

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2008 –

**« QUELLE PLACE POUR L'HOPITAL LOCAL DANS
LA STRUCTURATION DU TERRITOIRE AU
SERVICE D'UNE ACTION EFFICACE
EN SANTE PUBLIQUE ? »**

– Groupe n° 1 –

- **AULIBERT Audrey**
- **BATTESTI Mickaël**
- **BOURGEAIS Stéphanie**
- **BURBAN Denis**
- **DUTHEY Virginie**
- **GEFFARD Isabelle**
- **GRANERO Agnès**
- **NGUGEN Sébastien**
- **PARIS Anne**
- **SAVARIAS Nathalie**
- **TORBAL Suzanne**

Animateur :

M. Joanny ALLOMBERT

Sommaire

REMERCIEMENTS

LISTE DES SIGLES UTILISES

METHODOLOGIE

INTRODUCTION

PARTIE 1 : PRESENTATION DU TERRITOIRE DE SANTE N°5 ET DU PAYS DE
FOUGERES : INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES, SOCIOECONOMIQUES ET
EPIDEMIOLOGIQUES.....page 1

**1) Le territoire de santé n°5 constitue la zone de référence pour identifier les besoins
de santé et organiser l'offre de soins.....page 1**

*1.1) Le territoire de santé n°5 se distingue des autres territoires bretons par des
indicateurs de santé encourageants.....page 1*

*1.2) La présence du CHU de Rennes peut entraîner des risques de désorganisation
de l'offre de soins de proximité du fait de son attractivité.....page 2*

**2) Bien que les besoins en santé publique du Pays de Fougères soient identiques à
ceux du territoire de santé n°5, ses caractéristiques socio-économiques et
démographiques demeurent spécifiques.....page 3**

*2.1) Le Pays de Fougères se distingue du territoire de santé n°5 par la composition
de sa populationpage 3*

*2.2) Les caractéristiques socio-économiques du Pays de Fougères diffèrent, en
partie, de celles du territoire de santé n°5.....page 4*

2.3) *Les besoins de santé publique du Pays de Fougères sont identiques à ceux du territoire n°5 mais s'expriment de manière plus aiguë*.....page 4

PARTIE 2 : LES DIFFICULTES PROPRES AU PAYS DE FOUGERES JUSTIFIENT LA MISE EN ŒUVRE D'UNE COORDINATION DES ACTEURS DE SANTE PUBLIQUE.....page 6

1) Les difficultés rencontrées dans le Pays de Fougèrespage 6

1.1) *Les caractéristiques géographiques du Pays : un territoire à la fois rural et périurbain, relativement isolé*.....page 6

1.2) *Une démographie médicale préoccupante*.....page 7

1.3) *Une coopération de fait entre les acteurs malgré l'absence d'une coordination organisée*.....page 7

2) La nécessité d'une coordination organisée.....page 9

2.1) *L'identification des besoins en santé publique rend nécessaire la coordination des acteurs dans le Pays de Fougères*.....page 9

2.2) *La multiplicité des acteurs nécessite l'organisation d'une coordination*.....page 10

PARTIE 3 : LES SCENARII ENVISAGEE ET LA SOLUTION PRECONISEE.....page 13

1) Le projet d'association « Santé et bien-être pour tous dans le Pays de Fougères », s'il présente des atouts certains, comporte des limites.....page 13

2) La constitution d'un réseau.....page 15

2.1) *Un réseau territorial ad hoc*.....page 16

2.2) *L'extension d'un réseau existant*.....page 17

3) Le Pays de Fougères, mandataire d'une coordinationpage 18

3.1) *La plateforme de santé publique*.....page 18

3.2) *L'animation territoriale de santé*.....page 18

4) Les préconisations du groupe.....page 21

CONCLUSION.....page 25

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

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

Nous tenons à remercier tous les organisateurs du Module Interprofessionnel (MIP), les coordonnateurs, l'animateur pour les remarques constructives qui nous ont été utiles dans la conception et la réalisation de ce rapport.

Nous témoignons également toute notre gratitude aux élus de la Région Bretagne, du Département d'Ille-et-Vilaine, du Pays de Fougères, aux personnels des services déconcentrés du Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité, du Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, aux professionnels de santé des Pays de Bretagne et aux autres acteurs pour leur accueil et leur disponibilité.

Liste des sigles utilisés

A.A.T.P.F.	Association d'Aide aux Toxicomanes, de Prévention et de Formation
A.D.M.R.	Aide à Domicile en Milieu Rural
A.R.H.	Agence Régionale de l'Hospitalisation
A.T.S.	Animation Territoriale de Santé
C.D.P.A.	Centre Départemental de Prévention de l'Alcoolisme
C.H.	Centre Hospitalier
C.H.U.	Centre Hospitalier Universitaire
C.I.R.D.D.	Centre d'Information et de Ressources sur les Drogues et Dépendance
C.L.I.C.	Centre Local d'Information et de Coordination
C.O.D.E.S.	Comité Départemental d'Education pour la Santé
C.P.A.M.	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
C.R.O.S.M.S.	Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Médico-Sociale
D.R.A.S.S.	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
D.R.D.R	Dotation Régionale Des Réseaux
H.A.D.	Hospitalisation A Domicile
I.D.E.L.	Infirmiers Diplômés d'Etat Libéraux
L.F.S.S.	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
M.C.O.	Médecine Chirurgie Obstétrique
O.N.D.A.M.	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
PART-AGE	Personnes Agées Réseau Territorial
P.R.I.S.M.A.	Programme de Recherche sur l'Intégration des Services de Maintien de l'Autonomie
P.R.S.P.	Plan Régional de Santé Publique
P.M.T.	Projet Médical de Territoire
S.R.O.S.	Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire
S.S.R.	Soins de Suite et de Réadaptation

Méthodologie

Le groupe a défini en commun une méthode de travail. Les deux premiers jours ont été consacrés à la définition de la problématique et de la méthodologie d'investigation grâce à un échange constructif avec l'animateur du groupe.

Le groupe a ensuite identifié et contacté les personnes ressources à rencontrer pour conduire des entretiens semi directifs. En effet, le groupe n'a pas disposé dès le début du module d'une liste arrêtée de personnes à interroger, ce qui s'est révélé chronophage même si cela a permis une grande liberté dans le choix des interlocuteurs.

Une grille d'entretien commune a été élaborée, chacun devant l'adapter en fonction de son interlocuteur. La grille comprenait peu de questions mais de nombreuses relances éventuelles afin d'obtenir les réponses les plus complètes. Des groupes de deux ou trois personnes appartenant aux différentes filières (IASS, D3S, DS, DH) ont été constitués pour réaliser ces entretiens. Des intervenants divers ont été rencontrés (élus locaux, médecins et infirmiers libéraux, associations, partenaires institutionnels) afin d'avoir la vision la plus complète du terrain. Au total, vingt-six entretiens ont été réalisés par le groupe. Néanmoins, les enjeux politiques inhérents au thème traité expliquent, malgré la neutralité affichée par le groupe, qu'il a été parfois difficile de rencontrer certains interlocuteurs. Ainsi, nous n'avons pas pu nous entretenir avec la direction du Centre Hospitalier de Fougères qui est pourtant l'un des acteurs principaux de ce territoire.

Les deux premières semaines ont également été consacrées à la recherche documentaire (littérature grise, expériences similaires, rapports, outils de planification).

La coordination des différents membres du groupe a été une préoccupation majeure. Une réunion de travail quotidienne a permis à chacun d'échanger et de prendre connaissance des premières informations recueillies, tant au niveau documentaire qu'à l'occasion des entretiens. La mutualisation des informations s'est également traduite par la retranscription systématique des entretiens et leur diffusion par courriel dans la journée. Il s'agissait de permettre à tous les membres du groupe d'avoir une vision globale du thème et de disposer d'informations similaires. Notre réflexion a donc été collective et non pas segmentée en fonction d'une répartition des tâches.

