



# Projet local de santé du Sud-Ouest Mayennais

Document de travail

Mercredi 9 novembre 2011

# Sommaire

1) Méthodologie et principes généraux .....	p. 3
2) Le territoire .....	p. 5
3) Les besoins exprimés par la population .....	p. 12
4) Le diagnostic de l'offre de soins .....	p. 18
5) L'analyse des besoins de la population.....	p. 21
6) Les priorités de santé .....	p. 21

# 1) Méthodologie et principes généraux

---

Dans le domaine de la santé, le Sud-Ouest Mayennais a engagé un travail partenarial de très longue date<sup>(1)</sup>. Le présent document débute par une présentation sociodémographique actualisée du territoire, puis constitue une synthèse de divers travaux réalisés depuis une dizaine d'années. Ils ont en commun de s'être inscrits dans une démarche collaborative, pour certains avec une large place laissée à l'expression des habitants :

- 2009 : *Pré-projet de santé du territoire du Sud-Ouest Mayenne* (Kadris Consultants – Dr Dominique Dépinoy, 61 pages + annexes).
- 2008 : *Rapport de mission de prestation d'ingénierie du regroupement de professionnels de santé libéraux avec l'Hôpital local du Sud-Ouest Mayennais* (Kadris Consultants – Dr Dominique Dépinoy, 25 pages + annexes)
- 2006 : CLIC Alli'âges du Sud-Ouest Mayennais, *Programme territorialisé d'actions gérontologiques 2006-2010* (accompagnement méthodologique par le CÉAS de la Mayenne).
- 2005 : 3<sup>e</sup> *Schéma régional d'organisation sanitaire (Sros) – Consultation de la population dans le territoire de santé du Haut-Anjou* (animation par le CÉAS de la Mayenne).

Le projet de santé du Sud-Ouest Mayennais s'inscrit en cohérence avec les politiques régionales et départementales. Il vise :

- Une amélioration de la qualité des soins par la mise en cohérence des initiatives, par le développement de la coopération et de la coordination (ville / hôpital, secteur sanitaire / secteur médico-social).
- Une rationalisation de l'offre, voire de réelles économies budgétaires par des mutualisations.
- Une proximité des soins et la réduction des inégalités de santé.
- Une approche plus globale de la santé, telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), au-delà des seules réponses de soins techniques.
- Un renforcement des droits des usagers et de la place de ceux-ci dans la définition des politiques de santé.
- La recherche de réponses innovantes et l'expérimentation<sup>(2)</sup>.

La mise en œuvre du projet de santé est facilitée par les atouts qui caractérisent de longue date le Sud-Ouest Mayennais. Le rapport de mission de prestation d'ingénierie mentionné ci-dessus les rappelle :

- Un souci partagé de lutter ensemble contre la « désertification » des professionnels de santé.
- Un lien fort avec l'hôpital local et des habitudes d'exercice mixte déjà présentes.

---

<sup>(1)</sup> – On peut citer le CLIC, créé en 2002, lequel a impulsé une démarche partenariale en 2005-2006 et exploré la faisabilité d'un réseau de proximité, en partenariat avec l'HLSOM et avec l'aide méthodologique de la Mutualité sociale agricole (MSA) ; l'association des acteurs libéraux du Pays de Craon (2003), qui gère les fonds Faqsv pour des actions de coordination ; le Comité de santé du Pays de Craon (2005), promoteur d'une réflexion globale sur les enjeux de santé publique du territoire ; le projet de pôle santé du Sud-Ouest Mayennais qui est l'un des premiers à se théoriser (dès 2006) ; le Groupement de coopération sanitaire (GCS) créé en 2008 pour porter le projet du pôle de santé ; le Groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS)...

<sup>(2)</sup> – S'inscrivent dans cette logique, par exemple, des séances de formation communes aux professionnels libéraux, salariés en établissement ou au domicile ; des actions de communication sur la permanence des soins (stand à la foire-exposition de Craon) ; la mise en place de groupes de travail par profession...

- Une implication active de tous les acteurs : professionnels de santé, Hôpital local du Sud-Ouest Mayennais (HLSOM), établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), élus des communautés de communes...
- Une envie de travailler ensemble et de continuer à développer de nouvelles coopérations entre acteurs.
- Une ambition de modifier certaines habitudes de travail.
- Le désir d'améliorer certaines activités, de mettre en place des activités nouvelles, telles que des actions de coordination et de prévention.

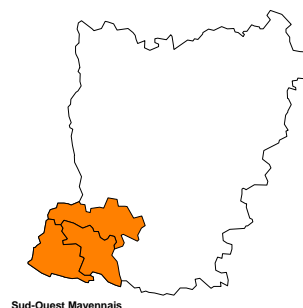
## 2) Le territoire

### 2.1) Quelque 28 200 habitants concernés par la santé

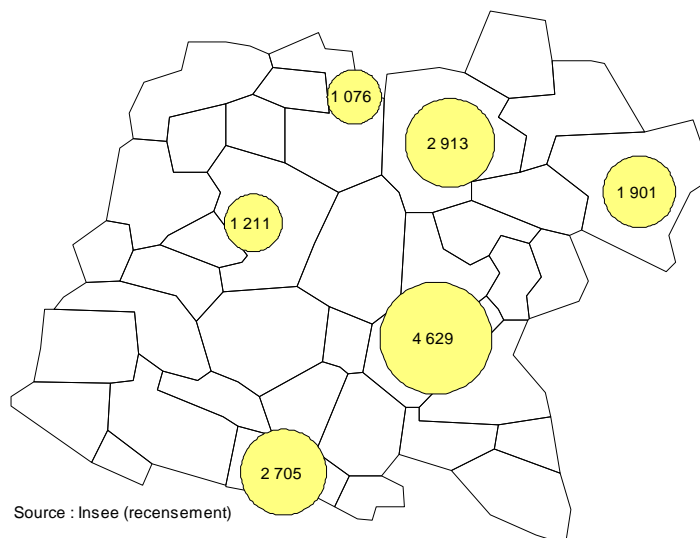
Le Sud-Ouest Mayennais compte environ 28 200 habitants en 2008, soit 9,3 % de la population mayennaise.

Craon est le pôle central géographiquement et de par le nombre d'habitants : 4 629 en 2008. Le Sud-Ouest Mayennais comprend plusieurs pôles secondaires répartis dans tout le territoire :

Cossé-le-Vivien .....	2 913 habitants
Renazé .....	2 705 habitants
Quelaines-Saint-Gault .....	1 901 habitants
Ballots .....	1 211 habitants
Méral .....	1 076 habitants



#### Communes les plus importantes



Source : Insee (recensement)

### 2.2) Des évolutions contrastées

Le Sud-Ouest Mayennais a vu sa population diminuer de 1962 à 1999 (- 2 900 habitants), mais a regagné environ 1 500 habitants entre 1999 et 2008. Cependant, à l'intérieur du territoire, les évolutions sont hétérogènes. En l'occurrence, le Pays de Saint-Aignan-Renazé est moins favorisé par son implantation que, par exemple, la Région de Cossé-le-Vivien qui bénéficie plus de sa proximité avec Laval.

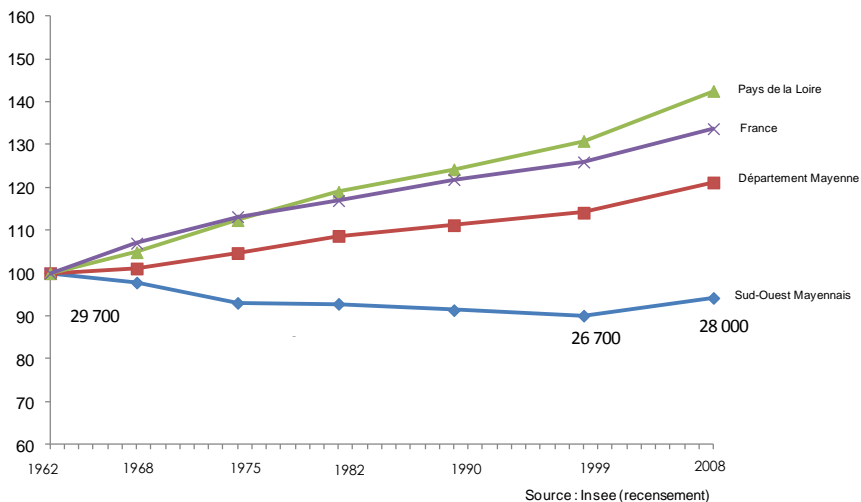
#### Évolution de la population du Sud-Ouest Mayennais (1962 à 2008)

	1962	1968	1975	1982	1990	1999	2007	2008
CC de la Région de Cossé-le-Vivien	9 566	9 161	8 893	9 064	8 833	8 831	9 935	10 118
CC du Pays du Craonnais	9 686	9 869	9 582	9 580	9 391	9 221	9 559	9 581
CC de Saint-Aignan-Renazé	10 424	9 995	9 140	8 904	8 888	8 677	8 465	8 485
<b>Sud-Ouest Mayennais</b>	<b>29 676</b>	<b>29 025</b>	<b>27 615</b>	<b>27 548</b>	<b>27 112</b>	<b>26 729</b>	<b>27 959</b>	<b>28 184</b>
Département Mayenne	250 030	252 762	261 789	271 784	278 037	285 338	300 643	302 983
% Sud-Ouest Mayennais	11,9 %	11,5 %	10,5 %	10,1 %	9,8 %	9,4 %	9,3 %	9,3 %

