

N°01
SEPTEMBRE
2010



COMME TERRITOIRES



le centre
de ressources
du développement
territorial

DOSSIER SANTÉ & TERRITOIRES

COLLECTIVITÉS
Comment
subventionner
les associations ?

DÉVELOPPEMENT DURABLE
Les inégalités
écologiques

ÉCONOMIE
Rennes à l'épreuve
de la crise

Santé et Territoires

Le contexte.

Un nombre grandissant d'habitants de l'espace rural et de certains quartiers urbains s'inquiète des difficultés à trouver un médecin à proximité et dans des délais raisonnables.

Ce sentiment est alimenté par la situation préoccupante de la démographie médicale : le nombre de médecins a commencé pour la première fois à baisser en 2009 et cette tendance, conjuguée à la mauvaise répartition des professionnels de santé sur le territoire national, devrait se maintenir jusqu'en 2020, avec une baisse du nombre de médecins de 10% et de la densité médicale à hauteur de 16%. Dans le même temps, les besoins en services de santé vont grandissant. Le vieillissement de la population accroît le nombre de pathologies chroniques qui demandent une prise en charge quotidienne et pluri-professionnelle des patients (par exemple entre le généraliste, l'infirmière et l'aide à domicile). À l'inverse du système hospitalier, le dispositif de premier recours est peu structuré en France et repose principalement sur l'exercice de professionnels libéraux peu coordonné.

L'enjeu.

Au-delà de la question des effectifs, l'organisation d'une réponse coordonnée aux besoins des patients en termes de soins mais aussi

de services à domicile, de prévention et d'éducation pour la santé, s'impose aujourd'hui. L'État et l'Assurance maladie ont pris des mesures pour essayer de réguler la démographie des professionnels de santé et leur répartition géographique sans remettre en cause la liberté d'installation : le nombre d'étudiants entrant chaque année en faculté de médecine - le numerus clausus - a été multiplié par deux dans les dix dernières années ; les postes d'internes sont répartis de façon à favoriser les régions sous-dotées ; enfin des mesures fiscales et des majorations d'honoraires sont utilisées pour encourager l'installation en zones déficitaires. Pour autant, ces décisions ne suffisent pas à ralentir le mouvement de raréfaction de l'offre de santé à l'œuvre dans certains territoires. Pour les collectivités locales, il s'agit de poursuivre la mobilisation en complétant ces mesures par la recherche d'une plus grande attractivité médicale.

Analyse

Les collectivités au secours du premier recours

Pour répondre aux difficultés d'accès à l'offre de soins dite de « premier recours », les collectivités déploient leurs moyens d'action. Au cœur de leurs stratégies : le développement des maisons de santé et le financement de mesures incitatives en direction des professionnels.

Texte : Hervé Dagand
Illustration : Fabrice Grégoire

Législation oblige : en matière de santé, l'État et l'Assurance maladie sont les seuls maîtres à bord. Pourtant, malgré leur absence de compétence en organisation des soins, les collectivités sont de plus en plus nombreuses à se mobiliser sur l'offre de soins de premier recours (voir définition page 19). Au cœur de leurs actions : le financement de mesures destinées à inciter les professionnels à exercer dans les zones déficitaires. Les moyens utilisés sont les indemnités d'études (le financement du cursus d'un étudiant en échange de l'engagement à pratiquer pendant un certain nombre d'années dans une zone sous-dotée), les bourses de stages ou, plus rarement comme en Rhône-Alpes, les aides financières directes à l'installation.

Maisons de santé pluriprofessionnelles. L'incitation financière n'est pas la seule façon d'attirer des professionnels de santé. Les conditions d'exercice occupent elles aussi une place importante dans le choix du lieu d'installation des professionnels de santé. Une des raisons de la baisse de la démographie médicale est la désaffection des jeunes médecins pour l'exercice libéral : les deux tiers d'entre eux préfèrent aujourd'hui le salariat. Le modèle classique du généraliste exerçant généralement seul n'attire plus la jeune génération qui souhaite à l'inverse travailler de façon collégiale, coopérer avec les autres professions, organiser son travail de façon plus souple et déléguer les tâches administratives. Les maisons de santé pluriprofessionnelles réunissent ces avantages. C'est pourquoi un nombre grandissant de collectivités investissent dans ces équipements : l'objectif est de proposer aux professionnels des conditions de travail attractives favorisant leur maintien sur le territoire. Conseils régionaux et conseils généraux mobilisent des financements pour les maisons et pôles de

santé. Les élus des communautés de communes et des pays jouent un rôle essentiel d'impulsion et d'accompagnement des projets au niveau local. Cet engouement actuel provient du double effet attendu de ce mode d'organisation : une plus grande attractivité censée apporter une réponse au problème de la démographie médicale et une réponse plus adaptée aux besoins des patients. L'organisation pluriprofessionnelle peut en effet améliorer l'efficacité des services de santé par une meilleure coordination entre professionnels : le patient peut par exemple trouver en un même lieu le généraliste, le spécialiste puis l'infirmier dont il a besoin, et être orienté ensuite vers des services d'aide à domicile. Les maisons de santé favorisent aussi l'innovation dans la prise en charge des patients : le conseil régional de Bourgogne propose par exemple une aide financière spécifique pour le transport des personnes âgées ou handicapées vers les maisons de santé.

Une autre solution permet d'améliorer l'accès aux soins : la télémédecine. Encore expérimentale, elle n'en représente pas moins un potentiel de développement important. Des collectivités ont parié sur cette solution pour améliorer leur offre de santé. C'est le cas du conseil général de la Lozère qui a équipé treize sites, hôpitaux locaux et établissements d'accueil de personnes âgées en équipements de visioconférence reliés aux CHU de Nîmes et Montpellier. Depuis, les médecins de Lozère peuvent échanger avec leurs confrères



sur des diagnostics et bénéficier de formations à distance. Si la télémédecine permet de lutter contre l'isolement que peuvent ressentir les professionnels de santé en zone rurale, elle présente également de nombreux avantages pour les patients qui peuvent ainsi limiter leurs déplacements.

Un besoin urgent de coordination. Le choix des collectivités de mobiliser des moyens pour proposer des dispositifs d'incitation ou bâtir des maisons de santé n'est pas sans risque. Un risque financier tout d'abord : certaines collectivités ont construit des maisons de santé qui n'ont pas trouvé leurs occupants. L'autre danger est celui de la concurrence entre collectivités pour attirer vers elles un nombre limité de professionnels. Le besoin est donc urgent d'une meilleure coordination des stratégies de réorganisation de l'offre de soins, qui permettrait d'optimiser la dépense publique et d'éviter que les territoires ne se livrent une concurrence pénalisante pour les plus fragiles. Dans cette optique, des partenariats ont été créés dans certaines régions afin d'optimiser les dispositifs de soutien de l'État, de l'Assurance maladie et des collectivités (voir notre article consacré aux pôles de santé en Basse-Normandie page 32). L'organisation générale du système de santé va connaître une évolution importante avec les Agences régionales de santé (ARS), créées par la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST), qui réunissent les services régionaux de l'État et de l'Assurance maladie. Celles-ci sont dotées d'une mission de pilotage de l'organisation des soins : elles peuvent contractualiser avec les « territoires » et les maisons et pôles de santé par des contrats locaux de santé et des conventions pluriannuelles d'objectifs. Ces instruments peuvent permettre de coordonner les initiatives des collectivités et d'articuler leur action avec celle de l'État. Le Comité interministériel d'aménagement et de développement du territoire (CIADT) du 11 mai dernier a annoncé à ce sujet un déploiement de mesures pour l'offre de santé en milieu rural avec le lancement, à la rentrée prochaine, d'un pro-



gramme national d'équipement en maisons de santé : l'État et l'Assurance maladie vont financer 250 maisons de santé en trois ans¹ et 400 bourses par an pendant 10 ans pour les étudiants en médecine qui s'engageront à exercer dans des territoires à faible densité médicale. Ces efforts conjugués entre niveaux de pouvoirs suffiront-ils à résoudre les difficultés d'accès aux soins ? La loi HPST a ouvert la possibilité d'utiliser, dans un délai de trois ans, un dispositif plus contraignant de régulation de la démographie médicale : le contrat santé solidarité. Inspiré de celui adopté par les infirmiers, ce contrat imposerait aux médecins exerçant en zone sur-dotée de s'engager à exercer en partie dans des zones sous-dotées sous peine de sanctions financières. Roselyne Bachelot, ministre de la Santé et des Sports, a annoncé le 25 juin dernier que ce dispositif était « mis entre parenthèse » et que des mesures incitatives lui seraient préférées. L'avenir nous dira si la mobilisation conjointe des collectivités, des professionnels de santé et des ARS permet de remplir de façon consensuelle l'objectif d'organisation territoriale de la santé ou s'il est nécessaire d'adopter des solutions plus régulatrices. ■

Note :

1. À hauteur de 50 000 euros maximum pour les études préalables et l'ingénierie, et de 25 % à 35 % pour les dépenses d'investissement.

Villes-santé OMS : 70 collectivités françaises engagées !

Après avoir lancé le Programme ville-santé en 1986, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a souhaité encourager la création de réseaux nationaux d'échange. Fondée en 1990, l'Association du réseau français des villes OMS regroupe 68 communes et 2 intercommunalités¹ engagées dans l'établissement d'un plan santé. Celui-ci doit notamment prendre en compte des

actions de prévention, d'éducation et de promotion de la santé tout en y intégrant les questions de participation et d'amélioration du cadre de vie des habitants. L'adhésion au réseau national permet aux acteurs locaux d'échanger sur les démarches et outils développés, de travailler dans le cadre de convention avec la Direction générale de la santé et d'organiser des

journées de formation ainsi que des colloques nationaux et internationaux autour de grandes thématiques de santé publique.

1. Communauté urbaine de Dunkerque et communauté d'agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines

+ d'info

www.ville-sante.fr [découvrir leur dernier ouvrage *Villes Santé en actions*]

Témoignage

“La santé est une question à part entière d'aménagement du territoire”

Chargée de mission à la Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'action régionale (Datar) et médecin de formation, Pascale Echard pilote depuis 2009 une étude préfigurant la **réalisation d'une stratégie d'accessibilité aux services de santé**. Elle précise pour Etd les objectifs de sa mission et sa vision de l'organisation locale de l'offre de soins.



La chute annoncée de la démographie médicale est-elle une des raisons de l'étude lancée en 2009 par la Datar sur l'offre de soins ?

