



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2007 –

« PLAN LOCAL DE SANTÉ »

– Groupe n° 34 –

- Cécile BIETTE
- Claire CHARMET
- Stéphane CIRIC
- Florence DURAND
- Martine GOVART
- Céline MONTIGNY-FRAPY
- Annie PESCHER
- Nicolas PRENTOUT
- Colette SCERRI
- Jean-François VALOT

Animateur

Dr Bruno NAGARD

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 UNE STRATÉGIE LOCALE D'ACCÈS AUX SOINS ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ : LE PROJET LOCAL DE SANTÉ (PLS) DE L'ESTUAIRE DE LA VILAINE.....	3
1.1 Les trois co-promoteurs du PLS ont fait le constat de carences dans la prise en charge des patients et ont élaboré une stratégie anticipant les difficultés à venir.....	3
1.2 Les limites à la bonne réalisation du PLS.....	5
2 QUELLE STRUCTURATION PEUT PERMETTRE A UN PLS D'ATTEINDRE SES OBJECTIFS EN TERMES DE PRISE EN CHARGE GLOBALE DES PATIENTS ?.....	7
2.1 Les formes juridiques susceptibles de porter un Projet Local de Santé (PLS).....	7
2.1.1 L'association de type loi 1901 : une solution souple et peu contraignante.....	7
2.1.2 La convention : « <i>une structure intermédiaire</i> » entre l'association et le GCS	8
2.1.3 Le ou les Groupements de Coopération Sanitaire (GSC) ? De la nécessité de définir le degré d'intégration désiré par les membres, et d'en assumer les conséquences.....	8
2.1.4 Le réseau : un outil de structuration pour un PLS ?	10
2.1.5 L'Atelier Santé Ville (ASV) : un PLS associant pleinement les élus et les habitants	11
2.1.6 L'animateur territorial : un acteur incontournable dans tout PLS	12
2.2 Les différentes modalités de financement d'un PLS	12
2.2.1 Le volet curatif : le FIQCS, une possibilité réaliste de financement des PLS.....	13
2.2.2 Le volet préventif : l'opportunité représentée par le GRSP.....	14
2.2.3 Une multitude d'acteurs potentiellement mobilisables pour le projet.	14
3 LES PROBLEMATIQUES SOUS-JACENTES AUX NOUVELLES FORMES D'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS	17
3.1 Conditions d'exercice de la médecine et évolutions culturelles.....	17
3.1.1 La féminisation de la profession médicale : un vecteur de changement pour la redéfinition de l'organisation des soins.....	17

3.1.2	L'exigence sociétale d'une meilleure qualité de vie personnelle	18
3.1.3	Vers un renforcement de l'exercice en groupe des libéraux ?.....	19
3.2	Le constat d'un manque de lisibilité de la politique ambulatoire.....	19
3.3	La coopération entre professionnels de santé et le transfert de tâches : une aide à la prise en charge de qualité du patient et à l'optimisation des ressources médicales et paramédicales.	20
Conclusion.....		23
Bibliographie		25

Documents annexes uniquement joint au rapporteur du groupe

Remerciements

Nous tenons à remercier le Docteur Bruno NAGARD pour l'aide qu'il nous a apportée dans la réalisation de notre travail et les rendez-vous qu'il nous a permis d'obtenir. Nous remercions également François-Xavier Schweyer pour sa disponibilité et son soutien.

Nous souhaitons aussi remercier l'ensemble des personnes rencontrées lors de nos visites sur place ou interrogées par téléphone pour leur disponibilité et la qualité des échanges que nous avons pu avoir avec eux :

- Mme ARHANT, coordinatrice de département à la Mutualité Française (22)
- M. le Dr BATAILLON, directeur de l'URML de Bretagne
- Mme BATEAU, chargée de mission, DHOS
- M. BERTHELOT, directeur d'hôpital, DHOS
- M. DOKI-THONON, directeur adjoint de la DRASS de Bretagne
- M. GATIN, maire de la Roche Bernard
- Mme GOATER, directrice de l'Hôpital Local de la Roche Bernard
- M. le Dr GUILLAUMOT, médecin inspecteur à la DDASS du Morbihan et chargé de mission de l'ARH
- M. LE GOFF, directeur adjoint de la MSA du Morbihan
- M. le Dr LEMASSON, médecin généraliste et promoteur de la Maison Médicale d'Ambon
- Mme le Dr LEVASSEUR, responsable du département de médecine générale à la faculté de médecine de Rennes
- M. MALIBERT, directeur d'hôpital, DHOS
- Mme Le Dr MISCHLICH, médecin inspecteur à la DRASS d'Ile de France
- M. le Dr NICOLAS, médecin inspecteur à la DRASS de Bretagne
- M. PLEYBER, responsable de la Mission Régionale de Santé à l'URCAM de Bretagne
- Mme POMMIER, enseignant chercheur à l'ENSP
- Mme REMY, présidente du réseau HARP-Santé

Liste des sigles utilisés

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ASV : Atelier Santé Ville
ATMD : Auto Mesure Tensionnelle à Domicile
ATS : Animateur Territorial de Santé
CG : Conseil Général
CR : Conseil Régional
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDR : Dotation de Développement Rural
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DNDR : Dotation Nationale de Développement des Réseaux
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRDR : Dotation Régionale de Développement des réseaux
FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GIE : Groupement d'Intérêt Economique
GIP : Groupement d'Intérêt Public
GRSP : Groupement Régional de Santé Publique
LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
MIGAC : Missions d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation
MRS : Mission Régionale de Santé
ONDAM : Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie
PLS : Projet (ou Plan) Local de Santé
PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRSP : Plan Régional de Santé Publique
RESPEV : Réseau de Soins de Proximité à vocation gériatrique
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale
T2A : Tarification à l'Activité
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

INTRODUCTION

Le Projet Local de Santé de l'Estuaire de la Vilaine (PLSEV) est né de la volonté de trois acteurs – l'Hôpital Local de La Roche Bernard, l'association de professionnels de santé libéraux « Harp.s@nté », et la Maison Médicale d'Ambon- de promouvoir une stratégie locale d'accès aux soins et de promotion de la santé.

Le territoire de proximité en question est rural. Il recouvre les cantons de La Roche Bernard et de Muzillac, ainsi que la commune de Péaule. 29 000 habitants environ y sont pris en charge par 112 professionnels de santé libéraux, dont 28 médecins généralistes. La population est vieillissante : à ce jour, 7 000 habitants ont plus de 60 ans.

Ces cinq dernières années, une restructuration de l'offre de soins s'est opérée sur le territoire. Ainsi, l'Hôpital Local de La Roche Bernard a été redynamisé, une Maison Médicale a été créée à Ambon, et des réseaux se sont structurés, comme « Respev », un réseau à vocation gériatrique.