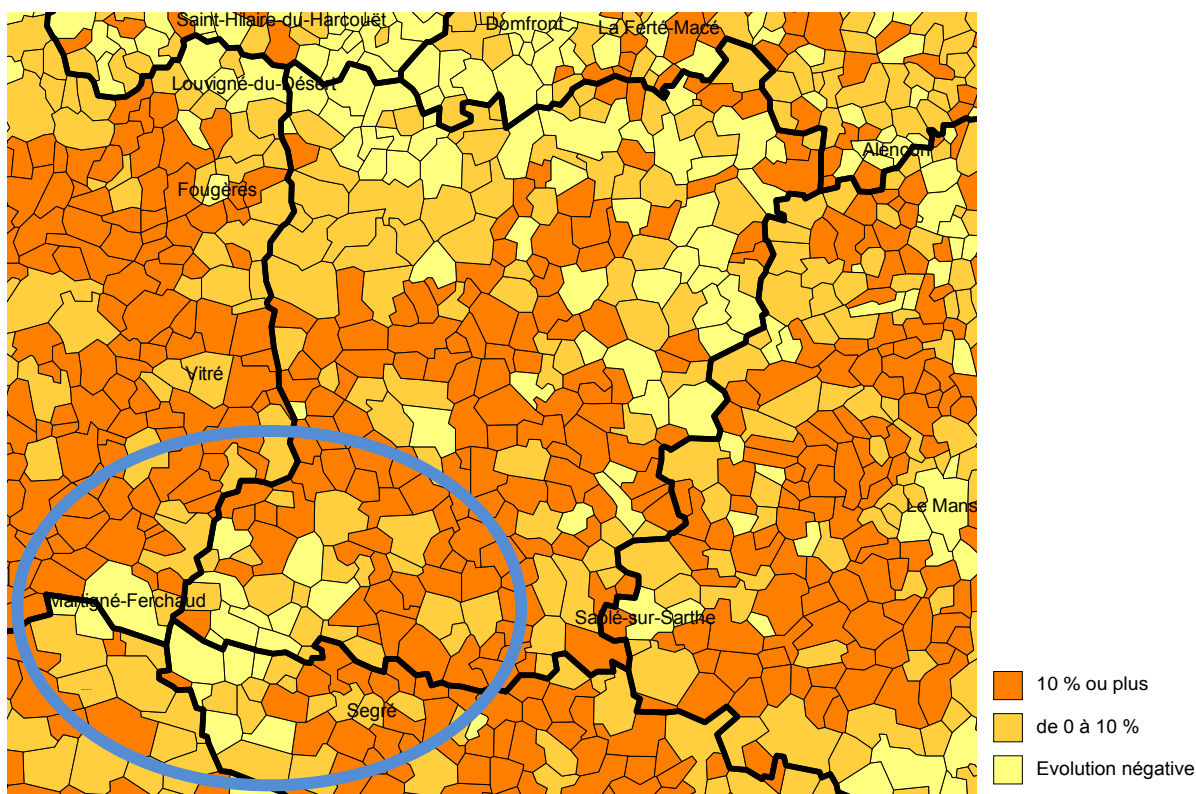
Source : Insee (recensement)

Contrairement à la Mayenne, aux Pays de la Loire ou à la France, la population du Sud-Ouest Mayennais est moins importante en 2009 qu'en 1962 <sup>(3)</sup>. **La santé constitue un réel levier pour stabiliser la population dans le territoire.**

Évolution de la population (base 100 en 1962)



Évolution de la population par commune entre 1999 et 2008  
Mayenne et départements limitrophes



Les communautés de communes du Pays du Craonnais et de Saint-Aignan-Renazé ne peuvent guère bénéficier de l'attractivité des territoires limitrophes.

<sup>(3)</sup> – Nombre d'habitants le plus faible en Mayenne depuis le début du XIX<sup>e</sup> siècle.

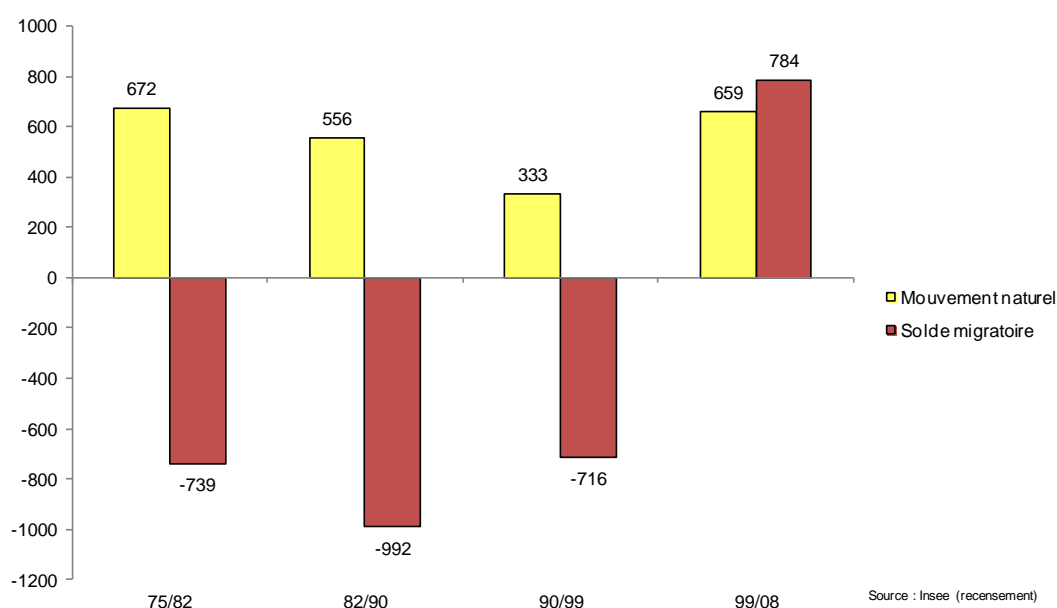
## 2.3) Un solde migratoire positif depuis 1999

Les évolutions de population résultent d'une part du mouvement naturel qui s'exprime par un solde entre les naissances et les décès (source : état civil) ; d'autre part du mouvement migratoire qui, quant à lui, s'exprime par un solde entre les entrées dans un territoire donné et les sorties <sup>(4)</sup>.

Depuis 1975, le mouvement naturel est positif dans le Sud-Ouest Mayennais (plus de naissances que de décès). Cependant, il diminue entre 1975 et 1999, mais remonte sur la dernière période, probablement grâce à la **reprise de la natalité**.

À l'instar du département de la Mayenne, le solde migratoire est positif entre 1999 et 2008. L'évolution de population sur cette période s'explique même plus par le solde migratoire (+ 784) que par le solde naturel (+ 659). Cela marque **l'arrivée de nouveaux ménages dans le territoire**, d'où un **enjeu en termes d'accueil** et nécessairement des **besoins en termes d'information**.

Mouvement naturel / solde migratoire de 1975 à 2008



Là encore, une approche par communauté de communes montre des situations et évolutions très contrastées. Sur la dernière période (1999-2008), on observe deux cas de figure :

- Mouvement naturel et solde migratoire positifs : communautés de communes de la Région de Cossé-le-Vivien et du Pays du Craonnais.
- Mouvement naturel positif et solde migratoire négatif : communauté de communes de Saint-Aignan-Renazé.

Mouvement naturel / solde migratoire

	1975-1982		1982-1990		1990-1999		1999-2008	
	Mouvement naturel	Solde migratoire	Mouvement naturel	Solde migratoire	Mouvement naturel	Solde migratoire	Mouvement naturel	Solde migratoire
CC de la Région de Cossé-le-Vivien	+ 128	+ 43	+ 125	- 356	+ 207	- 209	+ 479	+ 800
CC du Pays du Craonnais	+ 373	- 375	+ 320	- 509	+ 151	- 321	+ 154	+ 202
CC de Saint-Aignan-Renazé	+ 171	- 407	+ 111	- 127	- 25	- 186	+ 26	- 218
<b>Sud-Ouest Mayennais</b>	<b>+ 672</b>	<b>- 739</b>	<b>+ 556</b>	<b>- 992</b>	<b>+ 333</b>	<b>- 716</b>	<b>+ 659</b>	<b>+ 784</b>

Source : Insee (recensement)

<sup>(4)</sup> – Il est obtenu par soustraction entre la variation du nombre total d'habitants et le solde naturel.

## 2.4) L'impact d'une reprise de la natalité

Depuis 1999, la population a pu augmenter dans le Sud-Ouest Mayennais, grâce à la reprise de la natalité. Globalement, entre 2000 et 2010, il y a une cinquantaine de naissances en plus, chaque année, par rapport à la décennie antérieure. Cependant, là encore, les constats ne sont pas homogènes sur l'ensemble du territoire. La progression s'observe principalement dans la Région de Cossé-le-Vivien ; il est plus juste d'évoquer une stabilité de la natalité dans les deux autres communautés de communes.