Il est vrai que la baisse de la démographie médicale est inquiétante sur certains territoires, mais une autre question importante concerne les conditions d'accessibilité des populations à ces services de santé, que l'on soit en ville ou à la campagne. Qu'il y ait moins de professionnels ne signifie en effet pas nécessairement un problème d'accès aux soins et à travers cette étude, nous souhaitons aboutir à une typologie des territoires qui nous permettra de voir s'il y a aujourd'hui réellement carence en soins. Une fois ces données connues, notre objectif consiste à définir une stratégie d'accessibilité adaptée aux différents contextes locaux. L'étude devrait par ailleurs nous permettre de disposer d'autres éléments de diagnostic, concernant notamment la prise en compte du lieu de travail des populations, avec l'idée sous-

jacente qu'un citoyen peut vivre à la campagne et travailler dans une agglomération où il aura, pour des questions pratiques, pris l'habitude de « consommer du soin » sur cette zone plutôt que sur son lieu de résidence.

Le fait que la Datar se saisisse de cette question veut-il dire que la santé représente une question d'aménagement du territoire à part entière ?

Sans conteste oui, et c'est pourquoi cette question a figuré au cœur des débats des Assises des territoires ruraux. Travailler sur l'offre de soins ne doit en effet pas occulter la nécessité de penser cette action en rapport à une politique plus globale de développement des services, et l'étude devrait nous permettre de mieux appréhender cette question. Un exemple très concret permet de mieux cerner le problème : un grand nombre d'habitants en milieu rural peut accepter sans aucune difficulté de parcourir 50 km dans le cadre d'une inter-

vention chirurgicale programmée. En revanche, comment cette situation est-elle vécue lorsque la personne concernée a 80 ans, qu'elle ne conduit pas et doit se rendre plusieurs fois à l'hôpital de ville pour rencontrer le chirurgien, l'anesthésiste, se faire ensuite opérer puis revenir pour un suivi post-opératoire ? Ce cas précis revient à poser la question de l'offre de transport sur un territoire et rappelle la nécessité cruciale de relier l'accès aux soins à l'accès aux services en général. Sans oublier également qu'il s'agit, dans ce contexte d'hospitalisation, de faciliter les conditions de déplacements des conjoints et des proches. Cette question de la prise en compte de la dimension familiale est fondamentale, mais reste aujourd'hui peu traitée.

Les maisons de santé peuvent-elles être un moyen de mieux prendre en compte cette dimension de services ?

C'est une des solutions en effet, à condition d'établir et

+ d'info

Le ministère de la Santé et le ministère de l'Espérance, avec l'appui de la Datar, organisent les 9 et 10 septembre à Arras un colloque sur le thème *Dynamiques territoriales de santé...* Quels enjeux, quels outils ? La synthèse des échanges sera publiée en novembre prochain dans le supplément de la revue *Gazette Santé Social*, qui sera notamment diffusé lors du prochain Salon des maires les 23, 24 et 25 novembre 2010

2009

La Datar choisit de réaliser une étude territoriale d'accessibilité aux services de santé, en partenariat avec la Fnors et Etd, le ministère de la Santé, des universitaires, l'Assurance maladie et les associations d'élus.

avril 2010

Recherche bibliographique notamment destinée à dresser un état des lieux des recommandations et pratiques reconnues (en France et dans le monde) en matière d'accès aux services de santé, à identifier les freins à l'accès au système de santé.

juillet 2010

Typologie des territoires qui devra préciser, pour les activités retenues dans le champ de l'étude, les paramètres discriminants à prendre en compte pour un accès satisfaisant aux différents services.

d'articuler le projet de santé avec une stratégie territoriale globale. Au-delà de cette question, les maisons de santé ont beaucoup d'atouts car elles permettent de rendre le métier attractif pour des professionnels qui sont aujourd'hui nombreux à vouloir rompre avec l'image traditionnelle du médecin de campagne. Le temps est révolu du médecin qui multipliait, seul, les visites à domicile sans réelle frontière entre vie privée et vie professionnelle. Les pôles ou maisons

la proximité et la quantité des ressources importent beaucoup moins que la façon dont le système de santé est organisé. Ce qui compte pour eux, c'est le regroupement des professionnels et ce constat ne peut que nous encourager à croire en la plus-value de nos maisons de santé à la française. Outils d'offres de premier recours, elles se doivent en revanche de mieux travailler avec les professionnels de deuxième et troisième recours¹, en développant notamment les po-



Les maisons de santé se doivent de mieux travailler avec les professionnels de second et de troisième recours en développant notamment les potentialités offertes par la télémédecine.

de santé offrent aujourd'hui un nouveau confort de vie et une dynamique d'interdisciplinarité et d'échanges permanents avec d'autres confrères. Du côté des usagers également, ces nouvelles structures sont une des solutions susceptibles de garantir un accès à une offre de soins de qualité. Nous avons réalisé, dans le cadre de notre étude, une vaste recherche bibliographique qui visait notamment à analyser la façon dont les systèmes de soins étaient appréhendés ailleurs en Europe et dans le monde. Au Québec notamment, où l'on peut effectuer plus de 400 km pour se faire opérer, il apparaît aux yeux des citoyens que

tentialités offertes par la télémédecine. Avec le vieillissement de la population et l'augmentation des pathologies chroniques, on assiste à une multiplication des intervenants qui nécessite plus que jamais une collaboration entre généralistes et spécialistes, acteurs sociaux et paramédicaux. ■

Propos recueillis par Marine Jacquet-Lefebvre

Note :

1. Les soins de deuxième recours ne peuvent être pris en charge par les médecins généralistes en raison de leur complexité : ils le sont par les médecins spécialistes. On distingue généralement un 3^e niveau de soins qui se caractérise par la nécessité du recours à un plateau technique important ou à une médecine de pointe : il s'agit là de soins hospitaliers.

septembre 2010

Distinction des types de territoires « en tension » et les territoires « fragiles » concernant les différentes activités étudiées et les différents niveaux de soins identifiés.

décembre 2010

Définition des leviers à activer (organisation des mobilités, attractivité pour les professionnels, accessibilité numérique, mise en réseau, mutualisation, gouvernance...) permettant de combler les effets de crise.

LES COLLECTIVITÉS PARTENAIRES DE L'OFFRE LOCALE DE SANTÉ : QUELS MOYENS D'ACTION ?

NOUVELLE PUBLICATION

Etd, en partenariat avec la DATAR et le ministère de la Santé, vient de publier un guide méthodologique.

La loi HPST entrée en vigueur cette année apporte un cadre favorable à une action territoriale de santé renouvelée. Les collectivités et leurs groupements, en partenariat avec les professionnels de santé et les Agences régionales de santé, peuvent agir sur la santé dans le champ de leurs compétences.

Ce guide, illustré de pratiques de collectivités, présente les outils à leur disposition et des éléments de conduite de projet.

LES OUTILS

Les mesures d'incitation à l'installation
Le soutien à la création de pôles et maisons de santé pluridisciplinaires
La télémédecine
Les systèmes de transport des patients

LA CONDUITE DE PROJET

Le diagnostic de santé
La mobilisation des professionnels de santé
L'élaboration d'un projet de santé
La coopération entre collectivités

LES INITIATIVES PRÉSENTÉES

- La politique d'accueil santé du pays Vesoul - Val de Saône
- la maison de santé de Castelnau-Magnoac
- le pôle de santé du sud-ouest mayennais
- le soutien à la télémédecine du conseil général de Lozère
- les dispositifs de transport à la demande
- la démarche « Territoire et santé » du pays vendômois
- les pôles de santé ambulatoires en Basse-Normandie
- la Commission départementale de la démographie médicale du Lot-et-Garonne

COMMANDE

Bon de commande téléchargeable
et commande en ligne sur :

www.projetdeterritoire.com
rubrique **Nos publications**

Ce guide est diffusé gratuitement aux collectivités et intercommunalités qui en font la demande.

Décryptage juridique

Mutation du système de santé : l'apparition du local

Retour du rôle central de l'État, nouvelles pratiques professionnelles des médecins, territorialisation de la politique de santé... Etd apporte un éclairage sur la réforme du système de santé français.

Texte : Luc Picot
Illustration : Gérald Gauquier



L'adoption l'année dernière de la loi Hôpital, patients, santé et territoire (HPST), s'inscrit dans la réforme progressive du système de santé français qui a pour objectif principal la maîtrise des dépenses de santé. Cette réforme, engagée il y a plus de deux décennies avec la loi Evin, est marquée par l'affirmation de l'État comme pilote du système de santé publique tant sur les modalités d'intervention (politique sanitaire, prévention, etc.) que sur l'organisation de l'ensemble du dispositif. Un second trait marquant de la réforme est la volonté d'une plus grande planification et d'un encadrement plus important des opérateurs (médecins, hôpitaux) qui s'appuie sur une approche davantage territorialisée.

Une reprise en main par l'État de la politique de santé publique. Le système de santé a longtemps été marqué par l'atomisation des acteurs qui assuraient sa gestion et par l'absence d'un pilotage clairement assumé. Cette situation était le fruit de l'histoire de la construction du système de santé (l'Assurance maladie née du paritarisme, les hôpitaux issus des œuvres de bienfaisance et le rôle central initialement octroyé au maire), ainsi que de l'existence d'une séparation marquée entre les opérateurs et les organismes financeurs, l'Assurance maladie et les mutuelles.

Pour corriger cette situation, l'objectif des différentes réformes a été d'assurer la prééminence de l'État sur les autres acteurs, plus particulièrement celle du ministère de la Santé. Cette recentralisation s'opère localement autour de l'Agence régionale de santé qui fusionne l'ensemble des compétences des administrations régionales chargées de la santé (substitution aux DRASS, transfert des pouvoirs du préfet, ARH, URCAM, etc.). L'ARS parachève l'édifice commencé avec la création des ARH (Agences régionales de l'hospitalisation) pour aboutir à une gestion centralisée et transversale de la santé au niveau régional. Avec un directeur nommé en conseil des ministres, l'ARS apparaît comme le bras de l'État, et a pour mission de décliner localement les objectifs nationaux de santé publique tout en assurant la restructuration du système hospitalier.

Une nouvelle place pour les médecins dans le système de santé. Depuis vingt ans, les différentes réformes de l'Assurance maladie, de l'hôpital ou de la médecine ambulatoire ont vu le retrait du pouvoir des médecins dans la gestion des institutions de santé, plus particulièrement dans le système hospitalier. Les directeurs d'hôpitaux et l'administration ont été substitués aux médecins dans la définition de la stratégie de l'établissement et dans sa conduite au quotidien. L'évolution de cette gouvernance au sein des hôpitaux doit permettre de rationaliser la carte hospitalière, de développer les coopérations et d'adapter l'hôpital à la tarification à l'activité qui induit une transformation importante de son mode de financement.