Toutefois, le territoire de l'estuaire de la Vilaine fait face à de nouveaux défis sanitaires. Tout d'abord, la « menace » d'une pénurie de professionnels de santé existe sur ce territoire rural, à court ou à moyen terme. Parallèlement à cette situation, le vieillissement de la population locale entraîne des besoins de soins fréquents, lourds et globaux. Enfin, la prise en charge sanitaire actuelle est perfectible, notamment dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé.

Tous ces éléments ont conduit les trois co-promoteurs du PLSEV à concevoir un projet de restructuration de l'offre de soins à destination de l'ensemble de la population, « jeune » et « âgée ».

Le PLS s'articule autour de trois axes principaux : encourager des regroupements pluridisciplinaires, expérimenter des organisations innovantes et multidisciplinaires du soin, et passer d'une politique de prévention à une culture de promotion de la santé.

Les acteurs porteurs du projet ont réfléchi aux démarches à mener pour concrétiser une telle stratégie. Ils ont dégagé deux problématiques principales. Quelle structuration juridique donner au projet ? Quelles perspectives de financement pour un accompagnement méthodologique pérenne d'un projet local de santé ?

Pour tenter de répondre à ces questions, il convient en premier lieu d'analyser le PLSEV en profondeur, et de tester son opportunité, voire sa légitimité. Quelles sont les limites du/au projet ?

Par la suite, il faut déterminer la forme juridique susceptible de constituer un socle solide et représentatif des partenaires engagés dans le montage du projet.

De même, des voies de financement doivent être envisagées, pérennes pour le soutien d'une coordination territoriale globale, et plus ponctuelles pour le financement de microprojets.

Grâce aux divers entretiens menés, et à l'étude d'expériences similaires, il a été possible de mettre en avant les enjeux et les conditions de réussite d'un tel projet sur un territoire de proximité.

Il a été nécessaire de réfléchir à l'opportunité d'une délégation de tâches et de nouveaux modes d'exercice professionnel dans un contexte de rationalisation de l'offre de soins.

C'est donc dans un contexte élargi que seront examinés les enjeux d'un tel projet territorial sur un territoire de première proximité comme celui du projet local de santé de l'estuaire de la Vilaine et les pistes de financement y afférents.

1 UNE STRATÉGIE LOCALE D'ACCÈS AUX SOINS ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ : LE PROJET LOCAL DE SANTÉ (PLS) DE L'ESTUAIRE DE LA VILAINE

1.1 Les trois co-promoteurs du PLS ont fait le constat de carences dans la prise en charge des patients et ont élaboré une stratégie anticipant les difficultés à venir.

Le Projet Local de Santé de l'estuaire de la Vilaine est né de la volonté de trois acteurs - l'Hôpital Local de La Roche Bernard, l'association de professionnels de santé libéraux « Harp.s@nté », et la Maison Médicale d'Ambon - de promouvoir une stratégie locale d'accès aux soins et de promotion de la santé.

Le territoire concerné par ce PLS est rural. Situé à proximité du littoral et entre trois agglomérations, Vannes, Redon et St Nazaire, il recouvre les cantons de La Roche Bernard et de Muzillac, ainsi que la commune de Péaule. Au total, il concerne près de 29 000 habitants, dont 7 000 personnes de plus de 60 ans. Il regroupe 112 professionnels de santé libéraux, dont 28 médecins généralistes.

Ces cinq dernières années ont été marquées par un début de restructuration de l'offre de soins à l'initiative des acteurs locaux. L'Hôpital Local a été redynamisé ; un Réseau de Soins de Proximité à vocation gériatrique (RESPEV) a été impulsé par les médecins libéraux ; une Maison Médicale de Garde a été créée à La Roche Bernard et une Maison Médicale a été mise en place à Ambon. Cette dernière regroupe autour d'un cabinet de trois médecins généralistes, trois infirmières, un chirurgien-dentiste, un kinésithérapeute, une ergothérapeute, une psychomotricienne, une orthophoniste, une diététicienne, une podologue et une psychologue. Par ailleurs, diverses actions de prévention ont été lancées, certaines dans le cadre de réseaux, telles que l'Auto Mesure Tensionnelle à Domicile (ATMD) sur le canton de La Roche Bernard ou des actions d'éducation nutritionnelle en milieu scolaire (association Equalianse).

Cependant, le risque d'une pénurie de professionnels de santé à court ou moyen terme sur ce territoire rural, et le caractère perfectible de la prise en charge sanitaire

actuelle ont encouragé les trois acteurs en question à élaborer un projet de restructuration de l'offre de soins à destination de l'ensemble de la population.

Le PLS s'articule autour de 3 axes principaux :

- **Encourager des projets de regroupements pluridisciplinaires :**

Une Maison Médicale a été créée à Ambon et un Pôle de santé est en cours de réalisation à La Roche Bernard - Nivillac. Il s'agit de promouvoir d'autres organisations de ce genre afin de couvrir l'ensemble du territoire.

Sur ce point, il est intéressant de remarquer que les étudiants en médecine générale de dernière année réunis par le département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Rennes, lors du « Forum de l'installation » du 23 novembre 2006, se sont montrés intéressés par des modes d'organisation nouveaux de leur activité professionnelle. Les regroupements pluridisciplinaires permettent aux professionnels de « ne pas se sentir seuls », de partager les gardes, les charges de structure, et éventuellement de bénéficier d'un temps partiel ou d'une activité partagée entre la médecine libérale et une activité salariée. Ainsi, ces Maisons Médicales ou Pôles de santé permettraient de rendre attractives des zones rurales qui ne le sont pas ou peu du fait de la charge de travail incombant aux professionnels de santé sur ces territoires.

- **Expérimenter des organisations innovantes et multidisciplinaires du soin.**

Dans le cadre des regroupements pluridisciplinaires, des actions ciblées de prévention et de soins pourront être menées. De plus, la coopération entre professionnels de santé permettra d'optimiser leur temps de travail et de garantir une meilleure qualité du soin.

Les co-promoteurs du projet insistent sur la nécessité d'une évolution des cultures et des pratiques professionnelles (à travers notamment des délégations de tâches : secrétariat, tâches administratives, gestion, etc.)

- **Développer la promotion de la santé.**

Au-delà de l'aspect curatif, l'objectif final du PLS est de dépasser l'étape des actions de prévention pour atteindre la promotion de la santé. Un ou deux thèmes prioritaires seront développés pour atteindre cet objectif.

Les trois promoteurs du projet ont réfléchi à la forme juridique du groupement. Leur choix s'est finalement porté sur une association de type loi 1901. Elle sera également ouverte aux autres acteurs locaux qui en feraient la demande ainsi qu'aux

représentants des usagers. Si le projet est pérennisé, cette structure juridique pourrait prendre, à terme, la forme d'un Groupement de Coopération Sanitaire.

