



Les collectivités partenaires de l'offre locale de santé

Quels moyens d'action ?

avec le soutien de



Éditions Etd

Cet ouvrage a été rédigé par Hervé DAGAND, chargé de mission à Etd avec la participation de Delphine VINCENT, directrice d'Etd et Luc PICOT (juriste à Etd).

Il a été relu et amendé par Pascale ECHARD-BEZAULT (Datar), Antoine GUENIFFEY (ministère de la santé et des sports) et Vincent BEAUGRAND (ministère de la santé et des sports).

Conception graphique : Aline FIGL (Etd)

Préface	p. 5
Avant-propos	p. 7



RÉORGANISER L'OFFRE DE SOINS DE PREMIER RECOURS

p. 9

- un besoin grandissant en services de santé p. 11
- une problématique de démographie médicale p. 11
- deux outils de régulation existants : le numérus clausus et l'examen classant national (ECN) p. 12
- un enjeu majeur : organiser l'offre de soins de premier recours p. 12
- l'accès à l'offre de services de santé p. 13
- le nouveau contexte : la loi HPST p. 15
- l'implication des collectivités dans les politiques de santé p. 18



DES LEVIERS POUR CONSOLIDER L'OFFRE DE SANTÉ

p. 21

Les mesures d'incitation à l'installation

p. 23

- les aides fiscales et financières p. 23
- les aides de la sécurité sociale p. 24
- les aides aux étudiants en médecine p. 24
- les mesures introduites par la loi HPST p. 24
- les actions concernant l'accueil des professionnels de santé p. 26

La promotion de l'exercice groupé et pluriprofessionnel

p. 31

- les caractéristiques des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) p. 31
- les « pôles de santé » p. 32
- les centres de santé p. 34

- les avantages attendus des maisons de santé p. 36
- projet de santé et projet professionnel p. 36
- quelle plus-value des regroupements pluriprofessionnels pour les patients ? p. 38

La télémédecine p. 43

- qu'est-ce que la télémédecine ? p. 43
- les plus-values de la télémédecine p. 43
- comment faire des TIC un outil efficace pour l'organisation territoriale de l'offre de soins ? p. 44

Les systèmes de transport des patients p. 47

3.

MENER UN PROJET SUR L'OFFRE LOCALE DE SANTÉ

p. 51

Le diagnostic « santé » du territoire p. 53

- sur quel point ce diagnostic cherche-t-il à nous éclairer ? p. 53
- les 3 étapes du diagnostic p. 53
- penser à l'évolution à moyen terme p. 54
- appréhender les services de santé dans leur globalité p. 54
- inscrire l'accès aux soins dans des projets territoriaux de santé p. 56

Construire les actions avec les professionnels p. 63

- mobiliser les professionnels p. 63
- le partage du leadership entre la collectivité et les professionnels de santé p. 63
- un « projet de santé » adapté aux besoins p. 64
- le projet de santé, base de contractualisation entre territoire et financeur p. 66

Coopérer entre collectivités p. 69

- quelle échelle pour l'action de proximité sur la santé ? p. 71
- restructurer l'offre de soins de façon concertée p. 71
- deux exemples de coordination régionale p. 71

Favoriser l'accessibilité des services publics pour tous les citoyens est un enjeu majeur d'aménagement du territoire. Les Assises des Territoires Ruraux ont montré que l'accès aux soins est, en termes de services à la population, une préoccupation primordiale des habitants des territoires ruraux. L'accessibilité des services de santé est ainsi un élément structurant de l'attractivité des territoires, facteur de qualité de vie et de sécurité. L'évolution des territoires et des besoins de la population, conjuguée à l'évolution de la démographie des professionnels de santé et des modes d'exercice, nécessitent une prise en compte de cette problématique par les acteurs publics dans leur ensemble, en milieu rural comme dans certains quartiers urbains.

Une réforme structurelle de l'organisation territoriale de la santé a été engagée par le ministère de la santé après le vote de la loi hôpital, patients, santé et territoires (HPST) en juillet 2009. Un service public régional unifié de la santé a été créé, les agences régionales de santé, dotées de larges missions englobant le pilotage de la politique de santé publique et la régulation de l'offre de santé. Des contrats locaux de santé pourront être conclus entre les ARS et les collectivités territoriales et leurs groupements, afin de mettre en œuvre au niveau de territoires pertinents le projet régional de santé, portant sur la promotion de la santé, la prévention et les politiques de soins et d'accompagnement médico-social. L'instauration d'un volet ambulatoire au Schéma régional d'organisation des soins permettra de définir, dans chaque territoire de proximité, l'offre de soins adaptée aux besoins de la population. De plus, un ensemble de mesures a été prévu pour favoriser l'accès aux soins et la réponse aux besoins de la population. Il s'agit notamment du développement des regroupements pluridisciplinaires sous la forme par exemple de maisons de santé pluriprofessionnelles et de contrats d'objectifs et de moyens qu'elles pourront signer avec les ARS, des contrats d'engagement de service public, des programmes d'éducation thérapeutique ou encore de la télémédecine.

Pour maintenir la présence des professionnels de santé libéraux dans les territoires ruraux, le Comité Interministériel d'Aménagement et de Développement du Territoire (CIADT) du 11 mai 2010 s'est engagé sur la mise en place d'un programme national visant à financer 250 maisons de santé pluridisciplinaires sur la période 2010-2013 et de 400 contrats d'engagement de service public destinés aux étudiants en médecine s'engageant à pratiquer dans les territoires ruraux.

Dans ce paysage rénové, les collectivités territoriales sont des partenaires essentiels pour améliorer l'accès aux services de santé. Les élus locaux sont interpellés sur ce sujet et mobilisent des moyens pour améliorer la réponse apportée aux besoins de santé. Leur intervention vise aussi, au-delà de l'accès aux soins, à agir sur les déterminants de santé par l'information, la prévention et l'éducation pour la santé. Les mesures de régulation de la démographie médicale et de l'offre de soins seront d'autant plus efficaces qu'elles s'articulent avec les politiques d'aménagement du territoire portées par les élus locaux. C'est pourquoi l'objectif de réduction des inégalités territoriales de santé implique la mobilisation conjointe des services de l'Etat, au travers des agences régionales de santé, des collectivités territoriales et des professionnels de santé.

Le présent ouvrage a pour objet de contribuer à dégager entre tenants de la politique de santé et tenants des politiques territoriales les voies et moyens de leur coopération, indispensables pour répondre aux enjeux d'une politique de santé qui vise l'amélioration de la santé de tous et l'accès à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire national.

Mme Roselyne BACHELOT-NARQUIN
Ministre de la Santé
et des Sports

M. Michel MERCIER
Ministre de l'Espace rural
et de l'Aménagement du territoire

L'évolution de la démographie médicale fait craindre une dégradation de l'offre de santé de proximité dans certains territoires. Au-delà du problème de la répartition territoriale des professionnels, le système de santé doit répondre à un enjeu global de réorganisation de l'offre de soins de premier recours.

L'État, l'Assurance maladie et les professionnels de santé ont engagé un certain nombre de réformes afin que l'offre de services de santé soit mieux coordonnée et plus efficiente. La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) votée en juillet 2009 renouvelle l'organisation territoriale de la santé et crée des outils nouveaux de régulation de l'offre de soins.

Les collectivités territoriales interviennent dans le cadre de leurs prérogatives en matière de services à la population et d'aménagement du territoire pour améliorer la réponse apportée aux besoins en santé de leurs habitants. Quels sont les leviers dont elles disposent pour réguler l'accès aux services de santé, aux côtés des agences régionales de santé et, bien sûr, des professionnels de santé ?

L'objectif de ce guide est de présenter les outils que les acteurs locaux, élus et agents de collectivités territoriales, agences régionales de santé, professionnels de santé, ont à leur disposition pour agir sur l'offre de santé et son accessibilité. Pour faciliter l'appropriation de ce nouveau cadre, la présentation des outils est accompagnée d'illustrations et de recommandations pour la mise en œuvre de projets territoriaux d'organisation de l'offre locale de santé.



Réorganiser l'offre de soins de premier recours

Le système de santé doit répondre au double défi posé par l'évolution de la démographie médicale et l'augmentation des besoins. L'enjeu est d'assurer l'accès aux services de santé pour tous dans de bonnes conditions.

Nous rappelons dans cette partie quelles sont les principales caractéristiques de la loi hôpital, patients, santé et territoires (loi HPST), entrée en vigueur en 2010 et qui réforme l'organisation territoriale de la santé dans le but notamment de consolider l'offre de santé de proximité.

Les collectivités territoriales interviennent sur les questions de santé pour répondre à la problématique de la démographie médicale mais aussi pour améliorer l'état de santé de leurs habitants. En effet, le besoin de santé ne se limite pas à l'offre de soins et englobe tout ce dont les habitants ont besoin pour rester en bonne santé, notamment l'accès à l'information, à la prévention et à l'éducation pour la santé.

Les collectivités vont être amenées à articuler leur action avec ce nouveau cadre créé par la loi HPST, pour faire le lien entre l'action de l'État et les dynamiques territoriales de santé qu'elles impulsent.

Réorganiser l'offre de soins de premier recours

Un besoin grandissant en services de santé

L'accès des usagers aux services à la population est aujourd'hui un enjeu majeur de l'aménagement du territoire, particulièrement en zone rurale et dans certains territoires urbains les moins attractifs. Les services de santé figurent dans les différentes enquêtes parmi les services les plus importants pour les habitants, dont ils souhaitent pouvoir bénéficier à proximité.

Les besoins en services de santé sont en constante augmentation, en raison notamment du vieillissement de la population et de l'augmentation du nombre de pathologies chroniques, qui demandent une prise en charge quotidienne et par différents professionnels : médecin, soins infirmiers, aide à domicile... Cette augmentation de la demande s'accompagne de la montée du sentiment de dégradation des conditions d'accès à ces services dans un nombre de territoires de plus en plus important.

Une problématique de démographie médicale

Le constat est partagé, l'évolution de la démographie médicale est préoccupante. Aujourd'hui, la France dans son ensemble ne manque pas de médecins mais

ceux-ci sont très mal répartis sur le territoire national. L'évolution non maîtrisée de la démographie médicale dans les années à venir laisse craindre une aggravation de cette situation et l'apparition de ce qu'on qualifie de « déserts médicaux ».

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a publié les chiffres 2009 de la démographie médicale : ils confirment la baisse du nombre de médecins en France (-2 % entre le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2009) et de la densité médicale (de 300.2 à 290.3 médecins pour 100 000 habitants dans la même période). Cette baisse est effective dans 74 départements. La diminution globale du nombre de médecins, associée à leur mauvaise répartition territoriale, va accentuer la baisse de la densité médicale dans les territoires les moins attractifs, qui devrait se poursuivre compte tenu du vieillissement du corps médical. Les départs à la retraite vont s'accélérer dans les années à venir : 40 % des médecins ont plus de 55 ans.

Notre pays pourrait ainsi connaître d'ici à 2020 une baisse de 10 % du nombre de médecins ainsi qu'une baisse de 16 % de sa densité médicale, du fait de l'augmentation de la population. Il devrait retrouver sa densité médicale actuelle en 2040. Cette situation rend nécessaire des mesures de régulation de la démographie des professionnels de santé.

Deux outils de régulation existants : le numerus clausus et l'examen classant national (ECN)

Le principal outil de régulation de la démographie médicale est le numerus clausus, qui définit le nombre d'étudiants entrant en deuxième année de médecine. De 3500 dans les années 1990, il est aujourd'hui de 7400. Cette forte augmentation va permettre de faire face au départ en retraite de la génération des baby boomers mais avec un temps de retard. L'augmentation du numerus clausus est une réforme qui met du temps à faire sentir son impact en raison de la longueur des études de médecine.

La régionalisation du numerus clausus avait comme objectif de favoriser le recrutement des étudiants dans les régions sous-dotées, avec l'idée que ceux-ci s'installeront sur le territoire où ils ont été formés. L'autre levier réside dans l'attribution des affectations après l'examen classant national, qui détermine les places en internat des étudiants à la sortie de leur deuxième cycle d'études. L'État fait le choix d'orienter les internes vers les régions sous-dotées, là aussi avec l'idée qu'une majorité d'entre eux vont s'installer dans la région où ils ont réalisé leur internat.

Ces deux outils sont utiles mais leurs effets sont limités. Les jeunes professionnels ont toujours le choix de leur lieu d'installation à la suite de leur internat. De plus, des régions aujourd'hui sur-dotées ne le seront pas toujours. Par exemple, la région Provence Alpes Côte d'Azur pourrait être moins bien dotée à l'avenir sous l'effet conjugué des mesures sur la démographie médicale, de son accroissement démographique et du vieillissement de sa population. Car l'évolution des besoins est aussi une donnée

à prendre en compte : toutes les régions ne sont pas dans la même situation sanitaire et elles n'évoluent pas toutes de la même façon. La démographie médicale demande en conséquence un pilotage fin et prospectif, avec des réajustements réguliers, et doit aussi être mise en regard de l'évolution des besoins de chaque territoire.

La loi HPST introduit de nouveaux outils de pilotage de la démographie médicale. Les agences régionales de santé (ARS) auront notamment pour mission de trouver des solutions permettant un égal accès aux soins. Elles s'appuieront pour cela sur un schéma régional d'organisation des soins (SROS), certes non contraignant, mais qui permettra de cibler les aides à l'installation et les autres mesures destinées à lutter contre la désertification médicale.

L'État et l'assurance maladie ont décidé de renforcer leur action pour l'offre de soins dans les zones sous-dotées. Le Président de la République a annoncé, lors de son discours sur l'avenir des territoires ruraux le 9 février 2010, le déploiement de nouvelles mesures pour l'offre de santé en milieu rural. L'État et l'assurance maladie vont financer 250 maisons de santé en trois ans 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.

Un enjeu majeur : organiser l'offre de soins de premier recours

La problématique de l'accès à l'offre de santé ne se résume pas au maintien des effectifs de professionnels de santé dans les territoires ruraux. L'objectif est aussi de construire une offre de services de santé de

qualité, répondant aux besoins de la population. Pour évoluer dans ce sens notre système de santé doit progresser dans la coordination des parcours de soins, développer la prise en charge pluriprofessionnelle des patients, renforcer les actions de prévention et d'éducation pour la santé.

En France, l'offre de soins de premier recours est fondée essentiellement sur un exercice libéral, souvent isolé et peu coordonné. Il existe un besoin fort de « remettre le patient au cœur du dispositif de soins », c'est-à-dire d'organiser le système de soins autour des besoins des patients, qui ne sont pas segmentés comme le sont les différentes professions de santé. Le patient a un besoin global qui peut l'amener à avoir besoin, par exemple, d'un généraliste, puis d'un kinésithérapeute, puis d'un infirmier et enfin d'une aide à domicile. Dans le système actuel le patient doit prendre rendez-vous successivement avec ces quatre professionnels, l'articulation entre eux se faisant difficilement. L'émiettement de l'offre de soins de premier recours est une problématique à prendre en compte au même titre que celle des effectifs.

L'accès à l'offre de services de santé

La présence de professionnels de santé ne signifie pas que les habitants y ont automatiquement accès. Il faut ajouter à la question des effectifs de professionnels de santé la dimension de l'accès à l'offre de santé. La proximité géographique est une dimension importante de l'accès aux soins, mais d'autres

facteurs sont déterminants : le coût des soins, les facteurs sociaux et culturels et la coordination des soins.

La proximité géographique

La proximité géographique de l'offre de soins est une première dimension à prendre en compte. Le besoin de proximité n'est pas le même s'il s'agit de l'hôpital, d'un spécialiste ou du médecin généraliste. Les sondages menés sur l'accès aux services à la population montrent que pour l'immense majorité de la population, l'accès à un médecin généraliste doit pouvoir se faire en moins de 15 minutes en voiture, dans la commune ou le bourg le plus proche¹. L'enjeu prioritaire est donc bien celui de démographie médicale : maintenir une présence de professionnels de santé sur l'ensemble du territoire.

L'organisation des transports est une solution aux difficultés d'accessibilité géographique. Pour les personnes ne disposant pas d'un véhicule ou ne pouvant se déplacer, dans un contexte de concentration de l'offre de santé dans les villes et les bourgs-centres, la mobilité devient un enjeu important de l'accès à l'offre de santé. La baisse du nombre de médecins et la nécessité de maîtriser les dépenses de l'assurance maladie amènent à rationaliser leur temps de travail et donc à limiter leurs déplacements. Il serait donc pertinent de faciliter la mobilité des patients plutôt que celle des professionnels de santé, dont le temps est particulièrement contraint dans les zones sous-dotées. Des systèmes de transports à la demande sont développés par certaines collectivités, qui per-

Note :

1 - Enquête nationale sur les services publics en milieu rural, réalisée par CSA pour la DATAR, 2005.

mettent aux personnes sans moyens de déplacement de se rendre chez les professionnels de santé. [voir la partie consacrée aux systèmes de transport des patients].

La proximité géographique est essentielle pour les services de santé qui nécessitent un contact humain. Cependant, l'usage des TIC peut apporter des solutions aux territoires peu dotés, notamment en rapprochant l'expertise de spécialistes par télédiagnostic. Les TIC peuvent aussi permettre de palier l'éloignement géographique et éviter des déplacements. La télémédecine présente donc un fort potentiel, encore peu utilisé, pour répondre à la problématique de l'accès aux services de santé. [Voir la partie consacrée à la télémédecine].

La dimension « sociale » de l'accès aux soins

Un autre déterminant de l'accessibilité est pécunier. La possibilité d'avoir accès à des professionnels du secteur 1² sans dépassement d'honoraires constitue un facteur d'accessibilité. Le refus de soins pour les personnes titulaires de la CMU participe à la problématique d'accès aux soins. Les collectivités ont peu pris sur ces éléments, qui relèvent du rôle régulateur de l'État. Elles peuvent cependant conditionner leurs aides au respect des conditions tarifaires du secteur 1. C'est ce que font certains conseils régionaux, qui ne financent les maisons et pôles de santé qu'à la condition que les professionnels s'interdisent les dépassements d'honoraires.

Il existe aussi des freins sociaux et culturels à l'accès aux services de santé. Le non-recours ou le recours tardif aux services de santé sont des problématiques qui ne sont pas obligatoirement liés à des obstacles financiers ou d'éloignement géographique. L'accès aux soins dépend aussi en grande partie de l'information des personnes et passe par des actions de prévention et d'éducation pour la santé.

Les acteurs territoriaux ont un rôle à jouer pour faire progresser cet objectif, en s'appuyant sur les professionnels de santé et des opérateurs spécialisés tels que les comités départementaux d'éducation pour la santé. Certains territoires sont allés plus loin dans cette optique, pour faire face à des problématiques sanitaires spécifiques. C'est le cas du conseil régional du Nord - Pas-de-Calais, qui a investi dans le plan régional de lutte contre le cancer et finance à ce titre des actions de prévention. Des collectivités élaborent des projets territoriaux de santé afin de répondre à des problématiques sanitaires spécifiques, au travers d'actions d'information, de prévention et d'éducation pour la santé.

