



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2012

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

Réorganisation du système de soins de premier recours :

quel accompagnement en 2011 ?

Présentée et soutenue publiquement le 21 mai 2012

Par Iustina Dinu

Jury

Président : Monsieur le Professeur Jean-Louis Salomez

Assesseurs : Monsieur le Professeur Luc Defebvre

Monsieur le Docteur Sébastien Leruste

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Laurent Verniest

AUTEUR : Nom : DINU

Prénom :Iustina

Date de Soutenance : le 21 mai 2012

Titre de la Thèse : Réorganisation du système de soins de premier recours : quel accompagnement en 2011 ?

Thèse, Médecine, Lille,

Cadre de classement : : DES de Médecine Générale

Mots-clés : Soins de premier recours, Réorganisation, Coopération, Maison de santé pluriprofessionnelle, Accompagnement, Colloque, FFMPS

Résumé :

Contexte : Le système de soins de premier recours est en plein changement pour mieux soigner dans un contexte d'augmentation des besoins de santé et de diminution du nombre des médecins. Des centaines de projets de regroupement et d'exercice pluriprofessionnel sont recensés. De multiples obstacles : financiers, juridiques, législatifs, conflits de territoire ralentissent ce processus de changement. L'accompagnement des acteurs sur le terrain ressort comme une urgence aujourd'hui.

Méthode : Thèse témoignage du colloque « Accompagner le changement des équipes de soins de premier recours » organisé par la FFMPS qui s'est tenu le 28 avril 2011 à Paris, avec une première partie qui rappelle l'historique et le cadre législatif dans lesquels se produit la réorganisation du système de soins de premier recours, une deuxième qui explicite les acteurs en jeu et les intervenants au colloque, et une troisième partie descriptive avec retranscriptions des discours.

Conclusion : L'intérêt porté au sujet a été reflété par la participation importante : plus de 150 participants. Ce colloque, qui est un point de situation sur l'accompagnement en 2011, met en évidence les enjeux différents des différents acteurs qui sont unis dans ce même mouvement de réorganisation du système de soins de premier recours et cristallise les questionnements des équipes en cours de rassemblements ou les attentes des équipes déjà rassemblés et qui sont confrontées à des difficultés sur le terrain à mettre en pratique leurs projets ou à les améliorer. Il s'agit d'un premier pas vers le décroisement, l'explicitation et la mutualisation des initiatives en termes d'accompagnement de la réorganisation du système de soins de premier recours. Ce premier rassemblement des acteurs de l'accompagnement a donné suite aux Journées de la FFMPS qui ont eu lieu le 30 et 31 mars 2012 à Paris organisées sous forme d'ateliers à thèmes, auquel la participation a doublé, ce qui montre l'intérêt grandissant pour le sujet.

Composition du Jury : Président : Monsieur le Professeur Jean-Louis Salomez

Assesseurs : Monsieur le Professeur Luc Defebvre, Monsieur le Docteur Sébastien Leruste Monsieur le Docteur Laurent Verniest (Directeur de thèse)



TABLE DES MATIERES :

INTRODUCTION.....	11
PREMIERE PARTIE : Etat des lieux	13
1. Lexique du système de soins de premier recours :.....	14
1.1. Quelques définitions	14
1.2. Lexique commun aux maisons et aux pôles de santé.....	21
1.3 Autres définitions, selon la HAS	26
2. Historique de la notion de maison et pôle de santé...) et Cadre législatif : « la maison de santé » à travers les textes : rapports, lois.....	30
2.1 Rappel de la définition d'une maison et d'un pôle de santé selon les textes	30
2.2 Apparition et évolution du concept de « maison de santé ».....	31
3. Les acteurs en jeu	47
3.1 Les professionnels de santé.....	48
3.2 Les collectivités locales	61
3.3 L'Etat	62
3.4 La HAS	63
3.5 L'Assurance Maladie	68
3.6 La population	77
3.7 L'Université	79
3.8 ADESA (l'Association pour le Développement de l'Evaluation en Soins Ambulatoires)	82
3.9 UNRSanté (L'Union nationale des réseaux de santé).....	87
3.10 La DATAR (Délégation interministérielle à l'Aménagement du Territoire et à l'Attractivité Régionale).....	94
3.11 Les ARS	96
3.12 La FFMPS	99
3.13 URPS : Les Unions régionales de professions de santé.....	107
3.14 L'USPO : Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine.....	111
3.15 Le SNIIL : Syndicat des infirmières et des infirmiers libéraux	115
3.16 Harmonie Mutualité	121
3.17 L'ACSBE (L'Association Communautaire Santé Bien-Etre)	128
DEUXIEME PARTIE : Présentation du colloque :	131
« Accompagner le changement des équipes de soins de premier recours ».....	131

organisé par la FFMPS le 28 avril 2011 à Paris	131
1. Ouverture du colloque par Pierre de Haas, président de la FFMPS	132
2. Etat des lieux et objectifs de la réorganisation des soins de premier recours :.....	133
2.1. La réorganisation des équipes de soins de premier recours vue par les médecins généralistes : Accompagner le changement des équipes de soin de premier recours (Michel Serin, premier vice-président de la FFMPS, maison de santé de Saint-Amand-en-Puisaye).....	133
2.2. La réorganisation des équipes de soins de premier recours vue par les infirmières (Annick Touba, présidente du SNIL, syndicat des infirmières et infirmiers libéraux)...	138
2.3. La réorganisation des équipes de soins de premier recours vue par les institutionnels (Vincent Beaugrand, Chef du bureau de premier recours, DGOS).....	140
2.4 La spécificité de la réorganisation en ZUS : zones urbaines sensibles.....	143
2.5. La réorganisation des équipes de soin de premier recours vue depuis l'aménagement du territoire (Pascale Echard-Bezault, chargée de mission santé-cohésion sociale à la DATAR : la Délégation interministérielle à l'Aménagement du Territoire et à l'Attractivité Régionale).....	146
2.6. La réorganisation des équipes de soin de premier recours vue par le pharmacien d'officine (Gilles Bonnefond, président USPO : Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine).....	148
3. Quelles leçons tirer des expériences d'accompagnement ?.....	150
3.1 Atouts et faiblesse de l'accompagnement des équipes aujourd'hui (Thomas Poumaere, Timothée Wattine, Internes en médecine générale, Lille)	150
3.2. Expériences d'un élu URPS (Luc Duquesnel, élu URPS Pays de la Loire)	153
3.3 De l'accompagnement des équipes à la mise en valeur de la qualité et de la sécurité des soins (Jean-Michel Chabot, Conseiller Médical auprès du Directeur de la Haute Autorité de Santé)	157
3.4 Expérience d'un facilitateur mutualiste : (Daniel Coutant, Harmonie Mutualité)....	159
3.5. Expérience d'une ARS (Lilian Brosse, ARS Rhône Alpes)	161
3.6. Expérience de la MSA (Christian Pougel, François Ferté, Médecins Conseils MSA)	168
3.7. Expérience d'une fédération régionale (Marcel Beuret, Femasac, Fédération des Maisons de santé de Franche Comté)	171
3.8. Expérience des réseaux (Michel Varroud-Vial, Président UNR-S, Union nationale des réseaux de santé).....	173
3.9. Expérience d'une association de formation (Thomas Bourez, MG dans le dpt Leur Président Adesa : Association pour le Développement de l'Evaluation en Soins Ambulatoire)	176

3.10. Une charte éthique et un cahier des charges de l'accompagnement : premières pistes (Guillaume de Gardelle, Président de la fédération d'Auvergne des Maisons et Pôles de Santé FAPMPS)	179
4. Fermeture du colloque	179
5. Résumé des interventions	180
CONCLUSION	185
GLOSSAIRE	192
BIBLIOGRAPHIE	195

INTRODUCTION

Le système français de soins de premier recours montre ses limites : on observe des difficultés croissantes pour l'accès aux soins, les inégalités sociales de santé s'aggravent, les demandes de soins et de santé grandissent alors que le nombre de médecins diminue, les professionnels de santé sont parfois proches du burn out et se sentent seuls dans leur exercice isolé, l'utilisation des ressources financières est inadéquate, l'Assurance Maladie historiquement solidaire est fragilisée par des dettes accumulées.

Devant ces constats, le système de soins de premier recours se réorganise avec une transition de l'exercice médical isolé vers un exercice regroupé dans des maisons de santé pluridisciplinaires.

Des centaines de projets de regroupement et d'exercice pluriprofessionnel sont recensés. De multiples obstacles : financiers, juridiques, législatifs, conflits de territoire ralentissent ce processus de changement.

L'enthousiasme soulevé et l'énergie impliquée par et dans la réorganisation des soins semblent ne pas atteindre une efficacité maximale. Est-ce dû à une multiplicité d'acteurs qui se connaissent peu ou mal, qui travaillent chacun dans une direction qui est sienne et qui obéit à ses intérêts ? Les possibilités de changement se heurtent à des freins législatifs, le champ du possible est limité entre autres par une législation difficile à comprendre pour les non-initiés et qui évolue lentement et de façon très complexe (par exemple les changements mobilisent de nombreux ministères à la fois).

L'accompagnement des acteurs sur le terrain ressort comme une urgence aujourd'hui.

Le colloque « Accompagner le changement des équipes de soins de premier recours » organisé par la FFMPS le 28 avril 2011 est un point de situation sur les freins et les moteurs du changement ainsi que de l'accompagnement des professionnels souhaitant se regrouper, un retour des actions menées sur le terrain.

La FFMPS a eu l'ambition de regrouper un maximum d'acteurs en jeu de la réorganisation du système de soins de premier recours, dans la volonté que ces acteurs se rencontrent et fassent

connaissance, que les actions isolées des uns et des autres s'unifient au niveau national et qu'elles soient plus lisibles.

A partir de ce point de situation la réflexion peut s'amorcer sur les leviers pour favoriser l'évolution nécessaire du système de soins vers une meilleure accessibilité aux soins, vers une adaptation aux besoins de santé de la population des territoires, vers une articulation synergique et un partage des tâches des multiples professions de santé pour une meilleure prise en charge globale des patients ou usagers et pour rompre l'isolement, ou encore une meilleure utilisation des finances publiques.

Mon intérêt sur le sujet a émergé pendant mon stage "chez le praticien" effectué dans le cabinet médical du Dr Laurent Verniest actuellement Président de la Fédération régionale des maisons et pôles de santé FEMASNORD et qui est le leader de la Maison Médicale Pluridisciplinaire La Bergerie de Steenvoorde, dont l'équipe est composée de 13 professionnels de santé libéraux, 3 hôtesse d'accueil et un coordinateur.

Mon intérêt sur la réorganisation du système de soins s'est développé par la suite, au fur et à mesure de mes remplacements dans des cabinets isolés, de groupe ou faisant partie d'un pôle de santé.

Ma thèse est un début de réponse aux questionnements que tout jeune médecin généraliste peut se poser lors de la réflexion sur le choix de son activité future, sur l'activité et le regroupement en maison de santé pluridisciplinaire. Les multiples paramètres et intervenants ainsi que les changements législatifs alourdissent cette réflexion; mon travail est un état des lieux sur l'accompagnement en 2011.

PREMIERE PARTIE : Etat des lieux

1. Lexique du système de soins de premier recours :

1.1. Quelques définitions

1. **Maison médicale** : Une maison médicale est un lieu d'exercice qui regroupe plusieurs professionnels de santé dans les mêmes murs. Cette appellation ne présume ni du type de professionnels y exerçant (du premier ou du second recours, généralistes, spécialistes ou autres professionnels de santé), ni du mode de mise en commun d'objectifs ou de moyens.
2. **Maison médical de garde** : Une maison médicale de garde est une structure qui assure la mission de permanence des soins aux heures de fermeture des cabinets médicaux, soit réglementairement de 20h à 8h et les samedis et les dimanches, soit d'autres horaires définis par les accords locaux. Circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B n° 2007-137 du 23 mars 2007.
3. **Astreinte** : Lorsqu'il participe à un service de garde, d'urgences ou d'astreinte, le médecin doit prendre toutes dispositions pour être joint au plus vite. Il est autorisé, pour faciliter sa mission, à apposer sur son véhicule une plaque amovible portant la mention "médecin-urgences", à l'exclusion de toute autre. Il doit la retirer dès que sa participation à l'urgence prend fin. Il doit tenir informé de son intervention le médecin habituel du patient, dans les conditions prévues à l'article 59 du code de déontologie médicale. Art. 78 du code de déontologie médicale.
4. **Gardes** Service de surveillance, assuré à tour de rôle par plusieurs personnes. Le médecin de garde doit être présent sur un lieu de soins clairement identifié (par un message sur son répondeur téléphonique par exemple). La garde s'organise par secteur, à l'initiative d'une association, d'un syndicat ou du conseil départemental en cas de carence. Les secteurs définis en concertation avec les médecins sont validés par le CODAMU. Les horaires de couverture varient suivant les secteurs et également suivant les jours (semaine et week-end). Le médecin de garde appelé en urgence doit limiter son action à la situation et informer le médecin-traitant selon les conditions prévues à l'article 59 du code de déontologie médicale. Article 6 et 77 du code de déontologie médicale

5. **Permanence des Soins** Approche organisationnelle par laquelle tout malade ou blessé en quelque endroit et à tout instant, doit pouvoir avoir accès à des soins et compter sur l'intervention d'un médecin. Les médecins doivent donc s'organiser pour que nuit et jour une permanence soit assurée pour les soins et les urgences, tant par les généralistes que par les spécialistes, souvent sous forme d'astreinte. Le médecin ne peut prétendre remplir ses obligations à cet égard par un renvoi systématique des appels sur le centre 15. Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent. Art. 77 du code de déontologie médicale.

6. **Régulation médicale** : Gestion centralisée des appels d'urgence médicale permettant une réponse adaptée à une situation par une personne se consacrant uniquement à cette activité. Cette personne n'est pas concernée par l'éventualité d'intervenir elle-même directement auprès de l'appelant. Mais elle détermine la suite d'un appel : la suggestion d'un conseil simple ou l'envoi de moyens En France, la régulation médicale est faite par le Service d'aide médicale urgente (ou Samu), et plus précisément par son Centre 15, également appelé centre de réception et de régulation des appels (CRRRA). Article R6311-1 et suivants du code de la santé publique.

7. **Urgences** Mise en danger à brève échéance - l'heure ou la demi-journée - de l'intégrité physique, voire de la vie d'une personne. Définition de l'Ordre Nationale des Médecins

8. **Cabinets de groupe** : Réunion de plusieurs médecins en un même lieu avec une mise en commun de moyens (locaux, matériel et secrétariat). Dans les cabinets regroupant plusieurs praticiens exerçant en commun, quel qu'en soit le statut juridique, l'exercice de la médecine doit rester personnel. Chaque praticien garde son indépendance professionnelle. Le libre choix du médecin par le malade doit être respecté. Art. 93 du code de déontologie médicale.

9. **Centre de santé** : Un centre de santé est un lieu de soins qui réunit des professionnels de santé salariés (Article L6323-1 Modifié par la Loi n°2011-940 du 10 août 2011 - art. 15) Il existe environ 600 centres de santé en France dont environ un tiers comporte

des médecins, les autres des centres dentaires ou infirmiers. Les centres de santé sont gérés par des municipalités, des associations ou des assureurs de la santé (Assurance maladie ou mutuelles).

10. **Maison de santé** ou **maison de santé pluridisciplinaire** : Une maison de santé est un lieu où exerce une équipe de soins de premier recours composée d'au moins deux généralistes et un autre professionnel des soins de santé de premier recours, infirmières, pharmaciens, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychologues, podologues, diététiciens ... et éventuellement travailleurs sociaux. Ces professionnels sont unis par une charte, un projet de santé et des objectifs opérationnels concernant la santé des patients.

11. **Maison de santé rurale** : Le terme de maison de santé rurale a été introduit en 2004 par la MSA : Mutuelle sociale agricole lorsqu'elle a commencé à accompagner des projets en milieu rural. Une maison de santé rurale a donc les mêmes caractéristiques de fonctionnement qu'une maison de santé. « Les acteurs qui prennent part à une telle réalisation (professionnels de santé, élus locaux ou administrations territoriales, associations...) partagent un certain nombre de valeurs et principes communs qui conditionnent la réussite de leur projet : un fondement territorial, une recherche permanente de pérennité et d'attractivité ainsi que l'engagement dans une logique de développement durable. » (Créer une Maison de santé Rurale, introduction à l'accompagnement. MSA)

<http://maisonsdesanterurales.msa.fr/wp-content/uploads/m5066-sans.pdf>

12. **Pôle de santé** : Un pôle de santé réunit les professionnels de santé d'un territoire dans les mêmes conditions qu'une maison de santé, sans qu'ils occupent les mêmes murs. Sur le territoire défini, le pôle de santé peut développer des activités de soins de premier recours, des actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire. Le pôle de santé est en général constitué par des professionnels qui ne désirent pas porter un projet immobilier collectif ou qui ne souhaitent pas quitter leur lieu d'exercice pour diverses raisons.

Le pôle de santé est « le système nerveux » du système de soins, « car il met en relation les acteurs entre eux » affirme le Dr Michel Amouyal, médecin généraliste, professeur associé de médecine générale à l'UFR Montpellier-Nîmes

Ces pôles de santé ont le mérite de ne pas détricoter le maillage territorial, de préserver la proximité que constituent les cabinets libéraux mais aussi d'accroître l'efficacité et la fluidité des parcours de soins. (Anick Touba)

13. Les pôles d'excellence rurale sont un label attribué à des projets destinés à favoriser le dynamisme des zones rurales au moyen d'une coopération locale renforcée. Ce label est attribué après avis d'une commission nationale, sur proposition du ministre chargé de l'agriculture et du ministre chargé de l'aménagement du territoire.

Le secrétariat de la Commission nationale de présélection des pôles d'excellence rurale est assuré conjointement par le ministère chargé de l'agriculture (direction générale de la forêt et des affaires rurales) et le ministère chargé de l'aménagement du territoire (délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale [DATAR]).

La labellisation ouvre droit à une aide d'État au financement, en moyenne de 20 % du montant total du projet. La procédure des pôles d'excellence rurale vise à aider des projets de développement économique situés, soit en zone de revitalisation rurale, soit en dehors des aires urbaines de plus de 30 000 habitants. Les projets sont déposés par des structures intercommunales, devant réunir des partenariats entre maîtres d'ouvrage publics et maîtres d'ouvrage privés (<http://poles-excellence-rurale.datar.gouv.fr/les-poles-d-excellence-rurale>)

14. Les réseaux. Les deux fonctions majeures des réseaux sont l'appui aux soins primaires et la coopération structurée pour gérer l'amont et l'aval de l'hôpital.

Par rapport aux maisons de santé pluriprofessionnelles, les réseaux de santé préexistent, en grand nombre, sur tout le territoire français.

Leurs points communs avec les MSP sont l'engagement dans les pratiques transversales et la pluridisciplinarité.

Mais MSP et réseaux n'ont pas le même rôle : l'ambition des réseaux n'est pas d'organiser les soins de premiers recours, même si dans le passé les réseaux ont rempli un vide, et à ce titre ils ont dispensé des soins. Mais ce n'est pas leur vocation.

Les réseaux sont des structures de coordination, alors que les MSP sont des structures de soins. Les structures de soins génèrent des ressources (à travers le paiement des

honoraires par les patients), ce qui n'est pas le cas des réseaux qui ne tarifient pas la coordination aux patients ou aux professionnels.

Les réseaux sont une autre brique du dispositif de santé. Ils n'interviennent pas de façon quotidienne pour organiser l'activité professionnelle, mais ils proposent des solutions pour répondre à ces défis, aux MSP comme aux très nombreux professionnels de santé qui ont encore un mode d'exercice moins collectif.

« Les 250 MSP annoncées par les pouvoirs publics d'ici 2013 trouveront dans les réseaux un appui total compte tenu de l'antériorité de ceux-ci. Nous ne souhaitons pas – et l'UNR.Santé y veillera – que les réseaux imposent leur point de vue. Les réseaux doivent répondre à une demande et offrir leur valeur ajoutée. » L'articulation avec les réseaux de santé : coexistence ou synergie ? (Michel Varroud-Vial, président de l'Union national des réseaux de santé dans l'interview dans le n° 31 de la revue Réseaux, Santé & Territoire (Editions de Santé – mai juin 2010).

15. Canton Le canton est une subdivision territoriale de l'arrondissement. C'est la circonscription électorale dans le cadre de laquelle est élu un conseiller général. Les cantons ont été créés, comme les départements, par la loi du 22 décembre 1789. Dans la plupart des cas, les cantons englobent plusieurs communes. Mais les cantons ne respectent pas toujours les limites communales : les communes les plus peuplées appartiennent à plusieurs cantons. Un canton appartient à un et un seul arrondissement. Définition INSEE.fr.

16. Communauté d'agglomération La communauté d'agglomération est un établissement public de coopération intercommunale (EPCI) regroupant plusieurs communes formant, à la date de sa création, un ensemble de plus de 50 000 habitants d'un seul tenant et sans enclave autour d'une ou plusieurs communes centre de plus de 15 000 habitants. Ces communes s'associent au sein d'un espace de solidarité, en vue d'élaborer et conduire ensemble un projet commun de développement urbain et d'aménagement de leur territoire. Définition INSEE.fr.

17. Communauté de communes La communauté de communes est un EPCI regroupant plusieurs communes d'un seul tenant et sans enclave. Elle a pour objet d'associer des communes au sein d'un espace de solidarité en vue de l'élaboration d'un projet commun de développement et d'aménagement de l'espace. Les conditions "d'un seul

tenant et sans enclave" ne sont pas exigées pour les communautés de communes existant à la date de la publication de la loi du 12 juillet 1999 ou issues de la transformation d'un district ou d'une communauté de villes en application de cette même loi (cf. art. 51 et 56). Définition INSEE.fr.

18. Pays Les Pays sont des territoires de projet fédérant les acteurs locaux autour d'une charte, d'un conseil de développement et d'un contrat passé avec l'Etat et les régions. Ils ont pour vocation de stimuler les initiatives locales et les pratiques participatives. Ils ont été créés par la loi n° 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire (LOADT). Définition du Ministère de l'Economie, de l'Industrie et de l'Emploi.

19. Le bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès à la fois aux équipements et à l'emploi. Définition INSEE.fr.

Équipements ayant servi à définir les bassins de vie

- Équipements concurrentiels : Hypermarché et supermarché, vétérinaire, banque, magasin de vêtements, magasin de chaussures, librairie, magasin d'électroménager, magasin de meubles, droguerie, grande surface non alimentaire, marché de détail.
- Équipements non concurrentiels : gendarmerie, perception, notaire, ANPE, maison de retraite, bureau de poste, crèche ou halte-garderie, installation sportive couverte, piscine couverte, école de musique, cinéma.
- Équipements de santé : médecin, infirmier, pharmacie, masseur-kinésithérapeute, dentiste, ambulance, maternité, urgences, hôpital de court séjour, hôpital de moyen et long séjour.
- Équipements d'éducation : collège, lycée général et/ou technologique, lycée professionnel.