Les trois co-promoteurs ont également prévu de solliciter l'apport méthodologique d'un ingénieur de projet afin d'aider au pilotage de l'association et de favoriser la conception de microprojets ou de programmes d'actions.

Un budget prévisionnel a été élaboré. Ainsi, l'accompagnement financier annuel s'élèverait à 81 000 euros, ajoutés à un budget d'investissement initial de 7 000 euros.

La Maison Médicale d'Ambon a moins d'une année d'existence. Le Pôle de Santé de La Roche Bernard - Nivillac est encore à l'état de projet. Porté conjointement par l'Hôpital Local et par des professionnels de santé libéraux, ce PLS vise à la création de 3 espaces :

- **Un espace médical :**

- Il regroupera au sein de l'Hôpital Local quatre cabinets de médecins généralistes, actuellement installés « en ville » et autorisés à exercer dans l'établissement.
- Il hébergera la Maison Médicale de Garde, ouverte en juillet 2004.
- Il comprendra un cabinet de consultations avancées de spécialistes y réalisant des vacations.

- **Un espace paramédical :**

À proximité immédiate de cette Maison Médicale intégrée à l'Hôpital Local, viendrait s'ajouter un regroupement de professionnels de santé paramédicaux (sur le modèle de la Maison Médicale d'Ambon).

Ces professionnels pourraient reprendre les locaux libérés par les médecins généralistes venant s'installer au sein de l'Hôpital.

- **Un espace de services :**

Les services et les réseaux qui le souhaitent pourraient aussi prendre part à ce projet.

1.2 Les limites à la bonne réalisation du PLS

Le Projet Local de Santé de l'estuaire de la Vilaine montre l'implication et la volonté des professionnels de santé de travailler ensemble. Il n'en demeure pas moins

que l'atteinte des objectifs fixés repose sur plusieurs éléments, tant géographiques que structurels.

Or, la non prise en compte de certains d'entre eux peut conduire à des difficultés dans la mise en œuvre ou la conduite du projet.

Ainsi, il semble, tout d'abord, nécessaire de s'interroger sur la pertinence du diagnostic de territoire. Ce dernier est partiel, car il a été réalisé dans le cadre du projet « COGER » et non réactualisé. Or ce projet concernait uniquement les personnes âgées. Il apparaît donc utile de réaliser un nouveau diagnostic pour tenir compte de toutes les classes d'âge. Ceci permettra également d'adapter le projet aux besoins de la population locale, d'une part, et de le situer par rapport aux priorités régionales ou aux projets préexistants, d'autre part.

Ensuite, le projet cite des partenaires éventuels, sans définir les modalités d'engagement ou simplement leur implication. Il s'agit notamment des élus locaux. Leur participation mériterait effectivement d'être discutée dans la mesure où le projet concerne un territoire regroupant plusieurs communes. Ils pourraient également participer à la réussite de l'action et favoriser sa pérennité.

Par ailleurs, les usagers ou leurs représentants ne semblent pas avoir été consultés, ni avoir joué un rôle dans l'élaboration des microprojets. Pourtant au regard des problématiques de santé publique du territoire et en vertu de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, la participation des usagers doit être davantage encouragée.

Enfin, les dernières limites pouvant être évoquées intéressent surtout la méthodologie. D'une part, une confusion apparaît concernant l'ingénierie et la coordination du projet. La distinction entre les deux n'est pas clairement établie. Or dans l'intérêt d'un tel projet, il semble préférable de confier ces fonctions à deux personnes aux profils distincts. De plus, la durée d'engagement n'est pas la même. En effet, l'ingénierie concerne le lancement et la mise en œuvre du projet, alors que la coordination doit permettre à plus long terme de maintenir la cohésion d'ensemble des actions.

D'autre part, il n'est pas fait mention d'une phase d'évaluation dans la conduite du projet. Cette phase a pourtant une importance non négligeable. Elle est le moyen de réadapter les objectifs au gré de l'évolution des besoins, mais aussi un outil de suivi pour les partenaires.

2 QUELLE STRUCTURATION PEUT PERMETTRE A UN PLS D'ATTEINDRE SES OBJECTIFS EN TERMES DE PRISE EN CHARGE GLOBALE DES PATIENTS ?

2.1 Les formes juridiques susceptibles de porter un Projet Local de Santé (PLS)

La forme juridique privilégiée par les co-promoteurs du PLS de l'estuaire de la Vilaine est l'association. À terme, et en fonction du nombre et de la nature des acteurs concernés, ce « partenariat » pourrait évoluer et prendre la forme d'un GCS.

Il est donc intéressant de se pencher sur les différentes structures juridiques susceptibles de porter un PLS, et de voir quels sont les points positifs et négatifs de chacune d'entre elles.

2.1.1 L'association de type loi 1901 : une solution souple et peu contraignante.

L'association est une « *convention par laquelle deux ou plusieurs personnes mettent en commun, d'une façon permanente, leurs connaissances ou leur activité dans un but autre que partager des bénéfices* »¹. La structure associative est très souple. « *Tout membre d'une association qui n'est pas formée pour un temps déterminé peut s'en retirer en tout temps, après paiement des cotisations échues et de l'année courante, nonobstant toute clause contraire* »².

L'association est la structure habituelle de coopération dans le secteur sanitaire. Ainsi, M. Doki-Thonon de la DRASS de Bretagne a indiqué sa préférence pour une structure associative, soulignant qu'ils n'avaient « *encore jamais travaillé avec des GCS* »³.

¹ Article 1^{er} de la Loi du 1^{er} juillet 1901 relative aux contrats d'association

² Article 4 de la Loi du 1^{er} juillet 1901 relative aux contrats d'association

³ Entretien réalisé à la DRASS Bretagne. Annexe 1.

De même, les professionnels rencontrés à la DHOS le 9 mai 2007- Louis Berthelot et Jean Malibert, directeurs d'hôpital et Chloé Bateau, chargée de mission réseaux- ont conforté cette option. Selon eux, l'association est un bon début pour une coopération, car elle est « *souple et simple pour les acteurs* »⁴.

L'association est donc une formule juridique simple qui peut permettre un premier niveau d'organisation des acteurs.

2.1.2 La convention : « *une structure intermédiaire* » entre l'association et le GCS

La convention est souvent présentée comme une « *structure intermédiaire entre l'association et le GCS* »⁵.

Celle-ci constitue en effet un procédé classique de coopération, souple et efficace, qui peut être envisagé dans n'importe quel domaine d'activité et qui peut s'appliquer à des établissements de statut différent. Cette formule n'aboutit pas plus que pour l'association à la création d'une personne morale distincte des parties. Les engagements réciproques des parties sont définis dans les clauses de la convention.

La convention est souvent utilisée pour la co-utilisation d'équipements matériels lourds (IRM, scanner) impliquant des établissements publics de santé, des cliniques et des professionnels de santé libéraux.