L'organisation des soins

L'accès à la santé est aussi conditionné par le niveau d'organisation et de coordination des soins : le fait de trouver en un même lieu un généraliste, un infirmier et un service de soins à domicile, qui partagent entre eux des informations, rend l'accès à ces services beaucoup plus aisé que s'il fallait prendre rendez-vous avec

Note :

2 - Le médecin en secteur 1 applique le tarif conventionnel, c'est-à-dire correspondant à la base de remboursement fixée par l'assurance maladie, soit 22€ pour une consultation de médecin généraliste. Dans le cas du secteur 2, le médecin est conventionné mais en honoraires libres, l'assurance maladie ne rembourse que sur la base conventionnelle. Un médecin exerçant en secteur 3 n'est pas conventionné.

chacun d'entre eux. Le développement des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels contribue à améliorer l'accès aux soins en comparaison avec l'exercice isolé et non coordonné.

Le nouveau contexte : la loi HPST

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) a réformé la gouvernance de la politique de santé publique issue de la loi de 2004. Le projet de loi HPST a été présenté le 22 octobre 2008 en conseil des ministres par Roselyne Bachelot-Narquin afin de permettre une refondation de la politique de santé et plus particulièrement d'assurer une redéfinition de l'offre locale de santé. Après plusieurs mois de discussion, le projet de loi a été adopté en juillet 2009 par le parlement où de nombreux amendements ont étoffé les dispositions législatives initiales. In fine, ce

travail parlementaire a renforcé les moyens attribués à l'État afin de parvenir aux objectifs de la loi HPST et d'obtenir une meilleure offre territoriale de santé.

Priorité à l'offre de soins de premier recours

La loi HPST crée plusieurs outils devant assurer une meilleure répartition sur le territoire de l'offre de soins.

En premier lieu, la loi définit la notion d'offre de soins de premier recours (article 36) qui comprennent :

- 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- 4° L'éducation pour la santé.



Définition

L'offre de soins de premier recours

La loi HPST votée en juillet 2009 a donné une définition de l'offre de soins de premier recours : « Ces soins comprennent : la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ; la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux ainsi que le conseil pharmaceutique ; l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ; l'éducation pour la santé. »

L'offre de soins de premier recours recouvre l'ensemble des services de santé dont chaque personne peut avoir besoin en proximité. À l'inverse du système hospitalier, cette offre de santé de proximité se caractérise par l'exercice de professionnels libéraux généralement isolés et peu coordonnés.

L'organisation de ces services est un enjeu majeur pour le système de santé, dans l'objectif de répondre à des besoins accrus sur l'ensemble du territoire et dans un contexte de limitation des moyens, notamment en personnel pour les zones touchées par une baisse de la densité médicale.

La loi HPST innove en identifiant la spécificité des soins de premier recours dans l'organisation générale de la santé publique. La structuration des soins de premier recours est en effet l'enjeu territorial le plus important car le maintien d'une offre de soins de proximité est une préoccupation forte des élus locaux. La loi apporte ainsi des réponses destinées à favoriser une présence optimale des soins de premier recours sur l'ensemble du territoire national.

La loi précise que l'accès aux soins de premier recours est défini dans le respect des exigences de proximité. Ces exigences sont appréciées en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. C'est l'agence régionale de santé (ARS) qui organisera au niveau territorial le dispositif de soins de premier recours.

L'organisation territoriale du système de santé : naissance des ARS

Les ARS ont été créées par la loi HPST dans le but de constituer un service public régional unifié de la santé. Elles regroupent une partie des services déconcentrés de l'État (ex DDASS et DRASS), de ceux de l'assurance maladie (CRAM, URCAM, MSA) et les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) notamment.

Le domaine de compétences des ARS est large et englobe le pilotage de la politique de santé publique (observation et veille sanitaire, prévention...) et la régulation de l'offre de santé réunissant l'ambulatoire, l'hospitalier et le médico-social (lutte contre les déserts médicaux, contrôle des établissements et services de soins et médico-sociaux, maîtrise des dépenses de santé...).

La loi refonde la planification et la gestion territoriale du système de santé. Elle vise à désigner un seul pilote pour diriger l'ensemble des politiques de santé publique dans le territoire régional. Toutefois, le rôle des collectivités territoriales est reconnu, elles apparaissent comme des acteurs pouvant compléter les actions des administrations en charge de la santé. Les collectivités locales sont appelées à rejoindre la gouvernance des ARS. Elles sont membres du conseil de surveillance de l'ARS et présentes dans les commissions de coordination des politiques publiques de santé qui sont constituées auprès de l'ARS. La loi crée également des instances de dialogue, les « conférences sanitaires de territoire ».

L'ARS peut, avec la participation des collectivités territoriales, conclure des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les réseaux de santé, les centres de santé, les pôles de santé et les maisons de santé. D'ailleurs, le versement d'aides financières ou de subventions à ces services de santé par les ARS est subordonné à la conclusion du contrat. Des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins peuvent être également signés avec ces acteurs (art. L. 1435-4 CSP).

Dans l'exercice de ses missions, l'ARS doit contribuer à la réduction des inégalités territoriales de santé.

Le projet régional de santé : cadre de la politique de santé au niveau local

L'action de l'État, des établissements de santé, des collectivités territoriales doit s'organiser autour d'un projet régional qui vise à définir des objectifs pluriannuels partagés par l'ensemble des acteurs et qui sont traduits dans des documents opérationnels. Chaque

ARS sera dotée de son projet régional de santé en 2011, après une démarche de concertation.

Il est constitué d'un « plan stratégique régional de santé », qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région ainsi que de schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale, et de programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas.

Le schéma régional d'organisation des soins (SROS) a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique. La notion de besoin de la population est au cœur du SROS. Le SROS indique notamment les besoins en implantations pour les soins de premier recours, principalement les centres et maisons de santé. Les SROS fixent également les mesures prévues pour favoriser l'installation des professionnels de santé et des maisons de santé.

Les territoires de santé et les conférences de territoires

La régionalisation de la politique de santé (avec la transformation des DDASS en délégations territoriales des ARS) s'accompagne d'une volonté de renforcer l'ancrage territorial des politiques de santé. L'agence régionale de santé définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé. Les territoires de santé ne sont pas définis uniquement pour la planification hospitalière. Ils ont pour objectifs de permettre la gestion de l'ensemble

des problématiques de santé publique d'un territoire considéré comme présentant des problématiques communes. Les ARS sont libres de déterminer quel est le territoire le plus pertinent. La loi dit simplement que ces « territoires de santé » peuvent être infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux.

Dans chacun des territoires de santé, le directeur général de l'ARS constitue une conférence de territoire qui a pour objectif de contribuer à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique. Cette conférence des territoires de santé est composée des représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné ainsi que des usagers.

Une contractualisation plus fine peut être instaurée par l'ARS avec les contrats locaux de santé (CLS) qui sont signés notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements. Les contrats locaux de santé doivent permettre la mise en œuvre du projet régional de santé en définissant des actions locales qui portent sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.

Quels « territoires » dans la gouvernance de la politique de santé publique ?

La possibilité pour les élus d'élaborer un contrat local de santé (CLS) avec l'ARS est un point qui prête à débat chez les acteurs du développement local. Les CLS peuvent être un moyen de faire des collectivités des actrices de la santé publique en leur fournissant un cadre d'action et des moyens. Quelle sera la prise en compte des « territoires » par l'ARS ? La loi parle

de « territoires pertinents » et énonce que c'est au directeur d'ARS de les déterminer. S'appuiera-t-il sur les territoires organisés préexistants ou proposera-t-il un nouveau découpage ?

Cette interrogation rejoint celle sur l'avenir des pays, dont l'existence a été remise en question lors des débats préparatoires à la réforme des collectivités territoriales, alors qu'ils se sont révélés être un échelon pertinent pour aborder la question de la répartition de l'offre de soins et de la prévention. Ces structures intercommunales ont d'ailleurs souvent été choisies comme relais pour la mise en œuvre des projets territoriaux de santé.

L'implication des collectivités dans les politiques de santé

Les collectivités territoriales n'ont pas de compétence en organisation des soins. Beaucoup d'entre elles s'investissent cependant sur la question de la santé. C'est généralement la préoccupation de l'offre de soins qui motive les élus à s'engager sur cette thématique : les difficultés d'accès aux soins exprimées par les habitants les amènent à rechercher des moyens d'agir dans le champ de leurs compétences. Mais le besoin de santé ne se limite pas à l'offre de soins, il englobe tout ce dont les habitants d'un territoire ont besoin pour rester en bonne santé.

La santé, ce n'est pas que le soin !

Cet aspect est encore sous-estimé dans notre système de santé qui privilégie le « système de soins » - les techniques médicales- à la « santé publique ». Or, les progrès de l'état de santé sont essentiellement dus à

l'amélioration des conditions et des modes de vie. Cela implique, pour les collectivités soucieuses d'améliorer l'état de santé de leurs habitants, de développer des actions sur les déterminants de santé par l'information, la prévention et l'éducation pour la santé. C'est ce que font les collectivités ou leurs groupements engagés dans des projets territoriaux de santé (PTS).

LO
ZÈRE
LOZ
LOZÈRE L
LOZÈRE L

Dites 33 !

48 48 48 48...

Séduisante... Palpitante...

La LOZÈRE vous accueille

ÉTUDIANTS EN 3ÈME CYCLE DE MÉDECINE GÉNÉRALE, LE CONSEIL GÉNÉRAL DE LA LOZÈRE VOUS ACCOMPAGNE DANS VOTRE INSTALLATION.

LOZÈRE

Tél. 04 66 94 01 02 - www.lozere.fr

- Le conseil général de la Lozère propose des bourses aux futurs médecins pour les inciter à s'installer dans le département. Il investit aussi dans la télémédecine.

Les projets territoriaux de santé

Les projets territoriaux de santé sont des programmes d'actions visant à améliorer l'état de santé de la population d'un territoire. Fondés sur un diagnostic de l'état de santé des habitants, de l'offre de santé existante et des besoins en santé, ils se concrétisent dans des actions visant à améliorer l'accès à la prévention et aux soins, en mobilisant tous les partenaires du champ médical, médico-social et sanitaire et social et en s'appuyant si besoin sur des opérateurs spécialisés.

Les ateliers santé ville (ASV) sont des projets territoriaux de santé spécifiques aux territoires de la politique de la ville. Créés en 2000, ils ont contribué à donner aux élus un cadre et des moyens pour intervenir dans le champ de la santé publique en partenariat avec l'État. Les ASV se basent sur un diagnostic des besoins en santé des habitants du quartier puis par la mise en place d'actions ciblées sur les problématiques identifiées. Les ASV cherchent à associer au maximum les habitants à la démarche. Il existait 243 ateliers santé ville en mars 2009. La plupart de leurs actions se situent dans le champ de la prévention et de l'information sur la santé.

En 2004 la DIACT a financé 60 « projets locaux de santé » dans le cadre d'un appel à projets. Un certain nombre de collectivités se sont engagées dans des projets territoriaux de santé. En Bretagne par exemple, 7 territoires (6 pays et l'agglomération de Rennes) ont mis en place une « animation territoriale de santé », qui consiste à mobiliser les acteurs sanitaires et sociaux autour de projets de promotion de la santé, sur des problématiques définies comme prioritaires. Ces actions sont financées par l'État, l'assurance maladie et le conseil régional de Bretagne. [voir l'encadré

sur l'animation territoriale de santé du pays Centre Ouest Bretagne].

La loi HPST affiche l'objectif de renforcer l'ancrage territorial des politiques de santé. Les agences régionales de santé nouvellement créées auront la possibilité de contractualiser avec les collectivités et leurs groupements au travers de conventions pluriannuelles d'objectifs et de contrats locaux de santé (voir le chapitre consacré à la loi HPST), qui doivent permettre la mise en œuvre du projet régional de santé par des actions dans le champ de la promotion de la santé, de la prévention, de la politique de soins et de l'accompagnement médico-social.



Des leviers pour consolider l'offre de santé

L'État, l'assurance maladie et les collectivités territoriales déploient des mesures pour consolider l'offre locale de santé et favoriser son accessibilité. Ces mesures reposent sur deux leviers principaux :

- Le premier s'adresse aux professionnels de santé libéraux et vise à les inciter à s'installer dans les zones sous-dotées. Cela consiste en des incitations financières ou des actions visant à l'amélioration des conditions d'exercice professionnel.
- Le second levier porte sur l'accessibilité des services. Il vise à rapprocher l'offre et la demande en services de santé par l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (télémédecine) et le développement de systèmes de transports des patients.

Les 4 types d'outils décrits dans cette partie composent l'éventail des mesures permettant d'agir sur l'offre locale de santé et son accessibilité :

- les mesures d'incitation à l'installation,
- la promotion de l'exercice groupé et pluriprofessionnel, par l'aide à la construction de maisons et pôles de santé,
- le développement de l'usage des TIC pour la médecine,
- le développement de système de transports des patients.

Les mesures d'incitation à l'installation

Les professionnels de santé peuvent bénéficier de mesures d'incitation à l'installation en zone sous-dotée. Ces aides sont de 3 types : les aides fiscales et financières, les aides conventionnelles de l'assurance maladie et les aides spécifiques pour les étudiants en médecine.

Les aides fiscales et financières

Les exonérations fiscales

- Les collectivités territoriales ou EPCI à fiscalité propre en zone de revitalisation rurale (ZRR) et dans les communes de moins de 2000 habitants peuvent décider d'exonérer les professionnels de santé de la taxe professionnelle. Cette mesure est issue de la loi relative au développement des territoires ruraux³ (DTR) du 23 février 2005, dont l'objectif était de donner des moyens d'action aux collectivités rurales déficitaires en offre de soins et de coordonner leur action avec celle des organismes d'assurance maladie.

- La même loi a créé l'exonération de l'impôt sur le revenu sur la rémunération perçue au titre de la permanence des soins exercée par les médecins ou leurs remplaçants installés dans les zones définies comme déficitaires par la mission régionale de santé⁴ (MRS), dans la limite de 60 jours de permanence par an.

- Les professionnels de santé bénéficient de l'exonération de l'impôt sur les revenus pendant 4 ans pour toute nouvelle installation en zone de revitalisation rurale (ZRR) et zone franche urbaine (ZFU).

Les aides financières des collectivités territoriales

La loi DTR permet aux collectivités locales, situées en zone définie comme déficitaire par la MRS, de proposer des dispositifs d'aide à l'installation et d'incitation à l'exercice en zones sous-médicalisées, comme par exemple la mise à disposition de locaux professionnels, d'un logement, le versement d'une prime à l'installation ou la prise en charge de tout ou partie des dépenses d'investissement. Dans ce cas, la collectivité, l'assurance

Notes :

- 3 - La Loi sur le développement des territoires ruraux (DTR), votée en février 2005, visait à apporter des réponses à la problématique générale de la ruralité dans un ensemble de domaines : développement économique, emploi, fiscalité, urbanisme, environnement...
- 4 - Les missions régionales de santé (MRS) ont été créées par la loi du 13 août 2004 sur l'assurance maladie. Elles visent le rapprochement entre l'État et l'assurance maladie par la mutualisation de moyens entre les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM). Les MRS ont été intégrées aux agences régionales de santé (ARS) nouvellement créées.

maladie et les professionnels de santé signent une convention qui fixe leurs engagements réciproques.



Conseil régional Rhône-Alpes

L'aide à l'installation

Le **conseil régional Rhône-Alpes** verse par exemple une aide à l'installation de 12 000 € pour les primo-installants, en contrepartie de l'engagement d'exercer durant une période minimum de 6 ans dans une zone sous-dotée.

Les collectivités peuvent participer financièrement à la construction de maisons médicales de garde ou de maisons de santé pluriprofessionnelles. (voir partie sur les maisons de santé).

Les aides de la sécurité sociale

L'assurance maladie a décidé en 2007 la majoration de 20 % des honoraires pour les professionnels installés en zone déficitaire, sous deux conditions : travailler en cabinet de groupe (l'exercice isolé est exclu de cette incitation) et s'engager à exercer pendant trois ans sur le territoire.

Les effets de cette mesure sont modestes. L'évaluation réalisée par l'assurance maladie montre une augmentation du nombre d'installations dans les zones sous-dotées, mais dans des proportions limitées en comparaison avec le coût de cette mesure.

Les aides financières aux étudiants en médecine

Les collectivités peuvent verser des aides aux étudiants afin de les inciter à venir s'installer dans des zones

sous-dotées. Il existe deux types d'aides de ce genre : les aides aux stages et les indemnités d'études.

Les aides aux stages

L'aide aux stages est destinée à encourager les étudiants à réaliser leur stage en zone rurale et se traduit par une indemnité pour le logement et les déplacements. L'idée de départ est que la réalisation d'un stage en zone rurale peut être un moyen de faire découvrir l'exercice dans ce type de territoire et ainsi encourager les futurs professionnels à venir s'y installer.

Ces dispositifs sont utilisés par certains conseil généraux ou régionaux. Ce sont des dispositifs attractifs pour les étudiants, qui montrent de bons résultats. La difficulté rencontrée est généralement le manque de médecins prêts à accueillir les stagiaires. Il est donc nécessaire d'inciter les médecins à se former à la fonction de maîtres de stages.

Les indemnités d'études

Le second type de dispositif est l'indemnité d'études : la collectivité verse une bourse à l'étudiant pendant son cursus, en échange d'un engagement à exercer un certain nombre d'années dans une zone déficitaire.

Les mesures introduites par la loi HPST

La loi HPST introduit de nouveaux outils de régulation des installations : un outil de pilotage – le schéma régional d'organisation des soins (SROS) – et un dispositif incitatif – le « contrat d'engagement de service public ». La loi HPST complète la définition des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) en y intégrant



Conseils régionaux du Poitou-Charentes et de Haute-Normandie

Les aides aux stages

Le conseil régional de Poitou-Charentes propose des bourses aux étudiants en médecine pour les stages réalisés en zone rurale. L'objectif est de casser les préjugés sur ce type d'exercice. Le conseil régional finance une aide au logement et une aide au transport de 300 € par mois. Les volontaires sont nombreux mais la collectivité a rencontré une difficulté : le manque de médecins pour les accueillir. Il a donc été décidé de former les médecins à la fonction de maître de stage. Le conseil régional prend en charge les coûts que cela représente pour eux : le manque à gagner pendant les jours de formation et les frais de déplacements. Il a ainsi doublé le nombre de professionnels qui peuvent accueillir des stagiaires.

Le conseil régional de Haute-Normandie finance également une bourse de stage, pour les étudiants de 3^e cycle en médecine générale (entre la 7^e et la 9^e année d'études médicales) effectuant leur stage pratique en cabinet libéral en zone rurale ou semi-rurale déficitaire ou fragile. L'aide consiste en l'attribution d'une indemnité régionale de déplacement et de logement plafonnée à 400 € mensuels pour les dépenses cumulées de logement et de déplacement sur présentation de justificatifs et dans la limite d'un aller/retour par jour multiplié par le nombre de jours de stage.



Conseil général de l'Allier, conseils régionaux du Limousin et de Midi-Pyrénées

Les indemnités d'études

Le conseil général de l'Allier a mis en place depuis juin 2006 le dispositif « Wanted jeunes médecins ». Cette bourse s'adresse aux étudiants de troisième cycle. L'étudiant bénéficiaire touche une aide de 700 € par mois la première année, 1000 € la deuxième année et 1500 € la troisième année. Il s'engage à s'installer, une fois son diplôme obtenu, dans une zone déficitaire en offre de soins pour une durée de 6 ans au minimum. Depuis 2006, le conseil général a signé 9 contrats d'indemnité d'étude et de projet professionnel et 11 nouveaux contractants sont prêts à s'engager à la rentrée 2010.