Dans la médecine de ville, l'exercice libéral de la profession semble de plus en plus remis en cause, tant par les jeunes internes, de plus en plus intéressés par le salariat, que par les pouvoirs publics soucieux de résoudre la question de la démographie médicale. La volonté de compenser le principe de libre implantation des médecins, a conduit les gouvernements successifs à imaginer des mesures incitatives d'aides à l'exercice en milieu rural et des dispositifs plus ou moins coercitifs avec, par exemple, le contrat santé solidarité prévu par la loi HPST mais aujourd'hui suspendu.

La pénurie de médecins entraîne aussi une modification des pratiques professionnelles (la délégation de tâches aux personnels de santé) et la fin du «sacerdoce» du médecin généraliste seul dans son cabinet. Le déficit de médecins dans certains secteurs du territoire a aussi pour conséquence la fin de la monétisation du patrimoine professionnel, qui bouleverse la logique entrepreneuriale des médecins libéraux. Le succès des maisons de santé s'explique en partie par cette situation. Les médecins acceptent plus facilement d'exercer au sein d'un outil dont les charges sont mutualisées ou dont ils ne sont pas propriétaires dans les cas où l'investissement est public.

La territorialisation de la politique de santé. La gestion de la santé a longtemps été marquée par un paradoxe entre la volonté d'une coordination au niveau national et une gestion extrêmement décentralisée. Le milieu hospitalier s'organisait autour de l'établissement de santé (l'hôpital local) sans logique de coopération avec les hôpitaux voisins. L'Assurance maladie était gérée au niveau des caisses primaires sans coordination avec les autres financeurs. L'État a souhaité recadrer les modes d'organisation et de fonctionnement (création des cartes sanitaires) et a ainsi engagé une profonde restructuration. Ce sont les petites structures qui ont été concernées dans un premier temps -fermeture des maternités et des hôpitaux sous utilisés- avant que les réformes touchent les plus grandes (CHU, AP-HP, etc.). Toutefois, la coo-

pération hospitalière et l'articulation entre l'hôpital et la médecine ambulatoire, n'ont pas encore réellement pris corps car notre système de santé reste fortement hospitalo-centré comme le montre par exemple l'usage courant des urgences pour les soins de premier recours. L'approche territoriale apparaît dès lors comme la bonne méthode pour parvenir à faire travailler l'ensemble des professionnels autour d'un projet et des besoins réels de la population. Cette territorialisation de l'offre devrait se faire dans le cadre de la structuration des réseaux de soins (association de différents professionnels autour d'une pathologie) et s'appuiera sur les territoires de santé définis par les ARS.

Un retour des collectivités dans la gouvernance du système de santé.

Si les collectivités locales n'ont jamais eu de réelles compétences dans le domaine de la santé, elles ont toujours veillé à se faire entendre de l'État pour la prise en compte des intérêts locaux. Le poids d'un hôpital dans la vie d'une ville conduit logiquement les élus à se préoccuper de l'avenir des établissements. Les collectivités ont de fait toujours été associées à la gestion des hôpitaux puisque jusqu'à la loi HPST, le maire de la commune du siège de l'établissement de santé était automatiquement président du conseil d'administration. La réforme de la gouvernance hospitalière induite par la loi HPST remet partiellement en cause le lien existant entre les élus et l'hôpital. Ce retrait est toutefois compensé par la reconnaissance d'un rôle spécifique des collectivités territoriales, qui apparaissent comme des acteurs pouvant compléter les actions de l'ARS (les collectivités sont membres du conseil de surveillance de l'ARS). Cette complémentarité concerne surtout les conseils régionaux et généraux qui collaborent à la définition du projet régional de santé de l'ARS et seront notamment appelés à cofinancer une partie des investissements. Les communes et les intercommunalités seront aussi associées à la déclinaison du projet régional à travers les contrats locaux de santé signés avec l'ARS. Toutefois, demeure la question du périmètre pertinent d'intervention pour ces collectivités de proximité car souvent, ni les communes ni les communautés n'ont la taille suffisante pour intervenir en matière de santé. Des coopérations seront à trouver au niveau intercommunautaire afin par exemple de limiter les concurrences entre territoires pour attirer les professionnels de santé. ●

PRS

Créé par la loi HPST et complété par le décret du 18 mai 2010, le projet régional de santé définit les objectifs et le programme d'action de l'ARS. C'est le document stratégique au niveau régional sur toutes les questions sanitaires et médico-sociales. Le PRS s'articule avec les orientations nationales et doit se conformer aux contraintes financières de l'État. Le PRS est élaboré par le directeur de l'ARS, puis il est soumis à l'avis des collectivités territoriales. Des déclinaisons territoriales sont possibles dans le cadre des programmes territoriaux de santé.

Témoignage de Didier Jaffre, directeur du département Offre de soins et de l'autonomie à l'Agence régionale de santé Bourgogne

Les ARS, une révolution culturelle ?

Entretien autour de la **feuille de route** de la nouvelle politique régionale de santé bourguignonne.

+ d'info

Dans le cadre du programme national d'équipement en maisons de santé en milieu rural, un comité régional de sélection des projets associera les ARS et les préfets, en concertation avec le conseil régional, les conseils généraux et les représentants des professionnels. Parallèlement, l'État a annoncé 400 contrats d'engagements de service public pour 2010-2012 en milieu rural. Un guichet unique sous la responsabilité de l'ARS sera mis en place pour faciliter les démarches d'installation des jeunes professionnels.

En quoi les Agences régionales de santé (ARS) peuvent elles permettre d'optimiser l'organisation locale de l'offre de soins ?

La plus-value des ARS réside dans leur capacité à construire une vision et une action globales en matière d'offre régionale de santé. En réunissant sous forme de guichet unique les différents acteurs de trois secteurs jusqu'alors cloisonnés -l'ambulatoire, l'hospitalier et le médico-social-, les ARS devraient apporter des réponses proches des besoins du territoire, mieux construites et plus rapides. En Bourgogne, nous connaissons dans de nombreuses zones une très faible démographie médicale et para-médicale. Avec le soutien indispensable des partenaires de santé mais aussi des pouvoirs publics, nous devrions connaître prochainement, de façon très précise, les besoins de ces trois secteurs. Avec l'idée ensuite de coordonner ce qui existe et d'articuler les soins de premiers recours avec la permanence des soins hospitalière, les spécialités, les urgences, etc. Cette nouvelle conception de l'offre de soins devrait nous permettre, grâce à l'utilisation des outils mis à notre disposition par la loi HPST, mais aussi en imaginant des solutions bourguignonnes innovantes, de pallier les difficultés actuelles.

Quelles sont vos premières actions ?

Depuis le mois d'avril 2010, l'ARS s'organise avec la volonté affirmée de décloisonner ses services en interne. En lieu et place des directions ambulatoire, hospitalière, médico-sociale, se trouve

désormais une seule direction de l'Offre de soins et de l'autonomie. Sur la question des financements par exemple, cet organigramme va nous permettre d'accompagner chaque secteur de façon équilibrée, en ayant une vision fine de ce que l'on attribue. Au-delà de cette organisation, nous avons commencé à réfléchir sur les enjeux et les priorités régionales. Deux plans d'actions ont déjà été engagés, l'un concernant la question de la démographie des professionnels de santé et l'autre visant l'aide médicale d'urgence, les transports sanitaires, la permanence des soins ambulatoire hospitalière. Pour ce faire, l'ARS rencontre l'ensemble des acteurs locaux concernés, qu'il s'agisse de l'Union régionale des médecins libéraux (URML) ou des collectivités locales.

Comment se formalise ce partenariat ?

La création d'instances officielles est engagée. Réunissant professionnels de santé et élus du conseil régional et des quatre conseils généraux, les conférences régionales de santé et d'autonomie seront prochainement en place et deux commissions de coordination des politiques publiques seront instaurées, l'une sur la prévention et l'autre sur le médico-social. Par ailleurs, des conférences de territoire fonctionneront dès la rentrée de septembre, une fois que nous aurons statué sur le nombre de territoires de santé.

De qui seront composées ces conférences de territoires ?

Ces structures seront ouvertes aux

communes, intercommunalités, pays afin d'impliquer réellement les acteurs dans la définition de projets territoriaux de santé, comme nous le faisons déjà, en lien avec le conseil régional, à travers le soutien aux maisons de santé pluriprofessionnelles. Nous sommes bien conscients que pour réussir, l'ARS ne peut pas porter seule cette politique. C'est pourquoi nous souhaitons mobiliser et responsabiliser les élus locaux, en leur proposant notamment la signature de contrats d'objectifs territoriaux. Nous sommes véritablement en train de changer de logique et ce ne sera simple pour personne, mais il est grand temps de modifier nos pratiques. Une des révolutions culturelles majeures que l'on doit opérer me semble t-il, et qui nous concerne tous, porte sur la façon d'élaborer nos diagnostics territoriaux. Jusqu'à présent, nous partions de la quantité d'offre de soins disponible et je pense que cette démarche est dépassée. Il serait plus efficace de réfléchir en termes de population : par exemple, quelle est la proportion (actuelle et à venir) des personnes âgées sur le territoire ? Comment sont-elles prises en charge ? Quels sont les problèmes rencontrés ? Comment améliorer les dispositifs ? Dans ce contexte, nous avons tout intérêt à travailler avec les collectivités infra-départementales car au-delà de la situation locale sanitaire, elles connaissent parfaitement la population, la situation sociale, économique locale, etc. ■

Propos recueillis par Marine Jacquet-Lefebvre

Analyse

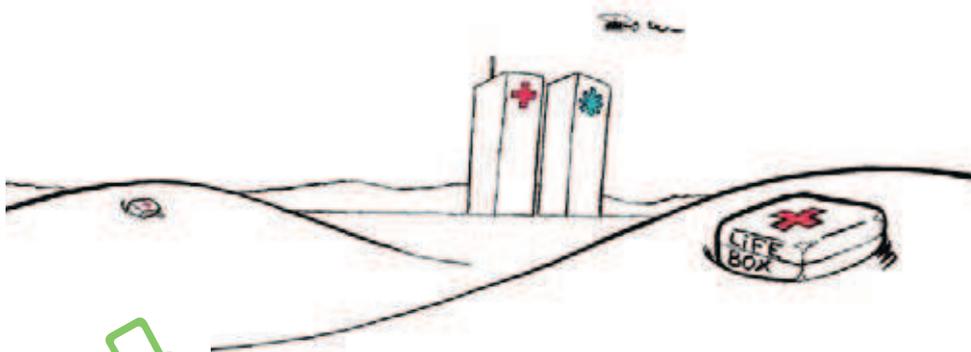
Les maisons de santé, futurs pivots de l'offre de soins ?