2.1.3 Le ou les Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) ? De la nécessité de définir le degré d'intégration désiré par les membres, et d'en assumer les conséquences

Le GCS est un mode de coopération sanitaire créé par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. L'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé a par la suite érigé le GCS en moyen privilégié de coopération.

Selon l'article L. 6133-1 du Code de la Santé Publique, *"un GCS a pour objet de faciliter, d'améliorer ou de développer l'activité de ses membres. À cet effet, il peut :*

- *Permettre les interventions communes de professionnels exerçant dans les établissements membres, des professionnels salariés du groupement, ainsi que des professionnels médicaux libéraux membres ou associés du groupement ;*

⁴ Entretien réalisé à la DHOS le 9 mai 2007. Annexe 1

⁵ Entretien réalisé à la DHOS le 9 mai 2007. Annexe 1

- Réaliser ou gérer, pour le compte de ses membres, des équipements d'intérêt commun, (...) et détenir à ce titre des autorisations d'équipements matériels lourds et d'activités de soins mentionnés à l'article L. 6122-1."

Le groupement peut être autorisé par le directeur de l'ARH à "exercer les missions d'un établissement de santé", bien que n'en ayant pas la qualité. Il peut également être "autorisé par le directeur de l'ARH à assurer l'exploitation d'une autorisation détenue par l'un de ses membres (...)" »

Peuvent être membres d'un GCS les établissements de santé, les établissements médico-sociaux, les professionnels médicaux libéraux. Toutefois, un des membres au moins doit être un établissement de santé. D'autres organismes ou professionnels de santé concourant aux soins peuvent faire partie d'un GCS à condition d'y être autorisés par le directeur de l'ARH. Enfin, les professionnels médicaux libéraux peuvent conclure avec un GCS un contrat en vue de leur association aux activités du groupement.

De fait, si le PLS devait prendre la forme d'un GCS, les médecins libéraux devraient choisir entre un statut de membre du GCS et un statut de membre associé. Quant aux professionnels de santé libéraux non médicaux, ils devraient être autorisés par le directeur de l'ARH à devenir membres du GCS.

Doté de la personnalité morale, le groupement est, selon la qualité de ses membres, de droit public ou de droit privé. Si les membres ont des qualités différentes, ils peuvent choisir leur statut (public ou privé). Ce dernier emporte des effets différents : un groupement de droit privé aura notamment une comptabilité privée et des employés soumis au code du travail.

Le GCS fonctionne avec un Conseil d'Administration et un directeur, et est fondé sur une convention constitutive approuvée par le directeur de l'ARH. La responsabilité de ses membres est proportionnelle à leurs apports ou à leurs participations. Les charges d'exploitation sont couvertes par les participations des membres.

Il existe trois catégories de GCS, suivant le degré d'« intégration » choisi par les membres :

- Le GCS « outil de coopération » : équipe inter établissement, réalisation ou gestion d'équipements d'intérêt commun

Le GCS peut être titulaire des autorisations d'équipements ou d'activités. Les patients restent ceux des établissements de santé membres du groupement.

- Le GCS autorisé à exercer une mission de soins : il exploite les autorisations des établissements membres, ou en est titulaire.

Il rémunère alors les professionnels de santé, et est financé directement par l'Assurance Maladie via la T2A (activités MCO) et les MIGAC. Les patients sont ceux du GCS.

- Le GCS « réseau »

La création de GCS a été relativement frileuse jusqu'à 2003, et pour cause : les personnes rencontrées à la DHOS⁶ ont critiqué la « lourdeur » du dispositif et les « difficultés » à le gérer. Cependant, le GCS « a l'avantage, comme le GIP, de ne constituer qu'une seule structure juridique pour réunir les acteurs ».

La DHOS estime même que dans le cas du PLS de l'estuaire de la Vilaine, il faudrait créer un deuxième GCS ne concernant que les acteurs de soins. La difficulté est de « trouver le bon équilibre : plus il y a d'acteurs, plus le pilotage est compliqué ».

On comprend donc qu'il n'existe pas un GCS mais plusieurs GCS : aux acteurs du groupement de définir en concertation le degré d'intégration voulu, en assumant par la suite les conséquences. Cette formule peut effrayer les professionnels de santé libéraux du fait de sa lourdeur juridique et de ses implications.

2.1.4 Le réseau : un outil de structuration pour un PLS ?

Le GCS peut être une des formes juridiques donnée à un réseau, mais d'autres formes juridiques sont envisageables.

Selon la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, « les réseaux de santé ont pour objectif de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. »

Les réseaux de santé « sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers. »

Le réseau peut prendre la forme d'une association, d'un Groupement d'Intérêt Public (GIP), d'un Groupement d'Intérêt Economique (GIE) ou d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS).

⁶ Entretien réalisé à la DHOS le 9 mai 2007. Annexe 1

Le Territoire concerné par le PLS de l'estuaire de la Vilaine bénéficie déjà de la présence de réseaux, comme le RESPEV. Certains interlocuteurs⁷ avouent ne pas discerner la différence entre le PLS proposé par les trois co-promoteurs et un réseau classique. À ce titre, ils estiment que le seul financement dont peut bénéficier ce projet est celui de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux (DNDR). D'autres au contraire soulignent la diversité des projets contenus dans le PLS et la multiplicité des acteurs, nécessitant une autre forme juridique, telle l'association ou le GCS⁸. En effet, le réseau ne vise traditionnellement qu'une thématique ou qu'une catégorie de population. Un Projet Local de Santé aurait des objectifs plus vastes et plus généraux.

2.1.5 L'Atelier Santé Ville (ASV) : un PLS associant pleinement les élus et les habitants

De nombreuses villes se sont adossées à un ASV pour élaborer leur Plan Local de Santé.

Cet outil est destiné à rapprocher les professionnels de santé, afin d'élaborer des programmes adaptés au niveau local avec, si possible, la participation des habitants. Il permet ainsi une articulation entre la politique de la ville et les politiques de santé.

Les ASV s'inscrivent ainsi dans les priorités régionales des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) dont ils contribuent à enrichir l'application locale.

Le projet ASV implique plusieurs actions :

- Préciser les besoins en matière de santé, faire un état des lieux, et définir les enjeux de santé locale.
- Nommer un animateur qui va fédérer les promoteurs de projets.
- Prévoir les modalités d'association de la population.
- Articuler l'atelier avec les autres thèmes du contrat de ville et l'ensemble de la politique municipale de lutte contre l'exclusion.
- Envisager un suivi et une évaluation.

Les ASV permettent de réaffirmer le rôle des élus des communes pour le développement de projets locaux de santé publique et la mise en œuvre de la politique de santé publique

⁷ Entretiens avec M. Doki-Thonon et le Dr Nicolas (DRASS Bretagne), et avec le Dr Levasseur, professeur à la faculté de médecine de Rennes. Annexe 1

⁸ Entretien avec Mme Goater, directrice de l'Hôpital Local de La Roche Bernard. Annexe 1

au niveau local. Les Groupements Régionaux de Santé Publique (GRSP) doivent tenir compte de cette modalité d'intervention.