Le conseil régional du Limousin a mis en place, avec des cofinancements de l'ARH et des établissements de soins, le dispositif Allocation Fidélité santé. Ce dispositif s'adresse aux étudiants des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) du Limousin et vise à les encourager à travailler pour les établissements de soins de la région. Les étudiants en 2^e et 3^e année peuvent toucher une aide mensuelle (de 514 € à 594 € par mois) s'ils s'engagent à exercer au moins 30 mois dans un établissement préalablement défini.

Le conseil régional de Midi-Pyrénées propose quant à lui le versement d'une indemnité d'études de 300 € par mois de la 2^e à la 4^e année et 400 € de la 5^e à la 6^e année (soit au total 20 400 € par étudiant), aux étudiants du 1^{er} et du 2^e cycles de médecine s'engageant à exercer au minimum 5 ans dans une zone déficitaire.

la médecine ambulatoire. Le SROS ambulatoire est un document non opposable qui « indique, par territoire de santé, les besoins en implantations pour l'exercice des soins [...], notamment celles des professionnels de santé libéraux, des pôles de santé, des centres de santé, des maisons de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé ». Le SROS sera élaboré au niveau des ARS par la discussion avec les professionnels de santé. Il permettra d'orienter « les mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé » : les aides à l'installation, les aides à la création de maisons et pôles de santé pluriprofessionnels notamment.

Le SROS est le principal outil de pilotage des mesures sur la démographie médicale prévues par la loi, incitatives dans un premier temps. La Loi HPST crée aussi le « contrat d'engagement de service public ». En contrepartie d'une allocation versée pendant ses études, l'étudiant en médecine s'engage à exercer ses fonctions à titre libéral ou salarié, à compter de la fin de sa formation, dans une zone où l'offre médicale est insuffisante. La durée de l'engagement est égale à celle pendant laquelle l'allocation a été versée, elle ne peut être inférieure à 2 ans.

Les actions concernant l'accueil des professionnels de santé

Un des facteurs de désaffection de certains territoires est leur manque d'attractivité pour les professionnels de santé, notamment les primo-installants. Certaines collectivités cherchent donc à améliorer l'accueil des professionnels de santé en leur proposant un service personnalisé d'aide à la recherche de locaux professionnels, d'un logement, une aide à la recherche d'un

emploi pour le conjoint, voire d'autres types d'aides destinées à favoriser leur intégration sur le territoire. La promotion du territoire se fait aussi dans les universités, pour encourager les professionnels de santé à venir s'y installer.

L'accueil des stagiaires

L'accueil des stagiaires est un élément important des stratégies d'attractivité médicale. Dans les territoires en déficit d'offre de soins, la première étape pour inverser la tendance consiste souvent à se mobiliser pour accueillir des stagiaires dans de bonnes conditions. Les professionnels de santé doivent être en mesure de les accueillir dans de bonnes conditions, ce qui demande d'être formé à la fonction de maître de stage. Des collectivités ont créé une aide spécifique à destination des médecins pour qu'ils se forment à cette fonction. Les stagiaires peuvent eux aussi bénéficier de bourses de stages dans les collectivités où elles existent (voir chapitre consacré à ces aides).

L'incitation financière n'est pas suffisante pour attirer ces étudiants. Il faut surtout que le stage puisse s'effectuer dans de bonnes conditions, que le stagiaire soit bien accompagné et pris en charge. Le logement est donc une problématique également importante. La majorité des maisons de santé pluriprofessionnelles sont construites avec un studio permettant de loger un stagiaire. Certaines collectivités, notamment des conseils régionaux, conditionnent leur financement des maisons de santé à l'accueil de stagiaires et à la présence d'un logement à leur disposition. Notons cependant que certains professionnels font valoir qu'il est préférable de loger les stagiaires ailleurs que dans la maison de santé pour leur permettre de mieux séparer leur lieu de vie et leur lieu de travail.

ALLIER (03)

LE CONSEIL GÉNÉRAL DE L'ALLIER
FAVORISE L'INSTALLATION
DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

WANTED

ETUDIANTS 3^{ÈME} CYCLE MEDECINE GENERALE

		
1 ^{ère} année 8.400€	2 ^{ème} année 12.000€	3 ^{ème} année 18.000€

BOURSE étudiante **3^{ÈME} CYCLE**
★★★ **MÉDECINE GÉNÉRALE**

www.allier.fr


Conseil Général
Département de l'Allier

- Le conseil général de l'Allier propose une bourse aux étudiants en médecine s'engageant à exercer en zone déficitaire.

Travailler sur les conditions de vie professionnelle

Au manque d'attractivité de certains territoires s'ajoute une autre problématique : celle de la désaffection pour l'exercice libéral des professions de santé, notamment en médecine générale. Le conseil national de l'ordre montre qu'aujourd'hui moins de 10 % des nouveaux inscrits au tableau de l'ordre exercent en libéral alors que 66 % sont salariés. Ce phénomène se fait donc particulièrement sentir dans les zones sous-dotées. Les primo-installants sont démotivés par l'image peu attractive de la médecine dans ces territoires, qui signifie pour beaucoup surcharge de travail, risque de surmenage, éloignement des autres professionnels et de l'hôpital, etc.

La promotion de l'installation dans les zones sous-dotées demande de modifier cette image négative de l'exercice des professions de santé dans les zones sous-dotées, notamment en zone rurale peu attractive. Cela implique de travailler sur les conditions de travail et leur représentation. Certains territoires mettent en avant les évolutions de la pratique médicale, qui rendent les conditions d'exercice plus souples. Il est par exemple possible de travailler à temps partiel sur différents sites en usant de la possibilité d'avoir un cabinet secondaire⁵. Cela peut permettre à un professionnel d'exercer une partie de son temps en ville et l'autre partie du temps en zone rurale par exemple. La dissociation entre le lieu de vie et le lieu de travail est une solution pour encourager la pratique en zone rurale auprès de jeunes médecins qui souhaitent vivre en ville et bénéficier des avantages offerts par le mode de

vie urbain. Les territoires où la permanence des soins est bien organisée, où il existe des réseaux de santé solides, gagnent à le mettre en avant car cela représente un gage de confort dans l'exercice. La présence d'un hôpital à proximité est aussi un gage d'attractivité pour de jeunes médecins.

Les possibilités de travailler en réseau, voire en groupe, et de façon pluriprofessionnelle motivent le développement actuel des maisons et pôles de santé, dont nous parlons dans la partie suivante.



- « OK DOC 77 », une action du plan départemental en faveur de la démographie médicale en Seine-et-Marne

Note :

5 - Le code de déontologie médicale a été modifié en 2005 afin de faciliter la possibilité pour les médecins de créer des cabinets secondaires. Ce principe était très limité avant cette date. Cette libéralisation renforce la possibilité pour les médecins de pratiquer à temps partiel dans un autre lieu que leur lieu d'exercice principal, par exemple dans une zone sous-dotée.



Pays Vesoul-Val de Saône

L'accueil des professionnels de santé

Le **pays Vesoul-Val de Saône** (Haute-Saône) a développé un service d'accompagnement personnalisé des professionnels de santé pour favoriser leur installation dans le territoire. Un site internet dédié a été créé [<http://www.sante-vesoulvaldesaone.fr>] est un chargé de mission «politique d'accueil santé» a été recruté. Ce poste est aidé financièrement et techniquement par le conseil régional de Franche Comté et par les fonds européens.

La directrice du pays et le chargé de mission « accueil » se déplacent dans les facultés de médecine, les écoles d'infirmières, les salons consacrés à l'accueil en milieu rural et jusqu'aux Pays-Bas, au salon international de l'émigration à Utrecht, pour encourager les professionnels de santé à venir s'installer au pays Vesoul-Val de Saône.

Le pays propose un accompagnement à toutes les étapes de la démarche d'installation : découverte du territoire et recherche du lieu d'implantation, rencontre avec les futurs confrères, recherche du local professionnel. L'accompagnement ne se limite pas à la partie « professionnelle » et comprend aussi des services dans le champ personnel, important pour attirer et maintenir des praticiens dans ce territoire rural : service d'aide à la recherche d'emploi pour le conjoint, aide à la recherche de logement, aide à l'insertion dans le tissu social, en s'appuyant sur le réseau d'association locales.

Le pays accompagne également les projets de maisons de santé pluriprofessionnelles. Deux maisons de santé ont vu le jour dans le pays. L'une est un projet entièrement privé, l'autre est portée par une communauté de communes.

Le pays a mis sur pied des actions de prévention sur la question de l'obésité infantile qui est apparue comme problématique dans ce territoire. Il a conventionné avec le Comité Départemental d'Éducation pour la santé (CODES) pour la réalisation d'actions ciblées sur la nutrition. L'action est financée par le groupement régional de santé publique.

Contacts

Nathalie JABRY, Directrice

Cédric BALSSA, Chargé de mission santé

Tél. : 03 84 97 49 10 | contact@sante-vesoulvaldesaone.fr

Pays Vesoul /Val de Saône



● Le pôle de santé pluriprofessionnel d'Auvergnon-les-Forges (Ardennes)

La promotion de l'exercice groupé et pluriprofessionnel

La perte d'attractivité de l'exercice libéral dans la jeune génération se combine avec la question de l'attractivité territoriale et accentue le problème de la démographie médicale. Cette crise de l'exercice libéral met en lumière l'importance des conditions de travail dans le choix d'installation des professionnels de santé. Ceux-ci délaissent de plus en plus l'exercice isolé et sollicitent à l'inverse l'exercice groupé, les coopérations interprofessionnelles, l'intégration dans des réseaux de santé, la délégation de tâches, la possibilité d'organiser son temps de travail et les temps de garde à plusieurs pour plus de souplesse. Ils sont aussi plus hésitants à investir dans leur outil de travail sans certitude de pouvoir le revendre à un confrère.

Les maisons et pôles de santé pluriprofessionnels (MSP) peuvent permettre de répondre à ces attentes. Un nombre grandissant de collectivités confrontées à un problème d'offre de soins lancent des projets de maisons de santé pluriprofessionnelles dans l'objectif de renforcer, aux yeux des professionnels de santé, l'attractivité de l'exercice dans leur territoire. L'État, les conseils régionaux et conseils 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 l'organisation de l'offre de soins de premier recours.

Les caractéristiques des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)

Une maison de santé n'est pas un cabinet de groupe et ne se limite pas à la présence de plusieurs professionnels de santé en un même lieu.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 donne aux maisons de santé 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. Elles sont constituées entre des professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux* ».

La loi HPST complète 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 mentionnés (schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale). Tout membre de la maison de santé adhère à ce projet de santé. Celui-ci est transmis pour information à l'agence régionale de santé* ».

Les principales caractéristiques d'une maison de santé sont :

- La pluriprofessionnalité : la maison de santé est constituée entre différents professionnels de santé : médecin généraliste, kiné, infirmier, psychologue, nutritionniste, podologue, etc. Les échanges entre ces professionnels et la collégialité sont recherchés ;
- Une offre diversifiée de services de santé de premier recours : la maison de santé propose des activités de soins mais peut aussi réaliser des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et des actions sociales ;
- L'organisation de la maison de santé est fondée sur un projet de santé qui se décline en un projet professionnel ;
- La maison de santé développe l'accueil des professionnels de santé en formation

Une maison de santé n'est pas obligatoirement à maîtrise d'ouvrage publique. Des maisons de santé sont portées par les professionnels eux-mêmes. Dans les zones déficitaires, l'acteur public est généralement amené à intervenir pour éviter le risque de pénurie en mettant à disposition des professionnels de santé un outil de travail attractif. La collectivité porte alors le projet immobilier de la maison de santé et loue le bâtiment aux professionnels. Ces projets portés par les collectivités peuvent bénéficier d'aides publiques, bien moins importantes lorsqu'il s'agit d'un projet privé.

Les « pôles de santé »

La notion de pôle de santé relève de la même dynamique que les maisons de santé : le rassemblement de différentes professions autour d'un projet de santé commun. La différence réside dans le fait que les professionnels intégrés à un pôle ne partagent pas obligatoirement les mêmes locaux . Le pôle peut associer des professionnels mais aussi plus largement des établissements et services médico-sociaux.

La loi HPST précise la définition des pôles de santé : « *Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours, le cas échéant de second recours, et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L. 1434-5. Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale* ».

La définition des pôles introduit un autre mode de coordination entre les professionnels de santé. Pour les professionnels libéraux, cela signifie qu'ils peuvent s'associer autour d'un même projet professionnel (partage du dossier médical, organisation commune des consultations, emploi en commun de personnel administratif...) tout en conservant leur cabinet. Cela peut être une étape intermédiaire avant le regroupement en maison de santé pluriprofessionnelle : l'installation dans des locaux partagés est souvent un frein pour les professionnels qui ont investi dans leur local.



Focus

État des lieux des maisons et pôles de santé

Les maisons et pôles de santé pluriprofessionnels ont le vent en poupe. Il est difficile de chiffrer précisément leur nombre au niveau national. Le seul recensement existant évaluait à 160 le nombre de ces établissements fin 2009. Cela représente une faible part de l'offre globale de soins mais les projets en cours sont nombreux. Les maisons de santé se sont bien développées dans les zones rurales mais peu dans les zones urbaines sensibles ou dans les zones périurbaines. 79 % d'entre elles sont situées dans des zones déficitaires en termes de démographie médicale et/ou en zones de revitalisation rurale ou zones urbaines sensibles. 80 % des maisons de santé comptent moins de 5 médecins généralistes. Les professions les plus représentées et leur répartition sont : les médecins généralistes (34 %), les infirmiers (28 %) et les masseurs-kinésithérapeutes (14 %).



Définitions

L'accueil des professionnels de santé

Le projet de santé ou projet de soins

Le projet de santé décrit ce que la population va trouver comme mode de réponse à sa demande de soins. Il 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'épidémiologie. Enfin, de tout autre projet local comme la participation à des réseaux existants. Le projet de santé comprend aussi des objectifs concernant l'amélioration de la qualité des pratiques, par l'évaluation et la formation.

Le projet professionnel

Le projet professionnel définit l'organisation pluriprofessionnelle pour atteindre les objectifs du projet de santé. Il traite des modalités de la gestion des données, telles que la mise en place d'un dossier médical partagé avec l'ensemble des professionnels, des protocoles pluridisciplinaires, de l'éducation thérapeutique, de la maîtrise de stage, de la formation, des modes de coordination avec les autres professionnels du sanitaire et du social environnants. Le projet professionnel traite aussi des partenariats établis avec l'environnement de la maison ou pôle de santé : les pharmaciens, l'hôpital, le secteur social et médico-social, enfin les collectivités locales et les pays.

source : Fédération française des maisons et pôles de santé

L'organisation en pôle de santé est adaptée lorsqu'une maison de santé est adossée à un hôpital. L'établissement et les professionnels libéraux s'associent alors dans un pôle autour d'un projet de santé commun.

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 dans ce cas un modèle intermédiaire qui permet d'accompagner la transition entre l'exercice isolé et le regroupement.

Les centres de santé

Les centres de santé partagent avec les maisons et les pôles de santé la pratique de la pluridisciplinarité⁶ dans l'offre de soins de premier recours. À la différence des maisons de santé, les centres de santé sont fondés sur l'exercice salarié et non libéral des professionnels de santé.

Les centres de santé sont portés par des associations, des mutuelles, des organismes de sécurité sociale ou des communes. Ils sont environ 1500 aujourd'hui et ils sont essentiellement situés en zone urbaine, ce qui n'en fait pas a priori une réponse à la démographie médicale déclinante, à l'exception des zones urbaines où des problèmes d'accès à l'offre de soins sont observés, en particulier les zones périurbaines et les zones urbaines sensibles.

Cependant, il est intéressant de voir ce que ce type d'organisation peut proposer comme solutions. Un

rapport⁷ au Ministère de la santé remis en 2007 par Mme Dominique ACKER, conseillère générale des établissements de santé, présente les atouts des centres de santé pour répondre aux enjeux du système de santé.

Les centres de santé ont un certain nombre de points communs avec les maisons de santé : l'exercice pluriprofessionnel, un certain degré de collégialité dans la pratique professionnelle, la possibilité de partager des charges et des tâches, de partager les contraintes liées à la permanence des soins et enfin des conditions facilitant l'accueil des stagiaires. Dans le contexte actuel de moindre attractivité de la médecine générale, l'exercice en centre de santé présente l'avantage de proposer un statut de salarié (sollicité par les jeunes professionnels), une plus grande maîtrise de leur emploi du temps, et une décharge complète des démarches et charges administratives.

Les centres de santé pourraient donc être une des solutions pour répondre aux difficultés géographiques ou financières d'accès aux services de santé (les centres de santé ne pratiquent pas de dépassements d'honoraires) et pour répondre à la pénurie de professionnels, l'exercice salarié étant plutôt recherché aujourd'hui. Les limites principales à leur développement sont cependant leur financement et leur faible implantation en zone rurale.

Les centres de santé sont confrontés à un déficit chronique, de 10 % à 50 % selon les centres, dû en partie au fait que « les tâches médico-sociales, de coordination, de coopération et de prévention ne sont pas rémunérées à la hauteur du travail qu'elles demandent » selon

Notes :

6 - Tous les centres de santé ne sont pas pluridisciplinaires cependant : certains sont spécialisés en soins infirmiers, d'autres en soins dentaires.

7 - Rapport sur les centres de santé, Dominique ACKER, Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, juin 2007.



Syndicat Mixte du pays des Coteaux

La maison de santé pluridisciplinaire de Castelnau-Magnoac (Hautes-Pyrénées)

Cette maison de santé pluriprofessionnelle a été inaugurée en 2009. Dès le milieu des années 1990, le syndicat mixte du pays des Coteaux a travaillé à la structuration des services à la personne, par la création d'un CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination), l'achat de véhicules destinés au portage de repas.

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, la pyramide des âges des professionnels de santé faisant craindre un renversement à cette date. Les élus ont donc abouti à la conclusion qu'il fallait développer une offre de soins coordonnée.

Le projet de création d'une maison de santé est lancé en 2004. Ce projet a bénéficié de l'appel à projet pôle d'excellence rurale (PER) en 2005. Le syndicat mixte du pays des Coteaux (115 communes) a accompagné le montage du projet (rassembler les professionnels de santé, les accompagner dans l'élaboration d'un projet professionnel commun, mobiliser les financements), la communauté de communes du Magnoac (27 communes) a, quant à elle, été maître d'ouvrage du projet immobilier de la structure.

L'opération a coûté 2.2 M€. 70 % proviennent de subventions : État (PER et Dotation de Développement Rural), conseil régional, conseil général. Les 30 % restants ont été empruntés par la communauté de communes.

Ce projet de maison de santé a permis la création d'une véritable communauté médico-sociale, regroupant diverses professions : médecins généralistes, infirmiers, vétérinaires, aides à domicile. L'établissement fonctionne avec une vingtaine de professionnels, organisés de la façon suivante :

- les 3 médecins sont regroupés dans une société civile de moyens (SCM),
- les 5 infirmier(e)s sont également regroupés en SCM,
- les 4 vétérinaires sont regroupés en société civile professionnelle (SCP),
- les deux dentistes,
- le centre local d'information et de coordination (CLIC) à statut associatif,
- le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), à statut associatif.