Pour la réalisation de ce rapport, nous nous sommes inspirés de la méthodologie de conduite de projet avec la détermination d'un état des lieux de l'offre sanitaire et médico-sociale, d'un diagnostic des besoins, d'une identification des ressources et des contraintes du territoire et de la crédibilité des propositions. Les différents scénarii envisagés ont été étudiés en mettant en avant leurs avantages et leurs limites opérationnelles.

Au terme de la deuxième semaine, nous avons constitué des binômes afin de rédiger une ébauche du rapport. La dernière semaine a, quant à elle, été consacrée à une écriture collective du document. A cette occasion, la dynamique du groupe s'est avérée fructueuse ; chacun ayant pu bénéficier des compétences et des expériences professionnelles des autres membres.

Introduction

La territorialisation des politiques de santé a été impulsée par les acteurs institutionnels dès la création, dans les années 1970, de la carte sanitaire. Celle-ci a été remplacée par le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (S.R.O.S.), unique outil de planification depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003. Définis par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (A.R.H.) en tenant compte des spécificités des zones géographiques concernées, les territoires de santé inclus dans le SROS doivent correspondre à des bassins de vie.

Le Projet Médical de Territoire (P.M.T.), élaboré par la Conférence sanitaire de territoire, regroupant professionnels de santé, élus et usagers répond à la volonté de territorialiser les politiques de santé. Il s'agit donc d'identifier les besoins de santé sur un territoire et de coordonner les différents acteurs locaux selon une logique ascendante.

L'ARH de Bretagne promeut cette approche à un niveau infra territorial. En effet, en préalable à la rédaction du SROS III, l'ARH et les représentants de plusieurs Pays, dont celui de Fougères, se sont rencontrés. De plus, le SROS indique que les Conférences sanitaires de territoire doivent associer les Pays qui siègent désormais en leur sein. L'ARH souligne que les PMT doivent s'articuler avec les projets de santé portés par les Pays.

Mais cette approche reste difficile à mettre en place. En effet, il existe encore un cloisonnement entre les secteurs sanitaire et médico-social. La coopération entre les acteurs n'est pas toujours formalisée. La mise en œuvre d'une coordination, pour organiser un parcours de soins s'appuyant sur la complémentarité de chacun et une graduation de la prise en charge, s'avère nécessaire. Ce constat s'applique en l'espèce au Pays de Fougères.

La circulaire DHOS/DGAS/03/AVIE/ n° 2003/257 du 28 mai 2003 indique justement qu'une des missions des hôpitaux locaux est de développer les complémentarités. Le groupe a donc, dans un premier temps, tenté de concilier le titre de l'atelier « Quelle place pour l'hôpital local dans la structuration du territoire au service d'une action efficace en santé publique ? », la problématique proposée dans le dossier documentaire et les attentes exprimées par l'animateur. Parce qu'il était impossible de

répondre à ces diverses thématiques, le groupe a choisi, en accord avec l'animateur, de traiter de la coordination des actions de santé publique dans le Pays de Fougères, l'hôpital local n'étant que l'un des acteurs concerné.

Il s'agit donc de réfléchir aux modalités permettant la coordination des différents acteurs de santé publique¹ du Pays de Fougères. Cette démarche est d'autant plus nécessaire que ces derniers ont des objectifs et des intérêts en partie divergents. Dans cette optique, une des solutions envisageable est d'organiser la coordination des acteurs au sein d'un réseau² secondaire.

Notre réflexion s'articule en trois temps. Tout d'abord, une analyse du territoire de santé n°5 et du Pays de Fougères dans leurs dimensions démographiques, socio-économiques et épidémiologiques est présentée. Ensuite, les difficultés propres au Pays de Fougères, les besoins de santé publique identifiés, ainsi qu'une photographie des acteurs de santé, de leurs ressources et de leurs contraintes sont étudiés. Enfin, au regard des éléments recueillis, une proposition répondant au besoin de coordination des acteurs locaux, à la fois fédératrice et opérationnelle, a été avancée.

¹ La santé publique recouvre « l'étude d'une part, des déterminants physiques, psycho-sociaux et socioculturels de la santé de la population et, d'autre part, des actions en vue d'améliorer la santé de la population » (Institut de santé publique du Québec, 1997).

² « Les réseaux de prise en charge spécifique visent à répondre à un problème de santé publique pour lequel des protocoles de soins existent ou seront rapidement élaborés. Ces protocoles permettent d'organiser la place et les missions de chacun des intervenants dans la trajectoire de soins des patients. La démarche repose sur une prise en charge selon un protocole médical et organisationnel défini, appliqué par les différents professionnels en charge du patient pour une pathologie spécifique. L'autre démarche caractérise les réseaux de coordination ou réseaux secondaires qui posent le partenariat comme seul susceptible de répondre à des questions de nature organisationnelle voire de soins auquel aucun consensus préalable ne permet de répondre. Il s'impose quand le niveau d'interdépendance est élevé entre les acteurs. » (Mc Hardy-Baylé, Organisation des systèmes de soins, filières et réseaux, Université de Rouen).

PARTIE 1

Présentation du territoire de santé n° 5 et du Pays de Fougères : indicateurs démographiques, socio-économiques et épidémiologiques

Si les besoins en santé publique du Pays de Fougères sont identiques à ceux du territoire de santé n°5, zone de référence de l'organisation de l'offre de soins, ses caractéristiques socio-économiques et démographiques demeurent spécifiques.

1) Le territoire de santé n°5 constitue la zone de référence pour identifier les besoins de santé et organiser l'offre de soins

Le territoire de santé n°5 se distingue des autres territoires bretons par des indicateurs de santé encourageants. Pour autant, la présence du Centre Hospitalier Universitaire (C.H.U.) de Rennes peut entraîner des risques de désorganisation de l'offre de soins de proximité du fait de son attractivité.

1.1) Le territoire de santé n°5 se distingue des autres territoires bretons par des indicateurs de santé encourageants

Le territoire de santé n° 5 s'articule autour de quatre centres urbains principaux (Rennes, Fougères, Vitré et Redon). Il possède deux spécificités. Tout d'abord, avec un peu plus de 798 200 habitants au 1^{er} janvier 2004, il est le plus peuplé des huit territoires de santé de la Région Bretagne. Il représente en effet 27% de la population bretonne.

De plus, sa population est également la plus jeune de la région avec un indice de vieillissement³ égal à 27 (contre 38 pour l'ensemble de la Bretagne). L'espérance de vie à la naissance est supérieure à la moyenne régionale aussi bien pour les hommes (76,3 ans contre 74,4 ans pour l'ensemble de la Bretagne) que pour les femmes (83,7 ans contre 82,9).

³ Etude réalisée par l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne (ORS Bretagne) avec la participation de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Bretagne, dans le cadre du « Contrat de Plan Etat-Région : programme d'observation de la santé ».

La population du territoire n°5 présente par ailleurs le meilleur état de santé de la région, avec une sous morbidité par rapport à la moyenne régionale, à l'exception notable du taux de cancers. Le taux de mortalité est, quant à lui, inférieur à la moyenne régionale (- 10 %), à l'exception de la tranche d'âge de 0 à 19 ans où le risque de décès est proche de la moyenne régionale.

Néanmoins, comme tous les territoires de santé, le territoire n°5 devra faire face dans les années à venir à la problématique de la prise en charge des personnes âgées. Une croissance du nombre des personnes âgées de 60 ans et plus (46 000 personnes supplémentaires attendues d'ici 2015) aura pour effet d'accroître la demande de soins.