De fait, même si le PLS de l'estuaire de la Vilaine s'adresse à un territoire rural, il devrait prendre exemple sur les ASV en ce qui concerne l'association des élus et des habitants.

2.1.6 L'animateur territorial : un acteur incontournable dans tout PLS

L'animateur d'un Projet Local de Santé a pour mission de fédérer les différents acteurs d'un territoire. Il doit connaître les différents problèmes de santé du territoire et pouvoir mobiliser les acteurs et apporter des réponses. Sa légitimité passe par ses compétences et sa capacité à communiquer.

L'animateur territorial pourrait être l'ingénieur de projet décrit dans le PLS, dont le poste serait garanti pendant les 2 ou 3 premières années du projet. La coordination à plus long terme pourrait être confiée à un autre acteur, reconnu de tous et doté d'une connaissance approfondie de l'organisation institutionnelle et territoriale.

2.2 Les différentes modalités de financement d'un PLS

Un projet local de santé tel que celui élaboré pour l'estuaire de la Vilaine nécessite deux types de financements. Des financements pérennes liés à l'existence même d'une structure d'offre de soins et des financements ponctuels venant abonder des actions spécifiques.

Les fonds propres apportés par les professionnels de santé impliqués dans un PLS ne suffisent pas nécessairement à couvrir toutes les activités développées. Ainsi, la recherche de financements constitue un des axes majeurs de travail tant pour le volet curatif que pour celui de la promotion de la santé.

2.2.1 Le volet curatif : le FIQCS, une possibilité réaliste de financement des PLS.

Le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) a été créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007⁹. Il résulte de la fusion du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) et de la Dotation Nationale Des Réseaux (DNDR). Le FAQSV a été créé par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 1999 et le décret 99-940 du 12 novembre 1999. Le but de ce fonds était de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville en faisant la promotion de nouvelles formes d'organisation entre d'une part, les professionnels libéraux et d'autre part, la médecine de ville et la médecine hospitalière. En 2002, ce fonds est aussi intervenu pour le financement de la permanence des soins et l'aide à l'installation des médecins libéraux.

La DNDR a été créée par la LFSS pour 2002. Il s'agissait d'une enveloppe au sein de l'ONDAM destinée au financement des réseaux de santé. Au niveau national, la DNDR est répartie entre les différentes ARH. Les ARH déterminent ensuite les modalités de répartition en fonction des priorités régionales. En Ile de France 6 projets locaux de santé ont été financés par ce biais.

La nouveauté du FIQCS réside dans le financement de nouveaux modes d'exercice et des réseaux de santé permettant le regroupement de professionnels libéraux et l'intégration des établissements sanitaires et médico-sociaux. Le fonds favorise un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé. Il vise aussi à assurer un égal accès aux soins sur le territoire en aidant au maintien de l'activité et à l'installation de nouveaux professionnels.

Le FIQCS dispose d'un comité national de gestion dont le bureau est composé à parité de représentants de l'assurance maladie et de professionnels de santé.

Le décret n°2007-973 du 15 mai 2007 prévoit la création de ce fonds à compter du 1^{er} juillet 2007. Au regard des objectifs qui lui sont assignés, ce fonds apparaît comme le moyen de financement le plus adapté à des projets locaux de santé en termes de création de structure et de maintien de la coordination entre les acteurs.

⁹ Article 94 de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, du 21 décembre 2006. Annexe 2.

2.2.2 Le volet préventif : l'opportunité représentée par le GRSP.

En ce qui concerne le volet prévention et santé publique, **le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP)** peut fournir des financements par appels à projets. Mis en place par la loi de santé publique du 9 août 2004 et les décrets n°2005-1234 et 2005-1235 du 1^{er} octobre 2005, il n'est cependant pas encore institué dans toutes les régions. Pour la région Bretagne, son installation est prévue courant 2007. Dans les régions où il est mis en place, le financement du GRSP est assuré pour trois quart par des fonds publics déjà fléchés. Ils proviennent principalement du budget opérationnel de programme (BOP) santé publique et prévention et du BOP veille et sécurité sanitaire dont les priorités sont définies au niveau national. Le quart restant est composé de financements non fléchés versés par l'URCAM.

L'objectif de ce groupement est de financer des projets qui s'inscrivent dans les priorités du Plan Régional de Santé Publique (PRSP)¹⁰. Dans les régions où le GRSP est opérationnel, il appartient aux acteurs de santé promoteurs d'initiatives de répondre aux appels à projets inscrits dans le cadre du PRSP. C'est notamment le cas des PLS en Ile de France¹¹. Chaque projet est présenté au comité des programmes qui le valide ou le refuse en motivant sa décision. Une délibération du conseil d'administration du GRSP en vote le financement. Dans une grande majorité des cas les projets sont portés par des associations. La priorité est cependant donnée aux projets qui ne bénéficient pas d'autres financements publics.

Le GRSP pourrait donc répondre à des besoins ponctuels de financements de projets de santé publique que souhaiteraient développer les acteurs de plan locaux de santé.

2.2.3 Une multitude d'acteurs potentiellement mobilisables pour le projet.

Les fédérations régionales de la Mutualité Française financent des actions de santé qui répondent à une problématique identifiée de territoire là où elles jugent les initiatives insuffisantes. La Mutualité encourage tout particulièrement les actions de prévention et les initiatives sociales, dès lors que le projet répond à un besoin de pluridisciplinarité et de coordination entre les professionnels de santé.

¹⁰ Les priorités du PRSP de la région Bretagne. Annexe 4

¹¹ Entretien avec Mme Mischlich. Annexe 1

L'apport de la Mutualité aux porteurs de projet peut prendre plusieurs formes. Elle peut ainsi prendre en charge les études de faisabilité ou d'aide à l'ingénierie, tout comme la gestion du projet ou du dispositif.

Le bureau du développement et des initiatives sociales de la Mutualité des Côtes d'Armor a témoigné de son intérêt pour des projets tels que le plan local de santé dans l'estuaire de la Vilaine¹². La Mutualité peut donc se révéler être une ressource intéressante pour ce type de projet.

Par ailleurs, **les collectivités territoriales** ou leurs groupements peuvent financer en partie des projets soit sous la forme de prestation en nature (mise à disposition de locaux ou de matériel), soit par des financements ciblés¹³.

Le conseil général en dehors de ses missions réglementaires intervient annuellement sous forme de subventions auprès des associations dans différents domaines d'activités. Le Conseil régional peut co-financer des animateurs territoriaux de santé à l'échelle d'un pays ou financer l'installation de professionnels de santé dans les zones éligibles.