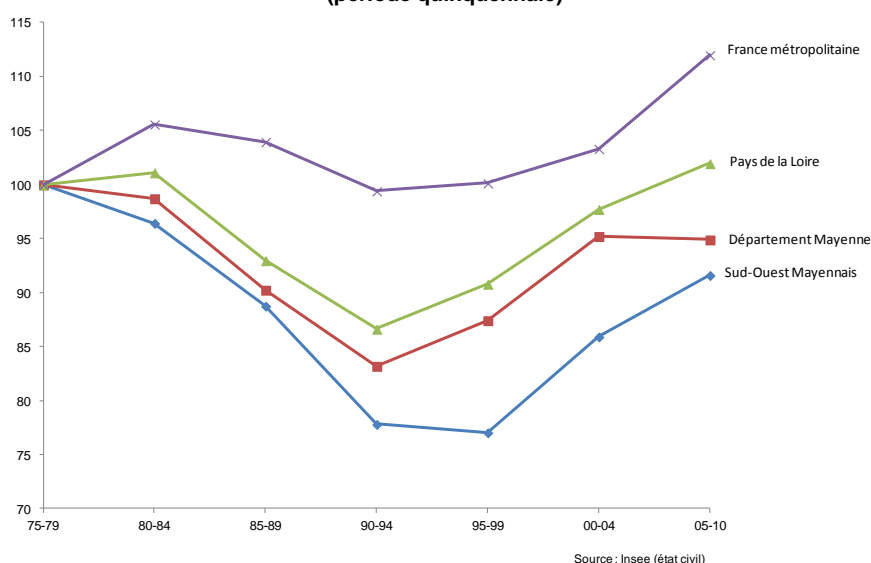
Évolution du nombre de naissances domiciliées par communauté de communes  
(moyenne annuelle des naissances sur périodes quinquennales)

	1975-1979	1980-1984	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2010
CC de la Région de Cossé-le-Vivien	119	114	117	103	113	137	153
CC du Pays du Craonnais	134	137	118	100	95	102	103
CC de Saint-Aignan-Renazé	162	149	134	120	111	118	124
Sud-Ouest Mayennais	415	400	368	323	320	356	380
Département Mayenne	20 815	20 548	18 786	17 319	18 198	19 820	19 743

Source : Insee (état civil)

Si l'on prend la période 1975-1979 comme base 100, la reprise de la natalité est moindre dans le Sud-Ouest Mayennais qu'en Mayenne ou dans les Pays de la Loire.

Évolution du nombre de naissances domiciliées (base 100 en 1975-1979)  
(période quinquennale)



Le nombre de femmes en âge d'avoir des enfants influence nécessairement la natalité. Le nombre de naissances augmente depuis 1999-2000, alors que le nombre de femmes âgées de 20 à 39 ans diminue nettement – ce qui illustre des naissances plus tardives et, éventuellement, une plus grande fécondité. À terme, cette évolution du nombre de femmes de 20 à 39 ans va nécessairement impliquer un renversement de tendance pour la natalité (nouvelle baisse), sauf si le territoire continue à attirer de jeunes ménages.

Nombre de femmes de 20 à 39 ans dans le Sud-Ouest Mayennais

1990	1999	2008	2015
3 721	3 491	3 107	?

Source : Insee (recensement)



## 2.5) Une population immigrante à accueillir

En 2008, si on prend la population des 5 ans ou plus, près de 2 300 habitants résidaient hors département cinq ans plus tôt, soit près d'un habitant sur quatre.

Lieu de résidence cinq ans auparavant (2008)

	Population de 5 ans ou plus	Autre commune du département	Hors département	% nouveaux habitants dans communes
CC de la Région de Cossé-le-Vivien	9 249	1 599	706	25 %
CC du Pays du Craonnais	8 971	1 205	677	21 %
CC de Saint-Aignan-Renazé	7 924	910	901	23 %
Sud-Ouest Mayennais	26 144	3 714	2 284	23 %
Département Mayenne	280 185	40 138	28 229	24 %

Source : Insee (recensement)

Parmi la population arrivée récemment dans le territoire, on observe **une augmentation significative de la population de nationalité étrangère**, qu'il resterait bien sûr à caractériser pour évaluer si cette situation génère de nouveaux besoins.

Évolution du nombre de personnes étrangères (1990, 1999, 2008)

	1990	1999	2008	Variation absolue 1999-2008
CC de la Région de Cossé-le-Vivien	15	24	93	+ 69
CC du Pays du Craonnais	16	47	80	+ 33
CC de Saint-Aignan-Renazé	14	66	199	+ 133
Sud-Ouest Mayennais	45	137	372	+ 235
Département Mayenne	2 387	2 693	5 748	+ 3055
Part Sud-Ouest Mayennais	1,9 %	5,1 %	6,5 %	

Source : Insee (recensement)

Population de nationalité étrangère selon la tranche d'âge (2008)

	Chiffres absolus	Répartition
Moins de 15 ans	65	17,4 %
15 – 24 ans	17	4,6 %
25 – 54 ans	145	38,9 %
55 ans ou plus	146	39,1 %
Ensemble	373	100,0 %

Source : Insee (recensement)

## 2.6) Une part importante de jeunes... et d'octogénaires

Sur une longue période (1990 à 2008), on observe un renforcement de la population âgée de 40 à 64 ans (x 1,17) et des octogénaires (x 1,40). Le nombre de moins de 19 ans a diminué de 1990 à 1999, mais augmente de 1999 à 2008 (reprise de la natalité, arrivée de jeunes ménages avec enfants). Cependant, le nombre de jeunes en 2008 reste inférieur à celui enregistré en 1990.

Population du Sud-Ouest Mayennais par tranche d'âge (1990, 1999 et 2008)

	1990	1999	2008
Moins de 19 ans	7 427	6 533	7 150
19 à 24 ans	2 041	1 731	1 513
25 à 39 ans	4 599	5 136	5 125
40 à 64 ans	7 341	7 487	8 616
65 à 79 ans	3 538	4 397	3 809
80 ans ou plus	1 409	1 457	1 972
Ensemble	26 355	26 741	28 185

Source : Insee (recensement)

Les octogénaires (voire les 65 à 79 ans) sont répartis de façon homogène dans le territoire. Ce constat ne se vérifie pas pour les plus jeunes ménages et les moins de 19 ans, plus nettement implantés dans la Région de Cossé-le-Vivien.

Distribution de la population par tranche d'âge (2008)

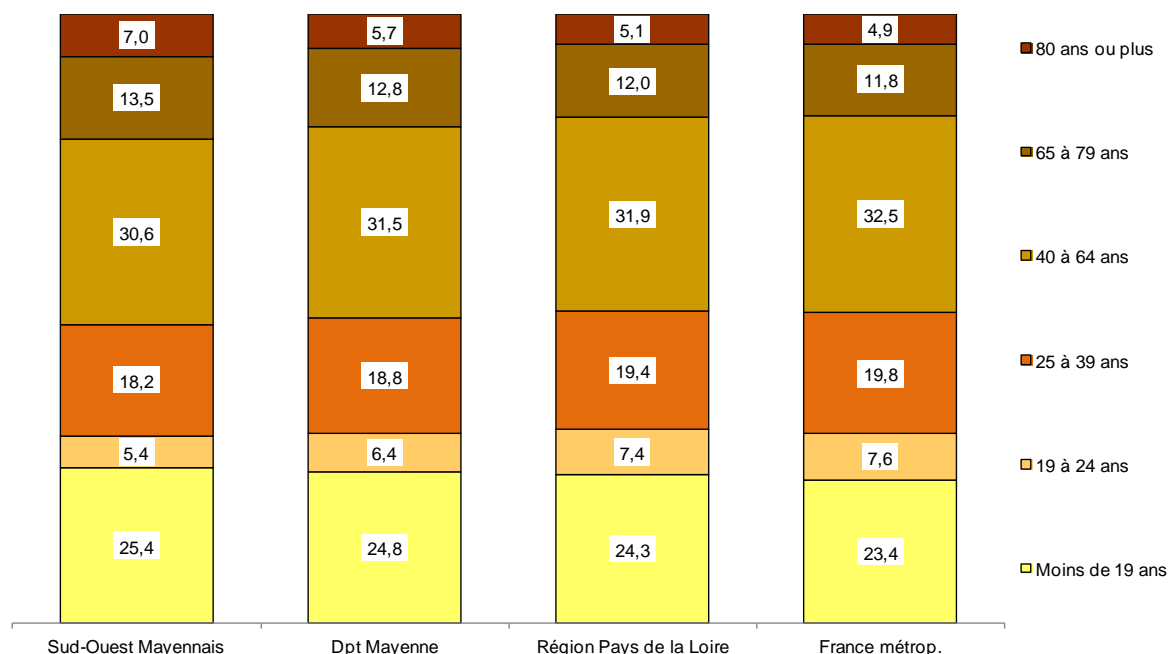
	Moins de 19 ans	19 à 24 ans	25 à 39 ans	40 à 64 ans	65 à 79 ans	80 ans ou plus
CC de la Région de Cossé-le-Vivien	2 757	495	2 093	2 891	1 258	624
CC du Pays du Craonnais	2 364	550	1 615	2 965	1 399	688
CC de Saint-Aignan-Renazé	2 029	468	1 417	2 760	1 152	660
Sud-Ouest Mayennais	7 150	1 513	5 125	8 616	3 809	1 972

Source : Insee (recensement)

La répartition de la population par tranche d'âge montre qu'en 2008, le Sud-Ouest Mayennais se caractérise par **une part plus élevée de moins de 19 ans** qu'en Mayenne, dans les Pays de la Loire et en France métropolitaine.