Le choix a été fait d'un statut de copropriété des lieux entre la collectivité et les praticiens. À l'heure actuelle, les deux copropriétaires sont la communauté de communes et le SSIAD. Les autres entités (association, SCM ou SCP) ont un bail avec la collectivité et lui paient un loyer. Il s'agit de location-vente, les professionnels deviendront à terme propriétaires de leur cabinet à échéance de l'amortissement du prêt contracté par la communauté de communes. Ce rachat est assorti d'obligations, notamment celle de ne pas détourner les locaux de leur vocation médicale.

L'ensemble des professionnels de la maison de santé se sont par ailleurs regroupés dans une association qui a comme objectif de faire fonctionner le site.

Contacts

Bernard VERDIER, Maire de Castelnau-Magnoac, Président du Pays des Coteaux
Valérie HUYNH-RASCALON, Chef de projet

Pays des Coteaux
Tél. : 05 62 39 86 71
coteaux-bigorre@wanadoo.fr

le rapport sur les maisons et pôles de santé⁸. Ce rapport voit dans la situation des centres de santé une mise en garde importante pour le modèle économique des maisons de santé. En effet, le problème pourrait se poser de la même façon pour les maisons et pôles de santé si la mixité des modes de rémunération n'est pas développée (paiement forfaitaire et paiement à l'acte).

Les avantages attendus des maisons de santé

Tout d'abord, les conditions d'exercice au sein d'une maison de santé sont plus attractives pour les professionnels. Les élus qui s'engagent dans la construction d'une maison de santé font le pari que la structure permettra de maintenir ou d'attirer des professionnels de santé. Le critère de l'attractivité médicale est le plus souvent invoqué pour justifier l'investissement par une collectivité dans une maison de santé.

En plus du maintien ou de l'augmentation de l'offre de services de santé, la maison de santé est aussi destinée à faciliter la constitution d'une offre de soins de premier recours plus coordonnée et intégrée. Les premières évaluations de maisons de santé montrent que cette organisation provoque un gain dans la coordination des parcours de soins. L'offre de services d'une maison ou d'un pôle de santé, si elle est réellement collégiale et pluriprofessionnelle (ce qui ne va pas de soi, les professionnels pouvant se limiter à partager un même

bâtiment sans se coordonner effectivement) présente un progrès majeur pour l'offre de soins de premier recours. Le projet de santé que bâtissent les professionnels est censé, dans sa version la plus aboutie, apporter une réponse aux besoins en santé du territoire par le biais des soins mais aussi d'actions de prévention et d'éducation thérapeutique. Il doit donc apporter une plus-value à l'organisation de l'offre de soins et à la réponse apportée aux besoins de santé.

Le regroupement des professionnels dans une maison de santé facilite enfin le développement de dispositifs tels que les systèmes de transport des patients et la télémédecine qui sont aussi, comme on le verra dans les parties suivantes, des moyens facilitant l'accès aux services de santé.

La maison de santé peut donc participer à la réorganisation de l'offre de soins de premier recours, mouvement dans lequel les collectivités peuvent jouer un rôle important. Le regroupement des professionnels de différentes disciplines autour d'un même projet de santé et dans un exercice coordonné constitue une première étape nécessaire dans l'objectif général de réorganisation du système de premier recours.

Projet de santé et projet professionnel

Toute maison et tout pôle de santé doit se doter d'un projet de santé, qui se décline dans un projet professionnel. La réalisation d'un projet de santé sera la condition pour une éventuelle contractualisation

Note :

8 - « Le bilan des maisons et pôles de santé et les propositions pour leur déploiement ». Rapport à la demande de la Ministre de la santé et des sports, de la Secrétaire d'État à la politique de la ville et du Secrétaire d'État à l'aménagement du territoire, 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), janvier 2010.



Canton de St Amand en Puisaye

La maison de santé amandinoise à Saint-Amand en Puisaye (Nièvre)

Le **canton de Saint-Amand en Puisaye** dans la Nièvre (3600 habitants) est confronté à une problématique importante de démographie médicale et à un isolement grandissant des praticiens. Les professionnels de santé du canton se mobilisent au début des années 2000 et cherchent des solutions pour attirer et maintenir des professionnels en leur proposant un outil de travail moderne, rompre leur isolement et apporter plus de continuité dans la prise en charge des patients. Leur réflexion aboutit à un projet de maison de santé.

Les professionnels réunis en association de préfiguration de la maison de santé rencontrent alors la présidente et l'animateur de la communauté de communes de la Puisaye Nivernaise et parviennent à convaincre la collectivité de s'engager à leur côté. Les travaux débutent en 2003 et aboutissent le 23 mai 2005 à l'ouverture de la maison de santé amandinoise.

Le budget global pour la communauté de communes a été de 795 305 € répartis de la façon suivante :

- un emprunt de 240 943 €,
- une subvention de l'État de 324 547 € (DDR),
- une subvention de l'État de 50 000 € (FNADT),
- une subvention du conseil général de la Nièvre de 121 959 €,
- une subvention de l'Ademe de 57 856 € car la maison de santé a été dotée d'une chaufferie bois.

Les professionnels installés dans la maison de santé se sont regroupés dans une société civile de moyens (SCM). Cela répondait à une volonté de la communauté de communes de n'avoir qu'un seul interlocuteur. C'est cette SCM qui paie le loyer à la collectivité, propriétaire des lieux. Ces professionnels sont aujourd'hui une quinzaine : généralistes, infirmières, dentiste, sage-femme, podologues, psychologues, ergothérapeute, diététicienne. À cela s'ajoute une permanence de la médecine du travail et la présence d'une association d'aide à domicile.

Pour un certain nombre d'entre eux la maison de santé est un cabinet secondaire, dans lequel ils réalisent des consultations à temps partiel. 10 de ces professionnels n'exerçaient pas sur le territoire avant la création de la maison de santé, ce qui démontre sa capacité d'attraction. À côté de la SCM, les professionnels ont créé une association chargée de la gestion de toutes les activités autres que le soin. L'association touche des subventions de l'assurance maladie (le FIQCS) pour les actions prévues par le projet de santé : réunions interprofessionnelles, coordination des actions, actions de prévention, de dépistage et d'éducatives à la santé auprès de populations cibles].

Une équipe administrative a été constituée pour venir en appui de l'équipe médicale : elle est constituée d'une assistante de direction et d'une secrétaire.

Contact

Dr Michel SERIN
michelserin@free.fr

Maison de santé amandinoise
www.m2sa.com

avec l'agence régionale de santé ou l'obtention de subventions telles que le FIQCS. Le projet de santé n'est pas homogène dans toutes les structures. Il est cependant ce qui fait de la MSP un « projet de santé de territoire », adapté aux besoins de ses usagers.

Quelle plus-value des regroupements pluriprofessionnels pour les patients ?

L'accès à l'offre de santé n'est pas qu'une question de proximité. Des critères qualitatifs entrent en ligne de compte pour le patient tel que le temps d'attente, la coordination du parcours de soins, l'accès à une offre diversifiée intégrant des actions de prévention et d'éducation pour la santé.

En regroupant les services de santé en un même lieu, les maisons de santé améliorent la lisibilité de l'offre : le patient sait qu'il va trouver plusieurs services en même lieu. L'exercice coordonné au sein de la maison ou du pôle de santé renforce aussi la qualité de la prise en charge des patients. Par exemple, la personne qui a besoin d'un généraliste, puis d'un kinésithérapeute et de soins infirmiers peut trouver dans une maison de santé tous ces services fonctionnant de façon coordonnée. Cet exemple est un cas idéal certes, que l'on peut retrouver dans les maisons de santé les mieux

intégrées. C'est le modèle d'intégration et de coordination des soins de premier recours vers lequel tendent les regroupements pluriprofessionnels : un modèle mettant le patient au cœur du dispositif.

La seule évaluation existante sur les maisons de santé a été conduite par l'institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) en 2008⁹. Cette étude réalisée à partir de 8 maisons de santé pluriprofessionnelles montre que ces établissements permettent une plus grande accessibilité aux patients (horaires et nombre de jours d'ouverture

par an) sans accroître le temps de travail des professionnels, 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. Les collaborations interprofessionnelles restent cependant majoritairement informelles. Enfin, les maisons de santé pluriprofessionnelles favorisent le développement

d'actions de prévention et d'éducation thérapeutique que les professionnels n'ont pas le temps de réaliser en temps normal. L'étude précise que « ces fonctions n'émergent qu'à l'occasion de programmes partagés entre maisons de santé ou avec des partenaires extérieurs, et financés sur des fonds publics ». ■



● La maison de santé de la Prairie à Baume-les-Dames (Doubs)

Note :

9- Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne, Questions d'économie de la santé, IRDES n° 147, octobre 2009.



Département de la Mayenne

Le Pôle de santé ambulatoire du sud-ouest mayennais

Le département de la Mayenne connaît une démographie des professionnels de santé inquiétante. Pour y remédier, les collectivités locales et les professionnels de santé ont décidé d'unir leurs efforts pour créer des « pôles de santé ambulatoires ».

Le premier pôle à voir le jour est celui du sud-ouest mayennais. Il s'appuie sur l'hôpital local du sud-ouest mayennais, constitué par la fusion des deux hôpitaux de Craon et Renazé en 2001.

Le pôle accueillera des professionnels de santé de différentes disciplines (généralistes, kinés, infirmières, podologues, dentistes..) qui exerceront sur 2 sites principaux et deux sites satellites de façon principale ou secondaire :

- le premier pôle sera situé sur le site de l'hôpital de Renazé, dont une aile de 650 m² va être réhabilitée. À ce pôle sera rattaché le pôle satellite de Saint-Aignan-sur-Roë, situé dans les locaux d'un EHPAD,
- le second pôle sera installé sur le site de l'hôpital de Craon, qui va être reconstruit. Il aura lui aussi un cabinet satellite dans l'EHPAD de Ballots.

La principale motivation de ce projet est d'offrir des conditions d'exercice plus attractives aux professionnels de santé, qui souhaitent travailler de façon plus collégiale et déléguer certaines tâches, notamment administratives.

Le choix de l'organisation en pôles principaux et secondaires est justifié par la volonté de ne pas « assécher » l'espace rural environnant en concentrant l'offre de soins dans les deux bourgs de Craon et Renazé. Des professionnels de santé pourront exercer dans les sites satellites à temps partiel, sous forme de permanences, tout en étant intégrés dans une organisation plus large. Une autre idée qui motive cette organisation en pôle est de permettre un exercice professionnel partagé entre le milieu rural et le milieu urbain. Les professionnels de santé ne seront pas obligés d'exercer à plein temps dans le sud-ouest mayennais : ils pourront travailler une partie du temps à Nantes, Angers, Rennes ou Laval et passer un ou deux jours par semaine sur le pôle de Craon-Renazé. Cela pourrait permettre de lever le frein de l'installation en zone rurale, notamment pour les jeunes professionnels.

Les maîtres d'ouvrage du volet immobilier de ce pôle sont les communautés de communes de Craon et Saint-Aignan-Renazé. L'hôpital local met à

disposition ses infrastructures (terrain et plateaux techniques qui seront partagés avec le pôle). Les professionnels de santé impliqués sont regroupés dans un groupement de coopération sanitaire (GCS) qui réunit l'hôpital et 40 professionnels. Le GCS n'a pas pour but de gérer les structures mais de gérer le projet de santé pluriprofessionnel de territoire de premier recours.

Le rapprochement entre médecine de ville et hôpital, déjà engagé dans l'hôpital local de Craon-Renazé qui possède une maison médicale de garde, constitue un autre aspect notable de ce projet. Ce rapprochement est à penser également dans le contexte de la réforme hospitalière. La création de ce pôle de santé marque la volonté de la direction de l'hôpital local de prendre part à l'organisation de l'offre de santé de premier recours.

La dépense d'investissement pour la construction de ces sites est partagée entre les deux communautés de communes maîtres d'ouvrage, le conseil régional des pays de la Loire et l'État. Le groupement de coopération sanitaire paiera un loyer à la communauté de commune propriétaire et facturera un loyer à chaque professionnel en fonction de son utilisation des infrastructures.

Contact

Annie RAVAILLAULT - Directrice de l'Hôpital
Tél. : 02.43.09.32.32 | direction@hlsom.com

Hôpital local du sud-ouest mayennais



- Le 27 juin 2010, lancement du projet de « pôle santé multisites » de la communauté de communes de Montrevault.



Un guide pour les porteurs de projets de maisons de santé

Monter et faire vivre une maison de santé

Le guide « Monter et faire vivre une maison de santé » va paraître en octobre 2010 aux éditions du Coudrier. Écrit par Pierre De Haas, généraliste pilote de la maison de santé de Pont d'Ain et président de la fédération française des maisons et pôles de santé, avec la contribution de Pascale Gayraud, médecin de santé publique, ce livre donne à voir des expériences de maisons de santé et apporte des recommandations pratiques aux porteurs de projets et à leurs partenaires.

Ce livre s'adresse tant aux professionnels de santé libéraux, porteurs de projets, qu'aux acteurs des collectivités territoriales et organismes sanitaires potentiellement parties prenantes. Il est bâti en deux grandes parties qui se répondent. La première présente cinq expériences montrant la diversité des réalisations suivant les milieux et le contexte local. La deuxième décrit les 6 briques à assembler pour bâtir un projet (approche territoriale, dynamique d'équipe, projet de santé et projet professionnel, aspects juridiques, immobilier et financement) ainsi que les obstacles à éviter. Elle traite ensuite du fonctionnement au quotidien et donne des conseils pratiques aux professionnels exerçant en maison de santé. Enfin, à une époque où le système de santé ambulatoire est en mutation, l'auteur dresse les perspectives de ce nouveau mode d'organisation des soins de premier recours.

La Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS) réunit des professionnels de santé impliqués dans des projets de regroupement pluriprofessionnel, aboutis ou en cours, ainsi que les fédérations régionales qu'ils ont constituées. Son objectif est double : aider les acteurs engagés dans la constitution de maisons et pôles de santé et les représenter auprès des institutions chargées de la gouvernance en santé.

Pour commander l'ouvrage

www.lecoudrier.fr

www.ffmps.fr



- TéléPrésence, une utilisation de la télémédecine en neurologie.

La télémédecine

Les technologies de l'information et de la communication (TIC) ont leur place dans la boîte à outils de l'organisation territoriale de la santé. Elles peuvent améliorer l'accès aux soins et rendre plus attractif l'exercice en zone rurale pour les jeunes médecins. Des équipements de télémédecine sont utilisés, de façon encore expérimentale aujourd'hui, comme solution à l'éloignement des patients et des professionnels de santé. Le champ de développement de ces technologies dans le domaine de la santé est vaste.

Qu'est-ce que la télémédecine ?

On distingue 4 types d'activités dans la télémédecine¹⁰ :

- La télé-consultation, qui est un acte médical réalisé à distance. Le patient dialogue avec le médecin par le biais d'un système de visioconférence.
- La télé-expertise, qui se décrit comme un échange entre deux ou plusieurs médecins, sans présence du patient, qui arrêtent ensemble un diagnostic et/ou une thérapeutique sur la base des données cliniques, radiologiques ou biologiques.

- La télésurveillance qui découle de la transmission et de l'interprétation par un médecin d'un indicateur clinique, radiologique ou biologique, recueilli par le patient lui-même ou par un professionnel de santé.

- La télé-assistance lorsqu'un médecin assiste à distance l'un de ses confrères en train de réaliser un acte médical ou chirurgical. Le médecin peut également, dans le cadre de l'urgence, assister à distance un secouriste ou toute personne portant assistance à une personne dans l'attente d'un médecin.

Les plus-values de la télémédecine pour l'accès aux soins

Les TIC favorisent l'accessibilité de l'offre de santé, en permettant par exemple l'accès à un diagnostic à distance de la part d'un spécialiste éloigné (meilleur accès à l'offre de soins), ce qui évite au patient ou au spécialiste de se déplacer. Elles peuvent aussi faciliter la diffusion d'informations sur la santé, de messages de prévention (offre de santé plus largement).

Note :

10 - Définition donnée par le « Rapport sur la place de la télémédecine dans l'organisation des soins », par Pierre Simon et Dominique Acker, conseillers généraux des établissements de santé, pour le ministère de la santé et des sports, novembre 2008.

La télémédecine est aussi un moyen de réaliser des gains de qualité. L'usage des TIC favorise une meilleure information du médecin concernant le malade : c'est le cas avec les valisettes utilisées pour les urgences dans les Alpes-Maritimes (voir illustration ci-après), qui transmettent le dossier médical du patient et permettent de diffuser des conseils sur les premiers soins d'urgence. La visioconférence, le télédiagnostic permettent d'optimiser les choix (faut-il hospitaliser ou pas, quel est le degré d'urgence ?).

Enfin, la télémédecine renforce l'attractivité du territoire pour les médecins. Elle peut être un outil efficace de lutte contre l'isolement dont peuvent souffrir certains praticiens en zone rurale, en apportant de la collégialité, des possibilités de formation à distance. La présence d'équipements de télémédecine dans un territoire peut donc inciter certains professionnels à s'installer.

Comment faire des TIC un outil efficace pour l'organisation territoriale de l'offre de soin ?

Pierre SIMON et Dominique ACKER ont fait dans un rapport¹¹ des préconisations pour que les TIC participent à l'amélioration de l'organisation de l'offre de soins.

Pour les auteurs, « la télémédecine n'est pas uniquement une réponse à une offre en personnels de

santé mal répartie sur le territoire ». C'est aussi un moyen d'améliorer la qualité de soins, à condition d'accompagner ces technologies de changements dans les pratiques et dans l'organisation des soins, par une meilleure coordination et une mise en réseau de tous les professionnels (libéraux, hospitaliers, médico-sociaux..), par le développement de l'exercice groupé et pluriprofessionnel dans des pôles ou maisons de santé, en lien avec les collectivités locales.

La télémédecine peut donc accompagner de façon positive une dynamique de réorganisation de notre système de santé mais n'apporte pas de solution « miracle » à elle-seule. Les projets de télémédecine les plus aboutis sont fondés sur une mise en réseau préalable des professionnels de santé, médecins généralistes, autres professions de santé libérales, hôpitaux, EPHAD, services d'urgences.

Les auteurs précisent également en quoi la télémédecine peut être utile dans le contexte de restructuration hospitalière : « La mise en place d'équipements de télémédecine peut être une contrepartie à la perte du plateau technique et de certaines spécialités dans les établissements de proximité. L'organisation de téléconsultations et de télé-expertises spécialisées entre les établissements de référence et les établissements de proximité pourrait faire partie de cette accompagnement ». La télésurveillance à domicile des patients atteints de maladies chroniques doit devenir une priorité selon les auteurs, pour éviter les hospitalisations répétées et inutiles. ■

Note :

11 - Définition donnée par le « Rapport sur la place de la télémédecine dans l'organisation des soins », par Pierre Simon et Dominique Acker, conseillers généraux des établissements de santé, pour le ministère de la santé et des sports, novembre 2008.



Conseil général des Alpes-Maritimes

Le projet « santé et technologies »

Le conseil général des Alpes-Maritimes a développé l'usage des TIC pour répondre aux besoins des professionnels de santé. Le projet « santé et technologies », développé dans le cadre du dispositif pôle d'excellence rurale, consiste tout d'abord à équiper 20 sites en équipements de visioconférence : dans des hôpitaux locaux, des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, des centres d'aide par le travail, une ferme thérapeutique, le CHU de Nice, la faculté de médecine.