Partout en France, les maisons de santé ouvrent leurs portes pour offrir à la population un nouveau mode d'organisation et d'accès à la santé.

Texte : Hervé Dagand
Illustration : Fabrice Grégoire

Les maisons et pôles de santé pluriprofessionnels (MSP) ont le vent en poupe. Leur nombre, évalué à 160 fin 2009, représente encore une faible part de l'offre globale de soins mais les projets en cours sont nombreux. Pour les auteurs du rapport sur les maisons et pôles de santé, remis aux ministres de la Santé, de la Ville et de l'Aménagement du territoire¹, «garantir un égal accès à l'offre de soins sur l'ensemble du territoire passe par une incitation forte à la création de maisons ou pôles de santé». L'État, les conseils régionaux et généraux manifestent leur volonté de développer ces projets par un renforcement de leur soutien financier. Cet engouement s'explique par les effets positifs attendus des MSP, à la fois sur la démographie médicale et sur l'organisation de l'offre de soins de premier recours. Mais pour atteindre cet objectif, les maisons et pôles de santé ne doivent pas se résumer au rassemblement de professionnels dans un même lieu ou au partage d'un secrétariat. Les financeurs vont être amenés à conditionner leur aide à des objectifs qualitatifs de coordination des soins et de réponse aux enjeux de santé publique.

Projet de santé. La définition légale² des maisons de santé leur donne un champ d'action élargi à l'ensemble de la santé de premier recours : «Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique, ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales». La loi HPST précise cette définition : «Les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant dans une maison de santé élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux de prévention,



à noter

La Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) publiera en octobre 2010 un guide intitulé *Monter et faire vivre une maison de santé*. Au sommaire : expériences de structures pluriprofessionnelles et recommandations pratiques aux porteurs de projets et à leurs partenaires.

d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale». La caractéristique centrale d'une MSP est la réponse apportée aux besoins de santé des habitants du territoire concerné. C'est la notion clé du «projet de santé» qui guide l'action des professionnels au sein de la structure : «Le projet de santé traite des modalités de réponse aux demandes de soins programmés et non programmés, les modalités de prise en charge des maladies chroniques, l'organisation de la prévention et du dépistage, voire de l'épidémiologie³». L'autre caractéristique d'une maison de santé est la coordination entre les professionnels

-généralistes, spécialistes, kinésithérapeutes, infirmiers...-, pour rompre avec leur isolement habituel et améliorer la prise en charge des patients. L'échange, les coopérations entre ces professionnels, la collégialité sont des critères déterminants. Cela se concrétise aussi par la mise en place de procédures communes, le partage d'informations sur les patients et d'un secrétariat commun notamment. Ces principes de fonctionnement sont décrits dans le projet professionnel de la MSP.

p. 30

Sur le terrain

À Vesoul, aux grands maux les grands remèdes

Entre recherche de professionnels et promotion de la cohérence territoriale, le pays Vesoul-Val de Saône déploie ses meilleurs atouts pour être un partenaire clé de l'offre locale de santé.

Texte et photo : Marine Jacquet-Lefebvre



Dans le pays de Vesoul, «20% des 71 médecins installés partiront à la retraite à l'horizon 2014 sans garantie qu'ils seront remplacés». Sur ce territoire à dominante rurale comptant 70 000 habitants, trois maisons de santé pluriprofessionnelles sont aujourd'hui envisagées. À l'origine de cette décision, la mobilisation accrue des élus du pays depuis plus de cinq années. Tout a commencé en 2005, lorsque le territoire de projet entreprend de réaliser une étude sur l'offre de soins. Les chiffres liés à la démographie médicale confirment la nécessité de prévenir un déclin annoncé de la démographie médicale dans un certain nombre de zones. Après un premier travail visant à convaincre l'ensemble des élus locaux de se mobiliser, le pays réunit pour la première fois les professionnels de santé pour mieux comprendre les difficultés rencontrées et anticiper les menaces à venir. Directrice du pays, Natalie Jabry revient sur ces premiers instants de dialogue à l'occasion desquels «nous avons été l'objet de critiques virulentes de la part des professionnels qui trouvaient notre mobilisation extrêmement tardive». Passé le temps des doléances, la phase de dialogue et de construction a alors pu débuter entre les deux catégories d'acteurs. La première action a consisté à créer, en 2006, une commission santé du pays.

Présidée par Jean-Claude Simonel, élu local et vice-président du conseil départemental de l'Ordre des médecins (Haute-Saône), elle regroupe les élus et les professionnels de santé du territoire qui, régulièrement, se réunissent et élaborent peu à peu un plan d'action pour tenter de conserver une offre de santé adaptée. Avec la conviction que les mesures incitatives, telles que les 20% de majoration proposés aux médecins pour s'installer en zone

nos financements sur de l'ingénierie de projet plutôt que d'apporter des fonds spécifiques au montage des maisons de santé». Quotidiennement, Cédric Balssa sillonne ainsi les routes du territoire et dialogue avec les professionnels de santé, présentant la démarche menée par le pays, les possibilités d'accompagnement en ingénierie financière, l'accueil, les services, et toutes les informations nécessaires que l'on retrouve également sur un site Internet dédié



Nous avons fait le choix de faire porter nos financements sur de l'ingénierie de projet.

rurale, ne suffiront pas : «Offrir des conditions de travail attractives et un certain confort de cadre de vie nous a très vite paru plus pertinent», explique Jean-Claude Simonel. À l'image de nombreux territoires, c'est avec l'implantation de maisons de santé qu'élus et praticiens ont souhaité développer la nouvelle politique d'offre de soins.

Rester réaliste sans se dévaloriser. Un chargé de mission «santé» est engagé en 2006 pour accompagner la mise en œuvre de la nouvelle stratégie territoriale. «Nous avons fait le choix de faire porter

aux projets de maisons de santé. Outre une mission aux multiples facettes impliquant la recherche de financements publics et l'accompagnement à l'installation, cette animation permanente se double de participations à des salons nationaux et européens comme récemment celui d'Utrecht consacré à l'émigration, ainsi que d'exposés dans les facultés de médecine. À commencer par celle de Besançon située à 85 km du territoire, les élus du territoire ayant clairement affiché la volonté de ne pas chercher à attirer des professionnels venant de Paris ou d'autres très



↑ Découverte de la maison de santé de Vitrey-sur-Mance par les acteurs du pays. De gauche à droite : Cédric Balssa, chargé de mission santé du pays, Frédéric Buisson, président de la communauté de communes du pays Jusséen, Luc Simonel, vice-président du conseil départemental de l'Ordre des médecins et président de la commission santé, et Nathalie Jabry, directrice du pays.

grandes villes de France : «*Nous sommes en Haute-Saône et sans se dévaloriser, il nous faut rester réalistes et se réjouir que les jeunes étudiants byzontins, situés dans le département limitrophe du Doubs, soient à l'écoute et nous sollicitent à nouveau pour intervenir dans les universités*».

Mobilisation autour du projet de santé. Aujourd'hui, deux maisons de santé sont en construction (voir encadré ci-contre) et une vient d'ouvrir ses portes à Vitrey-sur-Mance. Toutes sont différentes dans leur raison d'être, leur mode d'organisation et leur portage (un projet sous maîtrise d'ouvrage public et les deux autres d'initiative privée). Le choix de leur implantation est le résultat de nombreux échanges et d'un travail de médiation avec les territoires voisins pour envisager des possibilités d'installation en cabinet secondaire afin que ces nouvelles implantations n'aient pas d'impact négatif sur les cantons limitrophes. «*Les discussions sont aussi fréquentes avec le conseil régional sur la cohérence des installations*», indique Nathalie Jabry, en rappelant que si le pays n'intervient pas dans le fi-

nancement des maisons de santé, il est néanmoins consulté sur tout dossier de création de nouvelle structure. Le pays assure également la promotion du projet de santé auprès des professionnels dans le cadre de l'accompagnement au montage des maisons de santé, mais aussi auprès des élus : «*C'est indispensable pour garantir*

prioritaire dans ce territoire. C'est ainsi qu'une convention ciblée sur la nutrition a récemment été signée avec le Comité départemental d'éducation pour la santé (Codes). ■

Note :

1. Organisée avec le soutien de l'Urcam, de la MSA et de la Femasac (fédération des maisons de santé franc-comtoises).

À Noidans-le-Ferroux, un projet 100 % privé!

En phase de construction, la maison de santé de Noidans-le-Ferroux relève de l'initiative des professionnels eux-mêmes. Le partenariat interdisciplinaire n'est pas nouveau, comme le rappelle Jean-Louis Bordet, médecin généraliste, maire de la commune et artisan principal du projet. «*Dès 2000, nous avons créé une première association de médecins, en partenariat avec un pharmacien et un cabinet de kinésithérapeutes. Le travail en groupe, la prévention, l'accueil d'étudiants est pour nous presque une routine*». Interrogé sur les apports de la nouvelle structure, il évoque des aspects très concrets tels que la possibilité de partager le dossier des patients ou encore une proximité plus aisée avec les professionnels grâce, notamment, à des interphones permettant de communiquer de bureau à bureau. Il rappelle également la plus-value du pays, vu à la fois comme un «*acteur essentiel pour apporter une vision précise des besoins du territoire*», un «*chasseur de tête*» et un partenaire privilégié pour obtenir des financements supplémentaires. Jeunes kinésithérapeutes associés, Gino Caestecker et Aline Gall attendent pour leur part beaucoup de cette nouvelle association interdisciplinaire. «*Avec 70 kinés pour 170 000 habitants, la Haute-Saône est le département le plus pauvre de France sur cette offre de soins spécifique. Cette maison médicale, qui offre plus de confort dans le travail, peut être un atout pour attirer de nouveaux collègues sur le territoire*». Autre élément clé indiqué par ces professionnels : le développement des actions de prévention, en matière de bronchiolite notamment, afin d'éviter aux parents les attentes interminables dans les couloirs des urgences.