20. Métier (de santé) DHOS (devenue direction générale de l'offre de soins DGOS) 2005: « Le métier est un ensemble cohérent d'activités professionnelles, regroupant des emplois pour lesquels il existe une identité ou une forte proximité de compétences, ce qui en permet l'étude et le traitement de façon globale et unique.

Le métier est situé dans une famille professionnelle et une seule. Une personne, à un moment donné de sa vie professionnelle, est positionnée sur un métier et un seul. Dans un même métier, les salariés peuvent changer d'emploi (à niveau égal de compétences), de poste, de structure, d'employeur, avec un temps d'adaptation et de formation relativement court. A contrario, changer de métier nécessite un temps d'apprentissage beaucoup plus long. Le métier est défini d'abord par des activités professionnelles. La description des activités d'un métier est indispensable pour pouvoir en inférer les compétences. Le métier est distinct : du poste, qui est lié à la structure ou à l'organigramme ; du statut, qui ne dit rien des compétences ; de la qualification, même si celle-ci est requise et du diplôme ».

Le Code de la Santé Publique (CSP) fournit une typologie des **professions** de la santé, avec trois catégories :

- **les professions médicales** : les médecins, les sages-femmes et les odontologistes
- **les professions de la pharmacie** : les pharmaciens, les préparateurs en
- **les professions d'auxiliaires médicaux** : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les pédicures-podologues, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les orthophonistes, les orthoptistes, les manipulateurs d'électroradiologie médicale, les audioprothésistes, les opticiens-lunetiers, les prothésistes et orthésistes, les diététiciens. Trois professions d'auxiliaires médicaux sont regroupées en « ordre » professionnel : masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues et infirmiers

D'autres professionnels exercent dans le secteur de la santé et sont cités dans les parties législatives et/ou réglementaires du code de la santé publique :

- soit ils sont placés en relation avec le secteur et les professions dont ils dépendent : les techniciens en analyse biomédicale, les préparateurs en pharmacie hospitalière, les ambulanciers ;
- soit ils sont notés en relation avec les professions dont leur activité dépend : les aides-soignants, auxiliaires de puériculture et aides médico-psychologiques ;
- soit ils sont notifiés selon une logique de nature d'activités : les conseillers en génétique ;

- soit ils sont considérés comme ayant l'usage d'un titre et donc d'une activité, mais sans être qualifiés comme des professions de santé : les ostéopathes, les psychothérapeutes.

1.2. Lexique commun aux maisons et aux pôles de santé

1. **Pluridisciplinarité** : La pluridisciplinarité consiste à aborder un objet d'étude selon différents points de vue de diverses spécialités. Elle utilise la complémentarité des disciplines pour résoudre les problèmes rencontrés
2. **Pluriprofessionnalité** : La pluriprofessionnalité consiste à faire concourir à un même objectif plusieurs professionnels de professions différentes. Elle utilise la complémentarité des savoirs et des compétences pour améliorer la résolution des problèmes rencontrés.
3. **Protocoles de soins pluridisciplinaires** : Outils pratiques d'aide à la décision coordonnée de professionnels de santé de différentes disciplines intervenant dans une démarche commune de prise en charge de pathologies, de prévention ou d'éducation thérapeutique.
4. **Le projet de santé** : Le projet de santé est un texte qui définit le mode de réponse aux besoins de santé de la population concernée. Peuvent être abordés : les modalités de la réponse aux demandes de soins programmés et non programmés, de prise en charge des maladies chroniques, l'organisation de la prévention et du dépistage, voire de l'épidémiologie, Le projet de santé indique tout autre projet local comme participation à des réseaux existants, les relations aux établissements de santé et l'implication éventuelle dans des projets locaux de santé.

Le regroupement des professionnels de santé libéraux dans un objectif de collaboration et de coordination des soins doit reposer sur un projet commun pensé, réfléchi et discuté au préalable. (Maison de santé pluri-professionnelle : le projet de santé, Florence Maréchaux, 14/04/2010, <http://www.msp.groupe-galilee.fr/maisons-de-sante-pluridisciplinaires-creer-sa-maison-de-sante/maisons-de-sante->

[pluridisciplinaires-projet-de-sante/52-projet-de-sante/69-maison-de-sante-pluri-professionnelle-le-projet-de-sante\)](#)

L'initiateur du projet peut être

- Soit un professionnel de santé de premier recours : médecin, infirmière etc...
- Soit les collectivités locales

Le projet de santé est le pilier de la maison de santé, il doit être formulé avant le projet immobilier.

Le projet de santé s'applique à la population et doit être adapté à son territoire d'implantation et définir la place de la maison de santé dans le maillage territorial. Il prend en compte l'exercice actuel des professionnels impliqués, les difficultés rencontrées et ce qui fonctionne déjà bien. Les missions et les objectifs des maisons de santé sont précisés dans la loi HPST et ont été identifiés à partir des missions du médecin généraliste telles que définies dans la loi HPST (art. 36) et les auditions de professionnels exerçant déjà en maison de santé. Ces missions et objectifs constituent le schéma global du projet de santé. Ils sont à adapter, à traduire et à développer par chaque équipe pluriprofessionnelle en fonction du contexte local.

Selon Florence Maréchaux, deux facteurs essentiels sont à prendre en compte: le temps et l'échange entre professionnels.

1. Le temps :

L'élaboration d'un projet de santé **implique une évolution de la pratique vers un exercice coordonné et protocolé en équipe pluriprofessionnelle et le développement de certaines activités**. Cette évolution ne peut pas se faire du jour au lendemain, elle nécessite un temps incompressible. Aux États-Unis où se développe le concept de Patient-centered medical Home qui portent sensiblement le même projet d'organisation médicale que les maisons de santé françaises (Chabot JM. Trois cas de pensées unique. Points et contrepoints. Rev Prat 2010;60 :539-40.), les leçons tirées des premières expériences insistent sur la progressivité des changements « La transformation vers une approche de Patient-centered medical home semble exiger une approche stratégique qui commence en assurant un noyau structurel fort puis

l'implémentation de petits changements [...]. Seulement ensuite des changements plus complexes peuvent intervenir. Une telle transformation prend plus de 2 ans. » (Nutting PA, Miller WL, Crabtree BF, Jaen CR, Stewart EE, Stange KC. Initial lessons from the first national demonstration project on practice transformation to a patient-centered medical home. *Ann Fam Med* 2009;7:254-60.)

L'élaboration d'un projet de santé nécessite donc temps indispensable de maturation et d'appropriation par les professionnels de santé. Même si les professionnels de santé sont motivés par ces nouveaux modes d'organisation cela doit être progressif, pas à pas. Chacun n'avance pas au même rythme. Le délai de réalisation de la MSP permet au projet de mûrir, à l'équipe pluriprofessionnelle de se connaître

2. Les échanges

La première étape est que chaque membre de l'équipe pluriprofessionnelle qui s'engage dans la MSP accepte, adopte, s'approprie les mêmes missions et objectifs pour la MSP. Ensuite, il s'agit de décliner progressivement ces objectifs. Cela implique nécessairement des réunions régulières. Se rencontrer, discuter, échanger sur sa pratique en mono- et en pluriprofessionnel..

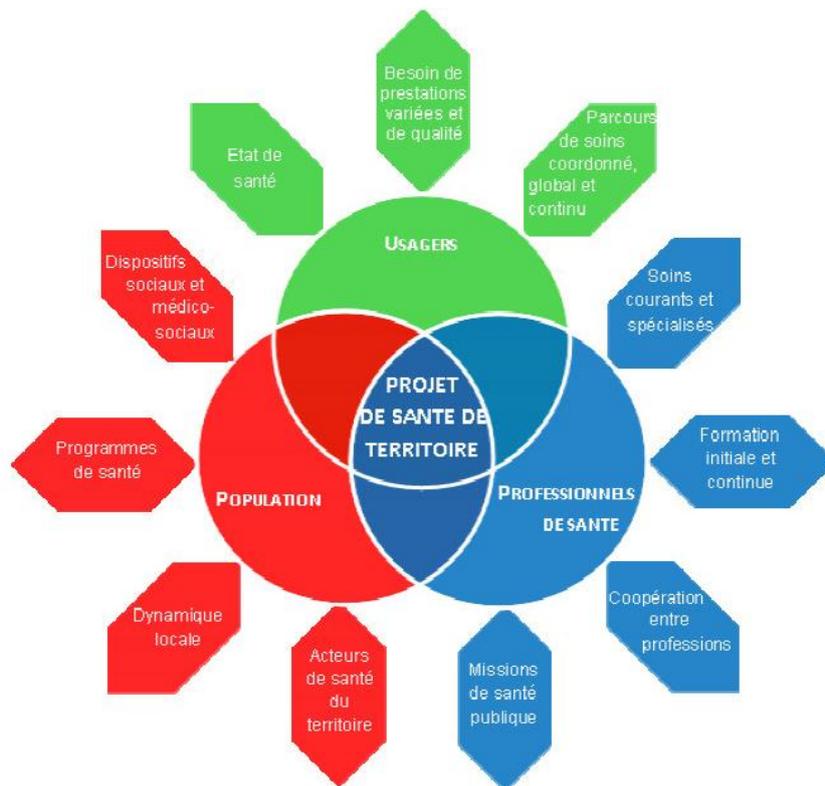
Les réunions doivent permettre de :

- Etablir l'état des lieux :
 - Des compétences de chaque membre de l'équipe
 - Des réseaux informels existants et qui fonctionnent
 - Des structures des soins du bassin de population avec prise en compte des distances
 - Des collaborations ville/ hôpital formalisées ou non
 - Des particularités locales en termes d'état de santé et de besoins de soins (en s'appuyant sur les ressources des observatoires de santé régionaux / ARS)
- Discuter les situations cliniques difficiles à gérer dans l'organisation actuelle de la pratique : sorties d'hôpitaux, fins de vie, prévention, domicile, urgences... Ce type de réunions peut s'appuyer sur des dossiers patients et se dérouler sous forme d'échange de pratiques en monodisciplinaire, voire pluridisciplinaire. La loi HPST permet les coopérations entre professionnels

de santé (Art. L. 4011-1 du CSP). « [...] *les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles* ». La HAS développe actuellement avec des équipes de terrain des **protocoles** qui peuvent ensuite être adaptés par chaque équipe à leur contexte local. Ces démarches « qualité » des équipes pluriprofessionnelles devrait être au moins initiée avant l'ouverture de la maison de santé.

- Prévoir et organiser la participation à l'accueil et la formation des étudiants, ce qui permet à moyen et long terme de favoriser l'installation des futurs professionnels dans la maison de santé ainsi que le remplacement des professionnels proches de la retraite.

- Recevoir le témoignage des médecins qui fonctionnent déjà en maison de santé, qui peuvent les accompagner avec des conseils pratiques, mais aussi les aider à surmonter leurs craintes. L'échange avec les ARS et avec la FFMPS (et avec...) vont en plus les aider à bâtir un projet adapté à leur environnement.



http://www.urps5962ml.fr/sites/default/files/images/images_templates/II.pdf

5. **Le projet professionnel** : Le projet professionnel décrit l'organisation du travail qui doit permettre la mise en place du projet de santé. Il traite des modalités de gestion des données, des protocoles pluridisciplinaires, de l'éducation thérapeutique, de la maîtrise de stage, de la formation, de la coordination avec les intervenants des domaines sanitaire et social.

Projet de santé (à l'intention d'une population)	se réalise sous forme d'un	Projet professionnel (destiné aux professionnels)
Continuité des soins (réponse organisée aux demandes de soins non programmés) : « l'aigu »		Organisation du travail Dossier informatique partagé Harmonisation des pratiques
Prise en charge des maladies chroniques		Optimisation des pratiques Coopérations interdisciplinaires Education thérapeutique
Formation Prévention Epidémiologie et veille sanitaire		Accueil de stagiaires Développement de la FMC Dépistages et actions de prévention secondaire Recueil de données cliniques et épidémiologiques

http://www.franche-comte.fr/fileadmin/Demo/PDF/Conseil_Regional/politiques_regionales/sante/Recommandations.pdf

6. La Charte interprofessionnelle développe la philosophie de soins qui anime l'équipe.

7. Le contrat d'exercice en commun (CEC) précise certains points tels que la conception de l'exercice en groupe, la répartition des honoraires, le rachat de la clientèle, le décès d'un membre, la période d'essais, les congés, les remplacements, les réunions de staff, l'entraide, les assurances, l'obligation de participer aux charges, l'accueil de stagiaires, la formation continue, la gestion des conflits, les conditions de réinstallation...

Par ailleurs, il doit :

- être monté petit à petit par les professionnels et adapté à leurs souhaits,
- s'appuyer sur des conseils juridiques,
- recevoir le visa du Conseil de l'Ordre,
- faire l'objet d'une relecture régulière pour une meilleure appropriation.

8. Le règlement intérieur gère la vie quotidienne au sein de la Maison de santé.

1.3 Autres définitions, selon la HAS

1. Acte de soins Un acte de soins est un ensemble cohérent d'actions et de pratiques mises en œuvre pour participer au rétablissement ou à l'entretien de la santé d'une personne. Un acte de soins peut se décomposer en tâches définies et limitées, qui peuvent être indépendantes dans leur réalisation. Dans un même acte de soin, certaines tâches peuvent être réalisées par des professionnels différents.

2. Compétence Dans tous les cas le professionnel qui se voit déléguer ou transférer un acte de soin ou une tâche doit posséder les compétences nécessaires, c'est-à-dire la maîtrise d'une combinaison de savoirs (connaissance, savoir-faire, comportement et expérience en situation). La compétence renvoie à une personne et donc ne se délègue pas.

3. Dérogation La dérogation consiste à autoriser des professionnels de santé à effectuer des activités ou des actes de soins qui ne sont pas autorisés par les textes régissant leur exercice professionnel.

4. Délégant

Est le professionnel de santé qui transfère un acte de soins ou une activité à un autre professionnel de santé.

5. Délégué

Est le professionnel de santé qui accepte de réaliser l'acte de soins ou l'activité à la place du délégant.

6. Protocole de coopération

Un protocole de coopération est un document décrivant les activités ou les actes de soins pouvant être transférés d'un professionnel de santé à un autre, de titre et de formation différents, ou la façon dont les professionnels de santé vont réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient dans le but d'optimiser sa prise en charge.

Les professionnels de santé concernés par les protocoles de coopération sont exclusivement ceux mentionnés à l'article L. 4011-1 du CSP et recensés ci-dessous :

- aide-soignante
- audioprothésiste
- auxiliaire de puériculture
- chirurgien-dentiste
- conseiller génétique
- diététicien
- ergothérapeute
- infirmier(e)
- manipulateur d'électroradiologie médicale
- masseur-kinésithérapeute
- médecin
- opticien lunetier

- orthophoniste
- orthoptiste
- prothésistes et orthésites
- pédicure-podologue
- pharmacien
- Psychomotricien
- sage-femme

La loi Fourcade de 2011 intègre la possibilité d'ajouter à cette liste les travailleurs sociaux.

La coopération entre professionnels de santé est possible quels que soient le mode d'exercice (libéral, salarié, mixte) et le cadre d'exercice (établissements de santé, maisons de santé, pôle de santé, réseaux de santé, centres de santé, cabinet médical, EHPAD, HAD, SSIAD, etc.).

La HAS précise **ce que n'est pas la coopération** entre professionnels de santé (articles L. 4011-1 à L. 4011-3 du code de la santé publique)

- La coopération entre professionnels de santé ne doit pas s'accompagner d'une diminution de la qualité et de la sécurité des soins.
- La coopération n'est pas un moyen de pallier les carences ponctuelles de personnels soignants.
- Le protocole de coopération n'est pas un moyen de légitimer un dysfonctionnement.
- L'adhésion d'un professionnel de santé à un protocole de coopération ne doit pas se faire sous la contrainte.
- Les actes ou activités transférés ne doivent pas être dissociés de la prise en charge globale du patient.

7. Transfert

Action de déplacer l'acte de soin, d'un corps professionnel à un autre : les activités sont confiées dans leur totalité y compris en terme de responsabilité, à une profession

autre. Le transfert signifie que les professionnels qui réalisent l'activité sont responsables, autonomes (dans la décision et la réalisation), compétents et qualifiés.

- 8. L'expertise :** c'est la compétence que possède celui qui a une connaissance approfondie dans un domaine donné. Dans une vie professionnelle, l'expertise est le stade où grâce à une somme de savoirs et d'expérience, l'acteur de santé est capable de comprendre, d'évaluer et donner des réponses à des situations complexes.

2. Historique de la notion de maison et pôle de santé...) et Cadre législatif : « la maison de santé » à travers les textes : rapports, lois

2.1 Rappel de la définition d'une maison et d'un pôle de santé selon les textes

La définition d'une maison de santé est donnée par l'article L. 6323-3 du code de Santé Publique :

« Art. L. 6323-3. - La maison de santé est une **personne morale** constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.

« Ils assurent des activités de soins sans hébergement de **premier recours** au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de **second recours** au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du **projet de santé** qu'ils élaborent et **dans le respect d'un cahier des charges** déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. « Le projet de santé est compatible avec les orientations des **schémas régionaux** mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'**agence régionale de santé**. Ce projet de santé est **signé par chacun des professionnels** de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé. »

Les éléments qui définissent une maison de santé sont : 1) des professionnels de santé, 2) un exercice des soins principalement de premier recours et 3) un projet de santé.

Comme il n'y a pas de « labellisation », toute structure peut s'appeler maison de santé.

Par contre, **dès que des financements publics sont sollicités**, la confirmation doit répondre à **un cahier des charges dressé par la DGOS** : au moins deux médecins généralistes et un au moins un professionnel paramédical (infirmier, kinésithérapeute, ...). Ces professionnels ont en commun un projet de santé pour la population qui les consulte.

Le développement des maisons de santé, encore appelées maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), favorise, au-delà des fonctions de coordination, **l'émergence de nouvelles pratiques professionnelles**.

La majorité des professionnels de santé qui travaillent en maisons de santé cherchent à élargir leur offre de soins à leurs patients à celle de santé publique organisée sur un territoire (continuité des soins, éducation thérapeutique, ...).

Qu'est-ce qu'un pôle de santé ?

La notion de pôle de santé est aujourd'hui définie par la [LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires](#)

« Art.L. 6323-4.-Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours au sens de l'article L. 1411-11, le cas échéant de second recours au sens de l'article L. 1411-12, 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 centres 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. »

2.2 Apparition et évolution du concept de « maison de santé »

Une des expériences précurseur des maisons de santé c'est l'Unité sanitaire de base de Saint-Nazaire de 1983, regroupant des soignants de trois cabinets ouvrait ses portes avec comme projet : un travail pluridisciplinaire et en coordination, un travail qui comportait une partie soins, mais aussi une partie prévention et une partie information et éducation à la santé et pour permettre ce travail une rémunération salariée. Cette Unité n'a survécu en tant que tel que pendant 3 ans.

L'expression de « maison de santé » a commencé à être utilisée à partir de l'année 2006, par des professionnels de santé qui souhaitaient distinguer leur projet des maisons médicales déjà existantes, en intégrant la notion de travail coordonné entre les soignants afin de mieux prendre en charge les besoins de santé de la population.

L'expression de « maison de santé » a été reprise par le Sénateur Juilhard dans son rapport sur l'offre de soins en octobre 2007.

Une première définition est proposée par un groupe de travail de la HAS sur l'exercice coordonné et protocolé mené en 2007 par le Pr Jean-Michel Chabot :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/lexercice_coordonne_et_protocolé_en_ms_ps_et_cs_-_novembre_2007.pdf

«Les maisons de santé, pôles de santé et centres de santé offrent aux professionnels un exercice coordonné dans l'objectif de garantir aux patients un accès équivalent, sur tout le territoire, à la prévention programmée et à des soins de qualité.

Ils organisent un regroupement de professionnels exerçant en ambulatoire, sur un projet de soins commun, en assurant la continuité des soins, soit dans un lieu unique pour les maisons de santé et les centres de santé, soit dans le cadre d'un regroupement virtuel pour les pôles de santé.

L'équipe pluriprofessionnelle adopte ou élabore des protocoles, en référence aux recommandations. Elle les met en œuvre et en assure le suivi. L'exercice coordonné et protocolé s'appuie sur une concertation autour de la prise en charge et un partage d'expériences, et se traduit par une analyse des pratiques. Chaque intervention et son suivi participent à l'amélioration des pratiques et, à terme, de la qualité des soins délivrés aux patients.

Ce mode d'exercice, coordonné et protocolé, contribue à la valorisation individuelle et collective des professionnels de santé coordonnés en équipe.

Une maison de santé, un pôle de santé ou un centre de santé rassemble, dans un secteur donné, plusieurs professionnels des soins de santé primaire, dont des médecins, unis par une charte, un projet et des objectifs opérationnels concernant la santé des patients.

Leur fonctionnement s'appuie sur une structure juridique commune qui :

- *emploi du personnel d'accueil, sur place et/ou secrétariat téléphonique ;*

- *dispose d'une salle de réunion adaptée ;*
- *s'appuie sur l'utilisation d'un dossier patient partagé ;*
- *offre un terrain de maîtrise de stage ;*
- *réunit tous les professionnels deux fois par an au moins autour du projet et des objectifs opérationnels.*

Ils organisent :

- *la continuité des soins ;*
- *la prévention individuelle et collective ;*
- *l'éducation thérapeutique des patients. »*

Un cahier de charges a suivi cette définition.

La même année, grâce à la loi de financement de la Sécurité Sociale du 19 décembre 2007, la dénomination de « maison de santé » est inscrite dans le Code de Santé Publique, article L6323-3 : *« 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 peuvent associer des personnels médico-sociaux ».*

L'article 44 de la loi donne la possibilité de lancer des expérimentations des NMR : nouveaux modes de rémunération dans les maisons de santé.