Ces équipements permettent deux types d'échanges :

- la réalisation des formations par visioconférence : formation médicale continue, formations diplômantes comme les auxiliaires de puériculture. Le formateur peut être localisé à Nice et les personnes qui suivent la formation partout ailleurs dans le département.
- la réalisation des télé-expertises, téléconsultations : les généralistes du haut et moyen pays peuvent bénéficier des conseils de spécialistes de la bande littorale.

L'autre versant de ce projet est la mise à disposition aux généralistes de l'arrière-pays de 11 e-valises. Grâce à elles, les praticiens installés en zone montagneuse peuvent réaliser des examens courants (électrocardiogramme, pression artérielle, oxymétrie, etc.) et les envoyer au CHU de Nice via une bande satellitaire afin d'obtenir l'avis d'un spécialiste. Ce fonctionnement apporte de la collégialité dans la prise de décision et permet de rationaliser les déplacements du SAMU, notamment par hélicoptère dans les zones isolées de l'arrière-pays.



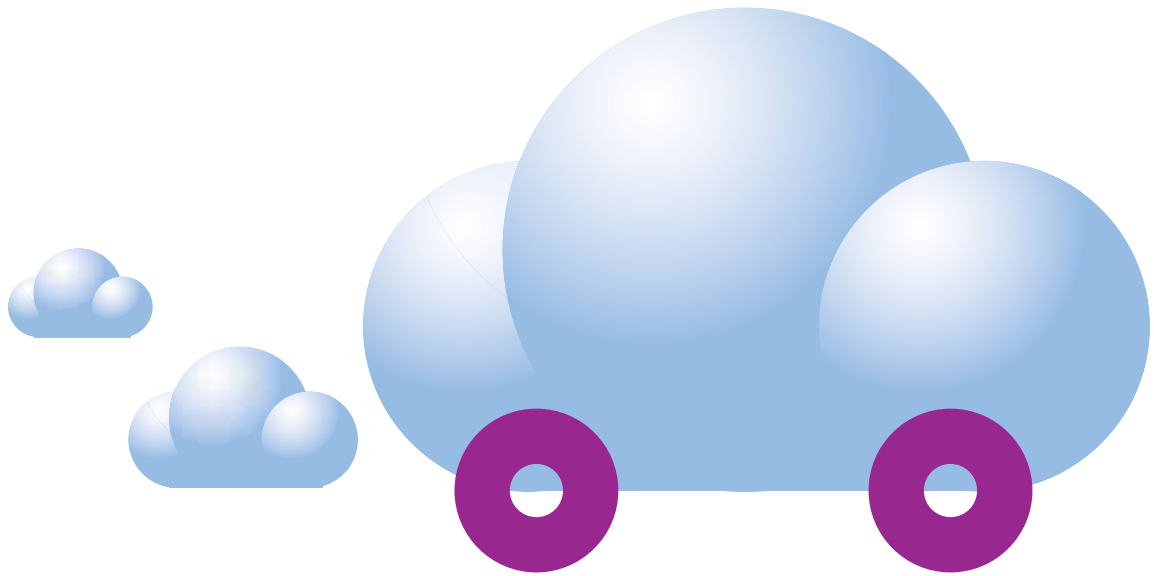
Communauté de communes du canton d'Arzacq

Un dispositif de télémédecine

Un dispositif de télémédecine a été mis en œuvre par la communauté de communes d'Arzacq - Arraziguets (Pyrénées-Atlantiques). Ce projet a été soutenu par l'État dans le cadre du dispositif pôle d'excellence rurale et sa mise en œuvre a été impulsée par la signature d'une convention avec France Telecom Orange.

Le projet a été lancé en 2005 par le Dr Jean-Pierre Bordenave, médecin à Arzacq, en collaboration avec le Pr Louis Lareng, directeur de l'Institut européen de télémédecine au CHU de Toulouse, afin de répondre à une forte attente de l'association gestionnaire des quatre maisons de retraite du canton.

L'objectif est de doter les maisons de retraite et les cabinets médicaux en équipements de communication pour répondre à deux types de besoins : permettre aux maisons de retraite et aux deux cabinets médicaux du canton de communiquer grâce à des équipements de visioconférence ; éviter les déplacements des personnes âgées en rendant possibles les téléconsultations à distance entre les résidents et des spécialistes du CHU de Toulouse.



TADOU
transport à la demande

Les systèmes de transport des patients

Un moyen de faciliter l'accès à l'offre de santé consiste à permettre la mobilité des patients. Dans une situation de raréfaction du nombre de professionnels de santé, il est plus pertinent d'assurer le transport des patients que de déplacer les professionnels de santé. Les collectivités confrontées à la problématique de l'accès aux soins peuvent chercher à développer ces services, en s'appuyant sur des opérateurs privés.

Des dispositifs existent, qui proposent un service de transport spécifiquement pour les besoins de santé, ou un service global de transport à la demande. Les maisons de santé, en regroupant l'offre de soins, sont un terrain favorable à la mise en place de ce type de services. ■



TADOU

Un système de transport à la demande

TADOU est un système de transports à la demande qui n'est pas spécifiquement destiné au transport des patients. Cependant, il est utilisé par certains usagers de la maison médicale de la Prairie, une maison de santé pluridisciplinaire de Baume-les-Dames dans le Doubs. Ce système permet d'éviter des déplacements de médecins.

Le projet TADOU a été initié par les élus du pays du Doubs central. Le transport est réalisé par des artisans taxis du territoire. Le service de transport à la demande s'adresse à l'ensemble des

habitants du pays du Doubs central et leur est réservé (du fait de la cotisation des communes et des EPCI pour son fonctionnement). Le type de service retenu est celui de la desserte d'arrêt à arrêt. Ils sont implantés de manière à couvrir l'ensemble du territoire de sorte que les principaux lieux vecteurs de déplacements soient accessibles. Aujourd'hui, certains déplacements sont organisés de domicile à domicile, en fonction des publics, notamment les personnes âgées dépendantes. Le service fonctionne de 6h à 19h30 tous les jours sauf les dimanches et jours fériés. L'usa-

ger propose, par appel téléphonique, un horaire de prise en charge ou d'arrivée plus ou moins précis, par tranche horaire. La personne chargée de l'organisation du service au sein du pays intègre les informations au logiciel qui va définir une tournée optimisée en prenant en compte les dépôts de véhicules et éditer la feuille de route. La réservation s'effectue au plus tard la veille de la course.

Le service est financé à :

- 50 % par le conseil général,
- 40 % par les communes,
- 10 % par les usagers.

Contact

Nathalie BRUNOIS - Chargée de mission
tadou25@wanadoo.fr

Pays du Doubs central
www.doubscentral.org



Association Itinéraires 17

Transport et accompagnement social

Itinéraires 17 est une association proposant un service d'aide au transport et d'accompagnement social pour des personnes en situation de pauvreté : la condition pour pouvoir bénéficier du service est d'avoir des revenus en dessous du seuil de pauvreté.

60 % des déplacements effectués par l'association ont une raison médicale. C'est la principale raison de déplacement, suivie par les raisons administratives (pôle emploi, CAF, CPAM) et les déplacements pour raison personnelle et/ou familiale.

Itinéraires 17 réalise des déplacements pour raison médicale sans se substituer à la prise en charge par la sécurité sociale. Les personnes atteintes d'une affection de longue durée par exemple ont droit à une prise en charge de leurs déplacements par la sécurité sociale. Dans ce cas, si la personne fait appel à l'association, elle est réorientée vers son médecin traitant qui lui fait un « bon de transport ».

Le public est à 70 % dans la tranche d'âge 30-54 ans. Les personnes âgées sont assez peu touchées par le service. L'utilisateur paie une cotisation annuelle de 5 € puis 1 € pour un aller simple et 2 € pour un aller-retour. Le parcours moyen est de 40/50 km. Le service fonctionne de 6h30 à 19h00 en continu.

L'association intervient à l'heure actuelle sur deux territoires ruraux : le pays de la Haute Saintonge et le pays des Vals de Saintonge. Elle réalise actuellement 4200 accompagnements par an.

L'association perçoit des financements en provenance des collectivités (conseil général, conseil régional, CAF, la communauté de communes de la Haute-Saintonge) et des institutions du domaine sanitaire et social : GRSP, CPAM, DDASS.

Contact

Didier HUET – Directeur

Tél. : 05 46 86 56 55 | asso.iti.17@wanadoo.fr

Association Itinéraires 17



Conseil régional de Bourgogne

Aide financière en matière de transport vers les maisons de santé

Dans le cadre de sa compétence en matière d'aménagement du territoire, le conseil régional de Bourgogne intervient dans le champ de l'accès aux soins (par le soutien aux maisons de santé) et de l'accès aux services (en soutenant les expériences de transport menées par les territoires).

En 2005 a été créé un dispositif spécifique pour répondre aux besoins de transport non médicalisé vers les maisons de santé. La maison de santé amandinoise (située à Saint-Amand-en-Puisaye, sur le territoire de la communauté de communes de la Puisaye Nivernaise) s'est portée volontaire pour utiliser ce dispositif. L'enjeu est double. Il s'agit d'une part d'améliorer l'accès au soin, notamment aux spécialités, pour des personnes qui restaient en dehors de l'offre, et d'autre part d'améliorer la qualité du soin rendu en proposant au patient une meilleure prise en charge (diagnostics croisés, conditions d'hygiène satisfaisantes, isolement rompu).

Trois catégories d'acteurs interviennent :

- le conseil régional, qui a été à l'initiative du dispositif et le finance,
- l'association de la maison de santé (association du réseau des professionnels pour la conception et le fonctionnement de la maison de santé de Saint-Amand en Puisaye), qui propose l'aide transport et contacte le transporteur,
- l'artisan taxi, qui assure le transport des patients.

Le dispositif financier proposé par la Région Bourgogne permet de prendre en charge les courses de taxis pour se rendre à la maison de santé. Le patient ne paye que 5 €, quelle que soit sa commune de résidence. Ce dispositif vient en complément des services rendus par la maison de santé. La destination est unique : la maison de santé. La prise en charge se fait au domicile du patient.

La subvention de fonctionnement allouée par la Région est au maximum de 10 000 € par maison de santé et par an. Cette aide annuelle est reconductible.

Ce service s'adresse aux personnes résidant sur le territoire de la communauté de communes et ne disposant d'aucun moyen de transport. Il peut s'agir des personnes âgées, en situation de handicap, de personnes isolées ou encore de personnes en difficulté. La vérification de ce dernier critère se fait de manière empirique, auprès des soignants.

En 2008, 400 transports de patients ont été effectués, soit une moyenne de 33 déplacements par mois pour 152 bénéficiaires.

Contact

Florence LEMETAYER - Chargée de mission Santé
flemetayer@cr-bourgogne.fr

Conseil régional de Bourgogne
www.cr-bourgogne.fr

3.

Mener un projet sur l'offre locale de santé

Les acteurs des territoires doivent se mettre en position de jouer pleinement leur rôle de partenaire des politiques de santé et répondre aux attentes de leurs habitants inquiets de la dégradation de l'offre de santé. Un certain nombre d'outils existent pour faciliter l'accès à l'offre de soins sur l'ensemble du territoire.

Cependant, il ne suffit pas de recourir à ces outils pour améliorer l'offre locale de santé et son accessibilité. Cela demande la mise en œuvre d'une démarche de projet, intégrant la définition des besoins de santé du territoire, la mobilisation des professionnels de santé et la coproduction d'actions avec eux.

Ensuite, les dynamiques territoriales de santé ne cherchent pas à agir uniquement sur l'offre de soins et les effectifs de professionnels de santé. Elles visent aussi l'amélioration de l'état de santé de la population, par la mise en œuvre d'actions collectives de prévention et de promotion de la santé, dans le cadre de projets territoriaux de santé.

Nous proposons dans cette partie quelques préconisations pour la mise en œuvre de ces projets, articulées autour des thématiques suivantes :

- la réalisation du diagnostic « santé » du territoire afin que les actions répondent aux besoins en santé des habitants,
- la coopération entre l'acteur public et les professionnels de santé qui est la clé de la réussite de ces projets,
- la coopération entre collectivités, pour mettre en cohérence les initiatives locales et mutualiser des moyens.

Le diagnostic « santé » du territoire

L'organisation territoriale de la santé vise à apporter la réponse la plus efficace possible aux besoins de santé des habitants, afin de diminuer les inégalités territoriales et sociales de santé. Toute stratégie sur ce thème a donc comme point de départ un diagnostic de l'état de santé des habitants et de l'offre de soins existante.

Sur quel point ce diagnostic cherche-t-il à nous éclairer ?

Les patients trouvent-ils et trouveront-ils dans un avenir proche une réponse à leurs besoins de santé à toute heure, dans des délais raisonnables et dans des conditions d'accès satisfaisantes ?

Les 3 étapes du diagnostic

Ce diagnostic permet de prioriser les objectifs en les ancrant dans la réalité sanitaire du territoire. Il peut se décomposer en trois étapes :

- L'état de santé des habitants

Ce diagnostic permet de mettre en lumière la situation sanitaire du territoire : quelles sont les pathologies sur-représentées, les causes de surmortalité, l'accidentologie

etc. Généralement instructif pour les élus et permettant de faire apparaître les priorités sur lesquelles agir, le diagnostic peut être réalisé à partir des données des observatoires régionaux de santé (ORS) et de l'assurance maladie.

- L'offre de services de santé

Il s'agit du constat du nombre de professionnels de santé présents sur le territoire ou à proximité, des services hospitaliers, des services d'urgence, de l'offre en termes de dépistage, de prévention, de services et de soins aux personnes dépendantes, etc. Il est intéressant d'inclure à ce stade la démographie des professions de santé, en intégrant notamment l'âge des professionnels afin d'anticiper les départs en retraite.

On peut coupler ce diagnostic chiffré avec un questionnaire sur le ressenti des habitants, leur perception et leur usage de ces services de santé, car l'existence d'une offre ne signifie pas obligatoirement que les patients l'utilisent. L'aspect qualitatif permet de faire apparaître les pratiques des patients, les obstacles qu'ils rencontrent, par exemple les problèmes d'horaires d'ouverture, de situation géographique, etc.

- L'accessibilité des services de santé

Nous avons rappelé dans la première partie les différentes dimensions de l'accessibilité des services de

santé : la proximité géographique, l'accessibilité financière, mais aussi l'organisation des parcours de soins. Il est utile d'intégrer ces critères dans le diagnostic de l'offre de services de santé. Les indicateurs suivants peuvent permettre de la mesurer :

- Le temps d'attente avant le rendez-vous ;
- Le temps de trajet pour se rendre au rendez-vous ;
- La permanence des soins (la possibilité d'obtenir un rendez-vous avec un médecin le soir et le week-end) ;
- L'accessibilité financière : un indicateur parfois utilisé est la proportion de personnes parmi les ayant-droit qui bénéficient de la CMU et de la CMUC. Cela permet de faire apparaître les personnes qui peuvent connaître un frein financier à l'accès aux soins.

Penser à l'évolution à moyen terme

L'autre caractéristique du diagnostic est qu'il doit être préventif dans la mesure du possible. L'anticipation est importante car lorsqu'un territoire a déjà perdu ses professionnels, il est souvent trop tard. Le diagnostic cherche donc à montrer l'état de l'offre de santé dans les années à venir : 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, etc ?

La pyramide des âges des professionnels de santé installés sur le territoire est un premier indicateur

très important, qui permet d'anticiper les départs en retraite, ainsi que le rythme des nouvelles installations.

Appréhender les services de santé dans leur globalité

En termes de méthode, il est important de ne pas limiter la réflexion à la médecine générale et de considérer l'offre de services de santé dans son ensemble. Les généralistes ne sont pas les seuls professionnels qui y participent même s'ils y jouent un rôle « pivot ». Ce n'est pas toujours pour cette profession que l'inquiétude est la plus grande : certains territoires manquent d'infirmiers, d'ophtalmologistes, de psychologues, d'orthophonistes, etc. En plus des professions médicales, il est préférable d'intégrer à la réflexion les services d'aide et de soins à domicile. Certains de ces services peuvent être adossés voire intégrés à des maisons de santé. Les deux maisons de santé citées dans la première partie proposent ces services : un CLIC et un SSIAD dans le cas de Castelnau-Magnoac, une ADMR dans le cas de Saint-Amand en Puisaye. Cela présente un intérêt pour les usagers qui peuvent trouver en un seul lieu médecin, infirmiers et service d'aide à domicile. Cela peut être aussi l'occasion de développer l'échange d'informations et les coopérations entre secteur médical et secteur médico-social.

Il est également conseillé 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. On voit apparaître des exemples de pôles de santé adossés à un hôpital local par exemple, comme le pôle de santé ambulatoire du sud-ouest mayennais présenté dans la première partie. Ce rapprochement permet à



Pays vendômois

La démarche « Territoire et santé » du pays vendômois

La démarche « Territoire et santé » a été initiée par le GRSP¹² du Centre, qui a souhaité développer des actions territorialisées et a considéré que l'échelle des pays était pertinente pour agir sur ce sujet. 3 pays ont donc été choisis en région Centre pour mener une action sur la santé.

La première étape de ce projet a été la réalisation d'une étude sur l'état de santé du vendômois. Cette étude a été réalisée au premier semestre 2009 par les observatoires régionaux de santé de Normandie et du Centre, à partir des données de l'assurance maladie notamment.

À partir de ces indicateurs sur l'état de santé des habitants, le pays a souhaité prolonger le travail par une enquête auprès des acteurs de la santé et des élus du territoire. Cette enquête est réalisée par l'observatoire de l'économie et des territoires du Loir et Cher, envoyée à 450 destinataires et complétée par 20 entretiens avec des personnalités qualifiées. L'enquête se base sur les résultats de l'étude sur l'état de santé et demande aux enquêtés de réagir sur les résultats. L'objectif est de définir le ressenti des habitants du pays sur l'accessibilité de l'offre de santé.

On trouve dans cette enquête qualitative les questions suivantes :

- Y a-t-il selon vous des besoins insuffisamment couverts en professionnels de santé en vendômois ?
- Avez-vous connaissance d'actions d'information et de prévention sur le thème des infections sexuellement transmissibles sur le territoire ?
- L'offre de services destinée aux personnes âgées vous semble-t-elle suffisante ?

C'est sur cette base que sera élaboré un plan d'actions pour favoriser l'accès à l'offre de santé sur le territoire. Le comité de pilotage de l'étude va se réunir et le définir.

Le pays vendômois accompagne également les projets de maisons de santé pluriprofessionnelles. Une maison de santé a été construite à Mondoubleau. Le maître d'ouvrage de cette maison de santé est la communauté de communes des Collines du Perche.

Note :

12 - Groupement régional de santé publique (GRSP), qui regroupait dans chaque région l'État, l'assurance maladie et els collectivités territoriales souhaitant s'y engager. Le GRSP est chargé de mettre en œuvre le Plan régional de santé publique. A partir du 1^{er} janvier 2010, les GRSP sont intégrés aux agences régionales de santé (ARS)..