1.2) La présence du CHU de Rennes peut entraîner des risques de désorganisation de l'offre de soins de proximité du fait de son attractivité

Les indicateurs de santé encourageants du territoire n°5 sont à mettre en parallèle avec une offre de soins conséquente. Ainsi, dans le secteur ambulatoire, le territoire disposait en 2004 de près de 1260 médecins généralistes, 1340 spécialistes et 5340 infirmiers libéraux. Cette densité en professionnels de santé est proche de la moyenne régionale. Elle est même supérieure de 13% à la moyenne régionale s'agissant des médecins spécialistes.

Concernant les établissements hospitaliers, le territoire n°5 se caractérise par un ratio population/nombre d'établissements inférieur à celui de la région pour toutes les disciplines, à l'exception de l'obstétrique et de la pédopsychiatrie. Mais, ce ratio, a priori défavorable, est contrebalancé par la présence du CHU de Rennes, qui est attractif sur l'ensemble du territoire et qui dispose d'une taille permettant de répondre aux besoins de la population. Le SROS indique que l'attractivité du CHU peut entraîner une polarisation des acteurs de santé autour de la métropole rennaise, et ce d'autant plus que la coopération entre les différents acteurs de santé demeure embryonnaire. Néanmoins, le taux de fuite des autres établissements de santé vers le CHU est seulement de 7%.

Par conséquent, une meilleure répartition géographique des soins de proximité, ainsi que le développement de structures d'aval des soins aigus, à travers la consolidation des hôpitaux locaux, sont des enjeux stratégiques.

2) Bien que les besoins en santé publique du Pays de Fougères soient identiques à ceux du territoire de santé n°5, ses caractéristiques socio-économiques et démographiques demeurent spécifiques

Les communes de la zone concernée sont regroupées en intercommunalité depuis de nombreuses années. La signature en 2002 du contrat de Pays de Fougères avec l'Etat et le Conseil Général fait suite à l'installation en 2001 du Conseil de développement du Pays de Fougères, créé dans le prolongement de l'association « Fougères, Pays en marche ».

La démarche de Pays a pour objet de promouvoir le développement durable et de favoriser le développement économique, social et culturel d'un bassin de vie identifié. Même si elle ne fait pas partie des prérogatives explicites des Pays, la santé peut être un facteur de cohésion, de bien être de la population et d'aménagement du territoire.

2.1) Le Pays de Fougères se distingue du territoire de santé n°5 par la composition de sa population

Le Pays de Fougères est situé au nord-est de l'Ille-et-Vilaine et comprend cinquante-huit communes. Sa superficie est inférieure à la moyenne des vingt-et-un Pays bretons. Il s'agit d'un territoire rural comprenant deux unités urbaines : l'agglomération fougeraise et la ville de Louvigné-du-Désert.

Sa population totale s'établissait à 76500 habitants en 1999, soit 2,6% de la population bretonne. En 2002, ce nombre atteignait 77047 habitants. Cette augmentation peut s'expliquer par un réseau routier renforcé par l'autoroute des Estuaires.

La population du Pays de Fougères diffère de celle du reste du territoire n°5 dans sa composition : 25,8% de sa population est âgée de 60 ans et plus contre 23,8% pour la Région Bretagne, le territoire n°5 se distinguant par sa population relativement jeune. La plupart des communes situées au nord-ouest du Pays, c'est-à-dire dans le secteur d'Antrain répondent particulièrement à ce constat. En revanche, celles situées dans la périphérie fougeraise et à proximité du Pays de Rennes ont une population plus jeune.

Enfin, les nouveaux arrivants représentent seulement 16,5% de la population du Pays de Fougères, ce qui constitue l'un des taux les plus faibles de Bretagne. En revanche, 82% de ces migrants sont des actifs s'installant avec leur famille. Malgré tout, de 1990 à 1999, la population active totale diminue de 0,8%.

2.2) Les caractéristiques socio-économiques du Pays de Fougères diffèrent, en partie, de celles du territoire de santé n°5

Les caractéristiques socio-économiques d'un bassin de vie sont un déterminant des besoins en santé publique d'une population.

La structure des activités du Pays de Fougères reste spécifique : 28% des emplois relèvent du secteur industriel (contre 18% en moyenne régionale), 12% des emplois du secteur agricole (contre 8% en moyenne régionale) et seulement 53% des emplois dépendent du secteur tertiaire (contre 68% en Bretagne).

De plus, ces activités se concentrent au niveau de l'agglomération de Fougères, qui totalise à elle seule 41% des emplois. Le Pays de Fougères connaît également une fuite massive de ses actifs, dont 8% travaillent dans le Pays de Rennes (contre 5,6% en 1990) et 2,4% dans le Pays de Vitré (contre 1,5% en 1990).

La population du Pays de Fougères connaît par ailleurs une sous représentation des catégories socioprofessionnelles par rapport à la moyenne régionale. Par conséquent, le revenu médian déclaré en 2000 est 5% plus faible que le revenu médian breton.

2.3) Les besoins de santé publique du Pays de Fougères sont identiques à ceux du territoire n°5 mais s'expriment de manière plus aigüe

La Conférence sanitaire du territoire n°5 a défini trois axes prioritaires de santé publique, à savoir la nutrition, les conduites addictives notamment liées au tabac et à l'alcool, et le suicide.

Le Pays de Fougères présente des risques sanitaires similaires mais qui s'expriment de façon plus marquée : un risque lié au facteur alcool plus élevé chez les hommes (fréquence des cancers des voies aéro-digestives) et une surmortalité par suicide chez les hommes et les

femmes, dont les déterminants sont nombreux (l'âge, le sexe, l'environnement social, les antécédents familiaux, les troubles psychiatriques et particulièrement en milieu rural le vieillissement de la population et l'isolement lié à la désertification de certaines zones).

Par conséquent, le Pays de Fougères présente une mortalité générale supérieure de 7% à la moyenne nationale. Ce risque de surmortalité est particulièrement avéré pour les hommes dans les cantons d'Antrain et de Fougères (à l'exception du nord de Fougères). La surmortalité pour les femmes est supérieure de 6% à la moyenne nationale. En revanche, la mortalité prématurée, masculine et féminine, lui est équivalente.

PARTIE 2

Les difficultés propres au Pays de Fougères justifient la mise en œuvre d'une coordination des acteurs en santé publique

Les difficultés rencontrées dans le Pays de Fougères expliquent la nécessité d'une coordination organisée entre les acteurs de santé publique.

1) Les difficultés rencontrées dans le Pays de Fougères

L'accessibilité et l'équité de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale constituent des objectifs difficiles à atteindre dans le Pays de Fougères, en raison des caractéristiques géographiques du Pays, des problèmes de démographie médicale et des conflits d'intérêt.

1.1) Les caractéristiques géographiques du Pays : un territoire à la fois rural et périurbain, relativement isolé

Tout d'abord, le caractère rural du Pays de Fougères a des conséquences sur l'attractivité du territoire, tant pour les professionnels de santé que pour la population dans son ensemble. En effet, malgré l'A84 assurant la desserte vers Rennes, le Pays souffre d'un isolement certain. D'autre part, sa proximité vis-à-vis de la métropole rennaise entraîne des taux de fuite importants concernant les patients du Pays de Fougères qui nécessitent une prise en charge sanitaire.