A l'issue de la première synthèse nationale des Etats Généraux de l'Organisation de la Santé (EGOS), vendredi 8 février 2008, la ministre de la santé Roselyne Bachelot a déclaré que *« nos concitoyens ont de plus en plus de mal à trouver un médecin, généraliste ou spécialiste, près de chez eux, alors qu'il n'y en a jamais eu autant en France. »* Selon la ministre de la santé, cette mauvaise répartition des médecins, dans les zones rurales et les banlieues *« est de nature à remettre en cause le droit à la santé, principe ancré dans notre pays. »* La ministre de la santé a déclaré qu'il fallait *« inciter »* les médecins à mieux se répartir sur le territoire, avec notamment la création de *« 100 maisons de santé »*, lieux de regroupement de médecins

généralistes, de spécialistes, ... Une enveloppe de 50.000 € sera allouée par le gouvernement par projet de maisons de santé. « *L'exercice de la médecine en solitaire, c'est fini* », a affirmé la ministre de la santé, Roselyne Bachelot. « *La rénovation de l'offre doit se traduire (...) par la création de maisons de santé pluridisciplinaires ou de toutes autres formes d'exercice regroupé, dans la mesure où celles-ci répondent à un cahier des charges minimum, agréé par les pouvoirs publics.* »

Un cahier des charges est alors établi par la Direction de la Sécurité Sociale (DSS), la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins (DHOS) et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) pour définir les critères nécessaires à l'attribution de ces aides au titre de Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) : <http://maisonsdesanterurales.msa.fr/wp-content/uploads/referentiel-100-msp-fiqcs-juin-20081.pdf>

« **1) Critères principaux**

1. *L'exercice est pluri-professionnel et de 1er recours : la structure ou le projet doivent comprendre au minimum deux médecins généralistes et un ou une paramédicaux (infirmière, masseurs kinésithérapeutes) éventuellement d'autres spécialistes d'accès direct, ...*

2. *La maison de santé est un lieu principal d'exercice des professionnels de santé, indispensable à la mutualisation des fonctions support et clairement identifiable par la population,*

3. *L'ensemble des professionnels partenaires au sein d'un projet de maison de santé a formalisé un projet de santé qui témoigne d'un exercice coordonné des professionnels, allant de la prévention au suivi des patients et qui prévoit notamment :*

- *la continuité des soins, impliquant une large amplitude horaire d'ouverture en dehors des horaires de la PDS, ainsi que la participation des membres de la maison de santé à la PDS, en cohérence avec l'organisation locale,*

- *une coordination interne à la structure (dossier partagé, staffs pluridisciplinaires réguliers,...),*

- *l'accès aux soins : garantie d'une offre de premier recours à tarifs opposables et exercice de consultations non programmées.*

4. La mise en place ou l'engagement de mettre en place un système d'information fiable et sécurisé pour leurs besoins propres de gestion et de partage d'information en interne et avec les autres acteurs de santé du territoire, formalisé dans le projet de santé. Ce système s'appuie sur les recommandations organisationnelles du document : " critères d'éligibilité des structures de coordination des soins" élaboré par le Groupement de Modernisation des Systèmes d'Information Hospitaliers (www.GMSIH.fr).

5. La participation à un ou plusieurs réseaux de santé s'ils existent sur le territoire couvert par la maison de santé en particulier lorsque ces réseaux portent les thèmes personnes âgées, maladies chroniques, prise en charge des enfants et adolescents et handicap et facilitent l'orientation des patients et la coordination des parcours de santé,

6. L'engagement d'un accueil et d'un encadrement des professionnels de santé en formation (étudiants en médecine en stage de 2ème cycle, internes, ...) par un ou des maîtres de stage dûment agréé(s) lorsque la réglementation le prévoit,

7. Les maisons de santé pluri-professionnelles devront être accessibles aux personnes à mobilité réduite.

2. Critères secondaires

1. La maison de santé peut également héberger une maison médicale de garde (MMG),

2. Un renforcement des pratiques coopératives notamment dans le cadre du maintien à domicile des patients: associations, SSIAD, HAD, télémédecine, ...

3. Une articulation avec l'hôpital,

4. Un lien formalisé de la maison de santé avec un acteur médico-social (assistante sociale, éducateur, CLIC, ...) »

En 2009, l'article 39 de la loi Bachelot : Hôpital patients santé territoires du 21 juillet

complète l'article L6323-3 du Code de la santé publique. Le Chapitre III bis *définit ce qu'est une maison de santé. Les notions de "projet de santé" et de "exercice coordonné" y sont intégrées. Le projet de santé est ainsi érigé désormais en critère déterminant permettant de distinguer les maisons de santé d'autres types de regroupement, plus courants (cabinets de groupe ou regroupements limités au partage de locaux)*

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=494D3A747EC762381C7D1B893F535E3F.tpdjo02v_3?idArticle=LEGIARTI000020890196&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=20110811

« 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.

Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux.

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 à l'article L. 1434-2. 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. »

Le Chapitre III ter, dans son Article L6323-4 *définit ce qu'est un pôle de santé. La terminologie de premier et second recours s'y trouve, mais plus la notion de projet de santé. La définition retenue par la Loi peut comprendre à la fois des regroupements de professionnels de santé "hors les murs", mais aussi des regroupements de professionnels en maisons de santé avec d'autres établissements hors maisons de santé pour définir des objectifs communs sur un territoire donné.*

« Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours au sens de l'article L. 1411-11, le cas échéant de second recours au sens de l'article L. 1411-12, 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 centres 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. »

Le Chapitre II prévoit qu'à l'instar des établissements de santé, les maisons de santé peuvent être chargées à l'avenir d'assurer ou de contribuer à assurer, en fonction des besoins de la population, des missions de service public. On retrouve parmi ces missions, la permanence des soins, la prise en charge des soins palliatifs, les actions d'éducation et de prévention pour la santé ainsi que leur coordination, les actions de santé publique mais également l'aide médicale urgente, la lutte contre l'exclusion sociale, la formation des professionnels de santé et la recherche. C'est le schéma régional d'organisation des soins (SROS) qui, appréciant les besoins des populations, servira de fondement à de telles missions dont on peut penser qu'elles seront mentionnées au sein des contrats conclus entre les maisons de santé sollicitant une dotation financière et les agences régionales de santé (ARS).

Le code de la santé publique prévoit expressément désormais que les réseaux de santé, centres de santé, maisons de santé et pôles de santé devront être signataires d'un *contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens* ou CPOM avec l'ARS s'ils souhaitent percevoir une dotation du FIQCS pour financer en leur sein l'exercice coordonné des soins (article 41 de la loi créant l'article L. 6323-5 du CSP).

Les maisons de santé dans le SROS (article 118 de la loi créant l'article L. 1434-7 du CSP)

Le schéma régional d'organisation des soins (SROS) doit indiquer désormais, par territoire de santé, les besoins en implantations de professionnels de santé libéraux, de pôles de santé, de centres de santé, de maisons de santé, de laboratoires de biologie médicale et de réseaux de santé,

Le SROS devra déterminer, selon des dispositions prévues par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les zones de mise en œuvre des aides au maintien et à l'installation ou « *mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des*

professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé ».

C'est ce zonage qui fera foi également pour les aides émanant des collectivités territoriales (communes et établissements publics de coopération intercommunale, départements et régions).

La loi HPST ouvre la voie à une évolution essentielle du rôle du pharmacien, dans une logique d'optimisation de la chaîne des soins. Devant la désertification médicale et la nécessité de réorganiser la chaîne des soins, dans une logique de rationalisation des coûts, cet ensemble législatif a mis en place une organisation des professionnels de santé auprès du patient en intégrant le pharmacien d'officine comme un acteur essentiel, susceptible de devenir en pratique, un véritable pivot.

L'article L.5125-1-1-A nouveau du CSP définit les prestations que le pharmacien peut réaliser en les centrant toutes autour d'une seule et unique qualification de « soins de premier recours » : la dispensation, l'administration des médicaments, des dispositifs médicaux et des produits de santé ainsi que le conseil pharmaceutique.

Par ailleurs, cet article mentionne que l'officinal participe à la coopération entre professionnels de santé et à la mission de permanence des soins. Il concourt aux actions de veille et de protection sanitaire, aux actions thérapeutiques et d'accompagnement des patients. Il peut également proposer des conseils et prestations destinées à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes. Continuité des soins, coopération entre les professionnels de santé et coordination, sont les idées maîtresses des dispositions concernant le pharmacien : elles ont donné naissance au pharmacien correspondant.

En janvier 2010, le terme de « maison de santé » est définitivement consacré par le rapport « Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement », rapport réalisé par le Pr Guy Vallancien, Mme Touba, Mme Crochemore et le Sénateur Jean-Marc Juilhard. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_maison_de_sante.pdf

Le constat global de cette mission a été qu'en France « le dispositif de premier recours est à

bout de souffle », et que celui-ci ne répond plus ni aux attentes des professionnels, ni aux préoccupations des autorités publiques et n'est plus apte à répondre aux évolutions démographiques et épidémiologiques de la population. « *Un mouvement majeur est en train de s'opérer* », celui d'une réorganisation du dispositif du premier recours, par la montée des nouvelles structures. Cent-soixante maisons de santé et vingt-cinq pôles de santé ont déjà reçu à ce moment-là un financement du fond d'investissement à la qualité et à la coordination des soins (FIQCS), avec une répartition territoriale très inégale.

Le rapport souligne la discordance entre les attentes des professionnels (qui mettent en avant la qualité de la prise en charge, la nécessité de renforcer la continuité des soins et l'élargissement à des missions de santé publique) et les attentes des autorités publiques (qui sont préoccupés par un accès aux soins de l'ensemble de la population et un maillage territorial rendant plus fluide le parcours de soins.)

Les deux parties reconnaissent la nécessité primordiale d'élaboration d'un projet de santé, avant même le projet immobilier, qui serait porté par les professionnels de santé après un temps indispensable de maturation et d'appropriation.

Les principaux obstacles à l'aboutissement d'un projet de maison de santé ont été identifiés comme étant la fragilité juridique et financière, ainsi que les modalités classiques de rémunérations qui ne permettent ni de valoriser les nouvelles missions ni d'adopter un cadre souple de répartition entre professionnels des ressources financières, les démarches administratives chronophages, l'impossibilité législative de pouvoir disposer d'un dossier patient unique et partagé, l'archaïsme du système d'information.

La mission propose sept séries de mesures « *pragmatiques et progressives* » qui visent à faciliter l'émergence d'un nouveau dispositif de premier secours

1. Identifier un cadre pour les exercices pluri professionnels, avec préconisation d'une « *marque collective maisons de santé* » qui impliquerait le respect de deux conditions : respect d'un cahier de charges national et projet de santé validé par l'ARS de la région concernée.
2. Adopter un nouveau cadre juridique spécifique aux maisons de santé, qui devrait se positionner dans un cadre non lucratif, cohérent avec les missions de santé publique et

autorisant la perception de subventions et leur répartition entre les professionnels. Le rapport souligne la nécessité d'évolution de la notion même de « médecin traitant » dans ce contexte de pratique coopérative

3. Promouvoir de nouveaux modes de financement, avec préconisation d'un paiement mixte, forfaitaire et à l'activité, ainsi que « *la création d'un fond national pérenne* » à partir des enveloppes existantes
4. Accompagner les professionnels, avec préconisation de la création d'une « mission d'appui au niveau national » qui remplirait des missions de conseil stratégique et politique, ainsi que d'animation d'un réseau régional, ainsi que la création d'« un guichet et caisse unique au niveau régional », qui faciliterait l'émergence et l'accompagnement des projets ainsi que la coordination des financements. L'accompagnement des professionnels se ferait aussi par le déploiement de systèmes d'information partagée, pour assurer une coordination réelle des prises en charge.
5. S'inscrire dans une logique d'engagements réciproques entre autorités publiques et professionnels de santé. La validation, sous la responsabilité des ARS, du projet de santé et du projet professionnel ouvrira droit aux aides publiques, de façon graduée en fonction des spécificités locales, avec une évaluation continue par les ARS.
6. Répondre aux attentes de la population, avec des incitations et facilitations spécifiques « *dans le cadre de la « dynamique espoir banlieue » ainsi que dans le monde rural* », avec une recherche de mutualisation entre les services, qu'il soient sanitaires ou sociaux. Pour éviter un risque de cloisonnement, les collectivités territoriales sont attendues à s'associer aux choix régionaux qui passent par les ARS.
7. Identifier ces structures comme des lieux de formation pluri professionnelle. La mission souligne l'importance à donner à la formation et à la recherche, qui passerait par le développement plus « *affirmé* » de la filière de médecine générale et avec la préconisation à ce que les maisons de santé deviennent « *des terrains de stage privilégiés ainsi que des lieux favorables d'exercice des universitaires de médecine*

générale mais aussi des enseignants des autres filières de santé »

Le comité interministériel d'aménagement et de développement du territoire (Ciadt) du 11 mai 2010 a prévu la création de 250 maisons de santé pluridisciplinaires entre 2010 et 2013, afin de favoriser le maintien des professionnels de santé en facilitant leur regroupement.

Les ministres en charge de l'aménagement du territoire, de la santé et de l'intérieur ont précisé les modalités de mise en œuvre de cette mesure dans une CIRCULAIRE adressée aux préfets et aux directeurs des Agences régionales de santé, datée du 27 juillet 2010.

<http://territoires.gouv.fr/sites/default/files/datar/circulaire-plan-maisons-sante.pdf>
<http://www.territoires.gouv.fr/maisons-de-sante>

Après avoir rappelé que l'implantation des maisons de santé pluridisciplinaires doit être définie par les schémas régionaux de l'organisation sanitaire dont l'établissement est prévu en 2011, la circulaire prévoit des mesures transitoires afin de pouvoir lancer le programme.

Les mesures prévues par la circulaire et ses annexes :

- Pour bénéficier de l'intervention financière de l'Etat, les projets devront se conformer au cahier des charges national des maisons de santé élaboré par le ministère de la Santé et s'inscrire dans un territoire dont l'offre de soins doit être consolidée.
- Pour les études préalables, l'ingénierie et le fonctionnement, les ARS pourront apporter un financement plafonné à 50 000 euros par projet. Une enveloppe nationale de 2,5 millions d'euros par an est réservée sur le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.
- Pour financer le fonctionnement, les maisons de santé pourront aussi demander à participer aux expérimentations des nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé
- Le financement de l'investissement pourra être réalisé par le biais de la dotation

globale d'équipement, de la dotation de développement rural ou du fonds national d'aménagement et de développement du territoire sous la responsabilité des préfets.

- L'Etat pourra prendre en charge jusqu'à 25 % du coût du projet voire 35 % dans les territoires prioritaires identifiés par le schéma régional d'organisation des soins ou dans les zones de revitalisation rurale. Au total, une enveloppe annuelle de 25 millions d'euros est prévue sur la durée du plan.
- Les demandes de financement seront adressées simultanément à l'ARS et au préfet de département concerné et devront comporter un volet "investissement" porté par une collectivité ou un EPCI et un volet "projet de santé" porté par les professionnels de santé concernés.
- La sélection des projets sera assurée en s'appuyant sur un comité régional de sélection regroupant l'ARS et les préfets, en concertation avec le conseil régional, les conseils généraux et les représentants des professionnels.

Au mois de novembre 2010 le Docteur Elisabeth Hubert, ancien ministre de la Santé en 1995 a remis au Président de la République son rapport sur la médecine de proximité, élaboré dans le but « *de relancer le dialogue avec les médecins libéraux, permettre un très large échange avec les professionnels concernés et apporter des réponses aux évolutions structurelles que connaît la médecine ambulatoire depuis de nombreuses années* ». Mme Hubert a mené 5 mois d'auditions afin d'aboutir à cette « *feuille de route pour les 10 années à venir* ».

Les propositions concernant les Maisons et pôles de santé

http://www.projetdeterritoire.com/index.php/plain_site/Espaces-thematiques/Services-a-la-population/Actualites/Rapport-Hubert-des-mesures-pour-la-medecine-de-proximite

Le rapport rappelle l'intérêt d'encourager les regroupements pluriprofessionnels dans des maisons ou pôles de santé (MSP - PSP). Il ajoute cependant « *qu'il convient de ne pas laisser faire n'importe quoi, n'importe où, n'importe comment. Or, aujourd'hui, les actions*

incitatives des pouvoirs publics sont peu lisibles, non pérennes et sans réel effet ».

- **Définir le besoin dans chaque territoire.** La mission fait le constat de la difficulté d’avoir une idée précise de l’offre de sante de proximité dans chaque territoire. Cette lacune dans le diagnostic entraine une dispersion des aides. Le rapport propose donc que soient réalisés des **diagnostics territoriaux précis** de l’offre de soins qui seront mis en perspective avec les besoins de santé des populations, **afin de dresser une carte des implantations prioritaires** de MSP -PSP.
- **Faire des ARS le guichet unique des aides.** Le rapport critique le foisonnement des aides à l’installation, que peu de professionnels connaissent, dont les effets ne sont pas évalués et qui reposent sur un zonage instable et peu lisible. Pour clarifier cette situation, la mission propose que les ARS jouent le rôle de « guichet unique » des aides à l’installation et des aides à la création de maisons de santé.
- **Faire accréditer les MSP – PSP par la HAS.** Pour éviter que le déploiement des maisons de santé se limite à une expérimentation couteuse, la mission propose **le renforcement du cahier des charges** (élaboré par l’Etat et transmis aux ARS), **la contractualisation entre les ARS et les MSP – PSP** (prévu par la loi HPST) **et la mise en œuvre de démarches « qualité » au sein de ces structures**, reconnues par une accréditation par la Haute Autorité de Santé.
- **Sécuriser l’environnement juridique des regroupements pluriprofessionnels.** Le rapport pointe la fragilité juridique des MSP et PSP, où cohabitent souvent une association, une SCM et/ou une SCI. Le rapport propose sur ce sujet une évolution législative pour doter les maisons de santé d’un statut plus approprié : groupement de coopération sanitaire, société d’exercice libéral ou société coopérative.
- **Sécuriser leur environnement financier.** Les regroupements entraînent un surcoût pour les professionnels. La mission Hubert propose que dans le cadre du développement des nouveaux modes de rémunération soient intégrés des financements pour ces frais de fonctionnement, notamment pour la rémunération d’un poste de coordinateur. Le rapport préconise une refonte de la rémunération, « *obsolète* » car axée

sur le tarif de la consultation. L'ancienne ministre propose, selon la complexité de l'acte, un « éventail de 4 ou 5 tarifications ». *« Les valeurs pourraient aisément s'échelonner d'un demi C actuel (11 euros) à 60 ou 70 euros pour une consultation longue et difficile. Un tel système permettrait de sortir du débat récurrent de l'insuffisance de rémunération de certains actes »*, explique-t-elle. Afin de limiter les dérapages, le rapport propose que la CNAM, qui dispose du profil des médecins, s'assure qu'ils n'abusent pas de la nouvelle grille. Objectif de la mesure : diminuer le nombre d'actes des généralistes et donner la priorité aux soins importants, ce qui devrait s'accompagner de transferts d'activité vers les infirmières, sages-femmes. Le rapport propose par ailleurs d'instaurer un forfait pour les prises en charge lourdes et coordonnées. La rémunération par patient serait attribuée à une maison de santé pluridisciplinaire et non au médecin

Une proposition concernant les territoires déjà en situation de désertification médicale

Le rapport propose une solution pour les territoires dans lesquels les difficultés de la démographie médicale se font d'ores et déjà sentir. **Les ARS pourraient définir après concertation les « territoires en danger »** du point de vue de l'offre de soins. L'offre médicale y serait reconnue « mission de service public » et donnerait lieu à une rémunération « spécifique et incitative » des professionnels de santé (une rémunération fixe viendrait s'ajouter aux honoraires perçus en paiement des actes effectués).

Ce sont les collectivités qui mettraient à disposition des locaux, qui seraient occupés par différents professionnels les utilisant au titre de cabinet secondaire. La participation des professionnels à ces structures serait complètement volontaire. La mission, qui rejette toute mesure « coercitive » pour la liberté d'installation, propose de cibler plus particulièrement les jeunes professionnels ayant fini leur internat, et tous professionnels – libéraux, salariés, retraités - installés à proximité qui accepteraient, par solidarité, de participer à ce système.

Loi HPST dite « Fourcade » de 10 août 2011

La loi Fourcade a été rédigée à la base de la loi Bachelot de juillet 2009 ou loi HPST. Parmi

les mesures qui y sont inscrites :

Les praticiens libéraux ne sont plus tenus de déclarer leurs congés 2 mois à l'avance et peuvent désormais exercer librement dans les "déserts médicaux". La Sécurité sociale sera également délestée de la gestion très coûteuse des feuilles de soins.

Certaines mesures du texte initial de 2009 ont été cependant retenues, notamment la pénalisation des praticiens en cas de télétransmissions insuffisantes.

La suppression des déserts médicaux étant l'un des principaux objectifs de la réforme, la loi Fourcade autorise désormais la création de maisons de santé pluridisciplinaires, inscrites dans le statut de société interprofessionnelle de soins ambulatoires ou Sisa.

Un autre point positif de cette loi : les praticiens libéraux doivent désormais informer leur patient du coût du traitement et des critères de remboursement, avant d'entreprendre toute opération médicale. Parmi les informations concernées par cette loi figurent les honoraires du médecin, le prix exact et les références des appareils proposés dans le cas où le traitement en impose.

Création des SISA

La loi prévoit la création des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) qui doit compter parmi ses associés au moins deux médecins et un auxiliaire médical (article L4041-4 du Code de la santé publique - CSP). Constituées entre des personnes physiques exerçant une profession médicale, d'auxiliaire médical ou de pharmacien, elles ont pour objet *«la mise en commun de moyens pour faciliter l'exercice de l'activité professionnelle de chacun de ses associés et l'exercice en commun d'activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre les professionnels de santé»*.

Les associés peuvent exercer hors de la SISA toute activité professionnelle dont l'exercice en commun n'a pas été expressément prévu par les statuts (article L4041-6 CSP). Ces derniers peuvent également déterminer les conditions dans lesquelles un associé peut exercer à titre personnel une activité dont l'exercice est prévu en commun.

Les statuts de la SISA ainsi que leurs avenants sont transmis, un mois au moins avant leur enregistrement, aux ordres professionnels aux tableaux desquels sont inscrits les associés ainsi qu'à l'agence régionale de santé (article L4041-7 CSP). Les rémunérations versées en

contrepartie de l'activité professionnelle des associés dont les statuts prévoient un exercice en commun constituent des recettes de la société et sont perçues par celle-ci (article L4042-1 CSP).

Missions des maisons de santé

S'agissant des maisons de santé, l'article 2 de la loi précise qu'il s'agit de personnes morales constituées entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens (article L6323-3 CSP). Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours et, le cas échéant, de second recours et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.

Le projet de santé, *«compatible avec les orientations des schémas régionaux»*, est transmis pour information à l'agence régionale de santé.

3. Les acteurs en jeu

Les acteurs sont très variés et ne semblent pas répondre à une même stratégie. Les professionnels de santé sont intéressés par la qualité des soins tout en voulant rompre avec l'exercice solitaire, les collectivités locales expriment des préoccupations d'aménagement du territoire, l'assurance maladie se cale plutôt sur des arguments de rationalisation et d'accès aux soins, la mutualité sociale s'intéresse à la ruralité...