On peut effectuer **le même constat tant pour les 65-79 ans que pour les 80 ans ou plus** – au détriment, nécessairement, des tranches d'âge intermédiaires.

Répartition de la population par tranche d'âge en 2008



Source : Insee (recensement)

## 2.7) Trois octogénaires sur quatre à domicile

Les 65 à 79 ans vivent très majoritairement à domicile <sup>(5)</sup> : 96 % dans le Sud-Ouest Mayennais (97 % en Mayenne) ; pour les octogénaires, le taux est encore de 76 % dans le territoire, alors qu'il est de 80 % en Mayenne et de 86 % en France. Ce plus faible taux dans le Sud-Ouest Mayennais d'octogénaires vivant à domicile est probablement à rapprocher d'une forte densité en établissement.

Parmi les octogénaires vivant à domicile, 69 % sont des personnes vivant seules (très majoritairement des femmes).

<sup>(5)</sup> – Les logements-foyers et résidences privées ne sont pas considérés comme des collectivités.

### 65 à 79 ans et 80 ans ou plus, dans le Sud-Ouest Mayennais, selon le type d'hébergement (2008)

	Population totale	Population des ménages	%	Collectivité et divers
65 à 79 ans	3 809	3 670	96 %	139
80 ans ou plus	1 972	1 495	76 %	476
Ensemble	5 781	5 165	89 %	615

Source : Insee (recensement, exploitation principale)

## 2.8) Un « vieillissement » de la population à anticiper

Sur la base des projections départementales (scénario central), concernant les 65 à 79 ans, leur nombre pourrait augmenter d'environ 800 d'ici 2020, et les octogénaires d'environ 750.

## 2.9) Une société de moins en moins rurale

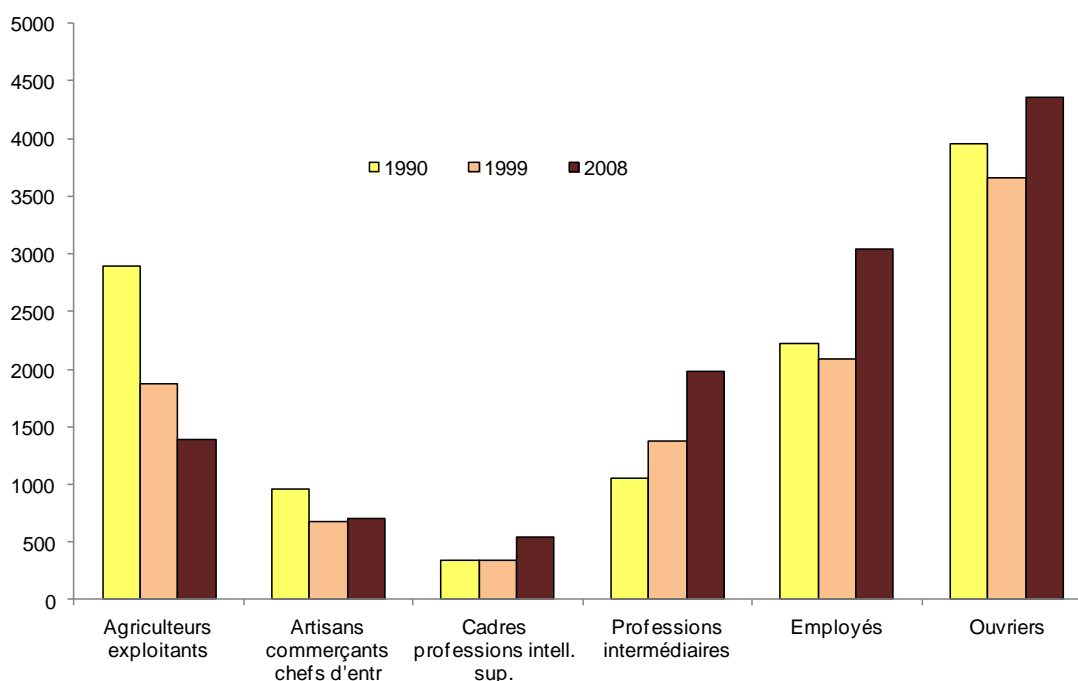
Employés et ouvriers, en 2008, représentent 62 % des actifs du Sud-Ouest Mayennais. Les agriculteurs arrivent au quatrième rang, aujourd'hui devancés par les professions intermédiaires.

### Professions et catégories socioprofessionnelles dans le Sud-Ouest Mayennais (2008)

	Agriculteurs exploitants	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	Cadres, professions intellectuelles supérieures	Professions intermédiaires	Employés	Ouvriers	Ensemble
CC de la Région de Cossé-le-Vivien	576	271	206	814	1 223	1 333	4 422
CC du Pays du Craonnais	416	260	192	663	1 020	1 508	4 060
CC de Saint-Aignan-Renazé	393	175	151	501	795	1 516	3 531
Sud-Ouest Mayennais	1 395	706	549	1 978	3 038	4 357	12 013

Source : Insee (recensement, exploitation complémentaire)

### Professions et catégories socioprofessionnelles dans le Sud-Ouest Mayennais (1990, 1999 et 2008)



Source : Insee (recensement, exploitation complémentaire)

### **3) Les besoins exprimés par la population**

---

Ci-après, nous reprenons, classés par grande thématique, les propos exprimés par les habitants du territoire, sur le thème de la santé, à l'occasion de réunions publiques organisées en 2005. Ces propos conservent manifestement toute leur pertinence.

#### **3.1) L'absence d'outils pour réaliser un état des lieux sur la santé de la population**

Le constat est tout à fait intéressant dans la perspective de la mise en œuvre d'une politique territoriale de santé et de suivi éventuellement des actions : « *On ne dispose d'aucun élément statistique, à l'échelon d'un territoire, pour la connaissance de l'état de santé de la population* »...

#### **3.2) L'accès aux soins**

Un thème récurrent est celui de l'accès aux soins. En termes de constats, il se traduit par des délais d'attente jugés trop longs pour obtenir un rendez-vous auprès d'un spécialiste, mais aussi par un manque de lisibilité du système actuel de garde pour les nuits et les week-ends, ce qui concerne plus globalement la gestion des urgences. En particulier, le manque de concertation entre médecins et pharmaciens pour les gardes est souvent souligné.

Par ailleurs, si le nombre de médecins généralistes semble aujourd'hui répondre aux besoins, une inquiétude s'exprime quant aux perspectives de maintien de cette densité de médecins (problème de leur remplacement).

##### **Les délais d'attente auprès des spécialistes**

Les habitants pointent les délais d'attente jugés trop longs pour obtenir un rendez-vous auprès d'un spécialiste. Les disciplines le plus souvent citées sont l'ophtalmologie (avec des délais allant de six mois à un an), la gynécologie, la dermatologie, la pédiatrie ou la pédopsychiatrie...

Ce sont bien des délais d'attente qui sont pointés, et non la distance kilométrique qu'il est nécessaire d'effectuer pour accéder à ces médecins spécialistes. Cependant, des habitants expriment le souhait que des spécialistes puissent venir effectuer des permanences dans le territoire.

Des habitants regrettent que des spécialistes puissent ne pas accepter de nouveaux patients. À terme, ce problème peut constituer un enjeu pour le maintien de l'attractivité d'un territoire.

Le manque de gynécologues apparaît particulièrement préoccupant. Certains soulignent l'enjeu de la prévention.

Par ailleurs, des habitants regrettent plus particulièrement les délais d'attente pour certains examens (IRM, échographie de grossesse...), lesquels peuvent parfois aller jusqu'à un mois et demi.

Cette question des délais d'attente auprès des spécialistes se traduit directement en termes de prévention d'une part, en termes de qualité de soins d'autre part. Si un patient est intrigué par rapport à un symptôme, les délais d'attente ne l'incitent pas à prendre rendez-vous immédiatement. Certes, il peut consulter un médecin généraliste. En cas d'extrême urgence, on peut supposer qu'il sera possible de raccourcir les délais d'attente.

##### **Le manque de lisibilité du système de garde et parfois le manque de rapidité dans la gestion des urgences**

Nombreux sont ceux qui soulignent le manque de lisibilité des gardes de nuit ou de week-end. On l'explique par un manque d'information. Ainsi, de nombreux habitants ignorent le numéro à appeler. Certains s'interrogent sur les situations où il vaut mieux appeler les pompiers.

- « *Les gens ne savent plus à qui s'adresser. Ils sont perdus* ».
- « *Le système des gardes est opaque* ».

