaire. L'objectif est de dépasser le cadre de l'exercice libéral pour une configuration partagée avec l'hôpital local. Ceci constitue une ouverture et une réelle évolution des pratiques professionnelles par une remise en question partielle chez les libéraux de la notion de patientèle.

L'installation des professionnels doit être favorisée car même si les aides financières ne semblent pas être un argument suffisant, on se rend bien compte dans ce dossier qu'il n'est pas envisageable de demander à un jeune professionnel de santé d'investir dans un groupe pour son installation. Pour cela, il faut que ces aides financières incitatives soient réellement mises en places à tous les niveaux (exonérations de taxes professionnelles, sur rémunération en zones déficitaires...). Cependant, il faut aussi informer les candidats sur les dispositifs prévus, puisque nous avons pu nous rendre compte au cours de nos entretiens du déficit d'informations des médecins à ce sujet.

---

<sup>28</sup> Salariale avec revenus définis en fonction de la durée du travail, capitation modulée et forfait de soins et de prévention à la capitation des activités complémentaires.

Dans ce sens, nos interlocuteurs à la DHOS ont relevé sur le site Internet de l'URCAM un outil qui peut se révéler utile : Instalsanté et Cartosanté.

Un travail de communication à destination de la population doit être réalisé à différentes étapes du projet. En effet, une sensibilisation précoce permettra à la population d'identifier le lieu. L'objectif est aussi de responsabiliser les assurés, de faire évoluer leur comportement en terme de consommation, de déplacements.

Il est opportun de s'appuyer sur les nombreux acteurs qui souhaitent que des projets similaires aboutissent. Par exemple, la DDASS souhaite ainsi développer 8 à 10 pôles Santé en Mayenne. Intégrer de telles expérimentations permettra de recueillir des moyens financiers, matériels et d'accompagnement supplémentaires. La MEAH, FHF, HAS ou encore la MSA sont des organismes potentiels à solliciter.

## Conclusion

La situation spécifique de Craon/Renazé nous a permis de mettre en évidence une réalité démographique et sociologique nationale qui impacte fortement les politiques de santé de proximité.

Souhaiter mettre en place de nouveaux projets pour mutualiser les compétences, maintenir les offres de soin et développer la vie socio-économique de territoires isolés nécessite une coordination étroite des différents partenaires. Ces projets aux enjeux multiples doivent s'inscrire dans des politiques nationales afin de s'ancrer dans des dynamiques pérennes d'organisations et de financement.

Le liant indispensable à ces projets semble être indéniablement la capacité des acteurs à leur donner sens et à répondre de manière efficiente aux besoins de santé de la population.

L'hôpital local prend alors une place prépondérante que ce soit dans l'articulation des moyens humains ou organisationnels. Autour d'un sens défini, il favorise une organisation cohérente, efficiente, innovante induisant l'évolution des pratiques professionnelles. Par cette évolution les cultures professionnelles actuelles trouveront de nouvelles sources de motivation, de reconnaissances. L'exemple des MSP, des pôles santé, type Craon/Renazé, peuvent initier ces évolutions. Cependant sans les conditions préalablement citées fondant la légitimité des projets leur maturation risque d'être difficile.

Sur le territoire européen, la réflexion est beaucoup plus avancée.

En Belgique, le choix a été fait dès le milieu des années 70 de "mettre l'utilisateur au centre du système de soins". C'est ainsi qu'a émergé l'idée de soins globaux, intégrés et continus, à partir d'une équipe pluridisciplinaire<sup>29</sup>. Devant l'accroissement des inégalités sociales, économiques et culturelles, l'idée d'organiser un nouveau type de formation pour les professionnels de la santé est aujourd'hui à l'étude, qui compléterait la formation classique, en mettant en place une faculté ouverte et qui ferait le pont entre les différents métiers de la santé.

Au Royaume-Uni, le programme adopté en 2004 : «*Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom*», permet aux médecins généralistes d'augmenter leur revenu professionnel d'un bonus pouvant aller jusqu'à 25%, à la condition de satisfaire à certains critères de qualité dans la prise en charge.

---

<sup>29</sup> L'équipe pluridisciplinaire est composée d'au moins plusieurs médecins généralistes, une infrastructure de secrétariat et d'accueil, des soins infirmiers, de la kinésithérapie, un service social et la possibilité de recourir à un psychothérapeute.