1. Les professionnels de santé
2. Les collectivités locales
3. L'Etat
4. La HAS (Haute autorité de santé)
5. L'assurance maladie
6. La population
7. L'université
8. ADESA (Association pour le Développement de l'Evaluation en Soins Ambulatoires)
9. UNRSanté (L'Union nationale des réseaux de santé)
10. La DATAR (La Délégation interministérielle à l'Aménagement du Territoire et à l'Attractivité Régionale)
11. Les ARS (Les Agences régionales de santé)
12. La FFMPS (La fédération française des maisons et pôles de santé)
13. Les URPS (Les unions régionales des professionnels de santé)
14. L'USPO (L'Union syndicales des pharmaciens d'officine)
15. Le SNIIL (Le syndicat national des infirmières et des infirmiers libéraux)
16. Harmonie Mutualité
17. L'ACSBE (L'Association Communautaire Santé Bien-Être)

3.1 Les professionnels de santé

Les acteurs essentiels d'un projet de maison de santé sont les professionnels libéraux des soins de premier recours.

Le concept de « soins primaires » (*primary care*) est porteur d'une ambition de justice sociale visant à garantir l'accès de tous à des soins de base. Cette dénomination est également mobilisée pour désigner l'organisation des systèmes de soins extra-hospitaliers.

Lors des Etats Généraux de l'Offres de Soins, la notion de « soins de premier recours » a été préférée à celle de « soins primaires », parfois perçue de façon péjorative en français.

Deux images caractérisent les soins de premier recours :

- **Celle de « gate-keeper »** : c'est-à-dire celle de régulateur d'accès vers les autres professionnels de santé.

Dans ce cadre, les soins primaires sont toujours présentés comme la base de la pyramide, se différenciant ainsi des soins secondaires et tertiaires.

Le niveau primaire est non segmenté, ni par âge, ni par sexe, ni par type de problèmes de santé, ni par capacité financière des patients. Il doit pouvoir répondre à 90 % des problèmes de santé. Inversement, les niveaux secondaire et tertiaire sont spécialisés et donc segmentés. Le niveau secondaire regroupe la médecine spécialisée au sens large (en ville ou à l'hôpital), et le niveau tertiaire est celui de la médecine de haute technologie (hôpitaux universitaires). Les soins primaires, de premier niveau, constituent donc la porte d'entrée dans le système qui fournit des soins généralistes, intégrés, continus, accessibles à toute la population, et qui coordonne et intègre des services nécessaires à d'autres niveaux de soins

- **Celle de « managed care »**, c'est-à-dire de coordonnateur des soins et de l'équipe soignante.

Du point de vue des services, les soins primaires se définissent comme des soins de nature ambulatoire et directement accessible aux patients, avec une dimension généraliste et communautaire. Ils sont centrés sur l'individu dans son contexte familial et social.

Les soins primaires peuvent également se fonder sur l'éventail des soins dispensés, avec trois aspects essentiels:

- la prise en charge des problèmes communs (le « tout venant ») au moyen d'une combinaison de soins préventifs, curatifs et de réhabilitation ;
- une dimension « intégrée », la maladie étant appréhendée dans un contexte socio-économique plus large ;
- l'organisation et la rationalisation des ressources dites « spécialisées ».

Les soins de premier recours recouvrent

- La prévention (conseils, vaccination, participation aux campagnes nationales)
- Le dépistage : individuel (pour les patients à risque) et organisé (pour certains cancers)
- La prise en charge des symptômes courants : douleur, fièvre, fatigue
- Le suivi et la prise en charge des pathologies chroniques avec l'éducation thérapeutique, le maintien à domicile et les soins palliatifs
- La continuité et la permanence des soins

Les principaux professionnels de soins de premier recours sont : les médecins généralistes, les infirmiers, les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes, les orthophonistes, les psychologues ou les neuropsychologues, les diététiciennes, les sages-femmes, les pédicures-podologues, les psychomotriciens, les ergothérapeutes...

Un projet de maison de santé nécessite au minimum la participation de deux médecins généralistes.

Dans le cadre d'un regroupement, plusieurs caractéristiques de l'exercice libéral sont importantes à prendre en compte :

- **La liberté d'installation**, réaffirmée dans la loi HPST pour les médecins, est limitée pour les pharmaciens (la création d'une nouvelle officine dépend de la démographie locale et de l'implantation des autres pharmacies dans le secteur) et pour les infirmières, (qui ne peuvent plus, depuis 2009, s'installer dans une zone surdotée, à moins qu'une autre professionnelle cesse son activité). Les professionnels de santé peuvent, au nom de la liberté d'installation, refuser de s'impliquer dans un projet de regroupement, et peuvent installer et déplacer leur cabinet à l'emplacement de leur

choix. Les besoins en implantations pour l'exercice des soins précisés par le SROS ne sont pas opposables aux médecins libéraux.

- **La prise en charge par l'Assurance Maladie.** La plupart des soignants sont conventionnés et leurs honoraires sont remboursés en majeure partie. Les pharmaciens tirent une grande part de leur rémunération de la vente des médicaments prescrits et remboursés par l'Assurance maladie.
- **L'investissement :** plus important pour les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens et les kinésithérapeutes.

Contexte actuel :

Notre système de soins de premier recours est confronté à un double défi : d'une part la diminution prévisible du temps médical, d'autre part la nécessité d'enrichir le contenu des prises en charge, notamment des patients chroniques. (PL Bras : Peut-on reformer l'organisation des soins de premier recours ?... Tribunes de la santé no 30, printemps 2011)

1. Le temps médical

Le temps médical global diminue avec la diminution du nombre des médecins

Selon les projections de l'Observatoire national des professions de santé, le nombre de médecins actifs diminuerait globalement de 10 % entre 2006 et 2020. La diminution du nombre de spécialistes en médecine générale (7,5 %) serait moins prononcée que celle des autres spécialités (11,9 %)

La croissance de la population fera que la densité médicale diminuera d'environ 16%

Les inégalités régionales en matière de densité médicale seraient aussi marquées en 2030 qu'en 2006. (La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales, Ketty Attal-Toubert et Mélanie Vanderschelden : Études et Résultats n° 679 février 2009, DRESS,)

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er679.pdf>

<http://www.sante.gouv.fr/observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante-ondps.html>

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a publié les données de la cinquième édition de son **Atlas de la démographie médicale française**, réalisé à partir des chiffres du Tableau de l'Ordre au **1er janvier 2011**.

http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/demo_session_juin_2011.pdf?download=1

<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/atlas-de-la-demographie-medicale-francaise-2011-les-jeunes-medecins-invitent-leurs-confreres-s%E2%80%99insta-1087>

Les données montrent :

- **Un écart croissant entre l'évolution du nombre de médecins nouvellement inscrits** (+2,5% en un an, soit 5 392 médecins) **et celle des médecins sortants** (+11,2% en un an, soit 4 310 médecins), sur un total de 264 466 médecins inscrits au tableau de l'ordre fin 2010.
- **L'accentuation du vieillissement des médecins**, avec un âge moyen de 51,4 ans (53 ans pour les hommes et 49 ans pour les femmes). Ceci laisse augurer un nombre important de départs dans les prochaines années. Alors que les actifs ont progressé de 3,5% depuis 2005, les retraités sont en revanche en augmentation de 35%.
- **Le peu d'attractivité de l'activité libérale** auprès des nouvelles générations de médecins. En effet, parmi les 5 392 médecins nouvellement inscrits au tableau de l'Ordre au cours de l'année 2010, **70% privilégient l'exercice salarial** tandis que **seulement 9,4% ont choisi un mode d'exercice libéral**. Sur cette part de jeunes médecins, 23% d'entre eux ont fait le choix de s'installer en zone rurale. A noter, 86% des médecins nouvellement installés se disent satisfaits de l'exercice en secteur libéral et seraient prêts à recommander à l'un de leurs confrères en les invitant cependant à privilégier **l'installation en cabinet de groupe** afin d'alléger les lourdeurs administratives et la gestion financière du cabinet.

Une étude qualitative auprès **des jeunes médecins** ayant choisi l'exercice libéral met en lumière les attentes des nouveaux inscrits : ils souhaitent voir éviter les mesures coercitives, se diversifier les aides proposées. Ils sont favorables à **une mixité des modes de rémunération** et **au travail en équipe** et souhaitent pouvoir bénéficier d'une forme de

compagnonnage. Surtout, ils considèrent qu'il est indispensable de faire **connaitre ce mode d'exercice durant les études.**

Une nouvelle problématique qui contribue un peu plus à la diminution de l'offre de soins libérale est soulevée par l'Atlas 2011 : 903 médecins dont 45% de généralistes ont décidé de **dévisser leur plaque** bien avant l'âge de la retraite, alors qu'ils exerçaient leur profession en activité régulière depuis près de vingt ans, majoritairement au sein de grandes métropoles françaises. Parmi les motifs invoqués on trouve : des tâches administratives et charges financières trop lourdes, temps de travail journalier important et difficilement compatible avec une vie. Ainsi, d'entre eux Plus de 50% d'entre eux s'est tourné vers une activité essentiellement salariée, et l'immense majorité 90,3% ne souhaitent pas reprendre une activité libérale.

L'Atlas 2100 prend en compte l'afflux de médecins étrangers. Environ 25% des médecins nouvellement inscrits en 2010 ont obtenu leur diplôme hors de France et se situent majoritairement dans les régions à faible densité médicale comme la Picardie (44%), ou la Champagne Ardenne (39%). L'Yonne compte parmi ses nouveaux inscrits uniquement des médecins ayant obtenu leur diplôme hors de France.

Les médecins généralistes exercent principalement une activité de premier recours, une partie d'entre eux exercent dans les hôpitaux, dans les Ephad et dans les structures de santé publique. Leur nombre exacte n'est pas connu, mais des estimations ont été avancées sur l'évolution à long terme : le nombre de généralistes de premier recours diminuerait de 50 000 actuellement à 30 000 en 2020. (Hartmann L., de Kervasdoué J., « Le financement des dépenses de santé et ses enjeux », *Cahiers français*, n° 358, septembre-octobre 2010).

Le temps médical par patient diminue avec l'augmentation des besoins de contacts de la population avec les médecins, dans un contexte de vieillissement de la population et la progression de la prévalence de certaines maladies chroniques.

Le temps professionnel individuel de chaque médecin a une tendance à la réduction, dans un contexte de féminisation progressive du corps médical. Par ailleurs la moitié des généralistes souhaiterait réduire son temps de travail de 12 heures en moyenne par semaine.

(Aulagnier M. *et al.*, « L'exercice de la médecine générale libérale. Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises », *Études et Résultats*, Drees, n° 610, novembre 2007).

L'instauration d'un passage « quasi obligé » par le médecin traitant avant recours au spécialiste, le forfait de 1 euro par acte instauré depuis 2005 induisent la tendance de la population de « concentrer » plusieurs demandes de santé lors d'une consultation.

Selon Eco-Santé 2010, de 2000 à 2008 le nombre d'actes de généralistes par personne serait ainsi passé de 4,6 à 4,25. Eco-Santé France 2010, version octobre 2010.

L'évaluation des besoins futurs, délicate, nécessite notamment la prise en compte du vieillissement de la population, des variations de la prévalence des pathologies, de l'évolution des techniques médicales, de la coopération entre professionnels de santé et des objectifs visés en matière de politique de santé (prévention, dépistage par exemple).

« Le moment est en effet venu de procéder à une réorganisation du système de soins, car les crises sont toujours propices au changement. L'enjeu aujourd'hui est multiple. Face à une situation vécue comme une pénurie, il faut s'intéresser autant à la formation, à la répartition sur le territoire, aux formes d'exercices qu'à la politique tarifaire. » (Yann BOURGUEIL. La médecine générale dans tous ses états, *Réseaux, Santé & Territoire* n° 31)

2. La nécessité d'enrichir les prises en charge de premier recours

Les modes traditionnels de prise en charge de premier recours ne sont pas adaptés à la « transition épidémiologique » caractérisée par la part croissante de la prise en charge des maladies chroniques par rapport au traitement des affections aiguës

En comparaison avec d'autres pays, la qualité de l'information et de l'accompagnement des patients chroniques n'est pas favorable au système français . (Shoen C. et al., « In chronic condition: experiences of patients with complex health care needs, in eight countries, 2008 » *Health Affairs*, 28,1, 2009).

Les médecins de premier recours sont de plus en plus sollicités par des actions « non curatives »

- par des personnes du grand âge pour lesquelles ils doivent contribuer à organiser la prise en charge socio-familiale des déficiences que l'approche strictement biomédicale s'avère impuissante à réduire. (Fernandez G., Levasseur G., « Les médecins généralistes et les personnes âgées. Quelle recomposition de la relation de soins ? », in : Bloy G., Schweyer F.X. (dir.), Singuliers généralistes, sociologie de la médecine générale, Rennes, Presses de l'EHESP, 2010).
- Pour la promotion de la santé et pour veiller activement à l'observance de parcours préventifs (vaccination, dépistage...)
- Pour suivre le patient dans son parcours de santé et de vie
- Pour se coordonner avec les autres acteurs du système de soins ou avec les structures médico-sociales
- Pour l'éducation des patients souffrant d'affections chroniques afin qu'ils deviennent des acteurs et non des spectateurs de leur maladie

Alors que les projections prévoient un déficit démographique important des professionnels de santé à moyen terme, le progrès technique et thérapeutique a changé la pratique clinique et la perception des professionnels de santé de leur métier. Le progrès thérapeutique renforce le poids des dimensions techniques, organisationnelles et collectives des soins. Il accroît la spécialisation et nécessite davantage de coordination, en imposant l'actualisation constante des savoirs et en requérant une vraie intégration de la prévention dans la prise en charge globale du patient. Les attentes des patients portent tant sur la qualité technique que sur l'écoute et de qualité humaine des prises en charge

Afin d'améliorer l'accompagnement et le suivi des patients, la Caisse nationale d'assurance maladie a mis en place le **Capi** (contrat d'amélioration des pratiques professionnelles) avec une rémunération liée aux résultats en termes de fréquence d'examen ou d'intervention. Ce type de mesure incitative porte ses fruits par la mobilisation des médecins, **une mise en place d'une organisation et de moyens nouveaux semble indispensable** (ex : informatisation des cabinets sous forme de registre pour pouvoir suivre le plan de soins du patient, moyens humains pour accompagner et/ou pouvoir rappeler le patient qui s'écarte du programme prévu par les recommandations de bonne pratique)(Bras P.L., Duhamel G., Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères, Rapport Igas, juin 2008).

Les écarts par rapport aux recommandations s'expliquent essentiellement par la nécessité pour les médecins d'adapter leurs pratiques aux capacités de compréhension et d'observance des patients. Les médecins considèrent que l'éducation des patients devrait être privilégiée mais aussi « que ce n'est pas à eux de faire cette éducation car ils n'ont pas le temps et que cet acte n'est pas reconnu par les financeurs » (Bachimont J., Cogneau J., Letourmy A., « Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2 », Sciences sociales et santé, 24, 2, juin 2006).

Seulement 20 % des généralistes considèrent que c'est à eux de mettre en oeuvre des actions éducatives. De fait, seulement 28 % des généralistes déclarent donner des rendez-vous à certains, ou à la majorité de leurs patients, pour un temps d'éducation thérapeutique. Le principal obstacle à la démarche éducative est le manque de temps. (Fournier C., Gautier A. et al., « Besoins d'information et d'éducation des personnes diabétiques, pratiques éducatives des médecins, étude Entred, 2007 », BEH, 42-43, 10 novembre 2009).

L. Baruch recherche des **solutions** simples, applicables et intelligentes. Il discerne en particulier cette intelligence dans les trois options suivantes (qui sous-tendent aisément l'amélioration des services rendus aux patients). Ces trois options touchent fondamentalement à l'organisation de l'exercice médical.(Baruch L, Phillips RA. Quality. The need for intelligent efforts. Arch Intern Med 2005;165:1455-6.) Jean-Michel Chabot reprend ces trois options privilégiées par L. Baruch (La qualité n'est jamais un accident... Jean-Michel Chabot La revue du praticien vol. 60, 20 février 2010) et constate qu'elles se trouvent justement réunies dans le cadre de l'exercice en maison-pôle de santé pluriprofessionnel :

- La première option se situe dans ce qu'il appelle **l'alternative care delivery**, c'est-à-dire les modèles de prise en charge ambulatoire, en équipe multiprofessionnelle « *Dans bien des cas, notamment pour des malades chroniques, l'action d'un paramédical est mieux appropriée et plus efficace que ce que l'on peut attendre d'un médecin* », estime Jean-Michel Chabot. D'autant que ces actions se déroulent sur un mode « protocolé » au sein d'une équipe pluriprofessionnelle, qui naturellement, se retrouve pour des staffs de concertation/suivi.

- La deuxième option c'est **le feed-back**, le retour d'information. Chaque professionnel de l'équipe peut ainsi situer son action et ses résultats par rapport à des schémas de prise en charge « idéale » et, le cas échéant, par rapport à ses collègues. C'est un des modes

d'organisation des groupes de pairs. Cette option implique la disponibilité d'un dossier médical informatisé.

- La troisième option, celle de l'utilisation routinière des *reminders* ou aide-mémoire

Le partage des tâches semble la solution pour ces deux exigences contradictoires.

À temps de travail donné, il est peut-être possible de gagner du temps strictement médical en réduisant le temps consacré à des tâches administratives et déléguer de certaines tâches aux infirmières. Toutefois, cette forme de prise en charge semble être plus développée dans d'autres systèmes de santé ; elle y est favorisée par le paiement à la capitation. Le paiement à l'acte, qui valorise le seul contact en face à face, fait obstacle à cette évolution en France.

Dans son rapport le Dr Hubert précise : « *La relation prescripteur/prescrit, qui est celle que des générations de professionnels de santé ont connue, va s'en trouver bouleversée. De vrais **partages de tâches** vont se mettre en œuvre, que ce soit par raison, du fait du manque de médecins, ou par volonté affirmée, pour optimiser le temps médical. Anticipée, préparée et non subie, la coopération entre professionnels de santé constitue une chance pour tous les professionnels de santé, une garantie d'accès à une offre de santé de proximité pour les populations et porteuse d'une plus grande efficacité et d'une meilleure qualité de notre système de santé* ».

Pour les médecins, les coopérations peuvent contribuer à améliorer les conditions d'exercice, en développant par exemple l'exercice pluriprofessionnel et leur permettre de privilégier les activités purement médicales. Elles peuvent être aussi l'un des éléments de réponse aux problèmes d'optimisation du temps médical.

Pour les autres professions de santé, les coopérations offrent des possibilités en termes d'attractivité des professions, d'évolution de fonctions et de perspectives de carrière autres que les seuls postes d'encadrement, par l'accroissement des missions et la reconnaissance de l'évolution des compétences par exemple. Cela peut apporter une légitime reconnaissance à certains professionnels paramédicaux, en redéfinissant le contour des métiers, en les faisant évoluer, en créant de nouveaux métiers, en faisant émerger de nouvelles compétences...

« Il y a nécessité de s'interroger sur les métiers actuels pour anticiper les compétences par rapport aux besoins de la société, pour faciliter des passerelles entre différentes professions, pour préparer à des cheminements de carrière (emplois utiles et variés), pour mettre de la cohérence entre les métiers/emplois/formation. » (Coopérations et loi HPST : perspectives du déploiement des coopérations. Marie-Andrée Lautru Chef de projet Coopérations des professionnels de santé, sous-direction des ressources humaines du système de santé, direction générale de l'Offre de soins, ADSP n° 70 mars 2010)

Cette association peut s'effectuer en mobilisant des professionnels de santé à l'extérieur du cabinet – **l'externalisation** – et/ou en mobilisant ces professionnels au sein d'une équipe dans le cabinet du généraliste – **l'intégration**.

La loi réserve un statut particulier aux **pharmaciens**. Non seulement *ils « peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement des patients »* mais, *« désignés correspondants de l'équipe de soins par le patient », ils « peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médicaments destinés à en optimiser les effets »*. Art. L. 5125-1-1 du CSP.

Les freins au partage des tâches entre professionnels de santé et à la réorganisation en maison de santé

Les freins pour les professionnels :

- le cadre législatif et juridique :

- Les textes sont inadaptés à une organisation des soins moderne : le code de la santé publique distingue trois grandes catégories de professions de santé : les professions médicales (médecins, sages-femmes et chirurgiens-dentistes), les professions pharmaceutiques (pharmaciens et préparateurs) et les auxiliaires médicaux. Les professions de santé se trouvent restreintes dans leurs initiatives de répartition de leurs activités par des décrets de compétence rigides qui énumèrent des listes limitatives d'actes.

- le cadre juridique d'exercice : le champ d'intervention des professionnels devrait être défini par les missions qui leur sont confiées et non par une liste d'actes,

- financiers :

- Surcoût lié aux charges communes : une étude de la FFMPS menée en 2009 montrait qu'un médecin installé en maison de santé dépense en moyenne 4400 euro de plus par an qu'un médecin en cabinet.
- Peur de perdre une partie de leurs recettes avec la perte des actes délégués
- Investissements importants déjà réalisés dans leur cabinet individuel
- le paiement uniquement à l'acte, qui valorise le seul contact en face à face entre le professionnel de santé et le patient

- personnels :

- lourdeur d'un déménagement
- lourdeur d'un changement d'organisation surtout pour les médecins proches de la retraite
- dynamique familiale : parfois, le conjoint est impliqué dans le fonctionnement du cabinet individuel
- mauvaise expérience personnelle

- interpersonnels : la peur des conflits.

- Le rapport Hubert souligne : « *Le concept de coopération entre professionnels de santé ne doit pas susciter un climat de défiance et de concurrence entre eux. Il est basé sur la recherche d'une valeur ajoutée qui a vocation à tirer vers le haut toutes les professions concernées de la fonction d'aide-soignante à celle de médecin en passant par toutes les professions médicales, pharmaceutiques et paramédicales* ».

- professionnels :

- peur de l'obligation d'adopter une manière de travail différente,
- les professionnels libéraux travaillent sur une patientèle qu'ils estiment « façonnée et éduquée à leur image »
- peur de la perte d'autonomie et de liberté ; les anthropologues affirment que l'idéal du travail en équipe entre en concurrence parmi les professionnels de santé avec l'idéal d'autonomie (Sarrandon-Eck A., « “Qui mieux que nous ?” Les ambivalences du “généraliste-pivot” du système de soins », in : Bloy G., Schweyer F.X. (dir.), *Singuliers généralistes, sociologie de la médecine générale*). Par ailleurs, les infirmières libérales sont très attachées à leur autonomie professionnelle, technique et économique. Elles se « positionnent en partenaires techniciennes, compétentes et disponibles, agissantes et non pas comme de simples exécutantes de prescriptions ou de dociles auxiliaires médicales » (Vilbrod A., Douguet F., « Les infirmières libérales et les autres professionnels du secteur sanitaire et social : une coopération jamais acquise toujours à construire et à reconstruire », *Solidarité et Santé*, hors-série, 2007)
- responsabilité professionnelle des actes délégués, les médecins ne voulant pas assumer la responsabilité d'un acte qu'ils n'auraient pas personnellement assuré et les paramédicaux ne souhaitant pas toujours être confrontés aux effets d'une autonomie à laquelle ils n'ont pas été préparés.
- avec l'augmentation des tâches administratives (certificats etc) et en perdant l'implication directe dans les aspects « non curatifs » de leur activité (prévention, éducation thérapeutique...) les médecins craignent une « démedicalisation » de leur métier,
- les conditions de formation : les conditions de formation initiale créent une forte séparation entre les médecins (bac + 10) et les professions paramédicales (bac + 3, sauf certaines spécialisations),
- difficulté pour le médecin de se projeter, au-delà de son cœur de métier, vers un rôle de manager d'équipe ou d'organisateur du système de santé
- le manque d'un dossier patient unique qui permettrait consultable et modifiable par les professionnels de santé intervenant auprès du patient.