Les préfetures, dans le cadre du **Contrat de Plan Etat Région**, peuvent financer des aides aux communautés de communes grâce à une Dotation de Développement Rural (DDR). La circulaire du 16 mars 2004 présente les conditions d'éligibilité des projets et d'attribution des subventions et précise le contenu du dossier.

Aucun financement de fonds européens ne peut être envisagé dans le Contrat de Plan Etat Région Bretagne signé le 12 avril 2007 car aucun des 8 projets ne concerne le domaine de la santé.

Pour sa part, **l'assurance maladie**, publie en collaboration avec le conseil régional et la DDASS, des appels à projet du Fonds National de Prévention et d'Information Sanitaires pour la mise en œuvre des priorités régionales de santé. Ce budget d'intervention permet de financer la réalisation d'actions ou de projets en tant que tels. Les dépenses d'investissement ou de fonctionnement pérennes ne peuvent être couvertes par ce fonds.

De son côté, **l'Institut de Recherche en santé publique** (Groupement d'Intérêt Scientifique) a publié en 2007 un appel à projet de recherche sur la prévention, la promotion de la santé et l'éducation pour la santé. Les associations et les acteurs de

¹² Entretien avec Mme Arhant. Annexe 1

terrain de la prévention ont eu toute latitude pour déposer des projets en lien avec des équipes de recherche labellisées. L'unité de soins primaires du plan local de santé pourrait évoluer à terme vers une Unité d'Exercice, d'Enseignement et de Recherche en Soins Primaires et à ce titre correspondre à l'appel à projet.

Enfin, **d'autres modes de financements privés** se développent : notamment, la Fondation de France publie chaque année des appels à projets. En 2007 des démarches locales pour accompagner le vieillissement sur les territoires ont été soutenues.

De même depuis la loi n°2003-709 du 1^{er} août 2003, des mécénats d'entreprises privées peuvent intervenir en cofinancement d'opérations.

Les laboratoires pharmaceutiques peuvent prendre en charge les formations des professionnels médicaux et paramédicaux et participer à des actions ponctuelles de promotion de la santé.

Il existe donc plusieurs possibilités de financement pour soutenir des projets innovants comme le projet local de santé. Cependant les modifications introduites par la LFSS 2007 devraient permettre de faciliter le financement de ce type de projets avec moins de contraintes qu'auparavant.

¹³ Loi n° 92-125 du 6/02/1992 renforcée par la loi n°99-586 du 12/07/1999 permettant le regroupement de communes en EPCI.

3 LES PROBLEMATIQUES SOUS-JACENTES AUX NOUVELLES FORMES D'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS

3.1 Conditions d'exercice de la médecine et évolutions culturelles

La modification des pratiques médicales est souvent analysée comme la résultante de la féminisation de la profession. Néanmoins, il apparaît plus réaliste de considérer que cette évolution est due à un changement culturel qui affecte l'ensemble de la société.

3.1.1 La féminisation de la profession médicale : un vecteur de changement pour la redéfinition de l'organisation des soins

La féminisation de la profession médicale constitue une réalité. *« Alors que les femmes ne représentaient que 10 % du corps médical français en 1962, elles étaient 36 % en 2003 et 38,8 % au 1er janvier 2005 et elles seront majoritaires d'ici à quelques années si l'on se fie à la présence de la gente féminine dans les facultés de médecine. »*¹⁴ Cette situation participe au changement de conception de la profession. En effet, les jeunes générations de médecins souhaitent consacrer d'avantage de temps à leur vie personnelle que leurs prédécesseurs.

Les femmes médecins sont plus enclines à exercer en tant que salariées, dans le cadre de cabinets de groupe ou de maisons médicales.¹⁵ Elles trouvent ainsi davantage de facilités à réduire leur activité ou à s'en retirer temporairement afin de s'occuper de leurs enfants. De fait, le temps de travail hebdomadaire moyen s'élève à quarante cinq heures pour les femmes, contre cinquante six pour les hommes¹⁶.

Ce constat est incontournable pour les années à venir. La féminisation de la profession constitue un vecteur de changement pour la redéfinition de l'organisation des

¹⁴ Kahn-Bensaude Irène, « la féminisation de la médecine, un vecteur de changement », in Bulletin de l'ordre des médecins, n°4 avril 2006.

¹⁵ DREES, « l'exercice en groupe des médecins libéraux », études et résultats, n° 314, juin 2004

¹⁶ URML Rhône-Alpes, Trois études sur la féminisation de la profession médicale, janvier 2005

soins. « Elle peut représenter un enrichissement de la prise en charge médicale de la population dans le domaine des soins et de la prévention pour peu que l'on sache en anticiper l'impact. »¹⁷

Cependant, n'envisager les changements de culture professionnelle qu'à travers le prisme de la féminisation de la profession serait une erreur. En effet, c'est une tendance générale de la société que de voir chacun exiger le temps et les moyens nécessaires à l'épanouissement d'une vie personnelle parallèlement à sa vie professionnelle.

3.1.2 L'exigence sociétale d'une meilleure qualité de vie personnelle

C'est en effet un changement d'ensemble de la société, que le caractère impératif d'avoir une vie personnelle, privée, épanouissante.

« L'histoire de la vie privée en Occident peut être appréhendée à partir des transformations des usages de l'espace domestique. Schématiquement, à partir du milieu du XVIIIe siècle, la famille se sépare du reste de la société, des voisins, de la parenté, du monde du travail. Le cercle de la famille se forme en se resserrant autour du père, de la mère et des enfants. Les domestiques ne dorment plus dans le même logement que leurs employeurs. La vie privée et la vie publique ne coïncident plus. »¹⁸

L'identité aujourd'hui n'est plus contenue dans les rôles sociaux, publics, mais bien déterminée conjointement par la sphère publique et la sphère privée.

Une étude de l'URML Rhône-Alpes témoigne que lorsqu'un arbitrage doit être fait par les jeunes médecins entre leur vie professionnelle et leur vie personnelle, la vie privée se trouve presque systématiquement privilégiée indifféremment du sexe des enquêtés¹⁹.

De même, la DREES a réalisé une enquête relative à la situation professionnelle des conjoints des médecins dont il ressort que celle-ci influe très fortement sur le lieu d'installation des médecins libéraux²⁰. 83 % des médecins actifs occupés déclarent vivre

¹⁷ URML Rhône-Alpes, Trois études sur la féminisation de la profession médicale, janvier 2005

¹⁸ François de Singly, « le dédoublement de la vie privée », Sciences Humaines, dossier n° 140 – juillet 2003.

¹⁹ URML Rhône-Alpes, Trois études sur la féminisation de la profession médicale. Janvier 2005

²⁰ DREES, « la situation professionnelle des conjoints de médecins » Etudes et résultats, n° 430, septembre 2005.

en couple, le plus souvent avec un cadre supérieur (médecin dans environ 50 % des cas). Cet arbitrage en faveur de la vie privée constitue un des obstacles à l'installation en zone rurale des médecins libéraux. Néanmoins il convient de noter que si 15% des médecins résident à la campagne, seulement 6 % y exercent leur profession. Il est donc loisible de relativiser l'effet désincitatif de la situation familiale sur l'installation des médecins.