M. J.

+ d'info

Découvrir le site dédié à la problématique de l'offre locale mis en place par le pays de Vesoul-Val de Saône www.sante-vesoulvaldesaone.fr

Visites virtuelles de maison de santé, promotion de l'offre locale de soins... En Haute-Saône, les acteurs locaux peuvent bénéficier du soutien de la Femasac, fédération régionale des maisons de santé franc-comtoises. <http://pagesperso-orange.fr/femasac>



p. 27 Conditionner les financements. La seule évaluation de maisons de santé⁴ disponible, réalisée auprès de 8 structures, montre que leurs horaires d'ouverture sont plus étendus que la moyenne des cabinets de généralistes sans pour autant accroître le temps de travail des médecins, du fait du partage de la charge de travail entre eux. L'étude montre aussi que les coopérations entre professionnels au sein des maisons de santé permettent de proposer une gamme d'offre de soins étendue par rapport à un cabinet classique de médecine générale. Le gain en termes d'organisation des soins et de santé publique serait donc notable. Mais la priorité des professionnels va à l'équilibre économique de leur activité, fondé sur le paiement à l'acte. Les actions de coordination et de santé publique, bénéfiques pour l'organisation du système de santé, doivent trouver d'autres sources de financement. Les Agences régionales de santé vont avoir la possibilité de conditionner leurs financements au respect d'objectifs de santé publique : elles disposeront donc d'un levier pour enrichir le projet de santé des MSP. Le rapport sur les maisons de santé propose de son côté d'adopter un cahier des charges national et de créer une marque collective « maisons de santé », dont l'obtention serait conditionnée au respect du cahier des charges et à la validation du projet de santé par l'ARS.

Le soutien de plus en plus important aux maisons et

JOURNÉES TERRITOIRES

Etd organise chaque semestre des journées d'information et d'échanges à destination des collectivités locales sur le montage des maisons de santé pluriprofessionnelles et la construction du projet territorial de santé. Prochains rendez-vous fin septembre et en novembre 2010. Inscriptions sur www.projetdeterritoire.com

pôles de santé va s'accompagner d'une exigence accrue de résultats en termes d'amélioration de l'offre de soins. Le recul n'est pas encore suffisant pour en mesurer les effets, les évaluations sont encore

peu nombreuses. Une chose est sûre cependant : le succès d'une maison de santé ne réside pas dans son architecture, mais dans le projet mis en œuvre par les professionnels de santé. Car l'objectif premier d'une maison est de contribuer à la réorganisation de l'offre de soins de premier recours. ■

Notes :

1. « Bilan des maisons et pôles de santé et propositions pour leur déploiement », remis le 19 janvier 2010 aux ministres de la Santé, de la Ville et de l'Aménagement du territoire et réalisé par Jean-Marc Juilhard, sénateur du Puy-de-Dôme, Guy Vallancien, professeur de médecine, Bérengère Crochemore, ancienne présidente de l'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (Isnar-MG), et Annick Touba, présidente du Syndicat national des infirmiers et infirmières libérales (Sniil).
2. Dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.
3. Source : Fédération des maisons de santé comtoises (Femasac).
4. « Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluriprofessionnelles de Franche-Comté et de Bourgogne », IRDES, Questions d'économie de la santé n°147, octobre 2009.

Quel montage juridique pour une maison de santé ?

La création d'une maison de santé nécessite un montage juridique particulier car il n'existe pas de cadre juridique spécifique. Ce montage s'adaptera aux situations locales, aux aspirations des médecins et des élus.

Avant de lancer un projet, quelques questions doivent être réglées au préalable. La collectivité souhaite-elle être propriétaire des bâtiments de la maison de santé ? Quelle est la part d'investissement que les professionnels veulent faire dans la maison de santé ? À ces deux questions s'ajoute une autre qui relève exclusivement des médecins, celle du mode d'exercice : libéral ou salarié, individuel ou collectif.

L'expérience montre qu'il est préférable de distinguer juridiquement les relations entre les professionnels de santé et le lien

contractuel qu'ils ont avec la collectivité locale. Le regroupement des professionnels peut se faire dans une structure ad hoc qui peut prendre deux formes juridiques correspondant à des modes d'exercices distincts. Ainsi, il existe les sociétés qui ont pour objet l'exercice en commun de l'activité médicale par l'intermédiaire de leurs membres (ex. SCP : société civile professionnelle) ; et celles qui sont au service des professionnels pour assurer les fonctions supports - immobilier, secrétariat - (ex. SCM : société civile de moyens). Une maison de santé peut ainsi être constituée de plusieurs sociétés : en fonction des professions (médecins, infirmières, etc.) ou du projet professionnel. Dans tous les cas, le choix reviendra aux professionnels de santé car la collectivité maître d'ouvrage ne doit pas

s'impliquer dans le fonctionnement de la maison de santé.

En ce qui concerne la relation entre les professionnels et la collectivité propriétaire des bâtiments, il est préférable que la collectivité ne contractualise qu'avec un seul interlocuteur. Ainsi, la collectivité percevra un seul loyer et ne s'impliquera pas dans les relations entre professionnels (répartition du loyer et des charges, conséquence de la vacance d'un bureau, etc.). Une structure (association ou société) regroupant les autres sociétés (SCM, SCP), fera l'interface avec la collectivité.

Dans le cas où la maison de santé mènerait des activités annexes (mission de transport à la demande des patients, prévention, etc.), une association sera créée dont la collectivité pourra être membre.

Luc Picot

4 conseils

pour lancer un projet de maison de santé pluriprofessionnelle

1. Définir les besoins de santé du territoire.
L'objectif d'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) est d'améliorer la réponse apportée aux besoins de santé des habitants. La réflexion sur un projet de regroupement pluriprofessionnel repose donc sur un diagnostic de ces besoins et de l'offre de soins présente sur le territoire. La principale question est la suivante : les patients trouvent-ils, pour tout type de pathologie, à toute heure, dans des conditions d'accès satisfaisantes et dans des délais raisonnables, une réponse à leurs besoins ? Quelle offre de santé fait défaut et de quoi va avoir besoin le territoire dans les années à venir : de généralistes, de dentistes, de kinésithérapeutes, de soins à domicile, de prise en charge des maladies chroniques ? ■

2. Appréhender les services de santé dans leur globalité. Il est crucial de penser l'offre de services de santé dans son ensemble. Les généralistes ne sont pas les seuls professionnels qui y participent même s'ils ont un rôle « pivot ». Il est important d'associer à la réflexion toutes les autres professions de santé. Ensuite, les situations sanitaires sont variables d'un territoire à l'autre et nécessitent une réponse adaptée en termes d'offre de soins mais aussi d'actions de prévention et d'éducation pour la santé : la prévention des addictions, des maladies cardio-vasculaires, du suicide, l'information sur la contraception et le planning familial peuvent être des priorités sur lesquelles agir au même titre que la démographie médicale. Il est conseillé également de s'appuyer sur les hôpitaux locaux ou les établissements d'accueil de personnes âgées, afin de mutualiser si possible avec eux des plateaux techniques et des fonctions supports. ■

3. Coproduire le projet avec les professionnels de santé. Une maison de santé est un projet professionnel porté par des praticiens libéraux, même si la collectivité finance le bâtiment. Aucun projet de maison de santé ne peut voir le jour si les professionnels de santé (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, dentistes...) ne sont pas étroitement associés à la démarche. La réussite d'un projet de MSP réside dans la relation établie entre professionnels de santé et élus. Un binôme élu/médecin est souvent la configuration idéale. L'élu local peut initier la démarche, mais il doit partager le montage du projet avec les professionnels de santé. Cela nécessite de partir de leur projet professionnel : souhaitent-ils travailler en groupe et de façon pluriprofessionnelle, sont-ils propriétaires ou locataires de leur cabinet, sont-ils prêts à s'installer dans un autre lieu ? Pour lever d'éventuelles réticences au regroupement, la collectivité peut privilégier une organisation en « pôle de santé », qui réunit les professionnels autour d'un même projet (concrétisé notamment dans le dossier médical partagé, l'organisation conjointe des consultations, la coordination des parcours de soin) sans nécessairement les regrouper en un même lieu. ■

4. Agir en partenariat avec les autres collectivités. La mise en œuvre de stratégies concertées entre collectivités peut être bénéfique pour plusieurs raisons. En effet, cela peut éviter des situations de concurrence entre collectivités amenées à faire de la surenchère pour attirer vers elles des professionnels de santé. La concertation à plus grande échelle – celle du pays, du département ou de la région – peut également permettre d'élaborer une réelle stratégie de restructuration de l'offre de soins, en pensant aux complémentarités possibles entre territoires, aux partenariats entre cabinets, maisons et pôles de santé, établissements sanitaires et sociaux. Enfin, la mutualisation des moyens entre collectivités peut permettre de faire appel à de l'ingénierie partagée et de mobiliser des financements. Un certain nombre de pays jouent, de ce point de vue, un rôle important d'accompagnement des projets des collectivités sur la santé. ■

Sur le terrain

Coordination régionale en Basse-Normandie

À chaque territoire sa maison de santé ? Pour éviter les risques de coquilles vides et de concurrences, collectivités, État et professionnels de santé se sont rassemblés autour d'une **stratégie de coordination pour** garantir une cohérence d'ensemble de l'offre de soins. Fruit de cette collaboration : la signature d'une charte partenariale de déploiement des pôles de santé ambulatoires.

Texte : Hervé Dagand
Cartographie : URML de Basse-Normandie

La multiplication des projets de maisons de santé portés par des collectivités locales, sans mise en cohérence à l'échelle départementale ou régionale, peut donner lieu à une concurrence dommageable et affaiblir l'objectif général de réorganisation de l'offre de soins. En région Basse-Normandie, une convention lie l'Union régionale des médecins libéraux (URML), l'État, l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam), le conseil régional, les trois conseils généraux, les ordres professionnels, l'association de remplaçants URBAN, la faculté de médecine et les usagers dans le but de déployer des Pôles de santé libéraux ambulatoires (PSLA) là où la démographie médicale devient problématique. Une charte partenariale de déploiement des PSLA en Basse-Normandie a été signée par ces partenaires en présence de la ministre de la Santé en juin 2008.