Il en ressort que qu'une partie de ces freins peuvent être levés

- par la création d'une dynamique d'équipe dès la construction du projet, par des échanges continus et directs entre les professionnels de santé, avec abord de toutes les questions pouvant être à l'origine de malentendus.
- par l'institution des nouveaux modes de rémunération

Avantages pour les professionnels de se rassembler en maison de santé :

- l'organisation du travail :

- avec le recours à une assistante ou à un poste de secrétariat commun, ce qui permettrait un allègement du temps administratif. Par contre, l'emploi d'une assistante administrative peut être rentable dans la mesure où elle peut assumer des tâches administratives à un coût moindre que les recettes que pourra dégager le médecin en réalisant des actes médicaux, grâce au temps ainsi libéré.
- possibilité de poser plus facilement ses congés, sans avoir à chercher un remplaçant
- pour les médecins proches de la retraite : possibilité d'assurer la continuité de la prise en charge de ses patients

- le plaisir de travailler en groupe

- dialogue et partage constant avec ses confrères permettent de rompre l'isolement
- soutien lors des situations médicalement et psychologiquement difficiles (accompagnement des patients en fin de vie)

- plaisir et valorisation du travail individuel :

- possibilité de se recentrer sur le « cœur de leur métier » en se libérant de certaines tâches répétitives et simples
- possibilité de mettre en pratique les connaissances acquises lors des super spécialisations (DU, DIU) jusque-là non réalisable par le manque de temps

- intérêt financier avec la mise en place des nouveaux modes de rémunération

3.2 Les collectivités locales

« Une maison de santé doit être un projet porté par des médecins, pas se résumer à quatre murs que des élus locaux s'offrent comme ils s'offrent une nouvelle piscine. Ce n'est pas toujours le cas aujourd'hui, il y a des maisons de santé vides. J'ai donné des consignes claires aux agences régionales de santé : elles ne doivent pas être confondues avec un guichet où l'on vient chercher un chèque. » Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Le Figaro, 6/10/2010

Avantages pour les collectivités locales

- assurer et améliorer l'accès aux soins de la population administrée, avec une offre de soins plus lisible. L'accès aux divers professionnels de santé est facilitée par des aménagements (parkings, rampes pour les personnes à mobilité réduite...), par un regroupement dans un seul lieux des professionnels de santé ainsi que par l'arrivée de nouveaux professionnels de santé jusqu'à là non présents
- la création d'une maison de santé rend le territoire attractif pour des jeunes professionnels et assure un lieux de soins pour le long terme
- un projet de maison de santé peut s'inscrire dans un projet électoral et constitue un point positif au moment des élections suivantes

Freins pour les collectivités locales :

- la santé ne fait pas partie de leurs prérogatives. Cependant, « *le non-remplacement d'un médecin dans une commune est vécu de façon angoissante comme une perte de sécurité ou comme un échec de la politique d'aménagement du territoire* » (Yann BOURGUEIL. La médecine générale dans tous ses états, *Réseaux, Santé & Territoire* n° 31). Par ailleurs, lutter contre la désertification médicale c'est aussi lutter contre la désertification des autres professionnels qu'elle peut entraîner
- la difficulté de montage des dossiers d'aide au financement
- les controverses liées à la perte par certaines communes de certains professionnels de santé qui iraient s'installer en maison de santé
- des médecins parfois réfractaires à l'idée d'une réorganisation du système de soins

3.3 L'Etat

L'Etat s'intéresse de près à la réorganisation des soins de premier recours représentée par le développement des maisons de santé ; par ses actions, il a montré volonté de rassembler sous une même logique l'amélioration de l'état de santé des populations et l'amélioration de l'efficacité des dépenses de santé.

La législation a évolué, depuis la première introduction de l'appellation « maison de santé » dans le Code de Santé Publique, article L6323-3, grâce à la loi de financement de la Sécurité Sociale du 19 décembre 2007, jusqu'aux nouvelles mesures annoncées en 2011 par la loi « HPST », qui crée un statut juridique aux maisons de santé pluridisciplinaires, inscrites dans le statut de société interprofessionnelle de soins ambulatoires ou Sisa. La Loi prévoit que le projet de santé, « compatible avec les orientations des schémas régionaux », est transmis pour information à l'agence régionale de santé.

Cette évolution de la législation s'est appuyée sur des nombreux travaux et réunions de concertations, a été affirmé dans des nombreux discours et a été accompagné des actions :

- déclaration du ministre de la santé relative aux aides potentielles depuis 2008,
- les discours du président de la République lors de sa visite à la maison de santé de Bletterans en septembre 2008 et lors des vœux aux professionnels de santé en janvier 2010,
- les sollicitations de la FFMPS pour des auditions et des interventions au ministère de la Santé, au secrétariat d'Etat chargé de la politique de la ville et devant les directeurs des ARS.
- Le comité interministériel d'aménagement et de développement du territoire (**Ciadt**) du 11 mai 2010 a prévu la création de 250 maisons de santé pluridisciplinaires entre 2010 et 2013,
- La réorganisation de la DGOS et la création de l'ARS en 2010
- L'implication de la HAS

3.4 La HAS

La HAS a été créée par la Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie afin de contribuer au maintien d'un système de santé solidaire et au renforcement de la qualité des soins, au bénéfice des patients.

La HAS est chargée :

- d'évaluer scientifiquement l'intérêt médical des médicaments, des dispositifs médicaux et des actes professionnels et de proposer ou non leur remboursement par l'assurance maladie;
- de promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des professionnels de santé et des usagers de santé;
- d'améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé et en médecine de ville;
- de veiller à la qualité de l'information médicale diffusée;
- d'informer les professionnels de santé et le grand public et d'améliorer la qualité de l'information médicale;
- de développer la concertation et la collaboration avec les acteurs du système de santé en France et à l'étranger.

La HAS anime des groupes de travail qui ont soit abouti sur des recommandations sur l'exercice coordonné et protocolé en 2007 :

Selon la HAS, pour valider leur EPP, les professionnels de santé impliqués dans un exercice coordonné et protocolé en maisons de santé, pôles de santé ou centres de santé s'engagent à utiliser un dossier partagé (papier ou informatique) ;

- participer régulièrement aux réunions de concertation-coordination ;
- soumettre à la discussion les problèmes soulevés dans la pratique clinique (soins ou organisation), lors de réunions des professionnels (6 à 10 fois par an) ;
- adopter et/ou participer à l'adaptation ou l'actualisation de protocoles de soins, en référence à des données de la science de type *Evidence Based Medicine** (EBM), et les mettre en oeuvre ;

- analyser et suivre les améliorations mises en place, à l'aide de critères, indicateurs ou paramètres cliniques notés dans les dossiers.

Ils pourront aussi :

- participer à la réalisation d'actions de dépistage et de prévention individuelle ou collective de certaines pathologies (dont les alertes informatiques) ;
- participer à la réalisation et à la mise en oeuvre de fiches d'information des patients, et/ou d'affiches

Pour la HAS, « dès lors que des équipes médicales ou des soignants s'engagent dans la voie de l'évaluation/amélioration de leurs pratiques, ils s'impliquent dans une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients ».

La mise en œuvre de l'exercice coordonné protocolé permet à un médecin, engagé à son initiative, de valider son EPP. La validation de l'EPP de ce médecin est réalisée :

- dans le secteur libéral, par un médecin habilité mandaté par l'URML ou par un organisme agréé ;
- dans le secteur salarié, par un organisme agréé.

(http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/lexercice_coordonne_et_protocolé_en_ms_ps_et_cs_-_novembre_2007.pdf)

D'autres groupes de travail ont construit des protocoles de soins très exhaustifs en 2008 et 2010 qui ont pu être expérimentés dans les maisons de santé.

Afin d'accompagner les professionnels de santé dans leur démarche de coopération et d'améliorer la sécurité et la qualité des soins, la HAS a publié, sur son site le 9 septembre 2010, deux guides méthodologiques.

Guide méthodologique tome 1 : conditions de succès de la coopération et retour sur les expérimentations menées entre 2004 et 2007

Ce guide s'inscrit en amont du dispositif prévu par l'article 51 de la loi HPST. Il présente, à partir des expérimentations dites Berland, des enseignements opérationnels, utiles dans la conduite d'un projet de coopération portant sur des actes dérogatoires aux conditions légales d'exercice.

Dans la présentation de ce guide la HAS explique que « *La diversité des domaines cliniques abordés et des professionnels impliqués permet de répondre à un spectre large des difficultés qui peuvent survenir dans la mise en œuvre concrète de nouvelles formes de coopération : anticipation des freins à la coopération ; formalisation du projet : rôles et responsabilités, objectifs et conditions de réalisation ; création d'un environnement favorable : locaux, plannings, moyens humains ; formation adaptée : acquisition de nouvelles compétences ; mise en place d'une démarche qualité. »*

En s'appuyant sur les témoignages des professionnels qui ont pris part aux expérimentations mises en œuvre à la suite de l'arrêté de mars 2006, ce guide méthodologique décrit les principales étapes de la gestion d'un projet de coopération avec des conseils précis et opérationnels sur les écueils à éviter ou au contraire sur les facteurs d'une implantation réussie.

Le premier tome du guide méthodologique conclut sur les conditions nécessaires pour l'intégration des nouvelles formes de coopération au sein d'une organisation existante :

- une démarche de gestion de projet, reposant sur l'anticipation des freins, en particulier liés aux identités professionnelles, sur l'échange et la communication, sur le questionnement de l'organisation en place et sur un management actif
- une formalisation rigoureuse, assurant la cohérence entre les objectifs du projet et les moyens nécessaires pour le réaliser, en termes de ressources humaines, techniques ou procédurales
- des acteurs motivés et formés selon une approche associant formation pratique par compagnonnage et formation théorique ;
- une gestion des risques *a priori* par des protocoles, des *check-lists* ou tout autre outil formalisé et collectif de la prise en charge. L'organisation des coopérations entre le médecin et un autre professionnel de santé implique :
- un environnement favorable : degré de reconnaissance dans le fonctionnement général de la structure, stabilité des équipes, moyens techniques et humains disponibles, organisation géographique et temporelle ;
- un besoin accru de coordination, dont il faudra préciser localement les missions et les moyens ;

- la circulation et le partage de l'information à plusieurs niveaux : communication interne sur le projet dans l'unité concernée mais également dans la structure générale ; circulation des informations sur le patient et sa prise en charge ; information du patient.

Guide méthodologique tome 2 : élaboration d'un protocole de coopération

Réalisé conjointement avec la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), il vise à faciliter la compréhension mutuelle des différents acteurs impliqués dans les protocoles de coopération et à aider les professionnels de santé à rédiger des protocoles de coopération éligibles au titre de l'article L. 4011-2 du code de la santé publique pour en faciliter l'instruction par l'ARS et la HAS et permettre leur mise en œuvre.

Le guide est présenté sous forme de fiches pour chaque acteur concerné par la coopération « *pour leur permettre d'appréhender rapidement leur rôle et leurs attributions respectives* ».

Le processus conduisant la HAS à émettre un avis conforme sur un protocole de coopération transmis par l'ARS comprend 4 étapes :

- recevabilité du protocole de coopération (réalisée par l'ARS) ;
- consultation de l'ensemble des parties et en particulier des instances ordinales des professions de santé concernées ;
- instruction du protocole de coopération par un groupe d'expertise ;
- délibération du Collège de la HAS sur le protocole de coopération.

La HAS propose également sur son site des « Des outils à télécharger » :

- Grille du protocole de coopération conforme à l'annexe 1 de l'arrêté du 31 décembre 2009, à remplir et à soumettre à l'ARS.
- Questions à se poser avant de créer un protocole de coopération
- Fiche descriptive de présentation d'indicateurs
- Questions à se poser avant d'adhérer à un protocole de coopération autorisé
- Liste des pièces à fournir à l'ARS pour une adhésion
- Modèle de déclaration d'engagement mutuel en binôme
- Modèle de déclaration d'engagement mutuel en équipe

<http://www.msp.groupe-galilee.fr/maisons-de-sante-pluridisciplinaires-vie-des-msp/maisons-de-sante-pluridisciplinaires-protocole-de-cooperation-interprofessionnelle/68-article/135-cooperations-entre-professionnels-de-sante-publication-du-guide-delaboration-dun-protocole>

3.5 L'Assurance Maladie

« La France occupe, parmi les pays de l'OCDE, le second rang quant au niveau de dépenses consacrées à la santé en proportion de PIB. Depuis 1945, les progrès de la solidarité sociale se sont accompagnés d'une hausse des dépenses collectives de santé qui, sans pouvoir être déplorée par elle-même, justifie néanmoins aujourd'hui la préoccupation des pouvoirs publics et, au-delà, des citoyens eux-mêmes. En outre, les évolutions repérables aujourd'hui aux plans démographiques et épidémiologiques pourront engendrer une modification importante des équilibres actuels de la solidarité.

Pour préserver et garantir la pérennité de notre système de protection sociale fondé sur la solidarité collective, chacun s'accorde aujourd'hui sur la nécessité d'accroître l'efficience des dépenses » (Plan stratégique régional de santé : Document soumis pour avis au préfet de la région, au Conseil régional, aux conseils généraux, aux conseils municipaux et à la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie, 6 juin 2011, ARS Ile de France)

En parlant de la dangereuse avancée du désert médical et de l'organisation des soins, Solange Ménival. (*Vice-Présidente de la Commission Santé de l'Association des Régions de France*) affirme : *« L'assurance-maladie s'est construite avec le système libéral. Elle est en train de creuser sa propre tombe. »*

1. Le régime général aide au regroupement des professionnels de santé par le Fond d'intervention pour la qualité et la coordination des soins : le **FIQCS**.

Créé par l'article 94 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, l'objet du FIQCS est l'amélioration de l'efficacité de la politique de coordination des soins et le décloisonnement du système de santé.

Ce nouveau fonds reprend les champs d'intervention du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) - hors financement des actions d'évaluation des pratiques médicale - et de la Dotation nationale de développement des réseaux (DNDR) qui fusionnent.

Il est opérationnel depuis le 1er juillet 2007, par application du décret n°2007-973 du 15 mai 2007, paru au JO du 16 mai 2007.

Sur la base des orientations nationales actuelles, l'Assurance Maladie soutient prioritairement les projets répondant aux finalités suivantes :

- renforcer l'attractivité d'un exercice professionnel en zone rurale ou péri-urbaine déficitaire,
- développer des modes de pratiques coopératives entre professionnels de santé et contribuer ainsi à rompre leur isolement et à limiter la charge de leurs contraintes (gardes et congés alternés),
- permettre l'innovation dans les modes de prise en charge à des fins de meilleure efficacité du système.

Le FIQCS finance :

- Le développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de santé.
- Des actions ou des structures contribuant à la permanence des soins (PDS) : maisons médicales de garde, centre de régulation libérale.
- Des actions ou des structures visant au maintien de l'activité et à l'installation des professionnels de santé pour favoriser un égal accès aux soins sur le territoire.
- Des actions favorisant l'exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé.
- Des actions et expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité des soins de ville.
- Le développement du dossier médical personnel (DMP).

Les ressources du fonds sont constituées par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

- une enveloppe gérée au niveau des instances nationales destinée à l'attribution des aides pour les actions à caractère national ou interrégional, dont le DMP,
- une enveloppe « déconcentrée », destinée au financement des actions à caractère régional ou local. Les aides peuvent être attribuées sur une base pluriannuelle.

La gestion du FICQS était assurée jusqu'en 2009 par les Missions régionales de santé (MRS) qui regroupaient les URCAM et les ARH, et depuis 2010 est assurée par les ARS.

Depuis la loi « HPST », le FIQCS est chargé du versement des contreparties financières accordées dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) passés entre les ARS et les établissements de santé. <http://www.senat.fr/rap/a10-090/a10-09060.html>

Autorisations de dépenses et reports à nouveau du FIQCS 2008-2010

(en millions d'euros Source : la loi de financement de la SS)

	2008	2009	2010	2011
Plafond de dépenses	285	250	290	296
Recettes	231	190	228	250
Report à nouveau	124	144	75	29

Le Ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales, la Ministre de la santé et des sports, et le Ministre de l'espace rural et de l'aménagement du territoire ont adressé une circulaire datée du 27 juillet 2010 aux préfets de région, aux préfets de département et aux directeurs des ARS pour la mise en œuvre du programme national visant à financer 250 maisons de santé pluridisciplinaires sur la période 2010-2013.

Cette circulaire définit les soutiens financiers possibles :

- Financements relatifs aux études préalables et à l'ingénierie ainsi que ceux afférents au fonctionnement de ces structures (secrétariat, informatique...) : 50 000 euros via les ARS (FIQCS) et éventuellement par les collectivités territoriales ;
- Dépenses de fonctionnement : les MSP pourront proposer de participer aux expérimentations des nouveaux modes de rémunération
- Pour l'investissement : les collectivités territoriales et EPCI (établissement public de coopération intercommunale) à Fiscalité Propre, maîtres d'ouvrage peuvent faire appel à des financements de l'Etat dont le taux maximal d'intervention ira de 25 à 35 % selon les zones concernées.

Les financements au titre de la Dotation globale d'équipement (DGE) et de la Dotation de développement rural (DDR), sous la responsabilité des préfets de département, devront être orientés en faveur de ces projets.

Au plan national, une enveloppe de crédits du Fond national d'aménagement et de développement du territoire (FNADT) pourra être mobilisée dans certains cas.

Enfin, la contribution de fonds européens pourra être sollicitée.

Critères de sélection

Cette circulaire précise les critères de sélection pour 2010, en l'attente du volet ambulatoire du SROS (Schéma régional d'organisation des soins) :

- être conforme au **cahier des charges national** des maisons de santé du ministère de la santé. Ce cahier des charges est accompagné de 3 annexes :
 - **l'annexe I** qui porte sur les modes de financement des maisons de santé pluri-professionnelles ;
 - **l'annexe II** qui porte sur les Caractéristiques de fonctionnement et d'organisation des projets de maisons de santé pluri-professionnelles ;
 - **l'annexe III** relatif au projet de santé des maisons de santé et des centres de santé;
- s'inscrire "dans 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 population".

Comité de sélection

Cette circulaire précise la constitution du comité de sélection – l'ARS, les préfets, en concertation avec le conseil régional, les conseils généraux et les représentants des professionnels – qui sélectionnera, au niveau régional, les projets qui bénéficieront d'un financement de l'état pour l'investissement.

Le réseau avec les CHU

La santé est un réseau d'acteurs très différents mais qui ont tous leur utilité. Le CHU, les médecins libéraux, les cliniques travaillent tous sur une population qui passe indifféremment d'une structure à l'autre. Tous les acteurs doivent communiquer, l'enjeu étant la qualité des soins. « *On est effectivement passé d'un parcours de soins à un parcours de santé, c'est-à-dire à une prise en charge globale qui implique des actions en amont et en aval du soin* » affirme le Dr Michel Amouyal, médecin généraliste, professeur associé de médecine générale à l'UFR Montpellier-Nîmes.

Avec l'engorgement des services hospitaliers, on assiste à une vraie perte de chances pour les patients en attente de place. On assiste aussi à un gâchis de compétences, car les moyens hospitaliers sont surdimensionnés pour certains patients qui pourraient être pris en charge en ville mais dont le séjour hospitalier se prolonge faute de trouver un relais satisfaisant à l'extérieur.

La bonne coordination d'un parcours de santé implique que les acteurs de santé travaillent en réseau. Un vrai réseau n'a pas de centre, il est un maillage qui peut être parcouru dans tous les sens ; la présence de l'hôpital dans le réseau de santé n'implique pas le risque « *d'hospitalocentrisme* ». Même si la création d'une MSP peut retentir sur les recettes de l'hôpital, la volonté des hôpitaux n'est pas d'attirer un maximum des patients, au contraire, ils font la chasse aux séjours plus longs que nécessaire. L'intérêt pour un hôpital est de trouver en dehors de ses murs les relais utiles à la prise en charge du patient.

Dans ces perspectives, les MSP ne se situent pas comme des concurrentes au centres hospitaliers, elles sont complémentaires, voire substitutives. 80 % des passages aux urgences hospitalières ont lieu pendant les heures d'ouverture des cabinets. (Quand un CHU joue la carte de la proximité : Entretien avec le Dr Michel Amouyal, médecin généraliste, professeur associé de médecine générale à l'UFR Montpellier-Nîmes, et Jean-Olivier Arnaud, directeur général du CHU de Nîmes, mai 2010)

Un marqueur du retard à l'accès aux soins est représenté par les hospitalisations « potentiellement évitables »

La prise en compte de l'accessibilité conduit aussi à mesurer le recours tardif au système de soins. On appelle hospitalisations « *potentiellement évitables* » des hospitalisations qui auraient pu être évitées si les soins primaires étaient intervenus auparavant en temps opportun.

Les pathologies concernées sont l'asthme, l'angine de poitrine, le diabète. Cette notion est d'origine Anglo-Saxonne : il a été montré que ces hospitalisations « évitables » étaient deux fois plus nombreuses à Manhattan qu'à Paris (Gusmano M., Rodwin V., Weisz D., 2006, « A New Way To Compare Health Systems : Avoidable Hospital Conditions In Manhattan and Paris » Health affairs ~Volume 25, Number 2)

Dans une étude réalisée en Île-de-France avec les données du PMSI 2006 (R. Freund, F. Tonnelier, J.F. Philippon « Les hospitalisations potentiellement évitables en Ile de France » ARHIF, EHESP Non publié), les hospitalisations « *potentiellement évitables* » concernent 6 % des entrées et 10 % des journées. En outre, trois pathologies représentent plus de 50 % des séjours (les complications du diabète, l'insuffisance cardiaque, l'asthme), et la durée moyenne de séjour est deux fois plus élevée pour les hospitalisations « *potentiellement évitables* » que pour les autres hospitalisations. Les taux élevés sont observés dans les zones défavorisées (pourcentage important de foyers non imposables, taux de chômage élevé).