L'isolement relatif du Pays est d'autant plus dommageable qu'il est accompagné de problèmes de transports préjudiciables à l'accès aux dispositifs de santé publique (transports à la demande, consultations avancées, etc). En effet, trop de communes restent encore dépourvues de transports adaptés, notamment pour les personnes âgées et handicapées. Il est donc nécessaire de développer les services à proximité du domicile. Pour autant, des insuffisances persistent : par exemple, le portage des repas à domicile n'est assuré que dans quatre communes sur onze dans le canton du Coglais.

Outre ces problèmes de transports, la démographie médicale restreint également l'accès équitable à l'offre sanitaire et médico-sociale.

1.2) Une démographie médicale préoccupante

A l'instar des territoires ruraux et périurbains de France, le Pays de Fougères connaît un problème de démographie médicale. En effet, la densité des médecins généralistes est nettement inférieure aux moyennes régionale et nationale avec 0,95 généraliste (1,52 en Bretagne et 1,63 en France) pour 1000 habitants. Les spécialistes sont, quant à eux, 1,76 pour 1000 habitants (1,48 en Bretagne et 1,69 en France), mais ils sont concentrés à Fougères. La situation future est d'autant plus préoccupante que l'âge moyen des médecins généralistes installés sur le territoire est de 54 ans : sans nouvelle installation, 57,69% des médecins libéraux aujourd'hui en activité seront partis en retraite d'ici quinze ans.

Le manque d'attractivité du territoire joue un rôle majeur dans cette situation. Les espaces ruraux sont en effet peu attractifs pour les jeunes médecins car les conditions de travail y sont moins confortables. La question de l'exercice libéral isolé en milieu rural se pose donc avec acuité.

S'agissant des spécialistes, la situation est encore plus difficile : à l'exception de la ville de Fougères, aucun médecin spécialiste n'est présent sur le territoire. L'offre aux frontières du Pays est également faible.

La désertification médicale se traduit à la fois par une surcharge de travail pour les professionnels et par une limitation inévitable de l'accès aux soins de proximité.

1.3) Une coopération de fait entre les acteurs malgré l'absence d'une coordination organisée

Il existe indéniablement une coopération fondée sur des relations interpersonnelles et encouragée notamment par les contraintes générées par la démographie médicale et le caractère rural du territoire. Celle-ci demeure cependant insuffisante en raison de facteurs multiples.

En effet, peu de liens ont été tissés entre les secteurs sanitaire, médico-social et libéral. Outre des modes de financement variés, les différences de culture professionnelle rendent la coopération difficile. Les habitudes et les difficultés inhérentes à l'exercice libéral isolé ne favorisent pas le partage d'informations, ni le travail en commun.

Parallèlement, les acteurs craignent l'« effet mille-feuilles » lié à la multiplication des structures et le manque de temps pour s'y investir. En outre, si le CH de Fougères développe des actions de coopération sur le territoire de santé n°5, celles-ci ne se concentrent pas spécifiquement sur le Pays et ne répondent pas aux besoins de coordination ressentis.

De plus, les conflits d'intérêt entre les différents acteurs, chargés de plusieurs missions, à la fois professionnelles et politiques, expliquent les difficultés à travailler ensemble.

Néanmoins, des actions de coopération ont déjà été mises en place avec succès dans le Pays, notamment le réseau Part-âge⁴ et l'association des Infirmiers Diplômés d'Etat Libéraux (I.D.E.L.). La rédaction d'un dossier d'objectifs partagés par l'ensemble des professionnels au début des années 2000, malgré sa faible utilisation sur le terrain, témoigne également de la volonté et de la capacité des acteurs à travailler ensemble.

Les difficultés pointées incitent à la mise en œuvre d'une coopération des acteurs de santé publique. En effet, face au manque d'attractivité du territoire, à une démographie médicale préoccupante et à un accès aux soins insuffisamment équitable, la mutualisation des ressources et des compétences peut constituer une solution viable.

Il s'avère nécessaire de créer une démarche d'échange et de coordination pour rendre l'action des acteurs de santé plus efficiente.

⁴ Part-âge (Personnes âgées réseau territorial, réseau de soins de proximité, Marches Normandie-Bretagne) est un réseau qui, en collaboration avec les professionnels du territoire intervenant auprès de la personne âgée, est chargé de l'évaluation gériatrique, sociale, du domicile et des aides nécessaires pour améliorer la prise en charge de la personne âgée. Part-âge intervient dans six cantons : Antrain, Saint-Brice-en-Coglès, Louvigné-du-Désert, Dol-de-Bretagne, Pleine-Fougères et Saint-Aubin d'Aubigné.

2) La nécessité d'une coordination organisée

La mise en œuvre d'une coordination des acteurs de santé publique dans le Pays de Fougères est nécessaire du fait de besoins identifiés et d'une multiplicité d'acteurs aux missions diverses.

2.1) L'identification des besoins en santé publique rend nécessaire la coordination des acteurs dans le Pays de Fougères

Les besoins du Pays de Fougères recourent ceux définis par la Conférence de santé du territoire n°5 : le suicide, la nutrition et les conduites addictives.

S'agissant des conduites addictives, le CH de Fougères a organisé l'ouverture d'une consultation tabacologique et a mis en place des actions de prévention et d'aide au sevrage, avec la création d'une équipe de liaison en addictologie.

Les hôpitaux locaux de Saint-Brice-en-Coglès et d'Antrain travaillent également sur le problème des conduites addictives, du suicide et de la dénutrition des personnes âgées grâce à un diététicien.

Enfin, la Maison Bleue de Fougères incite au repérage précoce des troubles psychiques des enfants dans les lieux d'accueil ou d'accompagnement, grâce à des rencontres médicales avec les différentes structures de pédopsychiatrie. Elle œuvre à l'amélioration de la prise en charge des adolescents en souffrance par sa participation aux dispositifs mis en place par l'unité de soins ambulatoires en psychiatrie infanto juvénile.

S'agissant de la nutrition, les acteurs soulignent des difficultés à assurer le portage des repas sur l'ensemble du territoire.

Par ailleurs, l'ensemble des acteurs insiste sur la précarité de la population du Pays ainsi que sur le vieillissement démographique. Deux publics cibles émergent : les adolescents, pour lesquels un défaut de structures est constaté, les personnes âgées qui, quant à elles, bénéficient d'une offre adéquate.

Concernant ces dernières, le manque d'actions en matière de prévention des chutes, d'hygiène et de lutte contre l'insalubrité de l'habitat, est souligné. De même, l'organisation du maintien à domicile avec aménagement de l'habitat n'est pas anticipée.

Enfin, les acteurs évoquent un manque de places d'accueil spécialisé pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, ainsi que l'insuffisance de consultations de mémoire de proximité.

La fragilité du lien social et l'isolement en milieu rural posent également la question de la prise en charge des syndromes dépressifs, ainsi que celle de la prévention du suicide des personnes âgées.

2.2) La multiplicité des acteurs nécessite l'organisation d'une coordination

Malgré les problèmes de démographie médicale⁵, les habitants ont accès à une offre de soins spécialisée, largement développée dans le Pays de Rennes. Pour pallier le déficit de personnels de santé, une maison médicale de garde s'est implantée à Fougères en 2003 afin de mieux organiser la permanence des soins. De même, si le Pays compte une pharmacie pour 2250 habitants (contre une pour 2500 en Bretagne), il ne dispose que d'un laboratoire d'analyse pour 25500 habitants (contre un pour 17600 en Bretagne).

S'agissant du secteur hospitalier, la Clinique Saint-Joseph et le CH de Fougères ont fusionné en 2003. Le Pays dispose également de deux hôpitaux locaux à Antrain et à Saint-Brice-en-Coglès, ainsi que d'un établissement privé de pédopsychiatrie, La Maison Bleue de Fougères. Ces structures assurent les activités de Médecine Chirurgie Obstétrique (M.C.O.), de Soins de Suite et de Réadaptation (S.S.R.), de psychiatrie et de soins de longue durée.