Une logique d'aménagement du territoire. Les pôles sont des regroupements pluriprofessionnels de professionnels de santé qui s'engagent à coordonner leur action dans un projet de santé de territoire sans obligatoirement partager le même lieu d'exercice. Ils se concrétisent généralement dans une structure immobilière commune, mais un professionnel a la possibilité de se joindre au projet tout en gardant son cabinet qui devient alors un pôle secondaire. «*On est bien dans une logique d'aménagement du territoire*» explique le Docteur Antoine Leveneur, président de l'URML, car cette solution permet de ne pas «*assécher*» les communes rurales où il existe encore une offre de santé. La démarche de structuration du territoire régional en pôles de santé a démarré en 2007 : l'équipe de l'URML réalise cette année-là un diagnostic de l'offre de soins du territoire régional en partenariat avec les conseils de l'Ordre des trois départements. Le Docteur Leveneur explique le sens de cette démarche :

«*Nous sommes partis du terrain. Il faut que les acteurs locaux, professionnels et collectivités, s'emparent de la problématique de la démographie médicale. Car le risque aujourd'hui est de construire des maisons de santé et de ne pas trouver les professionnels pour y exercer*». L'équipe de l'URML a intégré au diagnostic de l'offre de soins des critères tels que l'âge moyen des professionnels, afin de lui donner une dimension

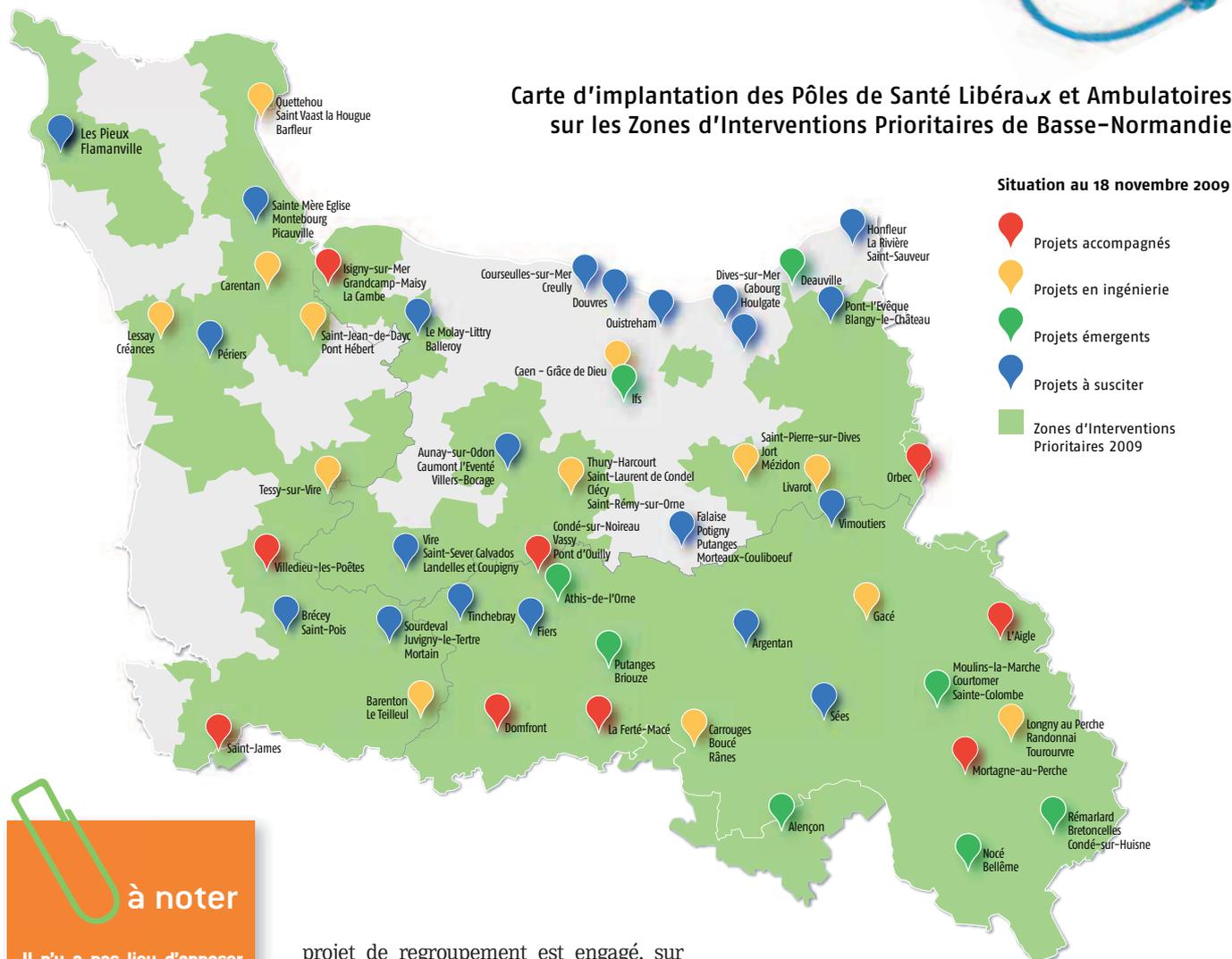


Le partenariat entre acteurs publics et privés s'est aussi concrétisé dans un guichet unique des aides.

plus dynamique que le ratio nombre de professionnels/nombre d'habitants. Cela a abouti à une carte régionale des zones d'implantation prioritaires. Elle s'est ensuite appuyée sur une règle indicative, celle des trois «15» : 15 000 habitants ; 15 professionnels dans le pôle ; 15 minutes de déplacement pour aboutir à une carte d'implantation des pôles de santé, certes indicative, mais qui permet de guider l'action de promotion réalisée par l'URML et ses partenaires. Les projets ne peuvent voir le jour qu'avec l'engagement des professionnels et avec l'appui des élus.

Le partenariat entre l'URML, le conseil régional et l'Urcam ne s'arrête pas à cette phase de diagnostic. Il s'est aussi concrétisé dans un guichet unique des aides. Celles-ci sont de deux ordres : les aides à l'ingénierie et les subventions d'investissement. Le montage d'un PSLA nécessite un important travail de terrain pour sensibiliser les professionnels de santé et les élus de chaque bassin de vie. Cette mission est remplie par l'équipe de l'URML, qui s'appuie ensuite, lorsque le

Carte d'implantation des Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires sur les Zones d'Interventions Prioritaires de Basse-Normandie



à noter

Il n'y a pas lieu d'opposer pôles et maisons de santé pluriprofessionnels car ils relèvent du même objectif de coopération entre professionnels de santé. Le pôle de santé est un modèle intermédiaire qui permet d'accompagner la transition entre l'exercice isolé et le regroupement.

projet de regroupement est engagé, sur des prestations de conseil. Cette ingénierie est financée par l'Urcam et le conseil régional et l'engagement des fonds est décidé par un comité technique qui associe l'URML aux deux financeurs. La première étape est une ingénierie de regroupement (sept jours de conseil) réalisée par un consultant, afin de définir les grands axes du projet de santé et le formaliser. Les points mis en avant dans son élaboration sont notamment les besoins en santé de la population du territoire et les réseaux de santé existants, sur les pathologies chroniques ou l'éducation à la santé par exemple, dans lesquels les professionnels souhaiteraient éventuellement s'investir.

Quatre pôles en construction. La seconde étape est une aide méthodologique afin de définir l'organisation professionnelle qui va découler de ce projet de santé. Dans ce cas, l'accompagnement est réalisé par un binôme composé d'un professionnel de santé et d'un représentant de l'Assurance maladie. Le financement de l'investissement dans le projet immobilier des PSLA est coordonné au sein d'un guichet unique. La collectivité

maître d'ouvrage peut se tourner vers le guichet unique des financeurs constitué du conseil régional, du conseil général, de l'État (qui peut financer au travers de la Dotation de développement rural, du Fonds national d'aménagement et de développement du territoire ou de fonds européens). Ces financements sont mobilisables pour les pôles situés dans les zones prioritaires reconnues par les signataires de la charte. Depuis le début de l'année 2010, quatre pôles sont entrés dans la phase de construction immobilière. La première pierre du PSLA d'Orbec dans le Calvados a été posée en novembre 2009. Il réunira huit professionnels. Un second est en cours de construction à Caen, dans le quartier de la Grâce de Dieu classé zone urbaine sensible : dix professionnels y exerceront. Dans la Manche, le pôle de Villedieu-les-Poêles accueillera vingt-deux professionnels pratiquant onze disciplines différentes ; le PSLA de Saint James accueillera dix-sept professionnels. Dans l'Orne enfin, douze professionnels vont se réunir au sein du pôle de Gacé. Au moins trois autres projets devraient entrer dans la phase immobilière avant la fin de l'année 2010. ■

Rencontre entre un élu local et un jeune médecin

*Élus et jeunes professionnels de santé, des visions divergentes? Pas si sûr, à en lire les témoignages de **Bernard Verdier**, président du pays des Coteaux, vice-président du conseil général des Hautes-Pyrénées et maire de Castelnau Magnoac et **Bastien Balouet**, ancien président de l'Isnar-IMG, inter-syndicale des internes de médecine générale.*

En tant que représentant des jeunes internes de médecine générale, quelle est votre position concernant la problématique générale d'accès à l'offre de soins ?

Bastien Balouet. Le rôle des professionnels de santé connaît depuis peu une évolution considérable. Ces derniers se sont toujours sentis responsables vis-à-vis de leurs patients mais non, jusqu'alors, envers les populations d'un territoire. Aujourd'hui, avec les inquiétudes liées à la baisse de la démographie médicale, on demande au médecin de s'engager dans la gestion de la santé publique et de participer à l'amélioration de l'accès à l'offre de soins. Cette exigence des politiques me paraît saine mais elle se heurte à certains obstacles, à commencer par l'absence d'outils permettant de mesurer précisément à quel niveau se situe ce problème de démographie médicale. Mal connues ou non actualisées, les cartographies élaborées par l'État ou l'Assurance maladie n'offrent pas le moyen d'agir efficacement. Je ne conteste pas en revanche le fait qu'il existe en France un problème lié à l'installation des médecins. Mais cette difficulté se pose partout, y compris dans les centres villes les plus

attractifs où les médecins généralistes ne trouvent plus de repreneurs. Ceci pour une raison essentielle : les conditions d'exercice telles qu'elles sont pratiquées depuis des décennies ne correspondent plus à l'attente des jeunes professionnels. Un vaste chantier doit se mettre en place pour résoudre ce problème.

Bernard Verdier. En tant qu'élu local, je peux vous assurer de la difficulté inédite à répondre, depuis ces der-

cente, qu'elle remet en cause la sécurité de nos populations. J'entends totalement votre discours qui rappelle le refus d'exercer votre profession tel que l'ont fait vos aînés, dans une culture quasi sacerdotale où vies privée et professionnelle étaient étroitement mêlées. Exercer dans un contexte communautaire, tourner le dos à l'isolement, agir pour la qualité de vie de votre profession... C'est ce message que nous, politiques, devons entendre. C'est en cela que les maisons de santé, telle celle créée sur mon canton de Castelnau Magnoac, peuvent être une réponse à votre problématique et à la nôtre, à savoir supprimer les déserts médicaux.