« Longtemps accoutumé à s'organiser seul pour guérir des patients atteints de pathologies aiguës, l'hôpital doit désormais poursuivre un virage amorcé récemment pour s'adapter à la prise en charge de pathologies chroniques et devenir un maillon parmi d'autres de parcours de soins individuel sans cesse complexifiées. Alors que les besoins en hospitalisation complète diminuent, la transition vers la prise en charge en ambulatoire est peu aboutie »

(Plan stratégique régional de santé : Document soumis pour avis au préfet de la région, au Conseil régional, aux conseils généraux, aux conseils municipaux et à la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie, 6 juin 2011, ARS Ile de France)

<http://fr.calameo.com/read/0005359766192fe129bbc>

2. La MSA (Mutuelle Sociale Agricole)

Depuis quatre-vingts ans, la MSA (Mutualité sociale agricole) assure la protection sociale du monde agricole et rural. A ce titre, la MSA prend en charge les actifs non-salariés, comme les chefs d'exploitation ou les employeurs de main-d'œuvre, les salariés agricoles, ainsi que leurs ayants droit et les retraités.

La MSA est un organisme mutualiste. La représentativité de ses élus et sa connaissance du secteur rural lui confèrent une expertise indispensable pour construire l'avenir sur les territoires ruraux. « L'action mutualiste de la MSA est différente de celle des autres acteurs du monde de la protection sociale. », signifie « *la proximité, le dialogue, la vision globale des problématiques agricoles et rurales* » et permet « *de lancer des expérimentations sociales et sanitaires, de mener des actions concertées qui se traduisent par des réalisations concrètes tant sur les territoires ruraux et vers les populations qu'auprès des partenaires et des pouvoirs publics.* »

La MSA gère la protection sociale de façon globale, de la santé à la famille en passant par la retraite et le recouvrement, elle est donc **l'interlocuteur unique** de ses ressortissants, particuliers ou entreprises.

En plus des 2 000 administrateurs et des 27 000 délégués cantonaux élus, ce sont quelque 18000 salariés qui travaillent quotidiennement au service des ressortissants de la MSA, dont 2000 travailleurs sociaux, 500 médecins et 255 conseillers en prévention. **6,5 millions** de personnes bénéficient de prestations sociales agricoles. Plus **de 25 milliards** de prestations sociales versées chaque année par la MSA.

http://www.msa.fr/front/id/msafr/S1096461900275/S1096559781098/S1098122682370/publi_Carte-d--39-identite.html

Les valeurs affirmées de la MSA sont : La solidarité, la responsabilité et la démocratie

- « **La solidarité** s'exprime entre les différentes générations, entre de nombreux métiers, entre des territoires à forte productivité ou non, entre des personnes bien portantes et d'autres fragiles.
- **La responsabilité**, trait d'union entre les hommes solidaires qui ont bâti leur propre système de protection sociale, s'incarne aujourd'hui dans les hommes qui continuent à le développer.
- **La démocratie** est en œuvre dans ce système, car sa structure électorale s'appuie sur le principe « un homme, une voix » et représente toutes les composantes de la profession. »

Les missions de la MSA :

- **Protection sociale globale** : la maladie, la famille, la vieillesse, ainsi que les accidents du travail et les maladies professionnelles, mais également le recouvrement. Si la gestion simultanée de toutes les branches est le meilleur moyen de s'assurer que les ressortissants bénéficient effectivement de tous leurs droits sociaux, sans discontinuité, elle favorise aussi une approche globale de la protection qui permet à la MSA une gestion cohérente et efficace.
- La MSA gère également, pour le compte d'organismes partenaires, **la protection sociale complémentaire** en matière de retraite, de santé et de prévoyance
- La MSA poursuit une **politique d'action sanitaire et sociale** adaptée aux populations vivant sur les territoires ruraux, mène des **actions de prévention** des risques professionnels (bilans de prévention santé, éducation thérapeutique, dépistages, plan santé-sécurité au travail...)
- La MSA s'emploie à **maintenir la démographie agricole** et participe à la mise en œuvre des **nombreuses réformes législatives** qui impactent ses ressortissants.

En cohérence avec ses missions affirmées, la MSA s'est intéressée dès 2004 aux regroupements de professionnels de santé ; elle a introduit le terme de « maison de santé rurale » et a accompagné 9 projets expérimentaux dans 6 régions, avec comme objectifs de maintenir les professionnels en place et d'attirer de nouveaux professionnels. La Caisse centrale de la MSA a développé des outils d'accompagnement : documents de présentation : « **Créer une Maison de Santé Rurale Introduction à l'accompagnement** » <http://maisonsdesanterurales.msa.fr/wp-content/uploads/m5066-sans.pdf>, des DVD, site internet... Sur le terrain, la MSA apporte une aide essentiellement de l'ingénierie (diagnostic de territoire, réunions de concertation) et permet de faciliter le dialogue entre élus locaux et professionnels de santé. Des binômes composés d'un médecin et d'un administratif accompagnent les porteurs de projet., en proposant

- un appui médical pour la définition du projet de santé,
- un appui technique dans le montage financier, juridique et immobilier,
- un appui logistique et éventuellement financier.

Leur rôle est particulièrement important puisqu'ils sont censés :

- Canaliser les attentes, les demandes et les questions des professionnels de santé
- Informer les acteurs sur les aides et dispositifs concernés
- Faire le lien entre tous les acteurs concernés

- Dégager les facteurs de réussite et d'échec
- Exercer une certaine vigilance tout au long du projet pour s'assurer de sa fiabilité
- S'assurer que toutes les étapes sont respectées et que tous les acteurs sont au même niveau d'information

Pour ce faire ils peuvent :

- S'entourer d'appuis extérieurs (conseils ou partenaires)
- Bénéficier d'un appui de l'équipe projet MSR à la CCMSA
- Demander conseils à leurs homologues MSA dans d'autres régions qui ont eu à accompagner de tels projets

<http://msr.msa.fr/wp-content/uploads/dp-msr-fevrier-2009.pdf>

Dans leur **communiqué de presse paru le 21 février 2011 à Paris**, La MSA et le Crédit Agricole s'engagent pour la promotion de Maisons de santé rurales et pluridisciplinaires. La MSA exprime sa volonté de s'impliquer dans la recherche de solutions efficaces et durables tant sur les aspects fonctionnels qu'organisationnels. Les initiatives de la MSA sont nombreuses : exercice regroupé, coordination entre les disciplines médicales et paramédicales, travail en réseau ou incitations à l'installation de jeunes praticiens en milieu rural. Le Crédit Agricole, à son tour, propose des services de banque, d'assurances, de transactions et gestion immobilière au cœur de tous les territoires, à destination des professionnels, des entreprises, des collectivités locales et des particuliers.

[http://www.msa.fr/files/msafr/msafr_1298296179834_COMMUNIQUÉ LA MSA ET LE CR DIT AGRICOLE S ENGAGENT POUR LA PROMOTION DES MSR.pdf](http://www.msa.fr/files/msafr/msafr_1298296179834_COMMUNIQUÉ_LA_MSA_ET_LE_CR_DIT_AGRICOLE_S_ENGAGENT_POUR_LA_PROMOTION_DES_MSR.pdf)

3.6 La population

La reconnaissance de la place des usagers dans le système de santé, consacrée par la loi du 2 janvier et du 4 mars 2002, a marqué une évolution culturelle profonde en érigeant le citoyen comme acteur à part entière de sa santé. La place des usagers dans le système de santé est aujourd'hui profondément modifiée par l'accès à l'information médicale et sur la qualité des soins, et par l'émergence d'attentes sociales de plus en plus fortes en matière de qualité et de sécurité. Ces exigences citoyennes, croissantes dans le domaine de la sécurité sociale, placent les pouvoirs publics devant une obligation de résultat en matière de réactivité et de qualité d'expertise.

« En 1980, un médecin qui s'installait », raconte Elisabeth Hubert, ex-ministre de la Santé publique, cherchait des patients... « Aujourd'hui, ce sont les patients qui cherchent un médecin. »

« Autant la population accepte de se déplacer pour les soins secondaires et tertiaires, autant est-elle rétive à parcourir de longues distances pour accéder à des soins primaires. La population exprime ses exigences et acceptent difficilement le regroupement de professionnels dans des MSP qui se situent à des distances trop importantes de leur domicile. » (Entretien avec Solange Ménival, Vice-Présidente du conseil régional d'Aquitaine numéro spécial de "Réseaux, Santé & Territoire" lors de la formation MSP organisée par le Groupe Galilée le 22 juin 2010).

Avantages :

- l'accessibilité aux soins : trouver un grande offre de soins au même endroit, ce qui leur permet de limiter leur déplacements
- le confort : rampe d'accès, ascenseur, parking
- des soins adaptés en permanence à leur histoire personnelle et médicale, par le partage des dossiers médicaux et la continuité des soins
- amélioration de la qualité des soins, du à l'échange continu entre leurs soignants (Mehrotra A, Epstein A.M., Rosenthal M.B. « Do integrated medical groups provide

higher-quality medical care than individual practice association ? » Ann Intern Med. 2006 ; 145 :826-833)

Freins :

- la modification de l'organisation territoriale entraîne pour certains patients l'éloignement de leur médecin qui quitte son cabinet individuel pour s'installer dans la maison de santé, située parfois plus loin, ce qui peut entraîner un sentiment d'abandon, non compensé par les avantages objectifs.
- Crainte de la dépersonnalisation de leur relation privilégiée avec leur médecin dans un contexte de passage d'un cabinet individuel à un maison de santé.

3.7 L'Université

Les universités de médecine sont peu impliquées dans le nouveau cadre d'exercice représenté par les maisons et pôles de santé.

La formation des jeunes médecins reste essentiellement hospitalière. Depuis quelques années et pas dans toutes les universités, des stages ont été ouverts aux étudiants dans les cabinets de médecine générale. La découverte de l'exercice libéral de médecine générale permet aux étudiants d'avoir une approche du patient et des pathologies différente de celle observée dans les hôpitaux, et casser les aprioris sur la médecine générale. Le choix de la spécialité se fait suite au concours national d'internat, les étudiants pourront alors décider leur avenir professionnel en connaissance de cause.

Le décret du 16 janvier 2004 institue le DES de Médecine générale. Les étudiants qui souhaitent exercer la médecine générale doivent passer les Epreuves Nationales Classantes. La médecine générale prend sa place au sein des autres spécialités.

Pendant l'internat de médecine générale, deux stages peuvent être réalisés en cabinet de médecine générale, dont le second en autonomie totale (le SASPAS, mis en place en 2003), Le SASPAS donne à l'étudiant une meilleure formation à l'exercice de la médecine générale en ambulatoire et lui permet de mieux prendre conscience de ce qu'est la médecine générale et de sa capacité à l'exercer. Plusieurs études retrouvent une installation plus précoce des étudiants ayant réalisé leur SASPAS (Poncot Céline. Evaluation du SASPAS, enquête nationale auprès des internes. Thèse médecine : Lyon 2008, U.R.M.L. Ile de France. Enquête sur les désirs et freins à l'installation en libéral en Ile de France. 2007). Une autre étude a montré que les jeunes internes s'installent cinq fois plus souvent lorsque leurs stages sont réalisés en maison de santé que dans des cabinets isolés (Etude installation internes et MSP- Note audition Legmann, mars 2010, site www.ffmps.fr)

Pour attirer les internes et éventuellement les inciter à s'y installer, quelques conseils régionaux et généraux prennent en charge une part de leur frais de déplacement pour les terrains de stage éloignés de l'université.

Ces stages doivent être encadrés par des médecins généralistes, qui peuvent devenir maîtres de stage en postulant auprès de l'université de médecine. Cette rencontre entre les internes les

médecins installés est source d'enrichissements mutuels. En devenant maîtres de stage, les médecins généralistes se donnent la chance de trouver des futurs remplaçants ou associés.

Les études médicales sont en constante évolution, comme le prouve l'**arrêté du 10 août 2010** qui modifie la maquette de médecine générale, avec la diminution du temps de formation hospitalier en privilégiant la formation sur le terrain, avec le passage du stage de gynécologie/pédiatrie hospitalier à un stage ambulatoire :

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=3B0C7942BCBEF444C98D1F8E2F73E073.tpdjo17v_2?cidTexte=JORFTEXT000000807238&idArticle=LEGIARTI000022898596&dateTexte=20111202&categorieLien=id#LEGIARTI000022898596

« A) Deux semestres obligatoires dans des lieux de stage hospitaliers agréés au titre de la discipline médecine générale :

- un au titre de la médecine d'adultes : médecine générale, médecine interne, médecine polyvalente, gériatrie ;

- un au titre de la médecine d'urgence.

B) Deux semestres dans un lieu de stage agréé au titre de la discipline médecine générale :

- un semestre au titre de la pédiatrie et/ou de la gynécologie ;

- un semestre libre.

C) Un semestre auprès d'un médecin généraliste, praticien agréé-maître de stage.

D) Un semestre, selon le projet professionnel de l'interne de médecine générale, effectué en dernière année d'internat, soit en médecine générale ambulatoire (sous la forme d'un stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé), soit dans une structure médicale agréée dans le cadre d'un projet personnel validé par le coordonnateur de médecine générale. »

L'université forme le médecin comme professionnel des soins, mais ne fournit pas des bases du **management**, en vue de leur exercice ultérieur.

L'absence de formation des soignants au management a été identifiée comme étant une des difficultés majeures pour la réorganisation des soins de premier recours, et une inquiétude des professionnels face aux enjeux d'un regroupement

Par ses modules de formation, ADESA forme les médecins au management du groupe.

3.8 ADESA (Association pour le Développement de l'Évaluation en Soins Ambulatoires)

ADESA a une expérience de 8 ans dans l'accompagnement autour de deux actions :

1. Le bilan des compétences : l'analyse de la situation de l'activité des médecins généralistes pour les resituer dans leurs pratiques
2. Le séminaire « management de 'équipe médicale » qui permet aux professionnels de découvrir les notions de management, d'animation d'équipes, essentielles à la pérennité des structures des soins

La volonté d'ADESA est **d'accompagner** les médecins généralistes et les autres professionnels de santé impliqués dans la réorganisation des soins de premiers recours, **enrichir et optimiser** les projets

L'accompagnement ADESA s'articule autour plusieurs situations :

- Le médecin généraliste qui s'interroge sur son exercice et son parcours professionnel
- Les professionnels de santé qui portent un projet de regroupement
- Les professionnels de santé qui exercent en équipe
- Les professionnels de santé qui désirent accompagner ou animer une équipe

Avec l'évolution de la FMC vers le **DPC** (développement professionnel continu), ADESA a développé son offre d'accompagnement et présenté 10 projets au Comité Scientifique, dont **9 ont été retenus et financés** dans le cadre de l'OG DPC (l'organisme de gestion du DPC)

Les programmes de l'ADESA : sont destinés aux médecins généralistes qui peuvent s'identifier aux situations suivantes :

1) Vous êtes généraliste en exercice, vous vous posez des questions sur votre exercice et votre parcours professionnels

- **Analyse de ma pratique et résolution de mes problèmes** (2 jours) :

Ce programme doit permettre aux MG concernés d'être en mesure de porter un regard nouveau sur leur mode de fonctionnement en pratique professionnelle, puis d'apporter

des modifications notables leur permettant de retrouver du plaisir, de la satisfaction et de la reconnaissance par leur travail.

- **Mon parcours professionnel, mon avenir** (2 jours)

Ce programme vise à faire un retour sur son parcours, d'en visualiser les temps forts et les étapes clés. Il permet d'identifier les difficultés, les questions et les problèmes qui se posent, ainsi que les freins et motivations. Fort de ce bilan, le médecin pourra définir de nouveaux objectifs pour évoluer dans son projet professionnel.

- **Identifier ses besoins pour développer sa pratique professionnelle** (2 jours)

Ce programme vise à faire le point sur ses points forts et ses points à développer dans la pratique professionnelle, au regard du référentiel métier et des recommandations de bonnes pratiques. Cette réflexion sur les compétences aidera le médecin à identifier ses besoins de formation et à élaborer son plan de formation pour les 5 ans à venir

2) Vous souhaitez modifier votre organisation professionnelle / Vous êtes dans une démarche de regroupement quel qu'en soit le stade/ Vous souhaitez être aidé dans le portage de votre projet

- **Accompagnement des porteurs de projets de regroupement pluriprofessionnel :**

De nombreux professionnels de santé se regroupent en France actuellement. Les médecins ont besoin d'être accompagnés dans les tâches de gestion d'équipe, de portage de projet ou de résolutions de problèmes d'organisation des soins de premier recours sur les territoires. Ce programme vise l'acquisition de compétences pour analyser sa propre situation, créer une dynamique d'équipe et conduire un projet. Il est destiné à l'ensemble des professionnels de santé.

3) Vous êtes déjà regroupés/ Vous souhaitez réfléchir à un projet de santé/ Vous souhaitez développer le travail en équipe

- **Accompagnement des professionnels regroupés : le management l'équipe de santé** (2 jours)

Le management d'une équipe de santé constitue une compétence-clé que doit posséder un professionnel de santé et tout particulièrement le médecin généraliste, chef

d'orchestre de l'équipe de santé autour du patient. Se regrouper confronte le professionnel à de nouveaux défis, les réponses se construisent en groupe.

Ce programme propose aux professionnels de santé de prendre du recul pour :

1. Animer le collectif :
 - Donner du sens au travail en commun
 - Savoir donner des motivations au groupe
 - Reconnaître les rôles de chacun
2. Comprendre le mode de fonctionnement du leadership :
 - Suis-je un leader ?
 - Les différents modes de fonctionnement d'un leader
3. Gérer les salariés du groupe
4. Recruter de nouvelles compétences
5. Préparer une équipe au changement

Le programme réunit un petit groupe de participants (12) sous la conduite de deux formateurs accompagnateurs. Il repose sur des séquences d'analyse réflexive collective de la pratique à propos de situations vécues apportées par les participants.

- **Manager une équipe en EHPAD et à domicile (2 jours)**

La prise en charge d'un patient par le médecin généraliste traitant en EHPAD ou à domicile suppose la mise en synergie de l'ensemble des intervenants de l'équipe pluridisciplinaire : médecin coordonnateur, IDE, aides-soignants, ASH Auxiliaire de vie sociale., travailleurs sociaux pharmaciens, kinés etc. Ce programme de DPC aborde les caractéristiques du travail d'équipe pluri- et transdisciplinaire, l'approche systémique de la vie d'une équipe, la négociation et la gestion du projet collectif.

- S'initier à la dynamique d'un groupe professionnel pluridisciplinaire
- Connaître et reconnaître les rôles et fonctions des membres de l'équipe.
- Conduire une négociation entre partenaires d'une équipe pluridisciplinaire (et gérer les conflits).
- Gérer un projet collectif au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

- **Exercice coordonné et protocolé en maisons de santé ou pôles de santé.**

L'exercice regroupé peut permettre un exercice coordonné. L'objectif est de garantir aux patients un accès à des soins de qualité sur tout le territoire. Cela concerne tant le soin, la prévention, le dépistage, l'éducation thérapeutique.

La mise en place de ces diverses actions résultera d'un travail commun de production entre les membres de l'équipe, la cohérence dans la pratique des divers professionnels, et une analyse des résultats d'allier véritablement processus d'amélioration et meilleure prise en charge des patients.

Les outils permettant une bonne prise en charge en équipe peuvent être :

- Dossier partagé (papier ou informatique)
- Réunions de concertation/coordination
- Discussion de problèmes soulevés dans la pratique clinique (soins ou organisation), lors de réunions des professionnels
- Réalisation d'actions de dépistage et de prévention individuelle ou collective de certaines pathologies (alertes informatiques)
- Réalisation et mise en œuvre de fiches d'information des patients, et/ou d'affiches de salles d'attente, concernant les points clés de la prise en charge.

Ceci permet l'élaboration progressive d'un projet de santé sur le territoire

- **Exercice en groupe** : des réunions utiles.

Vous exercez en groupe de 3 ou plus de médecins généralistes, avec ou non d'autres professionnels de santé. Vous avez déjà institué des réunions régulières pour discuter de votre organisation de travail et pour échanger sur vos pratiques. Ou vous aimeriez le faire. Ce programme est destiné à valoriser ce travail de coordination en vous aidant à mieux structurer ces réunions et en vous permettant de valider ainsi votre obligation de DPC.

4) Vous souhaitez acquérir une compétence d'accompagnement d'équipe

- **J'optimise ma pratique de l'accompagnement de groupes d'échanges et d'analyse de pratiques**

Accompagner de façon efficace un Groupe d'échange et d'analyse de Pratique, dans sa démarche de DPC, c'est bien autre chose qu'animer une session de formation. Il s'agit d'acquérir une posture spécifique celle de l'accompagnant, sous tendue par une

éthique précise. Partisan convaincu de la démarche qualité en médecine de premier recours, vous souhaitez optimiser vos compétences dans ce domaine passionnant et impliquant.

5) Formation de tiers facilitateur dans les projets de regroupement

La France connaît une mutation de l'organisation des acteurs de premier recours. Ceci correspond à une nouvelle donne démographique et à de nouvelles aspirations de la part des professionnels. Dans la dynamique de la loi HPST, les professionnels de santé doivent maintenant devenir porteurs de projet pour les territoires. Pour investir cette nouvelle mission il peut être nécessaire de bénéficier d'un tiers facilitateur ans les phases de constitution d'équipe, de montage et de réalisation du projet. Cette aide pourra prendre la forme de témoignage, de conseils et d'expertise mais aussi de soutien au leader ou à l'équipe. Ce programme a pour objet de former des professionnels de santé à cette posture de tiers facilitateur.

3.9 UNRSanté (L'Union nationale des réseaux de santé)

Les réseaux de santé ont été mis en place bien avant l'apparition de la réflexion de regroupement en maisons et pôles de santé.

Officiellement, l'UNRSanté est née le 2 décembre 2008. Dans le « Manifeste pour une Union Nationale des Réseaux de Santé » du 16 décembre 2008, les objectifs fondamentaux de l'UNRSanté sont d'être :

- une force de proposition, en animant une réflexion sur le rôle des réseaux dans l'organisation des soins ;
- un instrument de représentation et de dialogue avec les institutions politiques et administratives, les organisations professionnelles de la santé, ainsi qu'avec les associations de patients que nous reconnaissons comme interlocuteurs privilégiés. (<http://www.unrsante.fr/manifeste-des-reseaux.html>)

Le point commun des MSP et des réseaux de santé est l'engagement dans les pratiques transversales et la pluridisciplinarité

Leurs rôles et leurs vocations sont différents :

- Pour les réseaux : la coordination de la prise en charge des patients au niveau des territoires de santé, en mettant en relation les soins ambulatoires, les établissements hospitaliers et le secteur social. Les réseaux sont situés à un niveau territorial plus vaste que les MSP et apportent des fonctions de coordination et des expertises plus spécifiques.
- Pour les MSP : la réorganisation des soins de premier recours, qui répond à la nécessité sociologique et économique de regrouper les professionnels dans un cadre pluridisciplinaire et pluriprofessionnel

A part la nécessité de combler la pénurie de médecins, le véritable enjeu de ces deux structures **est l'augmentation de la qualité des prises en charge**, ce qui nécessitera de répondre à de nombreux défis en matière de diagnostic et de traitement, mais aussi de coordination des prises en charge et de santé publique : dépistage, prévention, éducation pour la santé, éducation thérapeutique...