Quatre services de soins infirmiers à domicile interviennent également sur le territoire de Fougères, à Antrain et à Saint-Etienne-en-Coglès, avec une capacité de 153 places. Ces services proposent 22 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus, contre 18 pour 1000 en Bretagne et 15 pour 1000 à l'échelle nationale.

Par ailleurs, la DRASS de Bretagne a élaboré un schéma régional d'éducation pour la santé en 2003. Les cinq principaux partenaires en éducation pour la santé présents dans le Pays de Fougères sont le Centre Départemental de Prévention de l'Alcoolisme (C.D.P.A.), la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (C.P.A.M.), le Centre d'Information et de Ressources

⁵ Voir supra, p.7.

sur les Drogues et Dépendance (C.I.R.D.D.), le Comité Départemental d'Education pour la Santé (C.O.D.E.S.), l'Association d'Aide aux Toxicomanes, de Prévention et de Formation (A.A.T.P.F.).

L'hôpital local est également un acteur à part entière de la santé publique conformément aux missions qui lui sont imparties⁶. Il constitue un premier niveau de prise en charge, autour duquel se développent des activités médico-sociales.

Acteur indispensable de l'offre de soins de proximité, il a une double vocation sanitaire et médico-sociale. Compte tenu de ses activités diverses (prise en charge sanitaire et médico-sociale, hébergement, mise en place de services à domicile, etc), l'hôpital local met en œuvre quotidiennement la coordination entre les différents acteurs sanitaires et sociaux. Il est également un point d'ancrage de la médecine libérale. Il est également le pivot de la prise en charge des personnes âgées et assure la prévention et l'éducation en santé auprès de la population de proximité. Il est, de ce fait, un animateur local de santé qui, en concertation avec les élus, les usagers et les acteurs d'un territoire, répond à une demande de prise en charge de premier recours.

Les hôpitaux d'Antrain et de Saint-Brice-en-Coglès sont les deux hôpitaux locaux du Pays de Fougères. Si leurs préoccupations sont liées au respect des objectifs quantifiés en médecine et SSR, il n'en demeure pas moins que la durée des séjours d'hospitalisation doit être justifiée. De même, ces deux établissements doivent être confortés dans leurs missions pour garantir un accès aux soins de proximité.

Un des enjeux de santé publique identifié réside dans le décloisonnement entre les secteurs hospitalier et ambulatoire, le préventif et le curatif, le sanitaire et le médico-social. Les hôpitaux locaux du Pays de Fougères bénéficient à ce sujet d'atouts leur permettant de rester des acteurs majeurs de la coopération, notamment parce qu'ils sont déjà intégrés au réseau local Part-âge, qu'ils bénéficient d'une direction commune - expérience avérée de la coopération - et qu'ils travaillent de concert avec les Comités Locaux d'Information et de Coordination (C.L.I.C.).

⁶ Les missions de l'hôpital local sont définies à l'article R. 6141-18 et s'énoncent ainsi : « L'hôpital local, établissement public de santé, a pour objet de dispenser : 1° Avec ou sans hébergement : des soins de courte durée en médecine ; des soins de suite et de réadaptation ; 2° Avec hébergement, des soins de longue durée, tels que définis au 2° de l'article L. 6111-2. » En outre, « dans le cadre des missions prévues aux articles L. 6111-1 et L. 6112-1, l'hôpital local participe notamment : aux actions de santé publique et aux actions médico-sociales coordonnées ; aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé ; aux actions de maintien à domicile, en liaison avec les professionnels de santé locaux ». La circulaire DHOS/DGAS/03/AVIE/ n° 2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local s'attache à valoriser 3 axes : développement des complémentarités, soutien d'une formation aux professionnels de l'hôpital local, nouvelle organisation de la fonction médicale.

Enfin, une multitude d'acteurs intervient dans le secteur médico-social : outre les établissements d'hébergement pour personnes âgées, l'Aide à Domicile en Milieu Rural (A.D.M.R.) joue un rôle déterminant en proposant ses services. Les CLIC ont à la fois une mission d'accueil, d'orientation des personnes âgées et de coordination. Même si le Conseil Général détient une compétence générale en matière de politiques menées en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées, une multitude d'acteurs sanitaires et médico-sociaux, publics ou privés interviennent. Les CLIC impulsent parallèlement des actions plus ponctuelles, telles que des réunions de sensibilisation à la maladie d'Alzheimer ou d'aide aux aidants.

PARTIE III

Les scénarii envisagés et la solution préconisée

Différents scénarii sont envisageables pour assurer la coordination des acteurs de santé publique dans le Pays de Fougères : le projet d'association « Santé et bien-être pour tous dans le Pays de Fougères », le réseau, le Pays mandataire d'une plate-forme ou d'une Animation Territoriale de Santé (A.T.S.). Il s'agira d'expliquer, dans un dernier temps, l'hypothèse qui paraît la plus crédible.

1) Le projet d'association « Santé et bien-être pour tous dans le Pays de Fougères », s'il présente des atouts certains, comporte des limites

Certains acteurs du réseau de santé Part-âge souhaitent, à travers la création de l'association « Santé et bien-être pour tous dans le pays de Fougères » élargir leur collaboration à d'autres problématiques de santé publique sur un secteur géographique plus important. Dans ce cadre, les missions suivantes lui ont été imparties : promotion de la santé, réalisation d'une cartographie, promotion de toute forme de coopération.

Cette volonté de se fonder sur les besoins ressentis par les professionnels de santé, les élus et les usagers induit la mobilisation de la population sur une démarche de promotion de la santé⁷.

Pour autant, la faible participation lors de l'assemblée générale constitutive de l'association, conduisant à son report, semble démontrer la difficulté de l'exercice.

⁷ La promotion de la santé recouvre, à la fois, la prévention, l'éducation à la santé, la prise en charge sanitaire et médico-sociale, le bien-être et la qualité de vie.

Trois facteurs peuvent l'expliquer. Tout d'abord, les acteurs impliqués dans cette démarche travaillent généralement dans plusieurs autres structures. De ce fait, ils ne sont pas toujours prêts à s'engager dans une nouvelle association, activité potentiellement chronophage.

De plus, il existe de nombreux réseaux de santé initiés à Rennes, s'étendant théoriquement jusqu'au Pays de Fougères. Ils portent sur des problématiques aussi diverses que la nutrition ou l'adolescence. Si ces réseaux de santé peuvent apporter un soutien en termes de formation, de méthodologie ou de support technique, ils ne peuvent réunir l'ensemble des acteurs d'un territoire aussi large. Parallèlement, leur existence fragilise la création et le financement de nouveaux réseaux « micro-locaux » ; et ce d'autant plus qu'un certain nombre d'interlocuteurs institutionnels conçoit difficilement un élargissement à d'autres problématiques de santé publique du fait du faible nombre de professionnels de santé, notamment de spécialistes. Il est difficile d'envisager une prise en charge efficace de pathologies nécessitant un plateau technique important ou de publics spécifiques comme les adolescents. A contrario, selon les acteurs locaux, des améliorations semblent possibles s'agissant de la prise en charge des personnes âgées.