En France, l'assujettissement d'une partie de la rémunération des médecins à la qualité de leur pratique est probablement une voie d'avenir. Pour autant elle nécessite une application progressive et l'incorporation de critères portant sur l'efficience des soins.

Des dispositions de cet ordre, associées à une politique régionale de territoire (la définition des zones déficitaires est liée à la surcharge d'activité médicale et non à la densité des habitants sur le territoire) devraient permettre le rapprochement des trois grands modes d'exercices : ville, hôpital, médico-social tel que le souligne la conférence nationale de santé<sup>30</sup>. Ces orientations déjà initiées dans la loi relative à la démocratie sanitaire ainsi que dans celle relative au parcours de soins montrent que de multiples étapes jalonnent ces enjeux prioritaires pour les prochaines années.

---

<sup>30</sup> Avis du 22 mars 2007



---

# Bibliographie

---

## OUVRAGES

- DAVEZIES, F., et DANIELLOU, F. : L'épuisement professionnel des médecins généralistes : une étude compréhensive en Poitou-Charentes. Poitiers, URML.

## RAPPORTS

- Professeur BERLAND Yvon, Démographie des professions de santé, Rapport de la mission sur la démographie des professions de santé, avril 2003.
- Professeur BERLAND Yvon, Dr Yann Bourgueil, Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé, Rapport de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, juin 2006.
- Le rapport « synthèse générale du rapport national de la démographie des professionnels de santé », ONDPS 2005.
- Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière : Facteurs d'évolution probables à moyen et long terme dans les champs sanitaire, social et médico-social publics impactant les ressources humaines et les organisations. Mars 2007
- Fiche DGAS//05/06 : Les apports des groupements (en termes d'emploi et d'organisation)
- Fiche DGAS//09/06 : Le groupement de coopération sociale et médico-sociale : un nouvel outil très attendu au service du secteur pour mieux servir les usagers
- Avis et rapport du conseil économique et social : L'hôpital public en France : bilan et perspectives. 2005. Etude présentée par E.Molinier.

## TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

- Code de la sécurité sociale,
- Code de la santé publique,
- Code de l'Action sociale et des familles

- Loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux.
- Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie,
- Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.
- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique,
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- Décret n° 2007-551 du 13 avril 2007 relatif à la prise en charge des dispositifs médicaux prescrits par les infirmiers ou adaptés par les opticiens-lunetiers et modifiant l'article R. 165-1 du code de la sécurité sociale.
- Décret n° 2005-1724 du 30 décembre 2005 relatif aux aides à l'installation et au maintien des professionnels de santé et des centres de santé dans les zones où l'offre de soins est déficitaire.
- Circulaire DHOS/DGAS/O3/AVIE/ n° 2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local.

## **DOSSIERS**

- Une médecine en milieu rural pour demain : Qu'en est-il aujourd'hui en Basse-Normandie? : URCAM de Basse Normandie.
- Bulletin d'information en économie de la santé de l'IRDES n° 116 de décembre 2006 : *Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé, les enseignements de la littérature.*
- Bulletin d'information en économie de la santé de l'IRDES n° 122 de mai 2007 : *Améliorer la répartition géographique des médecins, les mesures adoptées en France.*
- L'exercice en groupe des médecins libéraux, Etudes et Résultats de la DREES n° 314, juin 2004.
- La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national, Etudes et Résultats de la DREES, n° 352, novembre 2004
- La démographie médicale à l'horizon 2025 : une régionalisation des projections, Etudes et Résultats de la DREES, n° 353, novembre 2004
- Les soins de proximité : une exception française ? Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé, Biblio n°1354 juillet 2001, véronique Lucas-Gabrielli, Norbert Nabet, François Tonnellier.
- Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France. Biblio n°1635, Yann Bourgueil, Julien Mousquès, Ayden Tajahmadi.

- CD-ROM et Cahier des charges réalisé par la MSA, aide à la création d'une maison de santé rurale, pluridisciplinaire.

## **CONGRES**

- VII Congrès National de la Médecine Générale du XXIème siècle ; Tours les 13 et 14 janvier 2006.

## **DISCOURS**

- Réponses au défi de la démographie des professions de santé, Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, 25 janvier 2006, discours et dossier de presse
- Propositions pour la réforme des soins de ville et l'avenir de l'assurance maladie, communiqué de presse et document de travail du 4 octobre 2001 présentés par Élisabeth GUIGOU, Ministre de l'Emploi et de la Solidarité et Bernard KOUCHNER, Ministre délégué à la Santé.