- « *En fait, on ne sait plus vraiment quoi faire. Or, c'est toujours dans des situations de stress* ».

Cette situation entraîne des stratégies d'adaptation ou de contournement. Ainsi, certaines personnes ont tendance à aller plus régulièrement chez le médecin, dans une logique de prévention, pour « *éviter d'être malade le week-end* »... Au contraire, des personnes préfèrent attendre le lundi matin pour aller consulter leur médecin généraliste, « *même en cas d'urgence, voire d'extrême urgence* »...

Outre des visites « trop » régulières chez son médecin (surtout le vendredi) ou, au contraire, une démarche de soins différée, on observe des appels aux pompiers, parfois abusifs (tendance à exagérer la gravité pour être pris en compte). Mais d'une façon générale, les ateliers évoquent également le recours aux urgences (on se rend sur place), avec pour conséquences un engorgement (parfois pour de la « bobologie ») et aussi une attente souvent assez longue. Dans tous les cas, seules les personnes qui ont la possibilité de se déplacer peuvent recourir à cette « solution », ce qui exclut les personnes âgées isolées.

Parmi les solutions, les habitants mentionnent une meilleure information des usagers par l'intermédiaire des professionnels (du médecin aux aides à domicile), et également un meilleur fonctionnement des permanences téléphoniques.

### **Le manque de concertation entre médecins et pharmaciens pour les gardes**

Le manque de concertation entre médecins et pharmaciens pour l'établissement des gardes revient régulièrement. Ainsi, il faudrait parfois faire jusqu'à 30 km pour trouver la pharmacie de garde, avec le risque d'être obligé d'y revenir s'il manque un médicament... Cette situation est assez mal vécue.

- « *La pharmacie de garde n'est pas toujours située à proximité du médecin. Il faut parfois aller jusqu'à Saint-Aignan-sur-Roë, Renazé ou Quelaines-Saint-Gault* ».
- « *Pour les gardes, il y a une mauvaise coordination entre les médecins et les pharmaciens, ce qui oblige parfois à de grands déplacements* ».

Le problème est surtout aigu pour les personnes âgées, isolées et seules, quand le médecin vient chez elles et qu'elles n'ont pas le moyen d'aller chercher les médicaments.

### **Le problème du maintien d'un nombre suffisant de médecins généralistes**

Par rapport aux médecins généralistes, les habitants expriment leur inquiétude quant au maintien de leur densité à l'avenir. Cette inquiétude est renforcée par la moyenne d'âge qui serait assez élevée et les départs à la retraite qui s'annoncent.

En fait, une « maison de santé » apparaît aux habitants comme une panacée pouvant contribuer à répondre au problème de la démographie médicale, mais aussi au problème des gardes, voire du manque de médecins spécialistes (permanences). En outre, une « maison de santé », installée à proximité de l'hôpital local, est perçue comme pouvant avoir une fonction plus globale, d'accueil, de soins, d'orientation, mais aussi d'information et de prévention.

### **Des relations difficiles avec les services de santé, dues le plus souvent à un manque d'écoute, d'information, de coordination**

Des habitants évoquent le manque d'écoute de la part des médecins dans les hôpitaux.

- Les urgences sont souvent débordées, mais cela ne justifierait pas qu'on puisse vous demander : « *Pourquoi vous êtes là ?* » Et cela, « *dit d'une telle manière* »...

D'autres mentionnent le manque d'information des patients. En particulier, les durées d'hospitalisation suscitent de l'incompréhension, parfois de la suspicion.

- La durée d'hospitalisation apparaît « *trop courte* ». Une sortie peut être « *précipitée du fait de la pression aux entrées* ». Il faudrait une « *étape intermédiaire* » (soins de suite ?).
- Le problème peut se poser aussi dans l'autre sens : une personne pourrait sortir, mais il y a des places disponibles... Tout cela donne le sentiment que l'utilisateur n'est pas systématiquement au centre des préoccupations.

Dans d'autres cas, on souligne le manque de coordination à la sortie de l'hôpital.

- Les hospitalisations sont aujourd'hui très courtes. En outre, les familles sont prévenues très peu de temps avant la sortie de la personne. Donc, il est parfois difficile d'organiser les retours à domicile. « *On ne sait pas que faire. Vers qui se tourner ? Où mettre la personne quand celle-ci ne peut pas retourner tout de suite à domicile ?* »
- On a annoncé brutalement à une personne âgée qu'elle allait rentrer chez elle le lundi. Elle en était « *désemparée, déstabilisée, troublée* ».

D'une façon plus générale, les habitants effectuent le constat plus global d'un manque de coordination, de transmissions et de communication entre :

- les professionnels libéraux intervenant à domicile (médecins, infirmiers et aides-soignants),
- les professionnels hospitaliers et les libéraux,
- les professionnels de la santé, les patients et la famille des patients.

Les CLIC peuvent constituer un outil, mais uniquement pour les personnes âgées.

### **3.3) La prise en charge des personnes âgées**

#### **L'isolement des personnes très âgées**

Les habitants constatent le problème de l'isolement, le problème de solitude, concernant des personnes très âgées, en particulier en milieu rural. Ils relèvent des problèmes de mal-être, de dépression.

Partant du constat que les Clubs des aînés ruraux n'apportent pas forcément de solutions à ces personnes isolées, certains suggèrent de « *récréer du lien social* », ce qui suppose probablement de mobiliser divers réseaux de proximité sur ce problème.

#### **L'insuffisance de la capacité d'accueil du SSIAD**

Des habitants évoquent le manque de lits au niveau du service de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Cette situation a pour effet d'amener des aides à domicile, par défaut, à effectuer des actes qui ne sont pas forcément de leur compétence.

#### **La prise en charge des malades d'Alzheimer**

Certains insistent sur le désarroi des familles face à la maladie d'un proche.

- « *La maladie d'Alzheimer fait peur* »...
- « *C'est lourd de porter cela tout seul* »...
- « *Les familles ont besoin d'être entourées* »...
- « *C'est difficile pour les familles. Elles sont parfois complètement désemparées. Certains ne veulent pas accepter* »...
- « *La personne malade peut se retrouver seule, pas suffisamment accompagnée* »...

Parmi les pistes d'action avancées :

- Soutenir les familles ; les aider à comprendre la maladie, à l'accepter, à accompagner le malade.
- Disposer de moyens pour adapter très rapidement les modalités d'intervention des services de maintien à domicile à l'évolution de la situation (malgré l'action du CLIC, les délais sont parfois très longs pour adapter une intervention à l'évolution très rapide d'une situation).
- Rendre plus lisibles les différents canaux d'information. À qui s'adresser : au CLIC, au service d'aide à domicile, au service social polyvalent de secteur, au référent APA du Conseil général, au service social de la caisse de retraite ?
- Renforcer les réponses de type alternatif pour soulager les familles : accueil de jour, hébergement temporaire (cette proposition pouvant s'appliquer pour l'ensemble des personnes dépendantes et/ou en perte d'autonomie).
- Former le personnel à la prise en charge de la maladie (professionnels des services de maintien à domicile, mais aussi des établissements).

- Compte tenu des limites du domicile, développer les réponses adaptées en termes d'accueil et d'hébergement au niveau des établissements.

### **L'adaptation des établissements à l'accueil de personnes de plus en plus dépendantes**

Les habitants soulignent principalement le manque de personnel et le manque de formation des professionnels eu égard aux évolutions relatives au public accueilli (dépendance / perte d'autonomie).

- « *Les établissements accueillent des personnes de plus en plus dépendantes. Le personnel n'est pas préparé à une telle évolution. Il y a un réel risque d'usure professionnelle* ».
- « *Au niveau du personnel, on va à la catastrophe : le travail devient de plus en plus lourd et on risque d'avoir un gros problème d'effectifs lors des départs en retraite qu'on aura du mal à remplacer* ».
- « *Les établissements d'accueil n'ont plus du tout le même rôle qu'autrefois. Le public accueilli est de plus en plus dépendant. Cependant, les établissements n'ont pas obtenu des moyens en proportion. Le personnel n'a plus le temps de discuter avec les résidents. De plus, cette évolution nécessite une plus forte qualification du personnel* ».

### **3.4) La prise en charge du mal-être**

Ce thème est rarement abordé d'emblée ; il arrive plutôt au moment de clore les débats. Des habitants mentionnent le manque de psychiatres ou de pédopsychiatres. Le centre médico-psychologique (CMP) est une structure méconnue (il en est de même concernant le centre de cure ambulatoire en alcoologie et toxicomanie – CCAAT). Les délais d'attente sont souvent très longs.

Le problème de solitude, de dépression, est évoqué concernant les personnes âgées. Les jeunes font également l'objet d'une attention particulière. Certains ont parlé de mal-être. Les pratiques d'alcoolisation peuvent en être une expression. D'autres soulèvent la question des suicides : « *C'est une problématique importante à prendre en compte* ».

Par rapport au mal-être, des habitants regrettent qu'il n'existe pas de lieu, a priori, pour en parler : « *Les personnes de l'entourage n'acceptent pas toujours ces maladies qui coupent la communication avec les autres... Il y a à banaliser la maladie mentale* »...