Les réseaux proposent des solutions pour répondre à ces défis, aux MSP comme aux très nombreux professionnels de santé qui ont encore un mode d'exercice moins collectif. Selon Michel Varroud-Vial souligne que les réseaux ne souhaitent pas imposer leur point de vue, mais qu'ils vont répondre à une demande et vont offrir ainsi leur valeur ajoutée.

Les réseaux peuvent aider les MPS :

- En fournissant un appui dans les situations complexes. L'UNRS a développé le **PPS (plan personnalisé de santé)** qui permet aux professionnels de santé de planifier et de coordonner le parcours de santé. Le PPS, élaboré par les acteurs de premier recours avec l'aide des réseaux, comprend
 - Un plan de soins proprement dit
 - Un plan d'éducation thérapeutique
 - Un plan d'aide aux patients

Cet outil est reconnu aujourd'hui comme la marque la plus visible de l'efficacité d'un réseau, car

- il s'adapte précisément à la situation du patient, au stade de sa pathologie,
- il mobilise les acteurs les plus appropriés qu'il appartient au réseau de réunir sur un territoire donné

Les objectifs de l'UNR.Santé pour le PPS

1. Assurer l'accès des patients
 - à une information éclairée.
 - à l'ensemble des soins et aides que réclame leur santé.
2. Favoriser le développement de la concertation pluri-disciplinaire.
3. Inciter à la gestion projective du parcours de santé
4. Passer de l'approche par maladie à l'élaboration d'un modèle de PPS poly-thématique
 - utilisable en soins primaires
 - pouvant être « nourri » par les CRH
5. Aboutir à un document « structuré » pouvant être déposé dans le DMP

Le PPS comprend 3 volets :

- Personnalisation de la prise en charge.
- Objectifs proposés.
- Actions planifiées.

Volet 1: personnalisation de la prise en charge

Description et évaluation de la situation du patient

- Pathologie en cause et quel est son degré de gravité et son stade d'évolution?
- Problème identifié par le médecin
 - Risque lié à la maladie ou à ses complications
 - Point critique du parcours de soins
 - Comorbidité
 - Comportement non favorable à la santé
- Préférences / attentes du patient et de l'entourage
 - Recueillies expressément par une ou plusieurs questions ouvertes

Volet 2: objectifs proposés

Objectifs proposés et partagés entre le médecin et le patient. Ces objectifs résultent du dialogue et de la négociation. Pragmatiques, ils doivent être précis, quantifiables et atteignables.

Ils peuvent être

- biomédicaux et être objectivés par un indicateur médical (HbA1c, PA, stade de dyspnée...) ou fonctionnel (périmètre de marche)
- qualitatifs : maintien à domicile, maintien de l'autonomie et de la condition physique, réduction de la douleur, amélioration de la qualité de vie... Un objectif n'est pas forcément global. Souvent, il correspondre à ce qu'il est nécessaire et possible de faire pour le moment : c'est la notion de micro-objectif

Volet 3 : actions planifiées

Description et évaluation de la situation du patient

- Actions prévues
 - Soins
 - Aides sociales ou médico-sociales
 - Education thérapeutique
 - Professionnels et acteurs intervenants
 - Professionnels de santé (médecins ou paramédicaux)
 - Etablissements de soins,
 - Services médico-sociaux,
 - Réseaux de santé
 - Freins et difficultés liés au contexte de soins : liés à la maladie, à la disponibilité des prestations, à l'état psychologique, à la situation sociale.
 - Freins/leviers : pour lever les difficultés et freins identifiés ou être des interventions subsidiaires ou d'attente lorsque l'intervention souhaitée ne peut être réalisée
- En fournissant une expertise pour la mise en œuvre des **programmes d'éducation thérapeutique**, pour lesquels leurs acteurs n'ont pas forcément toutes les compétences. Michel Varroud-Vidal souligne que *« Les réseaux qui sont actuellement le principal vecteur d'éducation thérapeutique et il importe qu'un lien entre l'existant et l'émergent soit organisé, ne serait-ce que pour des raisons d'efficience. »*, avec un lien qui pourrait aller, au-delà de la simple coopération, vers une synergie, avec partage d'expertises, organisation et mise en œuvre conjointe des programmes, formation des professionnels, répartition des thèmes d'éducation sur un territoire...
- En partageant leur expérience dans la réalisation des protocoles de pratiques transversales. Un des enjeux communs des réseaux et des MPS est de faire évoluer vers le « transversal » les recommandations actuelles qui sont élaborées par pathologie et même par spécialité.

En ce qui est du financement, les réseaux sont à 95 % financés par le FIQCS. Les réseaux sont des structures de coordination qui ne génèrent pas de ressources, ils ne tarifient pas la coordination aux patients ou aux professionnels.

A la différence des réseaux, les MSP sont des structures de soins qui génèrent des ressources (à travers le paiement des honoraires par les patients)

L'Union nationale des réseaux de santé incite au regroupement des réseaux vers des réseaux territoriaux de proximité, dont les fonctions devront être déterminées lors de l'élaboration des **Plans Régionaux de Santé**, en fonction de l'analyse des besoins et des ressources. Mais **9 points clés** ont été identifiés. Sur chacun de ces points des synergies peuvent être développées avec les MSP :

1. Proposer une coordination d'appui aux professionnels de premier recours pour tout ce qui n'est pas directement lié aux soins (social, administratif...), aboutissant à la simplification du travail et à la libération de temps médical. Ces réseaux doivent regrouper toutes les modalités d'appui proposées : celles exercées par les réseaux et celles appelées à être exercées par les « coordinateurs du parcours de soins » prévus par différents plans de santé publique.

2. Organiser les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP physiques ou virtuelles par télémédecine), permettant l'élaboration et la validation des Plans Personnalisés de Santé.

Ceci doit permettre aux médecins généralistes d'assurer les missions qui leurs sont confiées par la loi HPST (s'assurer de la coordination des soins, veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés, coopérer avec les autres acteurs sociaux et médico-sociaux...), tout en évitant d'adresser systématiquement à l'hôpital les patients en situation complexe.

Les PPS devront alimenter le Dossier médical personnel (DMP), de façon conforme au cadre national d'interopérabilité des systèmes d'information publié par l'ASIP Santé (Cf. communiqué UNR.Santé – ASIP Santé du 12 juin 2010).

3. Organiser des « consultations avancées » en collaboration avec les spécialistes d'organes libéraux ou hospitaliers et les réseaux thématiques, en lien ou en présence du médecin traitant. Le développement de la télémédecine sera un outil majeur pour cela.

4. Promouvoir les modes de rémunération forfaitaires proposés aux médecins de premier recours : forfaits de coordination autour de l'élaboration du PPS, entretien/synthèse avec le

patient et sa famille (A l'exemple de celui préconisé par le Haut Comité de Santé Publique pour l'évaluation annuelle des besoins en éducation et la proposition d'un programme personnalisé d'activités) et participation aux consultations avancées.

5. Formaliser des circuits efficaces en amont et en aval de l'hôpital :

– en amont : RCP pour l'accès à la chirurgie bariatrique, accès facilité aux hôpitaux de jour et aux prestations spécialisées, etc.

– en aval, suivi de la chirurgie ambulatoire et surtout prise en charge protocolisée des patients à risque d'hospitalisations itératives (des patients atteints de cancer, patients âgés fragiles ou polyopathologiques à risque de dépendance, insuffisants cardiaques, insuffisants respiratoires, diabétiques atteints de lésions des pieds, santé mentale, etc.). Ceci nécessite une étroite coopération avec les HAD, les SSIAD, et les services d'urgence.

6. Mettre en place un cadre commun d'organisation de l'éducation thérapeutique entre l'hôpital et les soins ambulatoires, facilitant la proposition de cette éducation aux patients.

7. Inciter et soutenir le développement des modes d'exercice en équipe de la médecine ambulatoire : maisons et pôles de santé, équipes de soins et de prévention... en lien avec les initiatives locales et en coopération avec les ARS et les URPS.

8. Favoriser l'organisation territoriale des partages de compétences entre médecins et professionnels paramédicaux, dans le cadre de l'article 51 de la loi HPST et dans le respect des compétences médicales et paramédicales.

9. Participer à la formation des jeunes médecins aux fonctions managériales en santé publique par la création de stages d'interne dans les réseaux de santé territoriaux.

<http://www.msp.groupe-galilee.fr/maisons-de-sante-pluridisciplinaires-territoire/maisons-de-sante-pluridisciplinaires-reseaux-de-sante/93-reseaux-maisons-de-sante-edito-mvv>)

Dans le communiqué de presse de 6 décembre 2010 sur le rapport Hubert, l'UNRSanté souligne que *« la condition du succès est que cette réorganisation aille au-delà des enjeux professionnels pour s'attacher à optimiser les parcours de santé des patients. C'est dans cet esprit que les réseaux de santé coopèrent avec les maisons de santé pluridisciplinaires et en soutiennent le développement ; c'est dans le même esprit qu'ils se sont regroupés au niveau des territoires de santé pour favoriser la création de pôles de santé pluridisciplinaires. Susciter une puissante dynamique de développement de ces pôles, qu'on peut brièvement*

caractériser comme des maisons sans les murs nous paraît être un des enjeux majeurs de la période qui s'ouvre. L'objectif est de multiplier la constitution d'équipes de soins de proximité coordonnées, où chaque professionnel de santé puisse trouver sa place en bénéficiant d'un soutien logistique, d'espaces de concertation pluridisciplinaires, de protocoles de coopération, d'un système d'information harmonisé et d'une rémunération forfaitaire des tâches de coordination et d'éducation thérapeutique. Pour atteindre cet objectif, l'expérience et l'expertise des réseaux de santé sont des atouts essentiels. »

3.10 La DATAR (Délégation interministérielle à l'Aménagement du Territoire et à l'Attractivité Régionale)

La DATAR est actuellement mise à disposition du ministre de l'Agriculture, de l'Alimentation, de la Pêche, de la Ruralité et de l'Aménagement du territoire.

Administration de mission à vocation interministérielle, la DATAR prépare, impulse et coordonne les politiques d'aménagement du territoire menées par l'État et accompagne les mutations économiques en privilégiant une approche offensive de la compétitivité.

La DATAR a la charge, sous l'autorité du Premier ministre, du secrétariat du **Comité interministériel d'aménagement et de développement du territoire et d'attractivité régionale CIADT**, réunions au cours desquelles sont prises les grandes orientations et décisions relatives à la politique nationale d'aménagement du territoire.

Les volets thématiques nationaux des CIADT sont préparés avec les ministères en liaison avec les préfets de région ou de département. Ces derniers sont, par ailleurs, amenés à proposer certains dossiers territoriaux qui sont examinés au cours des différentes réunions interministérielles

L'aménagement du territoire, cette « ardente obligation de toute Nation » comme le qualifiait Charles de Gaulle concerne tout autant la santé et l'action sociale que l'éducation, l'entreprise, l'environnement ou le monde rural.

La santé : un enjeu majeur des politiques d'aménagement du territoire, car les différentes études consacrées à la santé en France révèlent plusieurs formes d'inégalités territoriales : diversités sociodémographiques, inégalités face à l'accès aux services de santé, disparités quant à l'état de santé...

Même si ces inégalités pourront être atténuées, pour partie, avec les politiques de santé publique, il apparaît clairement aujourd'hui que d'autres politiques publiques ont un rôle important à jouer pour relever ce défi :

- les politiques économiques ont une influence sur la précarité, reconnue comme déterminant de la santé,
- les politiques sociales accompagnent les personnes vulnérables,

- mais aussi les politiques de transports et le développement des nouvelles technologies favorisant l'accès aux services, ainsi que les politiques de logement et l'urbanisme permettant un développement harmonieux et durable des territoires.

Le comité interministériel d'aménagement et de développement du territoire **Ciadt du 11 mai 2010** a prévu la création de 250 maisons de santé pluridisciplinaires entre 2010 et 2013, afin de favoriser le maintien des professionnels de santé en facilitant leur regroupement.

Les ministres en charge de l'aménagement du territoire, de la santé et de l'intérieur ont précisé les modalités de mise en œuvre de cette mesure dans une **CIRCULAIRE** adressée aux préfets et aux directeurs des Agences régionales de santé, datée du **27 juillet 2010**. « *Les maisons de santé s'inscrivent dans la stratégie régionale de santé portée par le directeur général de l'ARS dans le cadre du projet régional de santé. Le maintien d'une offre dans les territoires où la démographie médicale est fragile sera privilégiée* »

<http://territoires.gouv.fr/sites/default/files/datar/circulaire-plan-maisons-sante.pdf>

3.11 Les ARS

Une **agence régionale de santé (ARS)** est un établissement public administratif de l'État français chargé de la mise en œuvre de la politique de santé dans la région.

Les agences régionales de santé ont été créées le 1^{er} avril 2010 (**Décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé**) et sont régies par le titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique.

Ces établissements, créés en vertu de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 dite « Hôpital, patients, santé et territoire » (HPST), ont pour but « d'assurer un pilotage unifié de la santé en région, de mieux répondre aux besoins de la population et d'accroître l'efficacité du système ».

Les ARS remplacent l'ARH, l'URCAM, les DDASS et la DRASS. Ce regroupement d'acteurs publics devrait simplifier la recherche de subventions pour les porteurs de projets qui devaient précédemment monter des dossiers pour chaque organisme. Elles reprennent les missions des groupements régionaux de santé publique et des missions régionales de santé.

Elles remplacent enfin certains organismes de sécurité sociale que sont les Unions régionales des caisses d'assurance maladie et la branche santé des Caisses régionales d'assurance maladie (CRAM). Les CRAM deviennent les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) et conservent leurs attributions en matière d'assurance vieillesse et de risques professionnels.

L'agence régionale de santé (ARS) est un établissement public de l'État à caractère administratif. Elle est placée sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées. Elle est administrée par un directeur général et dotée d'un conseil de surveillance.

Le directeur général dispose de pouvoirs très étendus puisqu'il accorde les autorisations des établissements et services de santé et des établissements et services médico-sociaux. Il est ordonnateur des recettes et dépenses et représente l'agence en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Concrètement, les rôles des ARS sont d'assurer, à l'échelon régional, le pilotage d'ensemble de notre système de santé.

Les ARS sont responsables

- de la sécurité sanitaire,
- des actions de prévention menées dans la région,
- de l'organisation de l'offre de soins en fonction des besoins de la population, y compris dans les structures d'accueil des personnes âgées ou handicapées.

Dans chaque région, l'ARS :

- met en œuvre la politique de santé publique en liaison avec les services chargés de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile.
- suit l'état sanitaire de la région, contrôle le respect des règles d'hygiène et participe à la prévention et à l'éducation des patients.
- peut intervenir en cas d'urgence sanitaire.
- évalue les formations des professionnels de santé et aide ces derniers au moment de leur installation.
- participe au contrôle des actes médicaux et de la dispensation des produits de santé.
- mène les programmes régionaux de l'assurance maladie, notamment en matière de gestion du risque.
- autorise la création et l'activité des établissements de santé et des services de santé.
- autorise également la création des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Elle en assure aussi le contrôle.
- encourage la mise en œuvre d'un volet culturel dans ces établissements.

Les ARS garantissent une approche plus cohérente et plus efficace des politiques de santé menées sur un territoire et permettent une plus grande fluidité du parcours de soin, pour répondre aux besoins des patients.

Un des outils de pilotage de l'organisation territoriale des soins par les ARS sont les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (**CPOM**)

Ces contrats, prévus par les articles 6 et 118 de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » du 21 juillet 2009, fixent les grandes priorités des ARS jusqu'en 2013. Conclue le 8 février 2011,

ils sont le résultat d'une discussion approfondie entre les équipes de direction des agences régionales, d'une part, les directions ministérielles, les caisses d'assurance maladie et la CNSA, d'autre part.

Les contrats reprennent les trois grandes missions des ARS :

- améliorer l'espérance de vie en bonne santé
- promouvoir l'égalité devant la santé ;
- développer un système de santé de qualité, accessible et efficient.

Ces contrats ont pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins, formule assez large pour englober une grande partie des activités des maisons de santé.

Le FIQCS, créé en 2007 pour remplacer le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQS) et la Dotation nationale de développement des réseaux (DNDR), permet de financer six types d'action dont le développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de santé, la permanence des soins, le maintien d'une offre de soins en zone déficitaire et les actions favorisant l'exercice regroupé des professionnels de santé.

Depuis la loi « HPST », le FIQCS est chargé du versement des contreparties financières accordées dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) passés entre les ARS et les établissements de santé. ARS bénéficie ainsi d'un levier important pour la mise en œuvre des politiques de santé dans les territoires, du moins en matière de soins ambulatoires et de réseaux.

3.12 La FFMPS

La fédération française des maisons et pôles de santé a été créée le 18 septembre 2008 et est constituée de l'ensemble des fédérations régionales et des professionnels de santé impliqués dans des projets de maisons ou pôles de santé.

La FFMPS s'inscrit dans une volonté d'amélioration de l'accès aux soins et de la création des réseaux de soins polyvalents de proximité.

La première mission de la FFMPS est de représenter les maisons et les pôles de santé et d'être une force de proposition auprès des pouvoirs publics, des institutionnels, et des collectivités dans la réorganisation des soins de premier recours. Les représentants des fédérations régionales travaillent avec les ARS, les conseils régionaux et les unions régionales des professionnels de santé.

La FFMPS a d'autres objectifs statutaires:

« - Apporter un soutien au développement des maisons et pôles de santé et autres organisation permettant le regroupement de professionnels de santé, dans la perspective de réseaux de soins de proximité

- Apporter une aide et un soutien aux professionnels de santé des maisons de santé et autres regroupements dans les domaines de la gestion, du management, de l'organisation des soins de proximité, de la maîtrise de stage, de la formation, de la recherche et de l'évaluation des pratiques professionnelles

- Participer à l'élaboration et à la mise en place d'action de santé publique spécifique et pluridisciplinaire (programmes de prévention, d'éducation thérapeutique, de promotion de la santé notamment) »

La FFMPS peut être sollicité pour intervenir auprès des équipes porteuses du projet ou auprès d'un des membres de cette équipe pour fournir témoignages, expertises, aides, formation, voire proposer un accompagnement personnalisé. La spécificité de l'aide fourni par la FFMPS résulte de l'expérience de leurs membres et de leur connaissance des professionnels de santé.

La FFMPS définit les demandes en trois niveaux d'aide :

- **Le témoignage** : par des visites : soit des équipes porteuses d'un projet dans des maisons en fonctionnement, soit d'un leader d'une maison de santé en fonctionnement qui apporte le témoignage de son expérience sur le lieu de travail de l'équipe en projet. Ces rencontres peuvent relancer les motivations et permettent la transmission des informations pratiques.
- **L'expertise** : apporte une aide aux équipes rencontrant des obstacles dans les domaines : immobiliers, juridiques, financiers, de dynamique humaine notamment avec les élus locaux. La FFMPS propose : « une analyse de situation, puis conseils ou intervention »
- **L'accompagnement** : lorsque la simple expertise ne suffit pas, avec des aides tels : le « coaching » du leader (en partenariat avec l'association ADESA), aides à la gestion, au management, à l'organisation des soins de proximité.

La Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé regroupe actuellement plusieurs fédérations régionales, par exemple :

- FAMPS (Auvergne)
- FemaGISB (Bourgogne),
- FEMASBREIZ (Bretagne),
- Femasac (Franche-Comté)
- Femasif (Ile de France)
- Femalor (Lorraine)
- FMPMPS (Midi-Pyrénées)
- FEMASNORD (Nord Pas de Calais)
- FemasPACA (PACA)
- FemasRA (Rhône-Alpes)

Les actions menées par la FFMPS :

- **Visites de maisons de santé**, témoignages et discussions sur les méthodes de portage de projet
- **Interventions sur sites** à la demande d'équipes de professionnels de santé, communications téléphoniques et écrites par mail pour délivrer des conseils, de l'expertise, et des accompagnements

- **Interventions en congrès et colloques** pour apporter leur expertise en termes de démographie professionnelle, travail pluridisciplinaire, portage de projet de regroupement professionnel, etc... Par exemple, en 2010 :

15/10/09 Participation au comité de Pilotage national nouveaux modes de rémunération Paris

23/01/10 Intervention à la journée URML Nord Pas de Calais St Pol de Ternois

25/01/10 Participation aux journées transfrontalières Belgique-Nord Pas de Calais Tournai

27/01/10 Intervention au séminaire des responsables préfigureurs des ARS Paris

29/01/10 Intervention au séminaire national de l'UNR-s Lyon

30/01/10 Intervention aux journées MSP de l'URML Bourgogne Dijon ?