3.1.3 Vers un renforcement de l'exercice en groupe des libéraux ?

En 2004, 44 % des libéraux exerçaient en groupe et 11% partageaient des locaux avec d'autres professionnels de santé. Ces données varient fortement d'une spécialité à une autre, les généralistes représentant la catégorie de libéraux qui travaille le moins en groupe. Cependant, une proportion importante de jeunes et de femmes se déclarent intéressés par ce mode d'exercice qui permet un allègement de l'amplitude horaire des consultations et des gardes, mais aussi l'emploi partagé de personnel.²¹

Le Professeur Berland²² estime que les «maisons de soins », à l'image de la Maison Médicale d'Ambon, sont des structures permettant de rendre l'exercice en milieu rural moins difficile. Il se déclare favorable à un appui administratif de ces regroupements de professionnels et la mise à disposition de locaux. A terme, ces maisons médicales permettraient de pallier les inégalités infra-régionales en matière d'accès aux soins.

3.2 Le constat d'un manque de lisibilité de la politique ambulatoire

L'un des obstacles majeurs à la réorganisation de l'offre de soins par les professionnels libéraux réside dans leur manque d'information quant à la faisabilité de leurs projets. En effet, au-delà de la complexité juridique, une multitude d'interlocuteurs interviennent à divers niveaux. La communauté médicale regrette souvent ce manque de compréhension et d'identification des intervenants. A cet égard, c'est bien pour répondre à cette faiblesse que les maisons médicales d'Ambon et de la Roche Bernard ont fait la

²¹ DREES, « l'exercice en groupe des médecins libéraux », études et résultats, n° 314, juin 2004

²² Pr. Yvon Berland. Rapport « Coopération des professions de santé : le transfert des tâches et des compétences » octobre 2003

demande d'un coordinateur ou d'un ingénieur de projet capable de définir pour chaque axe de leurs projets les interlocuteurs correspondants.

Le rapport Berland d'avril 2005 relatif à la démographie médicale regrette ainsi la « *superposition (des différents interlocuteurs) et le manque de précisions du rôle et des apports des uns et des autres. Il est absolument indispensable de veiller à ce que les instances régionales (...) aient un rôle précisé, qu'elles soient complémentaires, harmonisées et non concurrentielles, ces instances devront conjointement hiérarchiser les besoins et donc l'offre de soins.* »

Il souhaite de même qu' « *une politique d'information auprès des facultés de Médecine (soit) conduite par le ministre de la Santé pour une diffusion large et régulière des conditions favorisant l'installation dans les zones démedicalisées. Cette information doit être relayée par les collectivités locales – Conseil Régional, Conseil Général, Communauté de Communes – qui pourront apporter des précisions complémentaires tenant à leur propre politique. Il est essentiel que l'information soit coordonnée afin de la rendre accessible à tous, lisible et utile.* »

Enfin, le rapport préconise « *l'organisation d'un système d'information destiné aux étudiants et aux jeunes professionnels avec un guichet unique d'accès national et des liens vers des sites complémentaires régionaux est une des mesures d'information indispensables.*²³. »

3.3 La coopération entre professionnels de santé et le transfert de tâches : une aide à la prise en charge de qualité du patient et à l'optimisation des ressources médicales et paramédicales.

La question du transfert des tâches et des compétences dans le domaine de la santé suscite un intérêt croissant en France et a déjà fait l'objet d'expérimentations et de travaux.

²³ Pr. Yvon Berland, Rapport à la Commission « Démographie médicale », avril 2005, pp 47 et suivantes.

Le Projet Local de Santé de l'Estuaire de la Vilaine évoque la mise en place, à long terme, de coopérations et de délégations de tâches au sein de la Maison Médicale d'Ambon et du Pôle de Santé La Roche Bernard-Nivillac. Il convient de démontrer en quoi cette réorganisation de l'offre de soins primaires serait bénéfique aux patients et sous quelles conditions.

Dans son rapport d'octobre 2003 intitulé «Coopération des professions de santé : le transfert des tâches et des compétences », le Professeur Berland souligne qu' « *il est indispensable et urgent d'envisager le transfert de compétences* ». Ainsi, il est nécessaire d'anticiper la diminution de la démographie médicale, d'optimiser les ressources humaines disponibles, de « *régulariser des pratiques existantes non reconnues* » et « *d'apporter une légitime reconnaissance à certains professionnels paramédicaux* »²⁴.

Les expériences étrangères de délégation de tâches, essentiellement anglo-saxonnes, ont montré la faisabilité et l'efficacité d'un transfert de certains actes de médecins vers des infirmières à compétence étendue. Deux «nouvelles » fonctions d'infirmières sont ainsi apparues, notamment au Québec :

- Les infirmières praticiennes

Elles effectuent des soins de première ligne, comme des bilans initiaux et prennent en charge de façon autonome certains patients. C'est le cas des infirmières spécialisées en Cardiologie, Néphrologie et Soins Primaires.

- Les infirmières cliniciennes

Ces infirmières spécialisées assurent des fonctions de promotion de la santé (bilan de santé, éducation du patient, dépistage) et de suivi de pathologies chroniques stabilisées (asthme, diabète, pathologies cardiovasculaires) au cours de « consultations infirmières dédiées ».

Fabienne Midy souligne les effets positifs de la délégation des tâches au Royaume-Uni: « *Des infirmières à compétence étendue dans le domaine de l'asthme et de l'hypertension peuvent offrir des soins de suivi de qualité dans le cadre d'une prise en charge protocolisée. Cette prise en charge a également un impact sur l'organisation du cabinet : redistribution de leur charge de travail et réduction du nombre de visites et de consultations en urgence due à la stabilisation de l'asthme dans cet exemple* »²⁵.

²⁴ Pr Berland, «Coopération des professions de santé: le transfert des tâches et des compétences », Octobre 2003.

²⁵ IRDES, « Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières », Mars 2003

En France, certains transferts de tâches ont été expérimentés, notamment par l'URML de Poitou-Charentes (2003). Ils pourraient être diffusés, sous réserve de respecter certaines conditions :

- Toute délégation doit être accompagnée de formation. C'est le cas des infirmières praticiennes et des infirmières cliniciennes.

Le Pr Berland est favorable à la création du métier d'« *Infirmière Clinicienne Spécialiste* » à l'instar des Infirmières Anesthésistes Diplômées d'Etat (IADE) et des Infirmières de Bloc Opératoire Diplômées d'Etat (IBODE). Ces infirmières spécialisées auraient différentes missions. Elles pourraient participer au suivi en consultation des maladies chroniques suivant un protocole établi en concertation avec le médecin ou prendre part à des actions de prévention et de dépistage.