### **3.5) Le manque d'information sur l'offre de santé**

Chacun souligne le problème du manque d'information des usagers sur l'offre de santé. Par exemple, on peut citer le CLIC, mais peu connaissent cette structure.

Le problème est souvent revenu à propos des jeunes qui consomment des produits addictifs (notamment du cannabis). Les parents apparaissent démunis, très mal informés. Les habitants n'ont pas connaissance du CCAAT qui existe à Château-Gontier. Il en est de même concernant les problèmes des maladies mentales. Comme déjà évoqué, le CMP est tout aussi méconnu.

### **3.6) La prévention en termes de santé**

La prévention est importante « *pour expliquer le vieillissement, ses effets, les mesures qui sont conseillées en termes d'hygiène de vie* »...

Des habitants mentionnent le problème, en France, du manque de formation aux premiers secours, aux gestes de survie. Du fait de cette lacune, on a tendance, pour un rien, à appeler les pompiers. Il faudrait « *systématiser l'apprentissage des gestes de survie dans les écoles élémentaires et les collèges, avec un suivi tous les ans* »...

La médecine scolaire semble aujourd'hui moins répondre aux besoins de prévention.

- « *La médecine scolaire répond moins, aujourd'hui, à sa fonction de prévention. Il n'y a plus véritablement de suivi médical tout au long de la scolarité. Les vaccinations ne sont plus*

*systématiques. Des tas de jeunes, notamment au lycée, ne vont pas bien, mais ils ne sont pas suivis » (cf. toxicomanie).*

- *« La médecine scolaire n'est plus ce qu'elle était : moins de visites pour les enfants, visites moins approfondies lorsqu'elles existent ».*
- *« Entre le CP et le CM2, les enfants ne rencontrent personne, il n'y a pas de visite médicale. Pour l'entrée en collège, seul le carnet de vaccination est demandé. La médecine scolaire s'interrompt après le primaire alors que les problèmes surgissent à l'âge où les jeunes sont au collège ; toujours dans les collèges, l'infirmière scolaire n'assure pas une présence continue, or les jeunes ont besoin d'une relation suivie (relation de confiance) pour se livrer, parler de leurs difficultés ».*
- *« La médecine scolaire a un rôle important à jouer auprès des jeunes, pour les former à être conscients de leur santé, pour qu'ils se prennent en charge en termes d'hygiène de vie ».*

La médecine du travail a également suscité quelques réserves : *« Elle n'est plus très suivie »... « Beaucoup plus de paperasses »* et des *« visites moins approfondies »*.

A contrario, on reconnaît l'action de l'association Camélia concernant le dépistage du cancer du sein et du cancer du côlon.

Des habitants s'inquiètent de l'impact des pesticides, désherbants et autres produits chimiques sur la santé. Cependant, les réglementations seraient de plus en plus strictes. Des actions seraient engagées. Dans tous les cas, la préservation de l'environnement est apparue comme un enjeu important.

### **3.7) La responsabilité du citoyen en matière de santé**

Des habitants ont conscience de la responsabilité de chaque usager par rapport à sa propre santé :

- Le patient est souvent dans la logique : *« J'ai besoin de ceci ou de cela »*, d'où un certain travail sur les mentalités qui est à réaliser.
- *« On va peut-être trop dans le sens de la gratuité »* (elle peut susciter des abus, mais il ne s'agit pas de remettre en cause les acquis obtenus pour les personnes en situation de précarité).
- *« On sait tous que les personnes âgées, notamment, consomment trop de médicaments. Pour autant, quand un médecin en prescrit moins, on le prend mal, on se méfie »...*
- *« On a délégué aux professionnels de santé le soin de s'occuper de notre santé. Mais qu'est-ce qu'on a fait, ces dernières décennies, pour que les usagers prennent en main leur santé ? »*

Bref, *« la santé n'est pas que l'affaire des professionnels de santé. C'est l'affaire de nous tous »*. Il s'agit de sensibiliser, d'éduquer, de réapprendre une certaine hygiène de vie, de réapprendre à vivre, à mieux vivre, à mieux s'alimenter, à être plus à l'écoute de son corps, à respecter l'environnement...

La mise en œuvre d'une telle politique, à terme, devrait contribuer à améliorer la santé d'une population, et aussi à maîtriser les dépenses de santé.

\*\*

## **Conclusion**

Trois principaux axes se dégagent :

1) Le maintien d'un service médical de proximité et de qualité : cela passe par le maintien d'une densité de médecins généralistes et des paramédicaux à son niveau actuel, une meilleure coordination des acteurs de santé, un accès plus rapide aux médecins spécialistes, une meilleure communication sur les gardes et les urgences, une meilleure écoute et une meilleure information de l'utilisateur.

2) Des actions d'information sur l'offre de santé, des actions de prévention et aussi de responsabilisation des usagers, d'où un nécessaire travail sur les mentalités (perspectives d'une « santé citoyenne »).



3) Un renforcement des politiques de prise en charge des personnes âgées dépendantes et/ou en perte d'autonomie, ce qui peut se décliner de nombreuses façons tant dans le maintien à domicile que dans l'accueil en établissement, en passant par certaines réponses intermédiaires. Cette évolution des populations accueillies nécessite tant dans les services de maintien à domicile que dans les institutions de faire appel à de nouveaux professionnels paramédicaux (diététiciens, psychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens...), afin d'améliorer la qualité des prises en charge.

## 4) La diagnostic de l'offre de soins

---

En 2007, le diagnostic de l'offre de soins et la projection de son évolution à l'horizon de cinq ans, ont permis de dimensionner les outils nécessaires à la constitution d'un véritable pôle de santé ambulatoire dans son environnement sanitaire et médico-social<sup>(6)</sup>. Cependant, si les conclusions mettent l'accent sur les « maisons de santé pluridisciplinaires » de Craon et Renazé, avec leurs satellites à Ballots et Saint-Aignan-sur-Roë, la priorité demeure la consolidation de l'hôpital local et la présence en professionnels de santé.

### 4.1) L'hôpital local : acteur essentiel du dispositif de santé

L'Hôpital local du Sud-Ouest Mayennais (HLSOM) est implanté à Craon et à Renazé. Son activité est actuellement essentiellement gériatrique, mais il prend également en charge des malades chroniques. L'HLSOM « assure la prise en charge de proximité au plus près du lieu de vie des patients, et permet d'établir le premier diagnostic et la mise en route de thérapeutiques qui évitent bien souvent une hospitalisation en urgence synonyme de (...) stress notamment pour le patient âgé. Avec le renforcement de son service de soins de suite et réadaptation (SSR), permis par l'arrivée de nouveaux professionnels paramédicaux, l'hôpital vise l'optimisation de la prise en charge du patient pendant sa convalescence après une phase aiguë ».

Le *Pré-projet de santé* souligne les partenariats que l'HLSOM développe avec les professionnels libéraux de santé, les établissements et services du territoire. Ainsi, l'HLSOM est « un maillon essentiel » qui permet d'« offrir une filière d'hospitalisation complète ». En outre, soucieux de l'amélioration de la qualité des soins, il « conduit des missions d'intérêt général » (formation, coordination, prévention).

Si l'hôpital local n'a pas de plateau technique, il a « la volonté d'éviter au maximum le passage aux urgences des personnes âgées ». En amont, à l'initiative des médecins généralistes, « il effectue des hospitalisations d'observation, d'évaluation, des bilans et des traitements au sein de ses services et fait appel selon les besoins à des hospitalisations spécialisées ». Et, en aval, « il assure des suivis spécifiques de proximité pour les traitements nécessaires ».

À son échelle, conclut le *Pré-projet de santé*, l'HLSOM est « un animateur de santé au cœur du territoire d'immédiate proximité qui, de par sa spécificité d'hôpital local, se trouve à la croisée de la médecine hospitalière, de la médecine de ville et du médico-social ».

### 4.2) Une offre de soins de premier recours fragilisée

Le *Pré-projet de santé* dresse un état des lieux de l'offre de soins médicale et paramédicale, qu'il inscrit dans la problématique déficitaire caractéristique du département.

La constitution du GCS, depuis 2008, comprenant une cinquantaine de professionnels médicaux, paramédicaux et l'HLSOM, a pour objectif de consolider et développer l'organisation des soins de premiers recours dans l'ensemble du Sud-Ouest Mayennais.

Au-delà des constats, il souligne l'importance de l'articulation avec les établissements de soins de second recours situés à proximité (Laval, Château-Gontier/Segré, Châteaubriant). En outre, il mentionne un problème spécifique aux transports d'urgence par ambulance.

---

<sup>(6)</sup> – Nous empruntons ici au Dr Dominique Dépinoy et au *Pré-projet de santé* (pages 7, puis 18 à 26), réalisé avec le concours, notamment, des professionnels de santé et des élus du territoire.

### 4.3) L'organisation de la permanence des soins

Le *Pré-projet de santé* décrit le dispositif mayennais, jugé bien identifié des Mayennais et, en l'occurrence, « *performant* ».

Une évaluation révèle que le nombre de visites dans les territoires ruraux reste important, notamment dans le Sud-Ouest Mayennais du fait de la population âgée.