En tant que professionnel de santé, partagez-vous ce point de vue sur l'intérêt des maisons de santé ?

Bastien Balouet. Les maisons de santé sont un mode d'exercice plébiscité par les jeunes générations car, comme le rappelle Bernard Verdier, elles favorisent le travail en



“ Bernard Verdier

En tant qu'élu local, je peux témoigner de la difficulté inédite à répondre, depuis ces dernières années, à l'attente de nos concitoyens en termes d'offre de soins.

nières années, à l'attente de nos concitoyens en termes d'offre de soins. Avec un paradoxe extraordinaire : le nombre de professionnels inscrits à l'Ordre des médecins avant l'année 2009 n'a jamais été aussi important et pourtant, la couverture médicale est si faible, pour ne pas dire indé-

équipe. Pour preuve, notre dernier congrès organisé en janvier 2010 a réuni 800 personnes et la moitié des participants a choisi de se rendre dans un atelier consacré à cette nouvelle organisation. Ne plus exercer de façon isolée est pour nous une condition *sine qua non* mais ce n'est pas notre

seule préoccupation. La dimension de la qualité de l'exercice médical est fondamentale ; les maisons de santé recueillent un fort consensus car elles vont bien au-delà de ce que peuvent offrir de simples cabinets de groupes, en permettant d'entretenir des coopérations interprofessionnelles, d'effectuer des stages, etc. Mais dans les faits, on s'aperçoit que les maisons de santé ne sont pas toujours correctement mises en œuvre. Le recul nous permet aujourd'hui de constater que le projet d'une maison médicale pluriprofessionnelle fonctionne lorsqu'il émane ou est pleinement porté par les professionnels de santé.

Dans ce cadre, quel regard portez-vous sur la place que peuvent occuper les collectivités locales ?

Bastien Balouet. Les collectivités doivent avoir un rôle important en matière de construction du projet de santé car elles seules ont cette connaissance fine des besoins et des problèmes rencontrés par la population. Il serait en effet absurde que des professionnels décident de mener un programme de prévention autour du diabète si d'autres professionnels prennent déjà cela en charge sur le territoire. Par ailleurs, définir un projet de santé prend du temps, un an au minimum, et les collectivités peuvent être amenées à jouer un rôle de partenaire important pour mobiliser les professionnels autour d'enjeux locaux.

Bernard Verdier. Monsieur Balouet met l'accent sur la nécessaire implication des professionnels autour du projet de santé et je m'en réjouis. J'ajouterai cependant que les collectivités peuvent être, comme ce fut le cas sur mon canton, à l'origine du projet d'une maison de

santé et associer dès le départ tous les professionnels. Ce faisant, on évite les coquilles vides car la démarche est partagée et l'on a su créer ensemble les conditions d'attractivité nécessaires en offrant, à la population comme aux professionnels, l'offre la plus complète possible de toutes les compétences en matière de santé. Notre maison de santé est le fruit de ce par-

lectivité. Pour revenir à notre contexte local, 70% d'aide extérieure a pu être captée grâce au soutien du conseil général et du conseil régional, ne laissant que 30% à la charge du territoire et des professionnels.

Bastien Balouet. La question de savoir s'il vaut mieux privilégier un montage public ou privé ne me paraît pas essentielle. Les jeunes profes-



“ Bastien Balouet

Pour nous jeunes professionnels, les maisons de santé recueillent un fort consensus car elles vont bien au-delà de ce que peuvent offrir de simples cabinets de groupes.

tenariat mais jamais en aucun cas, et c'est là que je vous rejoins pleinement, nous n'avons pratiqué d'ingérence auprès de cette profession culturellement attachée, plus que beaucoup d'autres, à sa liberté d'exercice.

Le portage privé d'une maison de santé n'est-il pas préférable pour garantir l'engagement des professionnels sur le territoire ?

Bernard Verdier. Sur notre territoire, nous avons proposé des contrats de location-vente, ce qui signifie que la part portée par la collectivité est rachetée à terme par les professionnels de santé, qui deviendront donc propriétaires au bout de quelques années. Nous restons cependant garants de l'offre de santé puisque ce contrat stipule que l'outil ne peut être détourné de sa vocation initiale. Par ailleurs, il est important de rappeler qu'un porteur privé ne pourra jamais mobiliser des aides publiques aussi facilement que peut le faire une col-

lectivité. Pour revenir à notre contexte local, 70% d'aide extérieure a pu être captée grâce au soutien du conseil général et du conseil régional, ne laissant que 30% à la charge du territoire et des professionnels.

Revenons à l'installation des médecins en milieu rural. Un projet de santé ambitieux et une maison médicale bien outillée suffiront-ils à attirer des jeunes médecins tous issus de grandes villes universitaires ?

Bernard Verdier. Il est vrai que la maison de santé n'est pas le seul élément d'attractivité pour faire venir les jeunes médecins. Autour de cette structure, il est indispensable de penser à un aménagement global du territoire et de développer toute une batterie de services à la population, qu'il s'agisse de l'offre culturelle, de

la vie associative, des activités sportives ou d'équipements intégrant la question de la petite enfance... Bref, tout ce qui permet à un individu de s'épanouir en dehors de son activité professionnelle. Cette question ne peut se concevoir que dans un contexte de volonté politique et de concertation avec les publics concernés.

Bastien Balouet. Prenons un exemple : dans la maison de santé de Neuchâtel-en-Bray, petite ville de 5 000 habitants environ située en Haute-Normandie, les huit médecins intervenant au sein de cette structure habitent pour la plupart à Rouen et n'hésitent pas à faire quarante-cinq minutes de voiture matin et soir parce que le mode d'exercice se révèle attractif. Reste qu'il est préférable de penser le projet de maison de santé et son implantation en fonction de critères déterminants : par exemple, l'école où je dépose mes enfants le matin se trouve-t-elle sur le chemin

du travail? Ce type de question prouve la nécessité d'intégrer la problématique de l'offre de soins à un aménagement global du territoire.

Roselyne Bachelot a annoncé en juin dernier la « mise entre parenthèses » du contrat Santé solidarité prévu par la loi HPST, qui obligeait les médecins à venir exercer en zone déficitaire. Êtes-vous satisfaits de cette décision ?

Bernard Verdier. L'État doit veiller à l'équité de traitement des concitoyens en termes de santé sur l'ensemble des territoires, mais comme l'État, je considère que ce contrat de solidarité doit être l'extrême solution. En écoutant Monsieur Balouet, je suis très confiant pour la suite et c'est pourquoi j'attends beaucoup des nouvelles pratiques et de la concertation qui en résulte, car elle permet d'envisager la construction de projets de territoire menés en réflexion intelligente avec tous les partenaires. Par

ailleurs, il est aisé de comprendre qu'un jeune médecin parfaitement formé n'ait pas envie de s'isoler dans des zones qui ne lui semblent pas attractives. Face à cela, le rôle des élus locaux est de défendre leur territoire en trouvant des solutions innovantes. La télémédecine en fait partie car elle permet à la fois au médecin de se confronter à ses pairs et d'offrir au citoyen le sentiment d'une offre de soin « à la pointe », et ce malgré le fait qu'il se sente habiter ce qu'on appelle encore la « France profonde »... Et si la télémédecine nécessite d'investir massivement dans les nouvelles technologies, c'est un effort à faire pour contribuer à faire disparaître un grand nombre de zones blanches.

Bastien Balouet. Pour moi, il n'y a rien d'hérétique, sur le principe, à envisager d'assurer des soins dans des zones sous-dotées au motif de la solidarité territoriale. Un dispositif tel que le contrat solidarité, aujourd'hui suspendu, peut être attractif s'il garantit une rémunération correcte dans des zones gérées intelligemment, avec la certitude d'avoir suffisamment de consultations dans une journée... Mais je suis d'accord sur le fait que ce contrat ne devra intervenir qu'en dernier recours, si l'on assiste à l'échec de toutes les autres mesures. On en revient alors à la nécessité de cesser les incantations et de disposer enfin d'un état des lieux précis de l'offre de santé pour savoir où il faut agir. Outre les diagnostics réalisés par les élus communaux ou intercommunaux, le schéma régional d'organisation des soins mis en place par l'ARS sera décisif et fait partie des étapes indispensables avant d'envisager des mesures plus coercitives. ■

Propos recueillis par Marine Jacquet-Lefebvre

ISNAR-IMG. Inter-syndicale rassemblant plus de 5 000 adhérents sur 7 000 internes en médecine générale, l'Isnar-IMG est présent dans 26 villes universitaires. Depuis 1997, l'association œuvre au service des résidents puis des internes de médecine générale, plaide pour le développement et la pleine reconnaissance de sa filière et représente un acteur incontournable des grandes réformes des études médicales et du système de santé.

www.isnar-img.com

Pays des Coteaux. Situé dans les Hautes-Pyrénées, le pays des Coteaux regroupe 115 communes. Dès 1990, il travaille à la structuration des services à la personne. La question de la démographie médicale est ensuite devenue une priorité. Une étude menée en 2003 a montré que si la situation actuelle n'était pas mauvaise, le risque existait de connaître des problèmes dans 15 ans. Le projet de création d'une maison de santé est lancé en 2004 et a bénéficié de l'appel à projets Pôle d'excellence rurale. La communauté de communes du Magnoac (27 communes) a porté le projet immobilier de la maison de santé. La MSP s'organise autour d'une vingtaine de professionnels, organisés de la façon suivante : le CLIC à statut associatif ; le service de soins infirmiers à domicile, à statut associatif ; les 3 médecins regroupés dans une société civile de moyens (SCM) ; 5 infirmier(e)s regroupées en SCM ; les vétérinaires regroupés en société civile professionnelle (SCP) ; 1 dentiste.

Pour en savoir plus sur le montage de la structure, contacter Valérie Huynh Rascalon, directrice du pays des Coteaux :

valerie.huynh@wanadoo.fr

Consultation à distance, transmission de données, expertise... La télémédecine peut **contribuer à répondre aux problèmes d'accessibilité aux soins**. Pour cela, professionnels de santé et patients devront modifier leurs pratiques et leurs modes de relation.