Contact

Sylvie MAINO - Directrice du pays
Tél. : 02 54 89 41 19

Pays vendômois
<http://www.pays-vendomois.org/>



la médecine de ville de bénéficier des infrastructures hospitalières et de proposer une offre pluriprofessionnelle dans un lieu identifié par la population. Il présente aussi un intérêt pour les hôpitaux locaux en étendant leur mission à l'offre de soins de premier recours.

Cette approche permet de prendre en compte la totalité de l'offre et de penser à sa réorganisation en associant tous les opérateurs de services.

Inscrire l'accès aux soins dans des projets territoriaux de santé

Les actions décrites dans cet ouvrage, qui visent à faciliter l'accès aux services de santé, concourent aux politiques de santé publique dont l'objectif final est

d'améliorer l'état de santé de la population. Elles peuvent s'inscrire dans des projets menés par les collectivités territoriales, à l'initiative d'élus souhaitant agir sur la santé de leurs habitants.

Ces dynamiques territoriales de santé, telles que les projets territoriaux de santé ou les ateliers santé-ville, intègrent la question de l'accès à l'offre de soins mais ne s'y limitent pas. Ces projets visent aussi à agir sur les déterminants de la santé, en essayant de faire évoluer les comportements par des actions de prévention et d'éducation pour la santé : la prévention des addictions, des mala-

dies 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. Les collectivités ont la possibilité pour ce faire de s'appuyer sur des opérateurs spécialisés : observatoires régionaux de santé (ORS), comités départementaux d'éducation pour la santé (CODES), professionnels organisés en association ou en réseaux de santé, etc.

La loi HPST a créé la possibilité pour les collectivités de signer des contrats locaux de santé avec les agences régionales de santé : ces contrats définiront des objectifs de santé publique, en déclinaison du projet régional de santé. Les actions financées dans le cadre des contrats locaux de santé pourront porter à la fois sur l'organisation des soins, la prévention, la promotion de la santé et le médico-social. ■



Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors)

Quelques recommandations pour la réalisation d'un diagnostic local de santé



Les diagnostics locaux de santé sont des outils visant, par l'analyse des forces et faiblesses de la situation sociale et sanitaire d'un territoire, à identifier et hiérarchiser des problèmes et des pistes d'actions susceptibles d'améliorer cette situation.

La Fnors a réalisé, à la demande du ministère chargé de la santé, un inventaire critique de 120 diagnostics locaux de santé. Ce travail a permis d'élaborer un guide à l'usage des maîtres d'ouvrage d'un diagnostic local de santé. Des préconisations pour l'élaboration de ces diagnostics, dont quelques-unes sont présentées ci-après, ont été proposées :

- Rédiger un cahier des charges aussi précis que possible (objectifs, calendrier, champs couverts...), en s'inspirant si besoin de diagnostics réalisés antérieurement à des niveaux géographiques équivalents ;
- Finaliser un protocole de diagnostic ;
- Ne pas penser le diagnostic de façon isolée, mais, dès le départ, l'intégrer dans un processus aboutissant à une programmation d'actions de santé dont l'évaluation aura été prévue ;
- Considérer le diagnostic comme un outil de mobilisation et d'analyse de situation qui ne se limite pas à un simple état des lieux : favoriser une démarche participative, associer les acteurs et la population à la réalisation du diagnostic, à l'identification des enjeux de santé et d'action pour le territoire (comportant une réflexion sur les réponses susceptibles d'être apportées) ;
- Mettre en place un comité de pilotage du diagnostic associant largement les acteurs concernés (maître d'ouvrage, services techniques, professionnels, élus, représentants de la population...) ;
- Identifier un référent unique qui suive l'ensemble du travail et assure l'interface avec le prestataire ;
- S'assurer du respect des bonnes pratiques déontologiques ;
- Combiner les approches qualitatives et quantitatives ;
- Communiquer largement sur les résultats et expliquer les perspectives ouvertes suite au diagnostic (démarches engagées à la suite, décisions prises et actions d'ores et déjà mises en œuvre).

Le guide est téléchargeable sur le site de la Fnors sur <http://www.fnors.org>
[voir en annexe la présentation des ORS et de la FNORS]



Le pays Cœur d'Hérault constitue en 2003 un réseau d'acteurs autour d'un projet de prévention sanitaire à destination des 16-25 ans, dans le cadre de l'appel à projets « Santé et Territoire » de la DATAR.

En octobre 2008, le pays crée une « commission santé », regroupant élus et professionnels locaux. Cette commission a pour objectif d'établir un diagnostic du secteur de la santé et de réfléchir à un projet de santé de territoire. Les travaux de cette commission prolongent et complètent ceux du réseau santé jeunes et permettent d'avancer vers l'objectif plus global d'un réseau santé général sur le pays, envisagé dans l'appel à projets de 2003.

Le diagnostic, réalisé à partir des statistiques de l'observatoire régional de santé (ORS) a été complété par une enquête auprès des habitants et des médecins généralistes. Le constat est celui d'une démographie médicale inquiétante sur ce territoire, avec un nombre de médecins généralistes et spécialistes assez faible et une moyenne d'âge élevée, ce qui laisse craindre une dégradation à l'avenir.

La situation sanitaire est elle aussi préoccupante :

- une mortalité prématurée significativement plus importante que dans le reste du département,
- une accidentologie largement supérieure à celle du département,
- une mortalité par maladies cardiovasculaires également plus élevée.

En termes d'accès aux soins, le diagnostic relève :

- des temps d'attente assez importants pour l'arrivée des secours,
- un problème important de gardes (permanence de soins),
- des délais importants pour obtenir un rendez-vous avec un spécialiste, voire l'inexistence de la spécialité sur le territoire (ex : pédiatre),
- un réel désert médical dans le domaine de la psychiatrie, en particulier pour les enfants et les jeunes,
- un faible accès à la CMU et la CMUC notamment chez les jeunes, et des dépassements d'honoraires fréquents, ce qui pose un problème financier d'accès aux soins.

Sur la base de ce diagnostic, les élus et les professionnels mobilisés dans la commission « santé » du pays ont décidé de porter un projet de maison médicale de garde (MMG) pour assurer la permanence de soins de médecine générale jusqu'à minuit et le week-end. Cette MMG serait située dans les locaux de l'hôpital local de Clermont-l'Hérault, qui va créer un « pôle de soins de 1^{er} recours » qui proposera des consultations avancées du CHU, des consultations de spécialistes et qui louera le soir ses locaux à la MMG. Cette organisation regroupera 4 secteurs de garde : Clermont, Paulhan, Gignac et Lodève, et environ 45 médecins. En parallèle à cela, il est proposé de mettre en place une aide médicale urgente (AMU), unité mobile pouvant se déplacer sur tout le territoire et permettant de renforcer les urgences (Centre d'Accueil et de Permanence des Soins (CAPS)) de l'hôpital de Lodève, second pôle du territoire. La MMG travaillerait en étroite collaboration avec le CAPS et l'AMU. Le tout serait régulé par le Centre 15.

La commission santé du pays Cœur d'Hérault a également créé un groupe de travail sur la pédopsychiatrie et la pédiatrie, qui regroupe les principaux acteurs de cette thématique : professionnels sociaux et médicaux, associations. L'objectif dans ce cas est

de proposer une solution au manque de services pédopsychiatriques et pédiatriques observés durant le diagnostic. La solution envisagée est un pôle, situé à Gignac, regroupant trois structures : une extension du centre médico-psychologique de l'enfant et de l'adolescent (CMPEA) avec un hôpital de jour, une antenne du centre d'actions médico-sociales précoces (CAMSP) de Montpellier et un centre médico-psycho-pédagogique (CMPP). Les établissements travailleront en coopération et assureront des visites éclatées sur les deux autres pôles du territoire (Clermont l'Hérault et Lodève).

En conclusion, l'action du pays consiste à définir les besoins de santé du territoire puis à mobiliser les professionnels et les acteurs institutionnels autour de nouvelles structures et organisations qu'ils estiment être la réponse à leurs besoins et à ceux de la population. Les solutions envisagées permettraient d'améliorer sensiblement l'accès aux soins tout en équilibrant les services sur le territoire. Le pays n'a pas un rôle de financeur mais d'animateur du projet santé de territoire. Les professionnels de santé s'appuient sur la structure « pays » et ses élus pour mener à bien leurs projets.

Contact

Valérie SOMA, chargée de mission

Tél. : 04 67 44 39 74 | observatoire@coeur-herault.fr

Pays Cœur d'Hérault

www.coeur-herault.fr



- L'hôpital de Clermont-l'Hérault



Le pays Centre Ouest Bretagne (COB) s'est engagé en 2004 dans un projet territorial de santé. La faiblesse des indicateurs de santé de ce territoire ont amené cette année là un groupe de travail (État, Association Hospitalière de Bretagne (gérant des structures psychiatriques et médico-sociales), Conseil de développement et élu du Pays COB à élaborer, de façon concertée, un projet adapté aux besoins de santé des habitants du Centre Ouest Bretagne (ce pays à la particularité d'être au cœur de trois départements).

Le pays s'est saisi du dispositif expérimental régional d'« animation territoriale de santé », existant depuis 2002 et financé aujourd'hui en partie par l'agence régionale de santé et le conseil régional de Bretagne. Il a pu de la sorte recruter en mars 2004 une animatrice territoriale de santé.

L'objectif de l'animation territoriale de santé est de réduire les inégalités territoriales de santé, en menant des actions de promotion et de prévention sanitaires en articulation avec les politiques nationales, régionales et départementales. La première étape de la démarche a été la réalisation d'un diagnostic territorial partagé entre acteurs des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux afin de mettre en lumière les ressources existantes sur le territoire, les atouts et les faiblesses, et d'en déduire les priorités à mettre en œuvre à travers le projet territorial de santé.

Suite à ce diagnostic, les problématiques suivantes sont apparues comme prioritaires :

- la souffrance psychique et l'isolement,
- la sécurité routière,
- les conduites à risques et notamment les conduites addictives,
- l'autonomie des personnes âgées,
- les maladies cardio-vasculaires,
- la santé au travail.

Une fois les priorités identifiées, un plan d'actions a été défini, qui est réactualisé régulièrement. L'ensemble des actions s'appuie sur les ressources, les acteurs et les dynamiques du pays : l'objectif est d'optimiser l'existant, de renforcer la coordination et les synergies et de permettre l'adéquation entre les politiques descendantes et le contexte local. Le travail de l'animatrice consiste tout d'abord à mettre en réseau l'ensemble des acteurs concernés par la santé, puis à initier ou soutenir des actions qui sont réalisées en partenariat avec des partenaires/acteurs du territoire tels que les CCAS, la MSA, les antennes des conseils généraux, la CAF, les CLIC, les différents services des communautés de communes, les associations locales..

Les principales actions réalisées en 2009

- La participation et/ou le pilotage de collectifs et réseaux (4 sur le territoire) sur la souffrance psychique et la prévention du suicide et la réalisation d'actions (formation, ciné-débat, plaquette d'informations...);
- La participation au « collectif de prévention de la souffrance psychique et du suicide en centre Finistère », copiloté par une association spécialisée du Finistère et le pays. ;

- La participation à deux collectifs MISACO « Missions d'accompagnement de collectifs en milieu rural autour de la prévention de la souffrance psychique et du risque suicidaire ». Ces deux collectifs fonctionnent dans deux cantons du pays et mettent en place des actions de sensibilisation : réunions grand public ou à destination des professionnels, diffusion d'une publication sur le thème de la prévention du suicide ;
- La participation aux actions mises en place par le point d'accueil et d'écoute « Oxyjeunes ». Cette structure a été créée en 2005 à l'initiative du Pays et possède 4 lieux de permanence sur son territoire. Elle apporte une réponse, complémentaire à l'offre de soins en santé mentale, aux problématiques spécifiques des jeunes : mal-être, conduites addictives, hygiène alimentaire... ;
- L'organisation d'une formation à l'éducation nutritionnelle des enfants ainsi que des soirées d'information pour les élus sur la restauration scolaire en partenariat avec les Comités départementaux d'éducation pour la santé (CODES) ;
- Des soirées sur la restauration scolaire avec des élus et des responsables de cantines scolaires ;
- La mise en place de conférences « Au cœur de la prévention » sur les maladies cardio-vasculaires, en partenariat avec la Mutualité Française Bretagne ainsi que d'ateliers thématiques portant sur l'activité physique, la nutrition et le tabac, pour réduire les risques et aller plus loin dans la démarche de protection ;
- Une action de sensibilisation a été réalisée dans quatre communes sur la sécurité routière et les personnes âgées, en partenariat avec la fédération Familles Rurales ;
- L'animatrice conçoit également des outils de communication afin de favoriser le partage d'informations et le travail en réseau (par exemple : le bulletin d'information électronique « Le Lien en COB », la page « Les RDV de la santé » dans un journal local). Elle peut également être sollicitée pour des conseils méthodologiques par des structures désireuses de monter un projet de promotion de la santé.

Contact

Pauline LE FAUCHEUR - Animatrice Territoriale de Santé
Tél. : 02.96.29.26.53 | p.le-faucheur@centre-ouest-bretagne.org

Pays du Centre Ouest Bretagne
www.centre-ouest-bretagne.org

- François Boffy, médecin généraliste, utilise la «e-valise» offerte par le conseil général des Alpes-Maritimes. Cette mallette médicale lui permet de dialoguer avec les spécialistes du CHU de Nice.



Construire les actions avec les professionnels

Toute action sur l'organisation de l'offre de santé implique d'agir sur les décisions de professionnels de santé, libéraux pour la plupart : choix d'installation, coordination des soins, réorientation de leur offre de services.

Or, les collectivités n'ont pas de compétence en organisation des soins. Elles ne peuvent intervenir sur cette problématique qu'en appui et en partenariat avec les professionnels de santé. L'objectif pour la collectivité est dans un premier temps de faire prendre conscience aux professionnels de la nécessité d'agir pour améliorer l'offre locale de santé, puis dans un second temps de bâtir avec eux un projet de santé adapté au territoire.

Mobiliser les professionnels

Les professionnels de santé n'ont parfois pas eux-mêmes conscience des problèmes d'accès aux services de santé rencontrés dans leur territoire. La première étape de la mobilisation sur cette thématique est souvent de réunir les professionnels de santé et d'échanger avec eux sur le diagnostic.

Cet échange permet de rechercher des pistes d'action : développer des actions de prévention, mettre à disposition des locaux professionnels, améliorer l'accueil

des étudiants en stage, monter une maison médicale de garde, une maison de santé pluriprofessionnelle, installer des équipements de télémédecine etc.

Les professionnels de santé prennent part au diagnostic mais partagent aussi la maîtrise d'œuvre des actions entreprises par la collectivité, car celles-ci concernent directement leur pratique professionnelle. On retrouve donc couramment des professionnels de santé, parfois regroupés en association ou représentés par leur conseil de l'ordre ou leur URML, participer à des actions de promotion de leur territoire auprès des étudiants en médecine ou auprès d'autres professionnels de santé, aider au montage de maisons ou pôles de santé pluriprofessionnelles (par du conseil par exemple) ou encore à l'expérimentation d'équipements de télémédecine.

La collectivité gagne à s'appuyer sur une représentation structurée des professionnels de santé, pour relayer, appuyer et partager son action.

Le partage du leadership entre la collectivité et les professionnels de santé

La clé de la réussite d'un projet sur l'organisation de l'offre de santé réside dans la capacité de la collectivité à mobiliser et associer les professionnels de

santé. Il est primordial que ces derniers conservent le leadership des actions que la collectivité souhaite promouvoir sur l'offre de soins. Cette recommandation revêt une importance particulière dans le cas d'un projet de maison de santé porté par une collectivité.

Tout d'abord, le regroupement a peu de chance de fonctionner si un ou plusieurs professionnels de santé ne portent pas la démarche. Le risque est grand de trouver des locaux vides si la collectivité construit les murs et cherche ensuite à y faire venir des professionnels. L'implication d'un professionnel « leader » est généralement une condition de réussite.

Ensuite, pour qu'un projet de maison de santé aboutisse, il est impératif de partir du projet professionnel des praticiens : souhaitent-ils travailler en groupe, 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 à l'installation dans une maison de santé, 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.

L'autre dimension est celle du niveau d'ingérence des pouvoirs publics dans l'activité des professionnels de santé. L'élu qui investit de l'argent public dans une structure de ce type peut être tenté d'intervenir dans le travail des professionnels. Or, les services de santé sont des activités économiques, fondées sur l'exercice libéral. Les professionnels de santé veulent à juste titre garder la main sur leurs pratiques pro-

fessionnelles. La fédération comtoise des maisons de santé (Femasac) l'explique en ces termes : « *En aucun cas, le travail sur un projet de maison de santé ne pourrait résulter d'une commande publique qui échapperait à l'initiative des professionnels de santé. Réciproquement, un projet de maison de santé doit essayer de s'articuler avec les objectifs portés par les acteurs publics, en particulier en termes d'aménagement du territoire et d'équité de l'offre de santé* ».

Les professionnels de santé libéraux ont encore peu l'habitude des projets collectifs ni de faire appel aux services des collectivités. Les agents des collectivités ou pays qui travaillent sur ces projets disent souvent avoir eu besoin d'adapter leur pratique à ces nouveaux partenaires. La participation de la collectivité se concrétise généralement par de l'ingénierie – l'accompagnement du projet par les élus et les agents de la collectivité – et dans l'investissement immobilier – la construction de la maison de santé et sa mise en location auprès des professionnels de santé.

Un « projet de santé » adapté aux besoins

L'urgence pour les acteurs locaux est de maintenir des effectifs de professionnels de santé suffisants, en usant de l'incitation et en proposant des conditions d'exercice attractives dans des maisons de santé par exemple. Mais au-delà de la question des effectifs, l'objectif est aussi de constituer une offre de services de santé qui réponde aux besoins des habitants et in fine, d'améliorer l'état de santé de la population.

C'est là qu'apparaît la notion de « projet de santé », que l'on définit comme la réponse apportée au besoin de santé de la population. Une collectivité peut se



Pays Centre Ouest Bretagne

La cellule offre de soins

Le pays Centre Ouest Bretagne a commencé à travailler sur la santé en 2004 au travers de l'animation territoriale de santé [voir chapitre précédent]. En parallèle des actions de prévention menées dans ce cadre, les élus ont souhaité s'engager sur la problématique de l'offre de soins.

C'est pourquoi est créé en 2006 un groupe de travail au sein du conseil de développement du pays : la « cellule offre de soins ». Cette cellule rassemble une quinzaine de personnes, professionnels de santé (médecins généralistes, conseil de l'ordre départemental, pharmacie, professionnels hospitaliers), la direction d'un hôpital local, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, des usagers et les services de l'État.

En lien avec le Pays COB et la chargée de mission service aux publics, la cellule réalise alors un diagnostic de l'offre de soins, en médecine générale libérale et à l'hôpital de Carhaix, seule structure hospitalière du territoire. Le constat est celui d'une évolution préoccupante. La situation ne s'est pas améliorée puisqu'en 2010 le nombre de médecins généralistes dans le pays est de 87, soit une densité de 8.3 pour 10 000 habitants contre 9.9 au niveau régional. 78 % d'entre eux ont plus de 50 ans, 58 % plus de 55 ans et 37 % plus de 60 ans. La nécessité d'agir sur les effectifs de professionnels de santé est donc apparue évidente.

Un programme d'actions a été élaboré et validé par les élus du pays. Il comprend différents axes :

- **Inciter les professionnels au regroupement**

Le pays accompagne et encourage les projets de regroupements pluriprofessionnels. Un projet est en phase de finalisation à Gourin et 5 autres sont en cours.