Enfin, la majorité des acteurs locaux perçoivent cette association comme une alternative locale à l'Hospitalisation A Domicile (H.A.D.) 35, répondant à l'absence de service d'hospitalisation à domicile sur le Pays de Fougères. Mais les secteurs ruraux, comme Vitré, Redon, Fougères, se sont vivement opposés au projet d'HAD 35 qui, selon eux, ne tenait pas suffisamment compte des spécificités locales et n'associait pas les professionnels de santé libéraux implantés sur le territoire. Ce projet a, par ailleurs, reçu un avis défavorable des instructeurs préparant les séances du Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale (C.R.O.S.M.S.). A ce jour, l'échec de l'HAD 35 paraît avoir clivé fortement les acteurs locaux, entre ceux proches du CH de Fougères qui jugeaient ce projet acceptable et sa mise en oeuvre urgente et ceux qui s'y opposaient. Cette expérience a généré des tensions qui rendent, à l'avenir, difficile une coopération entre l'ensemble des acteurs locaux.

Par ailleurs, les statuts de l'association semblent révéler certaines limites. Tout d'abord, le fonctionnement de la structure est complexe : un Conseil d'administration de vingt membres, une élection à chaque assemblée ordinaire des membres sortants, une réélection tous les deux ans du Conseil d'administration, etc.

Ensuite, ses missions varient en fonction du profil et des compétences des acteurs impliqués.

Enfin, la présence de présidents de plusieurs Pays dans le Conseil d'administration interroge le champ territorial d'intervention de l'association.

Ainsi, l'addition de conflits d'intérêt, la complexité administrative de l'association, l'absence de visibilité sur sa plus value et les imprécisions de ses missions questionnent la viabilité de ce projet.

2) La constitution d'un réseau

La constitution d'un réseau⁸ vise à formaliser un parcours de soins. Son objectif est de mettre en place une coordination efficiente des acteurs, et non pas de réaliser en tant que telle une activité de soins. Des initiatives se sont initialement formées autour de pathologies identifiées comme les réseaux VIH-SIDA ou diabète, créés dans les années 1980. Il existe ainsi une dizaine de réseaux qui ont comme champ d'action le Pays de Fougères. Les réseaux peuvent prendre différentes formes juridiques dont celles de l'association loi 1901 ou du groupement d'intérêt public. Un des avantages de la labellisation officielle de réseau réside dans la possibilité de recevoir un financement institutionnel à travers la Dotation Régionale de Développement des Réseaux (D.R.D.R.)⁹.

La région Bretagne bénéficiant de l'existence de nombreux réseaux centrés sur des pathologies, l'ARH souhaite désormais mettre l'accent sur la création de réseaux territoriaux. Au niveau des territoires de santé, cette coordination est réalisée par la Conférence sanitaire de territoire à travers le PMT. Mais, il semble nécessaire de constituer des réseaux territoriaux à un niveau plus fin comme celui du Pays de Fougères, afin de coordonner les acteurs de santé sur un même bassin de vie.

⁸ Le cadre juridique des réseaux de santé est défini par la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2002 et la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. L'article L 6321-1 du Code de santé publique indique que « Les réseaux de santé ont pour objet 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. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations ».

⁹ Depuis la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (L.F.S.S.) 2002, une dotation nationale de développement des réseaux a été créée au sein de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (O.N.D.A.M.), et est déclinée régionalement à partir d'un arrêté ministériel. L'enveloppe de la dotation régionale de développement des réseaux est gérée par la Mission Régionale de Santé et s'élevait en 2006 à 8 922 307 euros. Les réseaux sont financés après une décision conjointe du directeur de l'ARH et du directeur de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (U.R.C.A.M.) faisant suite à une procédure régionale d'examen des projets et des demandes de financement par le Comité régional des réseaux et de la coordination des soins (Mission Régionale de Santé).

Deux scénarii sont envisageables : la création ad hoc d'un réseau territorial avec une compétence géographique plus ou moins étendue ou l'extension à d'autres priorités de santé publique d'un réseau existant.

2.3) Un réseau territorial ad hoc

Afin de coordonner les acteurs de santé publique du Pays de Fougères, un nouveau réseau pourrait être créé. En effet, face aux conflits d'intérêt existants, la création d'un réseau ad hoc porté par une personne morale ou physique, reconnue comme légitime par l'ensemble des acteurs locaux, pourrait s'avérer plus efficace.

Deux éléments restent à déterminer : identifier l'acteur chargé de coordonner le réseau et définir l'échelle territoriale d'intervention.

Le pilote du réseau aurait pour mission de mettre fin aux clivages entre les acteurs : médico-social/sanitaire, libéraux/hospitaliers ou Fougères/cantons ruraux. Outre sa nécessaire légitimité, cet acteur devrait être disponible pour mettre en place puis animer le réseau.

L'action du réseau devrait s'étendre à l'ensemble du Pays de Fougères, qui constitue un échelon territorial bien identifié géographiquement et politiquement. Ceci permettrait également de renforcer les liens entre le CH de Fougères et les deux hôpitaux locaux ; les priorités du premier étant davantage axées sur la dynamisation de son activité, sur la réduction de sa durée moyenne de séjour et sur la coopération avec le CH de Vitré afin d'assainir sa situation financière.

En outre, les acteurs de santé publique du Pays, contraints par une charge de travail conséquente, pourraient percevoir la création de ce réseau comme une activité chronophage et ne pas s'impliquer à la hauteur de l'enjeu.

C'est pourquoi, il pourrait être envisageable, dans un premier temps, de limiter l'étendue de la zone d'action du réseau, ce qui réduirait le nombre d'acteurs concernés et permettrait une meilleure efficacité de celui-ci en les impliquant davantage.

Néanmoins, une telle restriction de l'emprise territoriale du réseau connaît des limites. En effet, cette hypothèse serait moins soutenue par l'ARH qui souhaite encourager la création de réseaux à la couverture territoriale plus étendue. De plus, si la zone choisie était par exemple celle de Saint-Brice-en-Coglès/Antrain, le promoteur du réseau serait l'hôpital local au regard de son importance et de ses missions.

Cependant, en raison des conflits d'intérêt existants, il serait difficile d'étendre ce réseau au niveau du Pays de Fougères s'il en demeurerait le coordonnateur.

Par ailleurs, le CH de Fougères ne serait pas partie prenante de cette démarche ce qui limiterait l'organisation d'un parcours de soins complet.

2.4) L'extension d'un réseau existant

Compte tenu des difficultés inhérentes à la constitution d'un nouveau réseau, il pourrait être envisageable d'étendre un réseau existant à d'autres priorités de santé publique. Pour que cette démarche soit efficace, il serait nécessaire de partir d'un réseau centré autour d'une thématique fédérant déjà de nombreux acteurs. Il serait ainsi plus aisé d'inclure les acteurs concernés par d'autres priorités de santé publique.

Si la prise en charge des personnes âgées semble être la préoccupation première des acteurs de santé publique dans le Pays de Fougères, celle des adolescents en difficulté, des souffrances psychiques (suicides, syndrômes dépressifs, etc) ou des conduites addictives, est également une priorité reconnue.

Néanmoins, les acteurs les plus nombreux se situent dans le champ de la gérontologie. La zone de Saint-Brice-en-Coglès/Antrain bénéficie déjà de la présence du réseau Part-âge. Lors de la présentation de la demande de financement de celui-ci, la Mission Régionale de Santé (M.R.S.) de Bretagne a formulé certaines réserves concernant l'implication des professionnels des établissements de santé, le dossier médical de liaison et la permanence des soins en gérontologie.

Toutefois, la plupart des acteurs rencontrés, dont l'ARH, s'accordent à dire que le réseau Part-âge est globalement efficace.

Par conséquent, il pourrait être opportun d'étendre cette initiative aux autres priorités de santé publique. Mais, les risques seraient de désorganiser ce réseau et de se heurter aux clivages entre ses promoteurs et les acteurs concernés par les autres priorités de santé publique. De plus, le champ territorial d'intervention de Part-âge s'étend à des zones extérieures au Pays de Fougères, voire au département d'Ille-et-Vilaine.