### 4.4) Les réseaux de santé

Le *Pré-projet de santé* décrit les réseaux qui existent en Mayenne et avec lesquels des articulations sont nécessairement à trouver. On peut citer les réseaux Soins palliatifs (équipe mobile au sein de l'HLSOM, pouvant intervenir dans les autres établissements ainsi qu'à domicile), Diabète et Addictions.

Divers réseaux, identifiés localement, fonctionnent également à l'échelle régionale.

Un dossier pour la constitution d'un réseau gérontologique de proximité (Resage) a été déposé à l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH) et auprès de la Mission régionale de santé, en septembre 2007. Ce travail conjoint du CLIC, de l'HLSOM, animé par la MSA, a contribué à renforcer les partenariats locaux dans la filière gérontologique. Ce projet constituait l'une des actions envisagées dans le Programme territorialisé d'actions gérontologiques, établi en 2006, en amont du Schéma gérontologique départemental (2008).

Ce travail reste d'actualité et peut servir d'appui à une politique de réseau multi-thématique dans ce territoire de premier recours.

### 4.5) Une offre médico-sociale à intégrer au projet

Notamment autour du CLIC Allié, les acteurs gérontologiques du territoire ont depuis une dizaine d'années des habitudes de travail en commun. Dans une synthèse sur les points forts du territoire, le CÉAS de la Mayenne, en 2006, soulignait :

- La création du CLIC qui a facilité la rencontre entre les différents acteurs gérontologiques du territoire et a permis la mise en œuvre d'actions de coordination autour de situations de personnes âgées dépendantes et/ou en perte d'autonomie.
- La couverture complète du territoire par des services d'aide et d'accompagnement à domicile, par le service de soins infirmiers à domicile, par des établissements d'hébergement pour des personnes âgées dépendantes.
- L'engagement en cours ou en projet de la plupart des acteurs gérontologiques dans des démarches d'amélioration de la qualité.
- La motivation, voire la détermination d'acteurs locaux pour aboutir à une prise en charge la plus satisfaisante possible des personnes âgées. En particulier, la forte implication des médecins.

*A contrario*, le CÉAS insistait sur la nécessité de clarifier les missions du CLIC et le rôle des différents acteurs dans le pilotage et la mise en œuvre de la politique gérontologique du territoire.

Parmi les acteurs du territoire, citons, entre autres :

- Les six établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ballots, Cossé-le-Vivien, Craon/Renazé, Méral, Saint-Aignan-sur-Roë et Saint-Saturnin-du-Limet), deux foyers-logements (Quelaines-Saint-Gault et Renazé), une résidence privée (Craon).
- Des structures pour personnes en situation de handicap : Saint-Amadour (La Selle-Craonnais), les ESAT de Craon et La Selle-Craonnaise.
- Le Centre de soins pour malades alcooliques de La Bréhonnière, à Astillé.

- Les centres de soins infirmiers de Craon et de Saint-Aignan-sur-Roë, et un service de soins infirmiers à domicile (ASMAD, Cossé-le-Vivien) qui couvre tout le territoire.
- Les services sociaux, les acteurs associatifs, communaux ou communautaires intervenant auprès des publics en situation de précarité, de mal-être, etc.

Regroupés dans le GCSMS, ces acteurs médico-sociaux ont élaboré un programme d'actions, destinés à améliorer coordination et mutualisations. Cependant, l'articulation avec le GCS est à travailler.

## 5) L'analyse des besoins de la population

---

Durant la période la plus récente, l'analyse des besoins a consisté à déterminer les principales priorités de santé des habitants du territoire. « *Ces besoins, est-il écrit dans le Pré-projet de santé, constituent un socle pour la nouvelle organisation en pôle de santé ambulatoire prenant en charge le sanitaire et le médico-social* ». Cette analyse a permis de déterminer des objectifs prioritaires et des actions à mener, en cohérence avec les politiques de santé régionale et départementale.

Nous avons renoncé à utiliser les données épidémiologiques mises à disposition pour le Sud-Mayenne – qui constitue un territoire plus large que le Sud-Ouest Mayennais – compte tenu également de la taille du territoire, des effectifs somme toute assez faibles, des biais liés aux concepts, au recueil des données... Au demeurant, les réalités observées à l'échelon départemental ou régional – sur lesquelles s'appuient les politiques de santé – s'appliquent très probablement au Sud-Ouest Mayennais.

## 6) Les priorités de santé

---

Sept objectifs prioritaires sont définis sur la période 2011-2015 afin de mettre en œuvre le projet de santé du territoire.

1. Maintenir la permanence et la continuité des soins.
2. Améliorer l'attractivité de l'exercice professionnel et donc également l'attractivité du territoire.
3. Organiser la coordination et la concertation entre les acteurs de santé et développer la formation pluridisciplinaire liée aux besoins de la population.
4. Optimiser la prise en charge des patients par la mise en place d'actions de coordination spécifiques, concernant plus particulièrement les pathologies les plus fréquentes (logique de réseau).
5. Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population en développant des actions de prévention et d'éducation thérapeutique.
6. Approfondir et actualiser les connaissances sur les besoins de la population du territoire. Évaluer les actions mises en œuvre et actualiser le projet de santé.
7. Mettre en œuvre un dispositif de gouvernance du projet de santé du Sud-Ouest Mayennais.

\*\*

# Mise en œuvre opérationnelle des priorités de santé

## 6.1) Maintenir la permanence et la continuité des soins

Il s'agit ici de proposer dans le territoire des prestations de premier recours coordonnées entre elles :

- Consultations de médecine générale.
- Consultations dentaires.
- Consultations avancées de spécialités (cardiologie et diabétologie existent déjà – développer les consultations de santé mentale, coordonnées avec les professionnels du territoire).
- Soins de kinésithérapie et d'ostéopathie.
- Soins orthophonistes.
- Soins infirmiers.
- Soins podologiques.
- Accompagnement de la grossesse (sage-femme).
- Prestations sociales ou médico-sociales.
- Accès à d'autres professionnels paramédicaux (ergothérapeutes, diététiciens, psychologues, psychomotriciens).

Plusieurs leviers renforceront la pluridisciplinarité :

- Une articulation renforcée avec les structures de soins de deuxième recours (centre hospitalier de Laval et de Château-Gontier, Polyclinique du Maine), les spécialistes libéraux de deuxième recours, les services spécialisés (centres anti-cancéreux...), notamment par le développement de nouvelles pratiques (télémédecine, visioconférence) avec des spécialités manquantes, mais aussi par un lien fort avec l'HLSOM.
- L'intégration de professionnels médicaux et paramédicaux, de services sociaux ou médico-sociaux, sous forme de permanences à l'intérieur des locaux des deux pôles (Renazé et Craon), et de participation aux choix organisationnels et stratégiques en termes de projet de santé.
- Des liens avec les réseaux existants (soins palliatifs, diabète, addictions...), via des actions de prévention et d'éducation thérapeutique.

Des lieux secondaires de consultation seront installés dans les EHPAD de Ballots et Saint-Aignan-sur-Roë. À Ballots, il s'agit de permettre de fixer l'équipe infirmière en place et d'éviter toute rupture dans les soins de proximité (pôle lieu de consultation, pharmacie, équipe infirmière).

Notamment pour assurer la continuité des soins dans la journée (urgences), une permanence de soins sera assurée en incitant les professionnels à s'organiser entre eux et en particulier entre les deux sites (Renazé/Craon). Si l'organisation est définie pour les médecins (consultation de médecine générale avec permanence assurée de 8 h à 20 h), elle reste à définir pour les infirmiers et les kinésithérapeutes pour permettre un accès large aux services du pôle en journée.

Les professionnels participeront aux activités de l'hôpital local et assureront la continuité des soins des patients hospitalisés ou accueillis au sein de l'EHPAD de l'HLSOM. Les fonctions médicale, paramédicale et médico-sociale seront redéfinies et organisées avec l'équipe de direction de l'HLSOM.

La question du déplacement des usagers isolés, parfois éloignés, reste posée. La question sera d'autant plus aiguë en cas de diminution du nombre des médecins, ce qui rendrait leur charge de travail trop lourde pour des déplacements itératifs.

En dehors des heures d'ouverture du pôle, la prise en charge des urgences sera réalisée selon le dispositif mis en place au sein de chaque profession. Toutefois, le statut de la maison médicale de garde, créée à Craon en 2006, est à repréciser. En outre, les besoins sont à analyser, notamment pour la kinésithérapie respiratoire. L'organisation pour la permanence infirmière fera l'objet d'une attention particulière (deux centres de soins et infirmiers libéraux).