- **Conforter l'offre hospitalière**

Le rôle de l'hôpital est très important dans l'offre de soins du territoire, par les services qu'il propose (maternité, urgences etc.) mais aussi pour son influence sur la médecine de ville. En effet, la présence d'un hôpital facilite l'installation des professionnels de santé de premier recours. Le pays estime donc que la structure hospitalière de Carhaix est la clé de voûte de l'offre de soins du territoire.

- **Accueillir des stagiaires**

L'accueil des stagiaires est un point important pour encourager les installations de futurs professionnels sur le territoire. Le pays, en lien avec les partenaires institutionnels comme l'URML, l'URCAM, la MSA, encourage les médecins à devenir maître de stage.

Le logement des stagiaires est aussi un axe à travailler : en lien avec les collectivités du pays, des solutions d'hébergement sont recherchées afin d'être attractif envers les étudiants en médecine.

- **Communication en direction des professionnels de santé**

Le pays a constaté que la médecine en milieu rural est, souvent à tort, victime d'une image négative. Le pays cherche donc à faire passer d'autres messages comme le fait qu'il est possible de travailler en groupe, de bénéficier d'un cadre de travail et des revenus confortables, de maîtriser son temps de travail. Professionnellement, les médecins du territoire estiment que leur pratique est plus intéressante et variée, ils apprécient également la relation de véritable médecin de famille, référent pour leurs patients.

Contact

Isabelle LE GAL - Chargée de mission Services aux publics
Tél. : 02.96.29.26.53 | p.le-faucheur@centre-ouest-bretagne.org

Pays du Centre Ouest Bretagne
www.centre-ouest-bretagne.org

doter d'un projet de santé de territoire et déployer des actions dans le domaine de la prévention et de l'éducation pour la santé. Les professionnels regroupés en maison ou pôle de santé élaborent un projet de santé qui décrit la réponse apportée à la demande de soins de la population. (voir page 33 le contenu d'un projet de santé proposé par la Fédération française des maisons et pôles de santé). L'objectif pour la collectivité est d'enrichir son contenu, de faire en sorte qu'il ne soit pas un projet a minima décrivant le fonctionnement de la structure. Cependant, la priorité pour les professionnels de santé est la pérennité économique de leur activité. Lorsqu'ils se regroupent en maison ou pôle de santé, l'enjeu principal est le bon fonctionnement de la structure et son équilibre économique, fondé sur le paiement à l'acte.

Il s'agit donc de trouver un modèle économique permettant de concilier cette exigence avec le développement d'actions de prévention et d'éducation pour la santé, d'actions visant à améliorer l'organisation des parcours de soins, les pratiques professionnelles, la formation et l'accueil des stagiaires.

Le projet de santé, base de contractualisation entre territoire et financeur

Le projet de santé s'adresse aux habitants d'un territoire et donc à leurs représentants, les élus et leurs administrations. Cette dimension renforce l'importance du projet de santé : il est la base de la contractualisation avec les financeurs et notamment avec les agences régionales de santé.

Les maisons et pôles de santé pourront notamment contractualiser avec les Agences régionales de santé

(ARS) : « *Les ARS peuvent, avec la participation des collectivités territoriales, conclure des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les réseaux de santé, les centres de santé, les pôles de santé et les maisons de santé. Toutefois, le versement d'aides financières ou de subventions à ces services de santé par les ARS est subordonné à la conclusion du contrat. Des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins peuvent être également signés avec ces acteurs* » (loi HPST).

Ce point est à mettre en parallèle avec la possibilité donnée par la loi aux ARS de contracter avec les collectivités et leurs groupements : « *La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social* ».

C'est sur la base du projet de santé, adapté aux besoins du territoire et visant des objectifs de santé publique, que des financements pourront être obtenus. C'est aussi sur cette base que certains professionnels demandent l'introduction d'une part de rémunération au forfait, sur des objectifs de santé publique négociés avec l'ARS, en complément du paiement à l'acte. ■



Conseil général de la Lozère

Favoriser l'attractivité médicale du territoire

Avec une cinquantaine de médecins généralistes en exercice pour près de 80 000 habitants, dont beaucoup sont proches de la retraite, le département de la Lozère connaît une démographie médicale inquiétante. Il faut ajouter à cette situation une configuration géographique qui rend l'exercice assez difficile : un territoire de moyenne montagne avec une très faible densité de population.

Le conseil général de Lozère a décidé de s'emparer de cette question en utilisant toute la palette de mesures à sa disposition pour favoriser l'attractivité médicale de son territoire. Pour mener à bien cette politique la collectivité départementale s'appuie sur une association regroupant la majeure partie des médecins généralistes du département : l'association lozérienne des urgences médicales et de la permanence des soins (ALUMPS). Cette association a été créée en 2001 pour organiser la permanence des soins. Elle rassemble 80% des généralistes du département et s'implique sur la problématique de la démographie médicale et de l'organisation des soins aux côtés des collectivités et du monde hospitalier.

L'association est maître d'œuvre du volet « urgence » du programme de développement de la télémédecine mené par le conseil général (voir Partie 1, 3.), qui vise à doter les correspondants SAMU d'une valisette équipée d'un ordinateur leur permettant d'échanger des informations avec le Centre 15.

L'ALUMPS participe également, toujours aux côtés du conseil général, à des actions en direction des étudiants en médecine pour les encourager à venir pratiquer en Lozère. Le conseil général use aussi du levier de l'incitation financière. Il finance deux types de bourses aux étudiants en médecine générale et dentaire :

- une bourse de stage de 400€ par mois plus les frais de déplacements pour encourager les étudiants à effectuer leur stage dans le département
- une « bourse d'engagement » destinée aux internes. D'un montant de 700 € mensuels, cette bourse est versée aux internes s'engageant à effectuer des remplacements en Lozère pendant leur internat et à exercer leur activité professionnelle dans le département, dès l'obtention de leur diplôme, pendant une période minimale de 5 ans. Le conseil général a d'ores et déjà signé 6 conventions d'engagement avec des étudiants en médecine, qui vont s'installer à partir de 2011.

Ces bourses s'accompagnent d'un intense travail de promotion du département dans les facultés de médecine ou dans les salons à destination des médecins actuels ou futurs, auquel participe l'ALUMPS notamment.

Le conseil général finance des projets de maisons de santé. Les aides du conseil général sont complétées par des dispositions fiscales. La Lozère fait partie des trois départements français entièrement classés en Zone de Revitalisation Rurale (ZRR). Elle bénéficie, à ce titre, de mesures incitatives à l'installation décrites dans la partie 1 : exonération de l'impôt sur le revenu, de la taxe professionnelle et de la taxe foncière.

Contact

Patrick BOYER - Directeur des TIC et de la prospective
Tél. : 04 66 49 66 66

Conseil général de la Lozère
www.lozere.fr



L'URML de Basse-Normandie

Projet de santé au sein des pôles de santé ambulatoire (Basse-Normandie)

L'URML de Basse-Normandie accompagne les regroupements pluriprofessionnels nommés « Pôles de santé Libéral et Ambulatoire » (PSLA). Lorsqu'un groupe de professionnels, à l'initiative parfois d'un élu, décide de s'engager dans la constitution d'un pôle de santé, l'URML, l'URCAM et le conseil régional, réunis dans un guichet unique, financent une ingénierie organisée en deux temps :

- le projet de santé : une ingénierie de regroupement (7 jours de conseil) réalisée par un consultant, afin de définir les grands axes du projet de santé partagé. Le projet de santé permet de définir les axes que les professionnels de santé souhaitent privilégier ensemble. Les professionnels peuvent faire le choix par exemple de s'intégrer à un réseau sur les pathologies chroniques ou l'éducation à la santé. Les axes qui seront mis en avant dans l'élaboration du projet de santé sont notamment : quels sont les besoins en santé de la population du territoire, quels sont les réseaux de santé existants et est-ce qu'on souhaite s'y investir ?
- le projet professionnel : une aide méthodologique afin de définir l'organisation professionnelle qui va découler de ce projet de santé. Dans ce cas l'accompagnement d'une durée de deux jours est réalisé par un binôme composé d'un professionnel de santé et d'un représentant de l'assurance maladie. Le projet professionnel demande de résoudre certaines questions telles que le lien entre le cabinet secondaire et le pôle principal, la mise en place d'un réseau informatique, d'un dossier du patient partagé, d'outils de travail en commun, d'organiser la continuité des soins, de réaliser un recrutement partagé... Les professionnels doivent apprendre à gérer leur entreprise en commun. Il faut noter que cela a un coût : les coûts de fonctionnement sont plus élevés dans les groupements pluriprofessionnels que dans l'exercice isolé. L'organisation en pôle ou maison de santé permet aussi de développer les coopérations entre professionnels de santé. Cela est encore expérimental mais les exemples de pôles de santé montrent le développement de la protocolisation des soins entre médecins et infirmiers par exemple.

Contact

Marjolaine COLLET - Chargée de mission
Tél. : 02 31 34 18 11 | marjolainecollet@orange.fr

URML Basse-Normandie
www.urml-bn.org

Coopérer entre collectivités

Les collectivités s'engagent dans des politiques visant à agir sur l'offre de services de santé : mesures d'incitation à l'installation, bourses, indemnités d'études, projets immobiliers de maisons de santé. La diversité des niveaux de collectivité intervenant sur cette problématique rend nécessaire une plus grande coordination, afin de renforcer l'efficacité de ces mesures et éviter que les territoires ne se livrent une concurrence stérile.

À l'échelle locale, communes et EPCI gagnent à agir de façon coordonnée, notamment dans leur volonté de structurer l'offre de soins en maisons et pôles de santé. On retrouve ce besoin d'une plus grande coordination des politiques sur l'offre de santé à l'échelle départementale et/ou régionale, afin de mieux cibler les financements et d'éviter les actions concurrentes.



Fédération des maisons de santé comtoise

Le partenariat régional en Franche-Comté

En Franche-Comté, un partenariat a été créé entre l'assurance maladie (URCAM et MSA), le conseil régional et la Fédération des maisons de santé comtoises (FEMASAC), qui fédère à l'échelle régionale 13 maisons de santé, 1 pôle de santé et 1 centre de santé.

Une équipe d'appui représentant ces partenaires se réunit une fois tous les 15 jours. Elle étudie les dossiers présentés par les collectivités et/ou les profes-

sionnels de santé et mobilise de façon coordonnée les dispositifs de financement de ses membres : le conseil régional et l'URCAM cofinancent l'ingénierie de regroupement, le conseil régional peut sous certaines conditions financer une partie de l'investissement, l'URCAM mobilise du FICQS, la MSA peut proposer des prêts à taux préférentiels.

L'équipe d'appui ne cherche pas à plaquer la solution « maison de santé » à

tout prix, mais l'encourage quand cela lui semble une solution adaptée.

Elle cherche aussi à impliquer les pays pour mettre en cohérence les différents projets. Le pays sert à la fois d'échelle de réflexion sur la problématique de la santé à un niveau plus large que celui de la communauté de communes et de catalyseur de financements, notamment ceux en provenance du conseil régional.

Contact

Frédérique Le Marer - Coordinatrice
Tél. : 03 81 47 08 22 | contact@femasac.org

Fédération des maisons de santé comtoises (Femasac)
www.femasac.org



Communauté de communes du Haut-Vivarais

Le Réseau de santé en milieu rural isolé du Haut-Vivarais

La **communauté de communes du Haut-Vivarais** porte un pôle d'excellence rurale intitulé « réseau de santé en milieu rural isolé », qui s'est concrétisé par la construction de deux maisons de santé pluriprofessionnelles.

La communauté de communes du Haut-Vivarais porte le PER mais a constitué un « territoire de projet » plus vaste, qui couvre 4 cantons, 3 en Ardèche, 1 en Haute-Loire, soit 2 régions. Ce territoire, constitué en dehors des limites administratives habituelles, n'a pas été choisi par hasard. Il correspond au mode de vie des habitants, à leurs pratiques, et rassemble des communes qui partagent la même situation du point de vue de l'accès à l'offre de santé.

Contact

Communauté de Communes du Haut-Vivarais

Tél. : 04.75.30.58.28

www.pays-saintagreve.fr/?-CC-du-Haut-Vivarais



Communauté de communes du Val-de-Garonne

Le projet sanitaire et social du Val-de-Garonne

La **communauté de communes du Val-de-Garonne** a réalisé un projet territorial sanitaire et social, en réponse à un appel à projets de la DATAR et de la Caisse des dépôts destiné aux villes petites et moyennes. La collectivité a choisi comme territoire du projet le « territoire intermédiaire » défini par l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), soit 11 communautés de communes et 100 000 habitants. Le territoire a une taille suffisante pour appréhender l'offre de services de santé dans son ensemble (ambulatoire, hôpital, sanitaire et social) et il est cohérent car il englobe une population confrontée à la même dégradation de l'offre de soins de proximité. C'est un territoire organisé autour de villes moyenne (Marmande) ou petites (Tonneins et Casteljaloux), éloigné des grandes villes (70 km de Bordeaux). Suite à ce travail de diagnostic, une étude de faisabilité a été lancée sur l'implantation de maisons de santé pluriprofessionnelles.

Contact

Communauté de communes du Val-de-Garonne

Tél. : 05 53 64 40 46

www.cc-val-de-garonne.com

Quelle échelle pour l'action de proximité sur la santé ?

À quel niveau intervenir pour mener à bien un projet sur l'accès à l'offre de soins : le bon niveau d'action est-il celui de la commune, de la communauté de commune, du pays, du département, de la région ? Pour un professionnel de santé, le territoire est défini par son « aire de patientèle », c'est-à-dire par la localisation de ses clients. Pour les patients, l'accès aux services de santé de premier recours se fait à un niveau de proximité, celui de la commune ou du canton. L'échelle communale ou intercommunale est-elle cependant la meilleure échelle pour appréhender cette problématique de l'offre de soins ? La maîtrise d'ouvrage du volet immobilier des maisons de santé par exemple, lorsqu'elle n'est pas privée, est généralement portée par des communautés de communes. Mais l'ingénierie du projet est souvent, elle, le fait de territoires plus larges, notamment des pays.

Les deux exemples qui précèdent de projets territoriaux sur l'offre de soins montrent que la problématique de la santé peut amener à définir un territoire de projet ad hoc, ne correspondant pas aux limites administratives mais « pertinent » pour agir sur l'offre de soins.

Restructurer l'offre de soins de façon concertée

Dans un contexte de déficit de professionnels de santé, les actions visant à structurer l'offre de soins peuvent s'avérer contre-productives si elles ne sont pas mises en cohérence : le risque est que les territoires se fassent concurrence pour attirer une denrée rare - les

professionnels de santé - et que cela s'avère au final un jeu à somme nulle.

La concertation entre collectivités peut permettre par exemple d'éviter les projets de maisons de santé concurrents sur un même territoire en difficulté. Ensuite, cela peut aider à trouver des complémentarités entre territoires : un canton bien doté en infirmiers et un autre bien doté en généralistes peuvent chercher une complémentarité, en usant par exemple de la possibilité de créer des cabinets secondaires favorisant la pratique des professionnels dans les deux territoires. Enfin, la mutualisation des moyens entre collectivités peut permettre de faire appel à de l'ingénierie partagée et de mobiliser des financements. Une communauté de communes seule peut rarement consacrer un emploi à la question de l'offre de soin, mais cela peut être possible à l'échelle d'un pays.

Le regroupement de professionnels dans des maisons ou pôles de santé entraîne une réorganisation de l'offre de soins et donc la fermeture de certains cabinets et le regroupement des professionnels. Cela peut être vécu de façon négative par les élus de la commune qui voit partir ses professionnels. Un travail pédagogique doit être fait pour faire accepter l'idée que l'offre de soins ne pourra pas être maintenue dans chaque commune, mais que les regroupements peuvent être bénéfiques pour tout le monde. Cela implique l'existence d'espaces de concertation entre élus et professionnels de santé à une échelle assez large.

Deux exemples de coordination régionale

Dans certaines régions des partenariats ont été créés entre le conseil régional, l'assurance maladie et les

professionnels de santé représentés par leur conseil de l'ordre, une URML ou une association. D'autres collectivités et les services de l'État y sont associés. Ces partenariats permettent de coordonner les projets à l'échelle régionale, de façon plus ou moins directive. Le conseil régional et l'assurance maladie peuvent

flécher leurs financements, et, de ce fait orienter les projets de maisons de santé par exemple. Ces guichets uniques facilitent l'accès au financement et à l'ingénierie pour les projets de maisons et pôles de santé.



Un exemple de coordination départementale

Commission départementale de la démographie médicale du Lot-et-Garonne

Une concertation départementale

Le Président du conseil général du Lot-et-Garonne M. Camani a annoncé en avril 2010 que sa collectivité allait investir 2 millions d'euros dans les 3 prochaines années pour la construction de maisons de santé pluriprofessionnelles. Cette décision est le fruit d'un an de réflexion au sein de la Commission départementale de la démographie médicale du Lot-et-Garonne (Coddem 47), une commission coprésidée par le Président du conseil général et le Préfet qui a réuni les principaux acteurs de la politique de santé dans le département. Cette commission était chargée de rechercher des solutions au déclin de la démographie médicale en Lot-et-Garonne et aux difficultés d'accès aux soins dans certaines zones du département. Le résultat de ce travail est présenté dans un site spécifique du conseil général 47, qui présente l'ensemble du plan d'action retenu par la Coddem et propose un panel de solutions aux élus et agents de collectivités cherchant des solutions pour développer l'offre de soins.

Mailler le département en maisons de santé

La principale mesure proposée suite à cette concertation est la participation au financement de 15 maisons ou pôles de santé pluriprofessionnels. Dans cette perspective, la Coddem a défini une procédure pour renforcer la qualité des projets et flécher leur implantation. Le territoire départemental a été découpé en 15 « aires de santé », chacune ayant vocation à accueillir une maison de santé : *« L'objectif est de mettre en place une organisation coordonnée des soins de premier recours par aire de santé, au travers d'une maison de santé ou d'un pôle de santé multi sites relié à des cabinets médicaux satellites »*. Le conseil général et la préfecture ont mis en place une procédure commune de validation des demandes de financement pour des projets de maisons et pôles de santé. La subvention pourra être accordée suite à un appel à projets en direction des communes et structures intercommunales du département, sur la base d'un cahier des charges élaboré au sein de la

Coddem. Les financeurs cherchent à s'assurer au travers de cette procédure que ces maisons sont portées par un véritable « projet de santé » et ne se limitent pas à un projet architectural.

Un comité technique, composé de membres de la Coddem, sera chargé de proposer un appui aux porteurs de projets et de donner un avis technique sur les demandes de financement avant qu'elles ne soient traitées par le Préfet et le Président du conseil général.

D'autres mesures ont été proposées en plus du maillage du territoire en maisons de santé. Ces mesures visent à améliorer l'attractivité du Lot-et-Garonne aux yeux des professionnels de santé, en favorisant la réalisation des stages de médecine générale dans le département et en favorisant l'accueil et l'aide à l'installation des professionnels.