- La délégation n'est de qualité que si elle passe par une collaboration pleine entre médecins et infirmières, reposant sur une « *unité de lieu d'exercice géographique ou virtuelle des différents intervenants qui devront être regroupés au sein de structures de soins pluridisciplinaires* »²⁶. La Maison Médicale d'Ambon n'en est qu'au stade du regroupement physique, la collaboration pourrait se faire par la suite.

Par ailleurs, le médecin reste responsable de la prescription et des actes.

²⁶ Pr Berland, «Coopération des professions de santé: le transfert des tâches et des compétences », Octobre 2003

Conclusion

La raréfaction des ressources médicales en territoire rural appelle des solutions : la réorganisation et la rationalisation de l'offre de soins au niveau local sont parfois nécessaires. L'une des solutions les plus fréquentes réside dans la constitution de cabinets de groupe, voire de maisons de santé regroupant, au-delà des médecins, d'autres professionnels de santé médicaux et paramédicaux. Ce type de projet s'inscrit pleinement dans la logique de soins en réseaux et de filières de prise en charge promue par les instances de santé.

À ce titre, le plan local de santé élaboré pour l'estuaire de la Vilaine constitue un projet innovant, de nature à répondre à ces enjeux. Ce projet se situe en outre dans une dynamique déjà engagée sur le territoire par les réseaux de santé, la Maison Médicale d'Ambon et l'Hôpital Local de la Roche Bernard.

Pour sa structuration, la forme d'une association apparaît, à l'heure actuelle comme la solution la plus souple et réalisable pour les promoteurs du projet. En termes de financements, dans un premier temps une demande d'aide relative à l'ingénierie de projet pourrait être adressée à la Mission Régionale de Santé au titre du FIQCS à partir du 1^{er} juillet 2007. Dans un second temps, la structure du PLS pourrait répondre aux appels à projets publiés par le GRSP au titre de la réalisation des priorités du PRSP et adresser des demandes de subventions en matière de santé publique à la DRASS.

Un projet tel que le plan local de santé élaboré pour l'estuaire de la Vilaine présente plusieurs avantages. En effet, ce PLS propose tout d'abord une prise en charge globale de l'ensemble de la population sur le même modèle que la filière gériatrique déjà présente sur le territoire de santé. L'unité géographique de la structure devrait permettre une prise en charge coordonnée des patients par l'équipe pluridisciplinaire et une meilleure coopération entre les professionnels de santé impliqués.

Du point de vue des professionnels de santé, le regroupement permet d'éviter l'exercice isolé et rend possible l'emploi de personnel en commun afin notamment d'alléger les tâches administratives et de secrétariat. Le regroupement peut de même constituer le ferment d'une dynamique d'initiatives renouvelées, la proximité favorisant l'échange d'opinions, la réflexion commune et la volonté d'œuvrer ensemble aux mêmes projets.

Du point de vue des patients, si la nature de la structure est bien appréhendée, le regroupement des professionnels de santé sur un même lieu apparaît comme un élément facilitateur du recours et de l'accès aux soins par sa logique de guichet unique.

Cependant, ce type de projet doit, pour être pertinent, respecter un certain nombre de conditions. Tout d'abord, il doit entrer en cohérence avec l'existant, non seulement en terme d'offre déjà présente sur le territoire de santé et autour de celui-ci, mais aussi avec les politiques nationales, régionales et locales menées et définies par l'ensemble des instances responsables de la politique hospitalière, ambulatoire et de santé publique au sens large. Un PLS doit ensuite se fonder, non pas seulement sur les besoins des professionnels mais sur un véritable diagnostic de territoire et impliquer pleinement les usagers concernés afin de s'assurer de la pertinence du projet vis-à-vis des besoins réels de la population. Enfin, si la vocation d'un regroupement de professionnels est de simplifier et d'unifier l'accès aux soins, il convient de se garder de créer un échelon supplémentaire de régulation de l'offre de soins ambulatoire. La fédération des réseaux de santé, des filières de prise en charge et des professionnels de santé du territoire, si elle est souhaitable afin d'assurer la cohérence des actions menées sur le territoire ne doit pas s'ériger en instance. De nombreuses instances de régulation participent déjà de la définition d'une politique ambulatoire. Il apparaît cependant raisonnable d'envisager une rationalisation de cet état de fait : la multiplicité des acteurs -Etat, services déconcentrés, assurance maladie, collectivités territoriales, ...- rend parfois illisible le système. De fait, la gestion du secteur ambulatoire se trouve balkanisée. Il conviendrait de clarifier les missions de chacun et d'unifier les politiques menées tout en laissant aux professionnels de santé la latitude nécessaire aux initiatives locales.

Bibliographie

Références juridiques :

Loi du 1^{er} juillet 1901 relative aux contrats d'association

Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Loi de financement de la sécurité sociale pour 1999

Loi de financement de la sécurité sociale pour 2002

Loi de financement de la sécurité sociale pour 2007

Loi de santé publique du 9 août 2004

Loi n° 92-125 du 6/02/1992 renforcée par la loi n°99-586 du 12/07/1999 permettant le regroupement de communes en EPCI

Loi n°2003-709 du 1^{er} août 2003 sur le mécénat

Contrat de Plan Etat Région Bretagne signé le 12 avril 2007

Décret n° 2007-973 du 15 mai 2007 relatif au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins

Articles et rapports

Irène Kahn-Bensaude, « la féminisation de la médecine, un vecteur de changement », in Bulletin de l'ordre des médecins, n°4 avril 2006.

DREES, « l'exercice en groupe des médecins libéraux », Etudes et résultats, n° 314, juin 2004

DREES, « la situation professionnelle des conjoints de médecins » Etudes et résultats, n° 430, septembre 2005.

Rémy Marquier « Les étudiants en soins infirmiers en 2004 » DREES numéro 458, janvier 2006

URML Rhône-Alpes, Trois études sur la féminisation de la profession médicale, janvier 2005

Pr. Yvon Berland. Rapport «Coopération des professions de santé : le transfert des tâches et des compétences » octobre 2003

Pr. Yvon Berland, Rapport à la Commission « Démographie médicale », avril 2005,

Pr. Yvon Berland et Dr Yann Bourgueil « Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé » - ONDPS - Juin 2006

IRDES, « Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières », Mars 2003

IRDES « La participation des infirmières aux soins primaires dans 6 pays européens » in Questions d'économie de la santé, juin 2005

Yann Bourgueil, Julien Mousquès et Ayden Tajahmadi «Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France », IRDES, Juin 2006

CREDES « Efficacité et efficience du partage de compétences dans le secteur des soins primaires » Document de travail, février 2003

François de Singly, « le dédoublement de la vie privée », Sciences Humaines, dossier n° 140, juillet 2003.