3) Le Pays de Fougères, mandataire d'une coordination

Le Pays de Fougères est un territoire bien identifié géographiquement et relativement homogène. Il constitue par conséquent l'échelon territorial de référence pour organiser une coordination des acteurs de santé publique. A ce titre, deux solutions se dessinent : la création d'une plateforme ou la mise en place d'une ATS.

3.1) La plateforme de santé publique

La mise en oeuvre d'une coordination des acteurs de santé publique dans le Pays de Fougères pourrait être assurée par une plateforme, relais d'informations pour les usagers et pour les professionnels des secteurs sanitaire et médico-social. Elle garantirait la réciprocité des échanges entre ces derniers, en réponse à la méconnaissance de l'existence et du rôle des acteurs locaux.

Pour la mise en place d'actions concrètes, cette plateforme s'appuierait sur l'hôpital local, qui est un des moteurs essentiels des actions de santé publique en accord avec les missions qui lui sont imparties¹⁰. Il est en effet chargé de développer les complémentarités entre les acteurs locaux.

Par ailleurs, la plateforme pourrait notamment organiser une « médecine itinérante » afin de favoriser l'accessibilité et la continuité des soins, en réponse à l'isolement et à la précarité sociale de certains habitants (personnes âgées, personnes handicapées, etc).

3.2) L'animation territoriale de santé

Selon le cahier des charges élaboré par le Comité technique régional d'animation territoriale en lien avec le Programme Régional de Santé Publique (P.R.S.P.) 2006-2010, les objectifs de l'ATS sont de contribuer au développement d'un territoire (Pays, établissement public de coopération intercommunal, commune) dans le champ de la promotion de la santé en adéquation avec les priorités locales.

¹⁰ Voir supra, p.11.

L'une des missions de l'animateur est de coordonner les acteurs locaux de promotion de la santé par la mise en réseau, la diffusion de bonnes pratiques, l'accompagnement méthodologique, l'information, l'orientation, la communication, l'articulation autour d'actions adaptées aux besoins de la population du territoire.

Par ailleurs, il est chargé d'établir un diagnostic territorial partagé, réalisé impérativement dès la première année de mise en place de l'ATS.

Enfin, il élabore un programme territorial d'actions de promotion de la santé en cohérence avec le PRSP et centré sur quelques actions ressortant du diagnostic territorial, limitées en nombre et en durée pour favoriser une meilleure efficacité et une évaluation plus aisée.

Les modalités de mise en œuvre sont les suivantes :

- un promoteur, maître d'ouvrage, qui peut être le Pays, la ville ou l'établissement public de coopération intercommunale. Le choix du promoteur est fait en accord avec les partenaires financiers ;
- une convention, d'une durée minimale de trois ans, passée entre l'Etat, l'Assurance Maladie, le Conseil Régional de Bretagne et le promoteur ;
- un animateur recruté par le promoteur qui peut procéder à un recrutement direct, recourir aux procédures de mise à disposition et de détachement ou choisir l'affectation de personnels déjà existants. L'animateur joue un rôle essentiel dans le diagnostic, la coordination et la méthodologie, mais n'a pas l'obligation de participer à la mise en œuvre des actions ;
- un financement du poste de l'animateur estimé à 45000 € réparti comme suit : 15000 € financés par l'Etat et l'Assurance Maladie, 15000 € par le Conseil Régional et 15000 € par le promoteur ;
- un comité de pilotage régional qui se réunit en formation plénière au moins une fois par an pour faire un bilan de l'avancement du dispositif ;
- un comité de pilotage territorial qui se réunit deux fois par an, présidé par un élu du territoire, ayant pour mission de valider le diagnostic local partagé, les priorités qui en découlent et le programme d'actions proposé par l'opérateur en charge de l'ATS.

S'agissant du suivi du dispositif, une formation est proposée aux intervenants de l'ATS. Son évaluation porte sur le respect des dispositions du cahier des charges. Les modalités de ces deux axes sont fixées par le comité de pilotage régional et définies dans un cahier des charges.

En 2003, ce dispositif a été proposé au Pays de Fougères¹¹. L'ATS permet en effet de mobiliser les élus autour d'une véritable dynamique de réseaux, ainsi que la mise en œuvre de projets cohérents et d'une mutualisation de moyens sur l'ensemble du territoire. Elle favorise l'émergence d'une démocratie sanitaire grâce à une meilleure appropriation locale des politiques de santé. D'autre part, l'animateur assure la déclinaison priorisée des programmes de santé publique départementaux, régionaux et nationaux. Il permet d'utiliser les financements de manière concertée.

Pour autant, les contraintes financières expliquent l'absence d'aboutissement du projet dans le Pays de Fougères. De plus, pour les acteurs locaux, un problème de légitimité se pose ; la crainte étant que l'animateur soit missionné par la DRASS.

Malgré ces réticences, la nécessité de disposer d'un référent en santé dans le Pays de Fougères s'impose afin de garantir une meilleure coordination des acteurs de santé publique et de disposer d'une personne totalement dédiée à cette mission.

¹¹ L'animation territoriale de santé est un dispositif expérimental créé en 2002 en Bretagne à la suite d'une décision du comité régional des politiques de santé. Il s'inscrit dans le PRSP 2006-2010, dans le cadre de la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique ainsi que dans le schéma de la Délégation à l'Aménagement du Territoire et à l'Action Régionale (D.A.T.A.R.). Cette expérimentation est ouverte aux pays, communes et communautés de communes. A ce jour, elle concerne sept territoires : six Pays et une Ville (Rennes, Centre Ouest Bretagne, Guingamp, Trégor Goélo, Saint Malo, Vitré, Ploërmel). Les expériences sont cofinancées par les promoteurs, l'État (DATAR puis DRASS), l'Urcam et, depuis 2005, le Conseil Régional. Des instances sont mises en place dont un comité régional de pilotage animé par la DRASS, réunissant les principales institutions du champ de la santé publique de la région, et des comités territoriaux technique et de pilotage animés par les acteurs de l'échelon départemental.

4) Les préconisations du groupe

La solution de l'association « Santé et bien-être pour tous en Pays de Fougères » nous semble très intéressante puisqu'elle a identifié un réel besoin de coordination sur le territoire.

En effet, le manque de lisibilité et d'informations sur les nombreuses structures et dispositifs existants et l'absence de cohérence dans les actions menées sont soulignés par les acteurs locaux.

L'association a su décliner des objectifs consensuels, à savoir la promotion de la santé, de toutes formes de coopération et la réalisation d'une cartographie.

En revanche, en raison de conflits d'intérêts et d'une communication peut-être trop centrée d'une part, sur l'opposition au projet de l'HAD 35 et d'autre part sur l'hôpital local, elle n'a pas emporté l'adhésion de tous les acteurs locaux.

Ainsi, il semblerait que le Pays de Fougères ait besoin d'une personne neutre, disponible, centralisant les demandes des acteurs locaux et légitime pour coordonner leurs actions.

Un animateur territorial de santé pourrait répondre à cette attente, dans la mesure où il assurerait le lien entre les différents acteurs. Sans perdre de vue les spécificités du Pays de Fougères et en s'adaptant au mieux aux problématiques du territoire, l'expérience positive menée à Vitré depuis 2002 nous apparaît riche d'enseignements.

L'animateur apporterait un appui méthodologique et mènerait des actions de sensibilisation et d'information auprès des usagers et des acteurs de santé, par la mise à disposition d'outils de communication¹². L'expertise sanitaire et médico-sociale resterait l'apanage des professionnels de santé, chargés de mettre en œuvre les actions de santé publique dans le Pays.