## **6.2) Améliorer l'attractivité de l'exercice professionnel et donc également l'attractivité du territoire**

Le projet de santé doit permettre de créer une réelle attractivité pour de nouveaux professionnels. Divers leviers sont identifiés :

- Un accueil organisé de stagiaires, en faisant des pôles santé un lieu de stage pour les étudiants de deuxième et troisième cycle de médecine générale, mais aussi pour les dentistes, infirmiers et kinésithérapeutes. Les médecins s'organiseront pour être maîtres de stage. Une communication ciblée sera faite vers le département de médecine générale de la faculté d'Angers (voire avec celles de Rennes et Nantes).
- Lors des stages, les étudiants seront invités à participer aux soins dans l'hôpital local afin de les familiariser à l'exercice mixte (libéral et hospitalier).
- Le regroupement des praticiens facilitera les activités de remplacement, voire le recrutement de médecins sous statut de collaborateur.
- La mixité du travail (consultations de ville libérales et consultations et travail institutionnel à l'hôpital) et l'éventuelle possibilité de mixité du statut (libéral et salarié pour une partie de l'activité à l'hôpital local) pourront être éventuellement promues dans le cadre d'une convention avec l'hôpital local.
- L'accueil de nouveaux professionnels doit s'inscrire dans la volonté partagée de faire adhérer les nouveaux arrivants au projet du pôle de santé et de leur faire signer la charte d'engagement. À ce titre, le modèle de rachat de clientèle ne peut être imposé aux futurs professionnels.

## **6.3) Organiser la coordination et la concertation entre les acteurs de santé et développer la formation pluridisciplinaire liée aux besoins de la population**

La coordination souhaitée par les professionnels pour assurer la continuité des soins sera facilitée par le dossier patient partagé informatique (mise en œuvre engagée).

La coordination sera également facilitée par la concertation et la formation entre les professionnels. Des rencontres continueront à être organisées, mais de manière plus régulière grâce à la professionnalisation de la coordination, sur des thèmes liés au projet de santé : difficultés de prise en charge (maladies chroniques, addictions, vieillissement...) et prise en charge spécifique de certaines pathologies (diabète...) ; connaissance des métiers... La formation inter et pluridisciplinaire sera à organiser en fonction des besoins identifiés de la population.

## **6.4) Optimiser la prise en charge des patients par la mise en place d'actions de coordination spécifiques, concernant plus particulièrement les pathologies les plus fréquentes (logique de réseau)**

La mise en place de quelques consultations avancées, au sein des pôles santé (Renazé/Craon), est à poursuivre : consultations gériatriques, consultations de psychologue, consultations de pédopsychiatrie, consultations en cardiologie et diabète, consultations spécialisées ou médico-sociales liées aux pratiques addictives... toujours au regard des besoins identifiés de la population.

Au regard de ces besoins identifiés, une attention toute particulière sera portée aux thématiques suivantes :

- Le suivi des femmes enceintes en situation de précarité ou en difficultés en période périnatale, ce qui implique le repérage (avec le concours des travailleurs sociaux et de la PMI), la proposition d'un parcours de soins renforcé, une proposition d'organisation de la prise en charge du nouveau-né à la sortie de la maternité.
- Certaines pathologies de l'enfant ou de l'adolescent (obésité, asthme, allergie...), ce qui implique une sensibilisation au repérage, la mise en place de séances d'éducation à la santé

avec jeunes concernés et famille, la diffusion de messages de prévention et d'éducation à la santé.

- La prise en charge de la douleur, notamment chez l'enfant, lors de soins dentaires, de gestes techniques, de pathologies douloureuses.
- La prise en charge du diabète par un partenariat et une articulation avec le réseau Diabète 53, ainsi que la mise en place, à l'hôpital local, d'une aide à l'expertise en matière de pathologies vasculaires.
- La mise en place d'une procédure d'évaluation gériatrique (en adaptant les orientations du projet Resage) en lien avec l'équipe mobile gériatrique.

## **6.5) Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population en développant des actions de prévention et d'éducation thérapeutique**

Les actions de prévention seront ciblées plus particulièrement sur les priorités de santé correspondant aux besoins de la population, a priori en cohérence avec les orientations définies dans les projets régional et départemental de santé.

Des actions d'éducation thérapeutique seront organisées en ciblant prioritairement le diabète et les risques cardio-vasculaires. Ces actions seront portées par des professionnels volontaires et s'intégreront dans les activités du réseau de santé Diabète.

### **6.5.1) Prévention des pratiques addictives**

Renforcement des partenariats avec le Réseau des intervenants en addictologie de la Mayenne (RIAM) avec notamment une sensibilisation des professionnels de santé au repérage précoce et intervention brève (RPIB), ainsi que des actions orientées vers des publics plus spécifiques.

- Les femmes enceintes :
  - Diffusion de la recommandation HAS : « Comment mieux informer les femmes enceintes ? » (sensibilisation des professionnels de santé).
  - Relais de l'information sur les risques de l'usage de tabac, d'alcool, de médicaments non prescrits, de drogues illicites pendant la grossesse, et sur les aides à l'arrêt.
  - Renforcement des partenariats, notamment avec la Protection maternelle et infantile (PMI).
  - Mise en place, avec l'aide du réseau régional Sécurité naissance, du parcours de soins appropriés pour les patientes enceintes souffrant de pratiques addictives.
- Les jeunes :
  - Mise en place d'une consultation régulière de pédopsychiatrie ou, compte tenu de la rareté en Mayenne de cette spécialité, consultation de première orientation, d'un psychologue clinicien, à l'hôpital local, coordonnée avec les médecins.
  - Repérage des consommations à risques lors des consultations d'adolescents.
  - Information claire sur les risques (tabac, alcool, drogues illicites) et orientation.

### **6.5.2) Prévention du mal-être et du suicide**

- Formation pluridisciplinaire sur le repérage du mal-être (chez l'adolescent, la personne âgée...).
- Mise en place de consultation régulière en pédopsychiatrie, psychologie clinique, psychiatrie.
- Accompagnement d'acteurs du territoire pour la mise en place d'associations de prévention citoyenne du mal-être et du suicide (à l'instar de l'association qui existe à Cossé-le-Vivien).



### **6.5.3) Prévention du cancer**

- Relais des campagnes de dépistage (affichage, incitation du patient...).
- Sensibilisation au repérage des signaux d'alerte.

### **6.5.4) Prévention de l'obésité**

- Formation pluridisciplinaire sur l'aide aux patients obèses ou à risque d'obésité.
- Séances d'éducation à la santé avec les patients concernés.
- Diffusion de messages de prévention et d'éducation à la santé en relais des campagnes nationales ou régionales.
- Renforcement des partenariats entre les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires.

### **6.5.5) Prévention des risques du vieillissement**

- Prévention de la dénutrition : formation au repérage et au traitement ; offre de soins dentaires ; partenariat avec les acteurs de l'aide à domicile.
- Prévention pour un bon usage du médicament : sensibilisation des professionnels et information des usagers à la bonne observance et au bon usage, lutte contre la iatrogénie par la bonne tenue du dossier patient et la réévaluation régulière des traitements.
- Prévention des chutes : sensibilisation des professionnels, information des personnes âgées et de leur famille, expérimentation d'ateliers de prévention des chutes.

## **6.6) Approfondir et actualiser les connaissances sur les besoins de la population du territoire. Évaluer les actions mises en œuvre et actualiser le projet de santé**

Il est complexe d'évaluer les besoins d'une population à un échelon local dans la mesure où il est difficile de s'appuyer sur des données quantitatives disponibles qui soient fiables et régulièrement actualisées. La définition des données fournies est souvent floue, les modalités de production rarement communiquées, les limites ou restrictions peu diffusées. D'où la perception régulièrement observée d'un décalage entre les données fournies et les réalités de terrain.

Forts de ces constats, les acteurs du territoire sont prêts à s'impliquer dans toute démarche expérimentale qui viserait une meilleure connaissance de la situation de santé dans le territoire.

À défaut, seront privilégiées les démarches plus qualitatives s'appuyant sur l'analyse des représentations des professionnels et des usagers.

Dans tous les cas, chaque action donnera lieu à l'élaboration d'indicateurs d'évaluation préalablement définis, et donc à une analyse des écarts entre les objectifs fixés et les résultats obtenus.

Les recherches engagées sur les besoins de la population et les évaluations des actions permettront l'actualisation, annuellement, du projet de santé.

## **6.7) Mettre en œuvre un dispositif de gouvernance du projet de santé du Sud-Ouest Mayennais**

Le contrat local de santé est signé entre l'Agence régionale de santé d'une part, les communautés de communes du Pays du Craonnais et de Saint-Aignan-Renazé d'autre part.

Un **Comité de pilotage**, chargé des orientations politiques, réunit des représentants :

- de chacune des trois communautés de communes du territoire,
- de l'hôpital local,
- du GCS du pôle de santé,
- du GCSMS,
- d'un Comité de citoyens (représentation des usagers),
- de l'Agence régionale de santé, des collectivités territoriales (Conseil régional, Conseil général) et de diverses institutions (CPAM, MSA, CAF...).

Deux salariés à temps complet sont recrutés pour la mise en œuvre du projet de santé. Ils travaillent nécessairement en étroite collaboration.

- Un coordinateur de santé :

Missions :

- Portage du projet de santé du territoire.
- Suivi des actions du GCS.

Employeur : le GCS.

Financement : GCS et communautés de communes (affectation de la subvention ARS).

- Un animateur de santé :

Missions :

- Mise en œuvre opérationnelle des actions du projet local de santé.
- Accompagnement du GCSMS.

Employeur : les communautés de communes (ou l'une d'entre elles dans un souci de simplification).

Financement : communautés de communes (avec affectation de la subvention ARS).