Les enjeux de la télémédecine

Texte : Armelle Laperrière
Photos : Dr Pierre Espinoza, Illustration : Fabrice Grégoire

Expérimentée depuis les années quatre vingt dix en France, la télémédecine est à la veille de connaître un important développement sur le territoire national. Pierre Lasbordes, député de l'Essonne, propose dans un rapport récent¹ un plan quinquennal en faveur de son déploiement et on débat actuellement entre les parties prenantes du décret d'application de la loi HPST qui précisera la définition des actes de télémédecine et leurs conditions de mise en œuvre. Pour autant, cette nouvelle manière d'exercer la médecine utilisant les technologies de l'information et de la communication constitue-t-elle un outil efficace pour la structuration territoriale de l'offre de santé ? Peut-on craindre que sa diffusion, à l'instar du télétravail, se heurte à des obstacles psycho-sociologiques ?

Selon une enquête² de l'Académie de médecine (2008), le principal frein à l'installation en zone sous-médicalisée est la solitude de l'exercice. La télé-expertise, en permettant le dialogue entre généralistes et spécialistes, apporte un premier élément de réponse. Grâce au réseau Maternet, actif dans sept départements de la région Languedoc-Roussillon, les diagnostics anténatals sont ainsi réalisables à distance, ce qui selon Dominique Acker et Pierre Simon, auteurs d'un rapport récent³, a contribué au maintien de maternités dans certaines zones. Pour les patients, les téléconsultations évitent des déplacements longs, parfois périlleux pour leur santé. Enfin, la télésurveillance de malades atteints de pathologies chroniques (diabète, insuffisances rénales, etc.) améliore leur vie, facilite l'ajustement des traitements et limite les coûts de prise en charge. Un argument fort en faveur de son usage, alors que l'allongement de la durée de vie et le poids démographique des



↑ TéléPresence en neurologie. L'écran principal permet la consultation en face à face, l'écran métier de gauche visualise une lésion ciblée si besoin et l'écran radiologique donne accès au scanner cérébral.

personnes âgées laissent prévoir une forte augmentation de ces pathologies. Pour tous ses promoteurs, la télémédecine constitue donc l'outil opérationnel qui manquait pour mettre en œuvre la gradation des soins prévue dans la réorganisation de l'offre hospitalière de soins, notamment via la mise en réseau d'établissements au sein des communautés hospitalières de territoires. Annie Podeur, directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, a précisé les premières orientations du déploiement de la télémédecine lors de la journée Télésanté 2010 organisée par le CATEL (réseau français de compétences en télésanté). Il serait confié aux Agences régionales de santé et porterait en priorité sur la télé-radiologie pour favoriser la mutualisation des gardes ; la télésurveillance pour le diabète et les insuffisances cardiaque ou rénale ; les



p. 38

P. 37 >> téléconsultations et la télésurveillance pour les détenus souffrant de pathologies chroniques ou ayant besoin de consulter certains spécialistes. Ces orientations sont conformes aux préconisations du rapport Lasbordes.

L'acceptabilité de la télémédecine. Restent cependant en suspens des questions juridiques ou d'usage qui constituent des freins au déploiement de la télémédecine. La prise en charge collective et pluriprofessionnelle d'un patient dans ce cadre doit relever de



La télémédecine peut contribuer efficacement à la structuration territoriale de l'offre de santé.

la responsabilité contractuelle pour tous les acteurs médicaux impliqués afin de protéger le patient en cas de préjudice. Dans le cas contraire, le patient devra prouver la responsabilité d'une éventuelle erreur médicale commise par l'un des professionnels intervenant dans la téléconsultation. Le partage des données sur les patients entre professionnels nécessite des dispositifs d'échanges et de transmission parfaitement sécurisés, ce qui est coûteux et complexe à mettre en œuvre. Au-delà de ces points auxquels le décret d'application de la loi HPST devrait fournir des réponses, se pose la question de l'acceptabilité de la télémédecine par les patients et par les professionnels. L'absence de contact direct entre patient et médecin peut être vécue comme une déshumanisation de la pratique médicale. Par ailleurs, les professionnels sont inégalement préparés à l'usage des outils numériques, qui devient un élément essentiel de l'exercice médical.

La télémédecine offre, à côté d'autres outils comme les maisons et les pôles de santé, les communautés hospitalières de territoires, etc. une réponse aux problèmes d'accès aux soins en zone sous-médicalisée. Utilisée pour faciliter les collaborations entre professionnels ou dans les maisons de santé, elle peut contribuer efficacement à la structuration territoriale de l'offre de santé. À la condition de s'appuyer sur une mise en réseau pré-existante des professionnels. ■

Notes :

1. La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être, octobre 2009
2. Le rôle et la place du médecin généraliste en France
3. La place de la télémédecine dans l'organisation des soins, novembre 2008

La télémédecine pour booster l'économie locale

Envisagée la plupart du temps comme une optimisation de l'organisation de l'offre de soins, la télémédecine peut-elle constituer pour les territoires un potentiel de développement d'activités et d'emploi ? Engagé en 2006 par le Comité d'expansion Drac Buech Durance pour définir une stratégie globale de développement numérique, Fabien Harel a très vite mesuré les enjeux économiques de la télémédecine dans les Hautes-Alpes. Interpellé par plusieurs services médicaux et médico-sociaux, il s'est appuyé en 2007 sur le programme régional Territoires numériques pour proposer un accompagnement collectif. Baptisé Letti, « Laboratoire pour l'évaluation de la télésanté en territoires isolés », l'expérimentation a rassemblé une dizaine de structures de soins volontaires¹ pour bénéficier de nouvelles techniques allant de la téléconsultation (aide aux diagnostics médicaux, bilans post-opératoires) aux gérontechnologies, qui permettent de faciliter le maintien à domicile des personnes âgées. Depuis, un nouveau marché porteur s'est ouvert et des entreprises engagées dans le développement de solutions nouvelles en matière de télésanté ont vivement manifesté leur intérêt pour le département. Les Hautes-Alpes peuvent ainsi se féliciter d'avoir conquis l'entreprise pionnière grenobloise Astus, dont le siège social est désormais installé sur le territoire, et d'être en contact avec une quinzaine de sociétés souhaitant développer une offre en matière de maintien à domicile. « Pour la première fois, nous avons envisagé l'attractivité du territoire en croisant politique de santé, stratégie de développement des 4 pays² du département et politique régionale de développement numérique ». Si cette dynamique peut également permettre, à terme, de donner des arguments pour convaincre les médecins d'exercer en zone déficitaire, la structuration d'une offre territoriale dans le champ de la télémédecine reste à poursuivre et dépendra de l'évaluation de l'expérimentation, prévue fin 2010.

Marine Jacquet-Lefebvre

1. Cabinet de médecin, polyclinique, centre de rééducation, centre médical long séjour, services de soins infirmiers à domicile, réseau de santé gérontologique, maisons de retraite, hôpitaux locaux...

2. Gapençais, Grand Briançonnais, Serre-Ponçon Ubaye Durance, Sisteronais-Buech

d'info
www.ocovab2b.com/dl-presentations2009.html (session 5)
www.ruralitic.org/index.php/application_tic_innovante

Vu d'ailleurs

En Grande-Bretagne

Rôle pivot du médecin généraliste local et des infirmières, territorialisation de l'offre, culture des cabinets de groupe, mise en place de critères qualitatifs de l'offre de soins... Le système de santé de nos voisins britanniques jusqu'alors en vigueur avant les annonces récentes du gouvernement de David Cameron a inspiré les évolutions du modèle français.

Le système de santé britannique est fondé sur le principe d'un accès universel aux soins. Ainsi, les actes et l'essentiel des frais de pharmacie sont pris en charge. Le financement est assuré pour 70 % par des recettes fiscales et pour le reste par des cotisations sociales. L'accès au système de soins se fait par le biais du médecin généraliste local, le GP (General practitioner), pivot d'un système divisé en deux niveaux de service, primaire et secondaire. L'offre primaire de soins est assurée essentiellement par les GP qui ont un statut d'indépendant et sont liés par un contrat cadre national au système de santé national NHS (National health service). Les soins secondaires, requérant l'intervention de spécialistes, ont lieu à l'hôpital et sont décidés par les GP.

Primary Care Trusts. Contrairement à leurs collègues français, les GP exercent en très grande majorité dans des cabinets de groupe qui réunissent en moyenne 3 médecins, 1 infirmière et 5 administratifs pour une couverture de 6000 patients. Dans ces structures, les infirmières interviennent dans l'accueil de nouveaux patients, l'éducation et la prévention à la santé, ce qui leur confère un champ d'intervention beaucoup plus large que leurs consœurs françaises. L'exercice en centre de soins groupés favorise cette évolution dans la répartition des tâches entre les différents corps



médicaux, avec pour corollaire un meilleur suivi des patients et une baisse des hospitalisations. Ce résultat positif, en termes médical et de coûts, met en lumière le rôle clé qu'ont les professionnels de santé britanniques, tant en matière de responsabilité économique qu'en matière de mise en œuvre d'une politique locale de santé. Outre-Manche, celle-ci est établie et financée au niveau local par des Primary care trusts (PCT). Instances de régulation et de gestion qui rassemblent notamment les professionnels au-delà de leurs cabinets, les PCT sont dotés de fonctions de coordination et de prévention et donc d'une responsabilité économique. Ainsi, le NHS, par l'intermédiaire des autorités

sanitaires régionales, ventile 80 % de son budget aux différents PCT. L'objectif est de fournir une offre de soins structurée à l'échelle d'un territoire via la création de réseaux de soins, c'est-à-dire la collaboration, dans une zone géographique donnée, de professionnels de santé de disciplines différentes : médecins généralistes, spécialistes, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes mais aussi travailleurs sociaux.

Critères qualitatifs. On dénombre 152 PCT, desservant chacun une population de 330000 personnes en moyenne. L'originalité des PCT tient dans leur structure de gouvernance composée de médecins généralistes, d'infirmières, de représentants de services sociaux, et de patients. Ces PCT établissent le niveau de l'offre de soins pour une aire géographique donnée et doivent s'assurer que ce niveau est atteint. Une partie de la rémunération des médecins et des professionnels de santé dépend donc de la réalisation de ces critères qualitatifs fixés contractuellement et non uniquement de la seule rémunération à l'acte. L'exemple anglais de soins primaires permet de mieux percevoir les enjeux liés à l'émergence d'un nouveau modèle de soins primaires en France. Un exemple d'autant plus parlant qu'un projet du nouveau gouvernement conservateur de David Cameron vise à pousser la logique de territorialisation à un niveau jamais atteint. Le projet de « dénationalisation » du NHS vise à supprimer en trois ans les autorités stratégiques de santé et les PCT, et déléguer directement à 500 consortiums de représentants de médecins la gestion directe de 75 % du budget du NHS. Une responsabilisation financière sans précédent des médecins généralistes qui interroge fortement les acteurs de la santé outre-manche. ■

Christopher de Laburthe