¹² Le Pays de Saint Malo et le Pays de Vitré ont par exemple créé un site Internet « Info Santé Mail » pour informer sur les actions et projets initiés par le pays en lien avec les priorités de santé, les actions et projets portés par les acteurs du pays, les conférences et formations proposées, les documentations et les outils proposés par le Pôle Documentaire en Promotion de la Santé.

L'objectif du dispositif est de renforcer la dynamique locale de promotion de la santé en recherchant la participation des usagers et en amenant les différents acteurs à s'organiser à partir d'un diagnostic partagé.

La démarche utilisée par l'animateur territorial de santé est la suivante :

- il s'agit dans un premier temps de recueillir l'information sur les caractéristiques socio-sanitaires de la population, et sur les structures et dispositifs existants, grâce à la recherche documentaire, à des entretiens individuels et collectifs et à des rencontres publiques ;
- le résultat du diagnostic établi doit être validé par le comité d'appui technique et le comité de pilotage du Pays ;
- des groupes de travail sur les priorités de santé identifiées se constituent pour proposer des actions répondant aux besoins et pour définir les modalités de mise en œuvre.

Par ailleurs, il semble indispensable qu'un médecin assure un relais en termes d'information et de communication auprès de ses confrères, pour favoriser l'adhésion et l'implication de ceux-ci.

Les hôpitaux locaux et les centres hospitaliers sont également des acteurs de santé incontournables. Au regard des missions qui leur sont dévolues, leur rôle paraît essentiel dans la dynamique de coordination en santé publique.

Néanmoins, chacun des acteurs peut être initiateur, s'il le souhaite, d'une action en santé publique sur une problématique fédérant l'ensemble des professionnels intéressés. Les acteurs concernés établiraient alors les modalités de leur partenariat pour mettre en œuvre de manière efficace les actions proposées de manière concertée.

Le Pays de Fougères pourrait être le mandataire de l'animateur territoriale de santé, car c'est une structure d'emploi qui bénéficie d'une grande souplesse, du fait de son statut associatif, et qui peut mettre à disposition des salariés.

Sur le modèle de PRISMA¹³, la part opérationnelle du projet pourrait revenir à un gestionnaire de cas chargé du parcours coordonné des patients entrant dans le dispositif. Ce dernier est un professionnel du secteur sanitaire ou social, interlocuteur unique de l'utilisateur, de sa famille et du médecin traitant.

Il intervient dans le champ d'action sociale et sanitaire, évalue les besoins de la personne, élabore le projet individualisé, organise et coordonne le parcours de soins par une action continue dans le temps.

Le gestionnaire de cas fait les démarches d'admission auprès des services concernés et anime l'équipe multidisciplinaire des intervenants impliqués dans le dossier.

En outre, il assure le suivi et la réévaluation régulière des besoins.

Enfin, il est chargé d'organiser le partage des informations cliniques, personnelles et sociales ainsi que leur gestion informatisée.

Disposant de ressources humaines et techniques, le Pays de Fougères semble réunir les conditions de mise en place du dispositif, au profit de ses habitants, grâce au partage politique des élus.

¹³ Le Programme de Recherche sur l'Intégration des Services de Maintien de l'Autonomie (P.R.I.S.M.A.) est un projet québécois visant à améliorer la continuité des soins et des services reçus par les personnes âgées en perte d'autonomie. Un projet expérimental d'intégration « PRISMA France » a débuté au printemps 2006 sur trois sites. L'évaluation positive de cette première expérimentation a conduit le ministère de la santé à lancer un appel à volontariat pour étendre la démarche sur dix nouveaux territoires français.

Conclusion

La problématique choisie nous a fait prendre conscience de la complexité du paysage sanitaire et médico-social et de la difficulté à coordonner l'ensemble des acteurs de santé publique dans le Pays de Fougères. La proposition du groupe est fondée sur les informations recueillies auprès des acteurs locaux. Elle nous apparaît être la solution la plus crédible et la plus fédératrice au vu des problématiques spécifiques du Pays, telles que la démographie médicale, l'isolement géographique et les conflits d'intérêt. Toutefois, pour que ce scénario puisse prendre vie, certaines conditions doivent être réunies : un financement partagé et surtout une appropriation par les acteurs locaux.

Nous sommes néanmoins conscients des limites de ce travail, au regard du délai, de la sensibilité du sujet et de notre expertise limitée. Ce projet a suscité un vif intérêt au sein de notre groupe. En effet, tant le thème que le travail en interfiliarité nous ont permis de mettre en commun nos réflexions et nos expériences individuelles et professionnelles. Cela nous prépare à nos futures fonctions et au travail en partenariat.

Bibliographie

Articles, discours.

BOLLIET J M, mai juin 2006, « L'hôpital local : un rôle déterminant », *Revue hospitalière de France*, n°510

DE GAYE C, mars avril 2007, « Une chance pour les hôpitaux locaux », *Revue hospitalière de France*, n°515

DOUSTE-BLAZY P, 24 novembre 2004, « Forum national de l'hôpital local »

Ouvrages, thèses et mémoires

LEROY G, 2006, « médecins généralistes et hôpital local : une ambiguïté structurelle ? enquête auprès de 3 hôpitaux locaux : Antrain, Bain de Bretagne, Janzé » , thèse en médecine , Université de Rennes 1, 108 p.

Module interprofessionnel, 2005, « Le pays, échelon opérationnel de santé publique en Bretagne ? », ENSP.

Module interprofessionnel, 2006, « Réseaux de santé et trajectoires de soins : quels enjeux ? », ENSP.

Module interprofessionnel, 2006, « Le rôle des hôpitaux locaux au sein de l'offre de soins : les nouvelles possibilités de la circulaire du 28 mai 2003 correspondent-elles aux besoins ? », ENSP.

Module interprofessionnel , 2008, Dossier documentaire Groupe n°1, « Quelle place pour l'hôpital local dans la structuration du territoire au service d'une action efficace en santé publique ? », EHESP.

SCHWEYER F-X, LEVASSEUR G., PAWLIKOWSKA T, « Créer et piloter un réseau de santé », Editions de l'ENSP, Rennes, 2002, 2004 (2e édition), 112 p.

Textes législatifs et réglementaires

Circulaire DHOS/DGAS/03/AVIE n°2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local

Documents institutionnels

ARH Bretagne, déc 2005, *Synthèse du tableau de bord du territoire de santé n°5 : secteur sanitaire RENNES/ FOUGERES/VITRE/REDON*

ARH Bretagne, jan 2008, *SROS 2006-2010 : le document final révision 2*, disponible <http://www.arh-bretagne.fr/>

CG35, avril 2006, *Quatrième actualisation du schéma gérontologique d'Ille et Vilaine 2005-2010*

Contrat de Plan Etat-Région, *La santé de la population de Bretagne*. ORS Bretagne

Contrat de Plan Etat-Région, *La santé dans le pays de Fougères*. ORS Bretagne

MRS / ARH Bretagne / URCAM Bretagne, 29 juin 2006, *Relevé de décisions du Comité régional des réseaux et de la coordination des soins*

MRS / ARH Bretagne / URCAM Bretagne, 17 juillet 2006, *Procédure régionale de financement des réseaux de santé*

MRS / ARH Bretagne / URCAM Bretagne, 01 septembre 2005, *Les réseaux de santé financés en Bretagne*

PREFET DE REGION BRETAGNE, 3 octobre 2006, *Plan régional de santé publique 2006-2010*

Sites Internet

Site internet INSEE Bretagne, "*Le pays de Fougères*".

Site internet Pays-region-bretagne.fr, "*Le pays de Fougères*".