Plus d'infos

www.cg47.org/webcg47/coddem/index.htm



L'URML de Basse-Normandie

L'accompagnement de la restructuration de l'offre de soins (Basse-Normandie)

En région Basse-Normandie, l'URML, le conseil régional, l'URCAM, les 3 conseils généraux bas-normands, les ordres professionnels, l'association de remplaçants URBAN, la faculté de médecine et les usagers se sont associés pour établir un diagnostic régional, élaborer une carte d'implantation indicative des pôles de santé et créer un guichet unique des financeurs pour l'ingénierie des projets comme pour l'investissement.

L'équipe de l'URML a souhaité partir d'un diagnostic de la situation de son territoire. Elle a alors mobilisé les conseils de l'ordre des 3 départements de la région afin de réaliser un diagnostic partagé. Les zones déficitaires telles que définies par la mission régionale de santé ne correspondaient pas à ce qu'observaient les professionnels : les responsables du projet ont donc intégré au diagnostic de l'offre de soins des critères tels que l'âge moyen des professionnels, afin de lui donner une dimension plus dynamique que le ratio nombre de professionnels/nombre d'habitants. Ils se sont ensuite appuyés sur une règle indicative, celle des trois « 15 » : 15 000 habitants ; 15 professionnels dans le pôle ; 15 minutes de déplacement pour les patients.

Cela leur a permis d'aboutir à une carte régionale d'implantation des pôles de santé, certes indicative, mais qui permet de guider l'action de promotion réalisée par l'URML et ses partenaires. Cette carte détermine des « zones d'implantation prioritaires » (ZIP) et définit les contours des pôles de santé libéraux ambulatoires (PSLA) que les partenaires souhaitent créer, mais qui ne peuvent voir le jour que s'il y a une volonté de la part des professionnels de santé de s'associer.

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 :

- Aides à l'ingénierie de projet dont on a parlé précédemment, ingénierie de regroupement et accompagnement dans l'élaboration du projet de santé ;
- Subventions d'investissement : la collectivité qui est maître d'ouvrage du volet immobilier du pôle de santé peut se tourner vers le guichet unique des financeurs pour solliciter des financements. Ce comité des financeurs est constitué du conseil régional, du conseil général, de l'État (qui peut financer au travers de la DDR, du FNADT ou de fonds européens). Ces financements sont mobilisables pour les pôles situés dans les zones d'implantation prioritaires (ZIP) définies par la « charte partenariale de déploiement des PSLA en Basse-Normandie ».

Début 2010, 4 pôles sont d'ores et déjà 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 8 professionnels. Un second est en cours de construction à Caen, dans le quartier classé zone urbaine sensible de la Grâce de Dieu : 10 professionnels y exerceront. Dans la Manche, le Pôle de Villedieu-Poêles accueillera 22 professionnels pratiquant 11 disciplines différentes ; le PSLA de St James accueillera 17 professionnels. Dans l'Orne enfin, 12 professionnels vont se réunir dans le pôle de Gacé. Au moins trois autres projets devraient entrer dans la phase immobilière avant la fin de l'année 2010.

Contact

Marjolaine COLLET - Chargée de mission
Tél. : 02 31 34 18 11 | marjolainecollet@orange.fr

URML Basse-Normandie
www.urml-bn.org

Liste des personnes interrogées

- Dr Xavier ABBALLE, médecin de santé publique, chargé de mission à l'ARH Aquitaine
- M. Cédric BALSSA, chargé de mission politique d'accueil et santé, pays Vesoul - Val-de-Saône
- Mme Olivia BARTHELEMY, chargée de mission du pays du Haut Languedoc et des Vignobles
- M. Christophe BERNARD, directeur adjoint délégué à la santé au conseil régional du Nord - Pas-de-Calais
- Dr Arnaud BLESSEMAILLE, Président de la Fédération des maisons de santé comtoises (FEMASAC)
- M. Patrick BOYER, directeur TIC et prospective au conseil général de la Lozère
- M. François BREUREC, chargé de mission « santé » du pays de Figeac
- Mme Sylvie BROSSARD, chargée de mission santé-handicap au conseil régional de Poitou-Charentes
- Mme Jeanne BRUYERE, directrice de la communauté de communes du Haut Vivarais
- Mme Marjolaine COLLET, chargée de mission URML Basse-Normandie
- M. Laurent CROZAT, chargé de mission, ALUMPS (association lozérienne des urgences médicales et de la permanence des soins)
- M. Didier HUET, directeur de Itinéraires 17
- Mme Valérie HUYNH-RASCALON, chef de projet du pays des Coteaux de Bigorre
- Mme Nathalie JABRY, directrice du pays Vesoul Val de Saône
- Dr Antoine LEVENEUR, Président de l'URML de Basse-Normandie
- Mme Sylvie MAINO, agent de développement du pays vendômois
- Mme Hélène MARTIN, directrice des territoires, de la santé et du handicap, conseil régional de Poitou-Charentes
- M. André OCHOA, directeur de l'observatoire régional de la santé en Aquitaine
- M. Frédéric PARIZEAU – directeur du service agriculture et politiques contractuelles communauté de communes du Val de Garonne
- Mme Annie RAVAILLAULT, directrice de l'hôpital local de Craon-Renazé (Mayenne)
- Mme Catherine RICHARD, chargée de mission « santé » au secrétariat général du comité interministériel des villes
- Mme Valérie SOMA, chargée de mission au pays Cœur d'Hérault
- M. Patrick SOUTIF, Maire de Lassay-les-Châteaux et président de la communauté de communes Le Horps-Lassay (Mayenne)
- M. Guillaume TANSINI, chargé de mission « démographie médicale » au conseil général de la Mayenne.

Le financement des maisons de pôles de santé

Les trois étapes du financement

On distingue trois étapes dans le financement des projets de maisons et pôles de santé : l'ingénierie, l'investissement et le fonctionnement.

L'ingénierie du projet

Le montage d'une maison de santé peut prendre trois ou quatre ans et nécessite de faire appel à de l'ingénierie. Ce travail consiste à accompagner le regroupement pluriprofessionnel, à élaborer le projet de santé puis le projet professionnel.

L'investissement

Dans le cas où une collectivité est maître d'ouvrage d'un projet immobilier de maison de santé, l'investissement peut être amorti par la location des lieux aux professionnels de santé. En conséquence, l'investissement d'une collectivité dans un tel équipement ne représente pas un impact démesuré sur ses finances, à condition que la maison de santé trouve ses occupants. Le volet immobilier est donc rarement problématique, à l'exception de l'Île-de-France où le prix du foncier rend la chose plus compliquée.

Le fonctionnement

Le regroupement de professionnels dans une maison ou un pôle de santé augmente leurs coûts de fonctionnement par rapport à l'exercice isolé. Ce surcoût est dû à des infrastructures supplémentaires telles que le réseau informatique, la présence de personnels administratifs supplémentaires (un médecin seul peut parfois réaliser son secrétariat lui-même, ce qui n'est pas le cas dans une maison de santé avec 10 professionnels par exemple). Le regroupement dans une maison de santé peut aussi donner lieu à des actions de prévention ou d'éducation thérapeutique que les professionnels ne réalisent pas habituellement.

Des fonds peuvent être obtenus du FIQCS (fond d'intervention pour la qualité et la coordination des soins), qui peut financer du matériel ou du temps de travail, à condition que cela permette d'améliorer l'organisation et la coordination des soins. La loi HPST prévoit que chaque agence régionale de santé (ARS) recevra une dotation FIQCS, qu'elle redistribuera sur la base de contrats signés entre l'agence et les maisons, pôles et centres de santé.

Les financements de l'État mobilisables

Le programme national d'équipement en maisons de santé en milieu rural

Le comité interministériel d'aménagement et de développement du territoire (CIADT) du 11 mai 2010 a décidé du lancement d'un programme national visant à financer 250 maisons de santé pluriprofessionnelles sur la période 2010-2013 :

FINANCEMENT DU PROGRAMME

Pour les études préalables, l'ingénierie et le fonctionnement (secrétariat, informatique...) les agences régionales de santé pourront financer dans la limite de 50 000 € par maison de santé, via le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS). Le montant total de l'enveloppe pour l'axe « ingénierie-fonctionnement » est de 2,5 M€ par an.

Pour couvrir les dépenses de fonctionnement, les maisons de santé pourront également solliciter une expérimentation des nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé prévues à l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. Ces expérimentations sont actuellement mises en œuvre dans 6 régions mais seront étendues au 2^e semestre 2010.

Pour l'investissement, une intervention de l'État pourra être accordée aux collectivités territoriales et EPCI maîtres d'ouvrage. Le taux maximal d'intervention de l'État est fixé entre 25 % et 35 % de la dépense d'investissement, selon les territoires concernés et leur classement en zone de revitalisation rurale. L'enveloppe globale du programme pour l'axe « investissement » est de 25 M€/an (10 M€ de FNADT¹³ et 15 M€ au titre de la DGE¹⁴/DDR¹⁵).

MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Le programme national sera mis en œuvre au niveau régional grâce à un comité de sélection associant l'agence régionale de santé (ARS) et les préfets en concertation avec le conseil régional, les conseils généraux et les représentants des professionnels. Le financement des maisons de santé retenues par l'État sera conditionné au respect du référentiel national, comprenant notamment un projet de santé validé par l'ARS. En 2010, les projets retenus doivent :

- respecter les critères définis par le référentiel national des maisons de santé ;
- correspondre à un territoire dont l'offre de soins nécessite d'être confortée au regard de la démographie médicale, des projets existants, de l'offre de soins adjacente et des modalités de recours aux soins de la

Notes :

13 - Fonds national d'aménagement et de développement du territoire.

14 - Dotation globale d'équipement

15 - Dotation de développement rural

population. Pour les deux années suivantes, la sélection des projets tiendra compte des priorités identifiées au sein du volet ambulatoire du SROS.

L'appel à projets Pôles d'Excellence Rurale (PER)

L'appel à projets Pôles d'Excellence Rurale vise à soutenir les projets innovants et créateurs d'emplois en zone rurale. L'appel à projets pour les PER de deuxième génération, lancé en 2010, accorde une place importante aux projets portant sur la prévention et l'accès aux soins. Parmi les 115 projets retenus lors de la première vague de l'appel à projet en juillet 2010, une dizaine porte sur la santé. La seconde vague de l'appel à projets sera ouverte en septembre 2010.

Le Plan Espoir Banlieue (PER)

Il s'est fixé l'objectif de 10 créations de maisons de santé par an dans les 215 quartiers « politique de la ville », concernés par le PEB.

Les financements des collectivités territoriales

Une majorité de conseils régionaux proposent des aides financières pour l'investissement dans les maisons de santé, parfois sous des conditions telles que :

- le nombre de professionnels réunis dans la structure,
- le lieu de son implantation (est-ce une zone déficitaire ou non ?),
- le respect des tarifs du secteur 1 et l'engagement à ne pas réaliser de dépassements d'honoraires non remboursés par la sécurité sociale,
- l'engagement à accueillir des étudiants en stages,
- la participation à la permanence des soins.

Certains conseils régionaux financent également l'ingénierie des projets, l'étude de faisabilité et l'ingénierie de regroupement des professionnels. Certains conseils généraux participent au financement des projets de maisons ou pôles de santé.

Les fonds européens

Certaines maisons de santé peuvent également bénéficier de fonds européens tels que le FEADER et le FEDER.

Les observatoires régionaux de la santé (ORS)

Les 26 observatoires régionaux de la santé (ORS) regroupent aujourd'hui 380 personnes formant des équipes pluriprofessionnelles : médecins, démographes, sociologues, ingénieurs, statisticiens, économistes, géographes, documentalistes, personnels administratifs. Les ORS sont regroupés au niveau national dans la fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors).

L'action de la Fnors et des ORS se développe autour de quatre démarches :

- **Une démarche de mobilisation et de valorisation de l'information**

La première tâche des ORS et de la Fnors consiste à valoriser les informations disponibles mais dispersées sur les situations sanitaires et sociales, afin de les rendre accessibles à ceux qui les utilisent dans leurs prises de décisions. Cela passe par le développement de bases d'indicateurs sanitaires et sociaux (base commune d'indicateurs SCORE-Santé à divers niveaux géographiques, bases spécifiques d'indicateurs infra-régionaux dans certaines régions) mais également par la réalisation de travaux d'analyse et de synthèse de ces informations.

Leur objectif est de fournir une vision d'ensemble de la situation socio-sanitaire régionale (tableaux de bord, diagnostics territoriaux) ou de traiter de façon spécifique d'un sujet particulier (santé des jeunes, des personnes âgées, tableau de bord sur les maladies chroniques, les addictions...).

La base SCORE-Santé

La base commune d'indicateurs SCORE-Santé consultable sur internet permet de disposer à divers niveaux géographiques (région, département, zonages infra-départementaux) d'indicateurs couvrant un large panel de thématiques touchant à la santé.

Pour commander l'ouvrage
www.scoresante.org

- **Une démarche d'investigation**

Les données n'étant pas toujours disponibles (thèmes à défricher, niveaux géographiques à explorer...), des recueils d'informations doivent être menés sous forme d'enquêtes quantitatives ou qualitatives.

- **Une démarche de diffusion de l'information**

Leur mission de diffusion est indissociable de celle de recueil et d'analyse de l'information. Dans cette perspective, les ORS veillent à multiplier les canaux de diffusion de leurs travaux : productions de documents et de lettres électroniques déclinés en fonction du public destinataire, développement de sites internet, production d'articles dans des revues à comité de lecture, présentations lors de manifestations publiques, organisation de journées thématiques régionales et de congrès nationaux, formations...

- **Une démarche de conseil et d'aide à l'évaluation**

Les ORS sont fréquemment impliqués dans les phases d'élaboration des priorités de santé faisant suite à leur production, y compris au travers d'approches infra-régionales. Ils sont également sollicités pour contribuer à l'évaluation des politiques régionales de santé et amenés à réaliser ou à accompagner méthodologiquement des travaux permettant d'apprécier l'opportunité, la faisabilité, la mise en œuvre ou l'impact de dispositifs de soins ou de programmes de prévention.

Les collectivités et l'offre de santé

- Santé et territoires (dossier central), T comme territoires, le magazine d'Etd, septembre 2010.

Maisons et pôles de santé

- Le bilan des maisons et pôles de santé et les propositions pour leur déploiement, rapport à la demande de la Ministre de la santé et des Sports, de la Secrétaire d'État à la Politique de la Ville et du Secrétaire d'État à l'Aménagement du Territoire par Jean-Marc Juilhard, sénateur du Puy-de-Dôme, Guy Vallancien, professeur de médecine, Bérengère Crochemore, ancienne présidente de l'Isnar-MG, et Annick Touba, présidente du Sniil, janvier 2010.
- Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne, Questions d'économie de la santé n° 147, IRDES, octobre 2009.
- Concevoir et faire vivre une maison de santé, les recommandations issues du colloque des 13 & 14 juin 2008, disponible en téléchargement sur le site de la Fédération des maisons de santé comtoises (Femasac) <http://femasac.pagesperso-orange.fr>
- Rapport sur les centres de santé, Dominique ACKER, conseillère générale des établissements de santé, Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, juin 2007.

Démographie des professions de santé

- Atlas de la démographie médicale en France, publié par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)
- Le CNOM met aussi en ligne les 23 Atlas régionaux de la démographie médicale.
- Le renouvellement des effectifs médicaux. Le rapport 2008-2009 de l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), janvier 2010.

Télémédecine

- La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être, rapport remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports par Pierre Lasbordes, député de l'Essonne, octobre 2009
- Rapport sur la place de la télémedecine dans l'organisation des soins, par Pierre Simon et Dominique Acker, conseillers généraux des établissements de santé, pour le ministère de la santé et des sports, novembre 2008.

● Conclusion

L'action des collectivités territoriales dans le champ de la santé s'inscrit dans leur mission d'aménagement du territoire et d'organisation des services à la population. Elles n'ont pas de compétences spécifiques en organisation des soins. À l'échelon intercommunal ou des pays, la première étape consiste souvent en la mobilisation des professionnels de santé aux côtés des élus pour faire le diagnostic de l'état de santé de la population et imaginer les réponses qui peuvent y être apportées localement. Puis les collectivités mobilisent leurs moyens d'ingénierie et de financement pour développer des mesures incitatives, des maisons de santé ou encore des équipements de télémédecine. Leur objectif est d'inciter les professionnels à exercer dans les territoires en déficit d'offre de soins en leur proposant des conditions de travail et/ou de rémunération plus attractives.

Ces mesures ne sont pas sans risque. Le risque financier tout d'abord est réel pour les collectivités maîtres d'ouvrage de maisons de santé par exemple, qui n'ont pas de garantie que les locaux seront effectivement occupés. L'autre écueil est la surenchère à laquelle peut donner lieu la multiplication des dispositifs, pouvant entraîner une concurrence dommageable entre des collectivités qui se retrouvent en compétition pour attirer vers elles un nombre limité de professionnels. Ces risques soulignent la nécessité de réaliser un diagnostic partagé entre l'ensemble des acteurs, professionnels de santé et agences régionales de santé notamment et de prioriser les projets en lien avec les orientations du schéma régional d'organisation des soins (SROS) ambulatoire.

L'action sur la démographie médicale, qui est la motivation principale des collectivités, est une première étape, nécessaire mais non suffisante, vers l'objectif de réorganisation de l'offre de soins de premier recours. D'autres efforts doivent être entrepris pour améliorer la réponse apportée aux besoins de santé des habitants : une meilleure coordination des parcours de soins, le développement de la réponse pluriprofessionnelle aux besoins des patients, le développement d'actions de prévention et d'éducation pour la santé, etc. Le rôle des collectivités pour structurer l'offre de santé ne saurait se limiter à des mesures incitatives ou à la création de maisons de santé sans précaution sur le « projet de santé » qu'elles mettent en œuvre. Les outils sont utiles mais doivent, pour atteindre leur objectif, s'intégrer dans un projet de santé de territoire. ■



Centre de ressources du développement territorial
30 rue des Favorites - 75015 Paris

Retrouvez l'ensemble de nos publications sur notre site www.projetdeterritoire.com

Crédits photos

Page 8 : Jean-Jacques Arcis / France Télécom, Point Visio Public (PVP)

Imprimé sur Artic Volume white

Achevé d'imprimer sur les presses de l'imprimerie Escourbiac

Route de Lavour BP 171 - 81304 Graulhet cedex

ISBN : 978-2-914600-31-6

Dépôt légal N°

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.
Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle par quelque procédé que ce soit des pages publiées dans le présent ouvrage, faite dans l'autorisation de l'éditeur, est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'oeuvre dans laquelle elles sont incorporées.

(art. L. 122-4, 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).



Les collectivités partenaires de l'offre locale de santé

Quels moyens d'action ?

La loi Hôpital, patients, santé et territoire (HPST) entrée en vigueur en 2010 apporte un cadre favorable à une action territoriale de santé renouvelée. Les collectivités et leurs groupements, en partenariat avec les agences régionales de santé et les professionnels de santé peuvent agir sur l'offre de soins dans le champ de leurs compétences. Ce guide propose quelques pistes d'action illustrées de pratiques de collectivités.

Les outils

- Les mesures d'incitation à l'installation
- Le soutien aux regroupements pluriprofessionnels dans des pôles et maisons de santé
- 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

Publié par Etd en partenariat avec le ministère de la Santé et des Sports et la Datar, il s'adresse aux acteurs locaux souhaitant agir sur l'offre de santé et son accessibilité.

juillet 2010

ISBN 978-2-914600-31-6

9782914600316