04/02/10 Participation au séminaire expérimentation NMR à la DSS Paris-DSS

18-20/03/10 Intervention au congrès ANEMF Marseille

27/03/10 Intervention au congrès MG France / atelier exercice Lille

07/04/10 Participation au groupe recommandations simplifiées à l'HAS St Denis

15/04/10 Intervention à la Mutualité Française Paris

24/04/10 Echanges MSP Méditerranée Salé-Rabat

19/05/10 Intervention au salon du Health Information Technologies Paris

21/05/10 Participation au comité de Pilotage national nouveaux modes de rémunération Paris

29/05/10 Intervention à la journée URML Midi Pyrénées sur les MSP Toulouse

10/06/10 2ème Intervention au séminaire des responsables préfigureurs des ARS Paris

11/06/10 Intervention au congrès FNO (orthophonistes) Vichy

22/06/10 Intervention sur une formation Galilée-EN3S - MSP Paris

07/07/10 Intervention en table ronde séminaire ANAP pour les ARS Paris

08/07/10 Intervention sur une formation ECE - MSP Paris

26-27/08/10 Intervention en séminaire ARS/DGOS Paris

10/09/10 Intervention au colloque de la DATAR Arras

11/09/10 Intervention à la journée DUERMG Créteil - MSP Créteil

16-17/09/10 Participation au séminaire national ETP/UNR-s Wimereux

22-23/09/10 Formation accompagnateurs MG France Paris

25/09/10 Intervention aux Assises nationales des HL : HL et MSP Venaray 21

30/09/10 Organisation de la journée FFMPS/ICT sur SI des MSP/PSP Paris

07/10/10 Réunion des ARS sur NMR Paris

08/10/10 Intervention en table ronde au Congrès des centres de santé Paris

20/10/10 Intervention aux Journées Santé-Travail CISME Paris

28/10/10 Intervention au Sénat aux "Rendez-vous sur la ruralité" Paris

9 /11/10 Intervention au congrès national des ORS Lyon

10/11/10 Participation à la réunion DGOS-ONDPS sur le numéris clausus Paris

17/11/10 Intervention au Forum Economique de la Santé / Les Echos Paris

17/11/10 Intervention au Colloque MSP Universitaires Montpellier

25/11/10 AG FFMPS Paris

- **Séminaires nationaux des maisons de santé**
- **Partenariat ARS** Par ses fédérations régionales, la FFMPS intervient en région, grâce des financements du FIQCS, en partenariat avec les ARS. Des membres des fédérations régionales siègent au CRSA et aux conférences de territoire des ARS.
- **Partenariat URML** : Union Régionale des Médecins Libéraux, en apportant son expertise auprès des élus en charge du dossier des maisons de santé.
- **Partenariat Conseils Généraux** pour apporter leur expertise sur démographie et territorialité.
- **NMR** La FFMPS participe au comité national de pilotage des nouveaux modes de rémunération.
- **Démarche qualité** La FFMPS participe aux groupes de travaux sur les protocoles pluridisciplinaires à la Haute Autorité de Santé.
- **Base de données santé en maisons de santé** La FFMPS participe à la réflexion sur l'évolution des bases de données en maisons de santé, avec l'objectif d'un dossier partagé sur un territoire par tous les professionnels de santé. Un cahier des charges a été élaboré.
- **Enquêtes et travaux pour les missions** Plusieurs enquêtes et travaux ont été menés pour apporter des données à des missions.
- **Auditions** La FFMPS a été auditionnée par plusieurs missions du secteur de la santé :
 - mission Juilhard, Vallancien, Touba, Crochemore (2009) sur le développement des maisons de santé
 - mission Legmann (2010) sur la refondation de la médecine libérale
 - mission Beaudier sur les ARS (2010)
 - mission Jacquard sur l'éducation thérapeutique
 - mission Hubert sur la médecine de proximité
- **Communication** Une circulaire d'information régulière est adressée aux adhérents.
- **Site web** Le site de la fédération : <http://www.ffmps.fr/>
- **Documentation** : En 2010 le Docteur Pierre de Haas, président de la FFMPS a sorti un livre : « *Monter et faire vivre une maison de santé* » aux éditions Le Coudrier. Dans cet ouvrage l'auteur rassemble des récits d'expériences, des éléments de

connaissance et des recommandations pratiques pour piloter un projet de maison de santé et pour permettre qu'elle s'inscrive dans la durée.

L'objectif du livre est d'aider toutes les parties prenantes de tels projets à monter et faire vivre une nouvelle structure.

La première partie de l'ouvrage présente cinq expériences réussies de maisons de santé car « avant de se lancer dans un projet, l'usage est d'aller voir ceux qui vous ont précédé, de discuter avec eux et d'apprendre de leur expérience ». La présentation des projets aboutis permet de comprendre la dynamique en œuvre de chaque territoire : contexte, élément déclencheur, acteurs, soutiens, difficultés...). Le choix des maisons de santé a été réalisé dans l'objectif de montrer la variété des réalisations et les paramètres liés au contexte qui influe sur la démarche : milieu rural ou urbain, dynamique initiée par les professionnels, l'assurance maladie ou une collectivité territoriale, financement privé ou public.

Chaque maison de santé est présentée sur le même schéma :

- Une fiche synoptique avec une photo et les caractéristiques principales
- Le contexte territorial
- L'histoire (de l'initiative à la réalisation)
- L'équipe de la maison de santé (en mars 2010)
- Le montage juridique
- L'aspect financier
- Le projet immobilier
- Les projets de santé et organisationnel

Les cinq maisons de santé présentées sont :

- La maison de santé de Pont d'Ain
- La maison de santé de Steenvoorde
- La maison de santé de Saint-Amand-en-Puisaye
- La maison de santé de Belleruche
- La maison de santé d'Aulnay et de Néré en Saintonge

Après une présentation des acteurs en jeu, la deuxième partie décrit les six briques à assembler pour construire une maison de santé :

1. **L'analyse territoriale** : avec

- a. *L'analyse de la motivation des personnels de santé* : pour permettre une bonne adhésion au projet
- b. *L'étude d'opportunité* : il s'agit de comprendre le contexte géographique et économique du territoire, d'analyser les données sociodémographiques et les éventuelles données sanitaires disponibles, de faire l'état des lieux de l'offre de soins du territoire dans ses différentes composantes et de conclure à partir de ces éléments à l'opportunité ou non d'un projet d'u point de vue de santé publique. Il est utile également de s'informer des politiques développées par l'ARS, le conseil régional, voire la délégation interministérielle de la ville
- c. *L'analyse stratégique de l'organisation des soins* avec l'étude et la comparaison de différents scénarios en termes de faisabilité, d'avantages et d'inconvénients.

2. **La dynamique humaine** :

- a. *La construction d'une dynamique professionnelle* : étape qui demande le plus d'énergie et de temps. Plusieurs réunions sont nécessaires entre le porteur de projet et les professionnels de santé concernés, pour faire exprimer les attentes de chacun et de percevoir l'écho produit chez les autres professionnels
- b. **Le leader professionnel de santé**, « pièce principale de l'édifice », qui doit avoir de multiples qualités : sens de l'écoute et de la communication, il faut qu'il soit capable de donner un sens au projet en tenant compte des attentes de tous les participants, il doit être motivé et consacrer du temps et de l'énergie et pour convaincre les autres professionnels de santé. Les aides extérieures qui pourrait le faire avancer sont : une formation au leadership, une assistance au renforcement de la motivation de l'équipe ou bien un accompagnement personnalisé.
- c. **La dynamique professionnels de santé / collectivités locales**. Si l'objectif est le même pour les deux parties, les motivations et les

raisons ne sont pas semblables, la coordination et l'entente peuvent être altérées par la différence de culture et de langage.

3. Le projet de santé et le projet professionnel

- a. **Le projet de santé** définit l'offre de soins proposée à la population par la maison de santé
- b. **Le projet professionnel** définit l'organisation du travail

4. **Les aspects juridiques** : permettent au groupe de construire son organisation sur des bases solides. Le contrat d'exercice en commun décrit ce qui lie les professionnels et définit les modalités de travail en commun, le temps de congés, les conditions de départs etc. La charte éthique de la maison définit les principes éthiques que les soignants s'engagent à respecter dans le cadre de leur activité à la maison de santé. Un règlement intérieur n'est pas une obligation, mais son écriture permet de discuter des questions d'organisation pour anticiper sur des éventuelles différences de point de vue.

5. Le financement du bâtiment

- a. *Les prix* : varient entre 1500 et 2000 euro/m²
- b. *Les différentes modalités* : du financement totalement privé au financement totalement public tout est imaginable selon les opportunités locales et les désirs des acteurs. Les financements qui peuvent être sollicités comme aide à l'investissement sont explicités sous forme de tableau.

6. L'immobilier

- a. Le portage peut être fait par les acteurs libéraux impliqués ou par les collectivités locales,
- b. Les étapes du projet immobilier
 - La recherche d'un terrain ou d'un bâtiment pour réfection
 - La recherche d'un architecte
 - Le choix d'un maître d'œuvre

- La mise en concurrence des assureurs avant le début de la construction du bâtiment
- Le suivi de la construction
- Préparer les emménagements

3.13 URPS : Les Unions régionales de professions de santé

Les Unions régionales de professions de santé ont été créées dans le cadre de la loi Bachelot. Ce sont des associations fonctionnant sous le régime de la loi de 1901. Les Unions des médecins remplacent les anciennes **URML**, Unions régionales des médecins libéraux. Chaque profession disposera d'une Union dans la région. Les URML héritent des missions de l'URML et en gagne de supplémentaires, en miroir des missions de l'Agence régionale de santé (ARS), présidée par Claude Evin.

Elle est de fait **l'interlocuteur privilégié de l'ARS** sur toutes les questions impliquant la médecine libérale:

- l'offre de soins ;
- les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS), en particulier **le nouveau volet ambulatoire** ;
- la permanence des soins ;
- l'installation ;
- les activités soumises à autorisation des établissements privés.

Elle participe également à la mise en œuvre du **projet régional de santé**.

Face aux évolutions constantes de l'exercice de la médecine, l'URPS médecins accompagne les praticiens libéraux au quotidien :

- pour leur **développement professionnel continu** ;
- pour développer la **télé médecine** et les **échanges informatisés sécurisés** ;
- pour créer des **maisons ou pôles de santé** ;
- pour participer à des opérations de **prévention** et d'**éducation thérapeutique** vers les patients.

« Les unions régionales des professions de santé auront pour mission de contribuer à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional et notamment à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en œuvre », précise le ministère de la Santé.

Elles participent entre autres :

- à l'analyse des besoins de santé et de l'offre de soins en vue notamment de l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins ambulatoire ;
- à l'organisation de l'exercice professionnel, notamment de la permanence des soins mais aussi de nouveaux modes d'exercice ;
- « à l'élaboration et la mise en œuvre des mesures destinées à améliorer l'aménagement de l'offre de soins sur le territoire et l'accès aux soins des patients » ;
- aux actions de prévention, de veille sanitaire, de gestion de crises sanitaires, de promotion de la santé et d'éducation thérapeutique ;
- « à la mise en œuvre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les réseaux, les centres de santé, les maisons de santé et les pôles de santé, ou des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins mentionnés à l'article L.4135-4 » ;
- au déploiement des systèmes de communication et d'information partagés ;
- au programme régional de gestion du risque.
- à la mise en œuvre du développement professionnel continu.

Le rôle des nouvelles unions est donc sans précédent pour contribuer à améliorer l'efficacité et l'efficience du système de santé par l'approche réaliste des professionnels : l'enjeu majeur de la politique régionale de santé étant de tirer le centre de gravité de l'hôpital vers le domicile du patient, les professionnels libéraux sont fortement impliqués dans cette construction.

L'assemblée définit un **règlement intérieur**, mais surtout **un programme de travail annuel**. Les fonctions de membre de l'assemblée sont exercées à titre gratuit, mais peuvent donner lieu à une indemnité forfaitaire destinée à compenser la perte de ressources qu'elles peuvent entraîner. Les unions régionales de professionnels de santé libéraux sont financées par la contribution des professionnels concernés, il s'agit donc d'une cotisation obligatoire. Les unions peuvent également recevoir des subventions ou différents concours financiers sous réserve que leur indépendance n'en soit pas remise en cause. <http://elections.csmf.org/urps-mode-demploi>

L'URMEL du Nord-Pas de Calais a publié en juin 2009 un **Guide d'aide aux porteurs de projet de création de maison de santé pluridisciplinaire**, dans lequel les aides proposées

sont détaillées : http://www.urps5962ml.fr/sites/default/files/images/images_templates/Guide-daide-aux-porteurs-de-projet.pdf

1. **audit du cabinet médical** qui permet de :

- Mieux appréhender l'organisation du cabinet
- Obtenir des conseils pour l'adaptation du cabinet
- Avoir accès à des informations pertinentes pour prendre des décisions : références réglementaires, informations pratiques, ...
- Valider l'obligation d'EPP.

L'URMEL propose :

- Une **auto-analyse** du cabinet à partir d'un référentiel (grille de questions) pour permettre au praticien d'identifier des potentiels d'amélioration
- Un **échange** avec ses confrères lors d'une réunion collective sur son territoire pour aborder ses questions, difficultés, idées, astuces, pour discuter des résultats collectifs et anonymisés et pour définir des pistes d'amélioration
- Un **accompagnement**

2. **Les groupes d'analyse de pratiques GAP** : l'URMEL peut apporter une aide méthodologique dans la mise en place des Groupes d'Analyse de Pratiques, ce qui permet :

- **d'améliorer la qualité des soins** en développant une démarche réflexive et en tenant compte des dernières données de la science
- **Favoriser des rencontres** régulières pour échanger sur les pratiques et les problèmes, rompre l'isolement, développer des nouvelles formes de relations professionnelles et se concevoir comme un groupe professionnel à part entière

Principes de la démarche : Le GAP regroupe des professionnels de santé d'un même territoire géographique qui, collectivement, analysent leur pratique par rapport aux données référencées (*recommandations*)

- sur un thème donné
- à partir de cas cliniques
- au cours d'une réunion d'une heure et demie environ
- animé par un pair

Le GAP repose sur l'organisation de 6 à 8 réunions par an, à un rythme (bi) mensuel, les discussions se font sans jugement autour de cas cliniques et de recommandations

3. L'**Apicrypt** : La messagerie est l'élément structurant de tout dossier médical, elle vise à améliorer la qualité des soins, tant pour le patient que pour le professionnel de santé.

L'URML propose :

- des formations gratuites aux secrétaires médicales,
- une installation simple avec un CD préparamétré ou sur site pour les cabinets de groupe et de spécialistes
- des supports de communication sont fournis aux radiologues et laboratoires pour diffuser l'information à travers leurs envois de résultat radio ou d'analyses.

3.14 L'USPO : Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine

Madame Roselyne Bachelot, Ministre de la santé, affirme en avril 2010, lors d'une interview publié dans « Le Pharmacien de France » no 1219 : « **La loi HPST a consacré la place du pharmacien parmi les professionnels de santé de premier recours. La sortie de la réserve hospitalière de médicaments très spécialisés a montré que les pharmaciens étaient prêts à s'investir dans le renforcement du lien ville-hôpital pour une meilleure continuité du parcours de soins.**

Grâce à la loi HPST, des coopérations entre les professionnels de santé vont pouvoir se mettre en place localement au plus grand bénéfice des patients, notamment ceux qui souffrent de pathologies chroniques. En particulier dans les zones rurales, où la densité médicale est faible, j'attends un plus grand renforcement du suivi de ces malades.

Les pharmaciens vont aussi pouvoir s'investir dans l'éducation thérapeutique et dans les campagnes de dépistage par exemple. Au total, nous aurons donc une meilleure prise en charge des patients grâce à un renforcement des actions de prévention et de prise en charge organisée des patients. »

Certains pharmaciens ruraux craignent que les maisons médicales présentées par Mme Bachelot comme une solution inespérée se révèlent, en fait, un remède pire que le mal. « Dans un tel schéma un nombre encore plus important d'officines rurales risquent de se trouver orphelines de tous prescripteurs et donc vouées à une mort certaine. » (réflexion de l'Association de Pharmacie Rurale, sur son site <http://www.pharmacie-rurale.org/sant%C3%A9-publique-et-am%C3%A9nagement-du-territoire>)

Devant l'inquiétude des pharmaciens des effets **de la généralisation éventuelle de Maisons de santé dans les zones rurales, le Ministre de la santé répond par la réaffirmation de l'intérêt de remédier à la désertification médicale** « *qui nécessite qu'on exploite toutes les solutions possibles pour y remédier* ».

Mme Bachelot souligne l'impact de la diminution du nombre des médecins sur la situation économique des pharmacies. Pour l'exercice médical, les Maisons de santé apparaissent comme une solution intéressante et sécurisante. Par contre lorsque les médecins se regroupent en cabinets pluridisciplinaires ou en Maisons de santé, les pharmacies qui n'ont pas de prescripteurs proches peuvent se retrouver en difficulté. La présence d'une pharmacie de

proximité pharmacie renforce l'attractivité du cabinet médical et la pharmacie bénéficie elle-même de ce rapprochement en termes d'activité et de qualité d'exercice. De plus, les patients apprécient la prise en charge globale dispensée au sein de la Maison de santé qui leur permet de trouver en un même lieu l'ensemble de soins dont ils ont besoin. Mme Bachelot conclut en rassurant les pharmaciens : « *Il n'y a donc pas d'inquiétudes à avoir : les Maisons de santé, et notamment en milieu rural, constituent une solution pour l'avenir où chacun, professionnel de santé et patient, peut trouver un intérêt évident.* »

Tout en soulignant la difficulté à imaginer des mesures incitatives aux regroupements, elle met en évidence les avantages à ce que plusieurs pharmacies petites et en surnombre se regroupent pour mutualiser leurs moyens en locaux et en personnel notamment : avantages en termes d'intérêt économique mais également en termes de qualité du travail accompli.

Le rapport Rioli du 9 juillet 2009 : « Le pharmacien d'officine dans le parcours de soins » souligne que « la qualité de professionnel de santé de proximité, fait que la pharmacie d'officine est une porte d'entrée facilement accessible au système de soins et un acteur incontournable dans la coordination des soins. »

Au regard des nouveautés législatives, l'équipe officinale pourra prendre en charge le patient en coordination avec les autres professionnels de santé :

- En participant à la prévention, au dépistage, aux missions d'information dans le cadre de la protection sociale,
- En tant que professionnels de santé de premiers recours,
- En s'investissant dans le suivi des traitements des patients chroniques,
- En s'investissant dans l'éducation thérapeutique des patients, les programmes d'aide à l'observance et d'évaluation des traitements (éducation sanitaire)
- En sortie d'Hospitalisation (coordination Hôpital-Ville et extension à la ville des OMEDIT).
- Au sein des EHPAD
- Dans le cadre du MAD et du HAD
- En concourant à la pharmacovigilance (veille sanitaire)

Ces nouvelles fonctions et cette plus grande implication de l'officine dans la prise en charge du patient nécessitent des changements dans sa structure et dans son fonctionnement, nécessitant des investissements financiers.

L'article 38 de la Loi HSPT ouvrant la possibilité au pharmacien d'être désigné «**pharmacien correspondant**» s'inscrit dans le cadre du suivi pharmaceutique. Le pharmacien correspondant pourra suivre un patient asthmatique, diabétique, cancéreux, hypertendu, hypercholestérolémique, hypertriglycéridémique, atteint de VIH, de Broncho-pneumopathie chronique obstructive, les Poly pathologies des personnes âgées etc...Il pourra également s'impliquer dans le suivi des chroniques par le renouvellement de l'ordonnance entre deux consultations médicales avec adaptation des posologies en accord avec le médecin traitant le cas échéant. Il interviendra notamment dans le contrôle du mésusage du médicament et dans la lutte contre l'iatrogénie en développant les actes nécessaires autour de l'utilisation du **Dossier Pharmaceutique**.

Ainsi, le refus de vente, le contact avec le médecin traitant, la modification d'une posologie ou l'expression pertinente de l'opinion pharmaceutique pourraient devenir des actes reconnus et valorisés.

Créée en 2001 à la suite d'une scission avec la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF), l'**USPO** n'a été déclarée représentative des pharmaciens titulaires d'officine qu'en 2005, au terme d'une enquête qui aura duré plus de deux ans. En dix ans, l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO) s'est installée progressivement dans le paysage syndical pharmaceutique.

Selon l'USPO, les avantages pour un pharmacien d'être syndiqué :

- Partager un projet avec sa profession
- Tendre vers son idéal d'exercice
- Respecter et défendre sa profession
- Anticiper sur les futures conditions d'exercice
- Rompre l'isolement et être écouté : "Chacun pour soi, tout le monde ensemble"
- Etre informé sur toutes les dispositions réglementaires fiscales, financières nécessaire à mon exercice

- Etre conseillé dans ses choix en bénéficiant de conseils et de documentations
- Etre soutenu et défendu lors des contrôles d'activité
- Etre conseillé lors des conflits patients/professionnels ou professionnels/professionnels
- Appartenir à un groupe solidaire et confraternel
- Etre sûr de pouvoir compter sur des confrères performants et efficaces
- Être informé du cadre réglementaire et légal dans lequel il exerce
- Réfléchir ensemble et participer à l'amélioration de son exercice
- Bénéficier d'une écoute et d'un soutien permanents

En 2010, cinq ans après avoir été déclarée organisation représentative des pharmaciens titulaires d'officine, l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine dresse un bilan de son action. : <http://www.pharmaciens-cotedor.com/fr/presentation-de-luspo>

- L'augmentation du quota de 2500 à 3500 habitants pour la création d'une seconde pharmacie ;
- L'élaboration et la signature de la Convention Nationale Pharmaceutique et de ses avenants ;
- L'amélioration des conditions commerciales en permettant aux pharmaciens d'acheter légalement les médicaments au prix fabricant ;
- La prescription du vaccin grippe par le pharmacien ;
- La reconnaissance dans la loi HPST du conseil pharmaceutique dans le premier recours ; Art. 36
- La valorisation du rôle du pharmacien d'officine dans le cadre de la coordination des soins par la mise en place de nouvelles missions reconnues ;
- Le statut de « pharmacien référent » en EHPAD ;
- La valorisation du rôle du pharmacien d'officine dans le cadre de la coordination des soins par la mise en place de nouvelles missions reconnues ;
- Le statut de « pharmacien correspondant » pour le suivi de patients chroniques et de personnes âgées, l'organisation de la sortie de l'hôpital, HAD...
- Signataire du Rapport RIOLI synthétisant de nombreuses propositions de l'USPO ;
- Condamnation LECLERC suite à sa publicité à la télévision

3.15 Le SNIIL : Syndicat des infirmières et des infirmiers libéraux

La bipolarité entre les métiers médicaux d'une part et les métiers paramédicaux d'autre part est très prégnante dans le système de soins français.

Les infirmiers, traditionnellement auxiliaires des médecins, ont conquis, face aux besoins, des champs d'actions distincts et, même si le travail en équipe a du sens, les pratiques sont peu à peu devenues parallèles.

Le déplacement de compétences et la coopération entre les professionnels de santé ont déjà été expérimentés dans d'autres pays :

- Les Etats-Unis sont les précurseurs en matière de coopération. Ils ont intégré la notion d'infirmières praticiennes afin de développer de nouvelles missions. Les infirmières praticiennes sont reconnues : à un niveau de formation nécessaire à la pratique, après avoir validé les examens, après évaluation des acquis et des savoirs et lorsqu'elles ont obtenu l'autorisation de pratiquer.
- Au Royaume-Uni, les pratiques avancées sont à la base de la réforme du national health service (NHS). Les consultations infirmières de première ligne qui proposent un bilan et une prise en charge de problèmes de santé mineurs ou orientent le patient au sein du système de santé. Le suivi des maladies chroniques, né dans les cabinets de soins de santé primaire correspond à une véritable réorganisation des prises en charge de ces pathologies. « Les infirmières consultantes et de conseil » assurent la promotion de la santé, qui a conduit à l'intégration totale de délégation de gestes et actions auparavant réalisés par un médecin.

En France, la loi Hôpital Patient Santé Territoires (HPST) a donné un cadre aux partages de savoir-faire entre professionnels de santé. Les coopérations sont définies essentiellement à partir de la pratique et de l'expérience. Aller au-delà pose la question de la formation des professions paramédicales.

L'article 51 de la loi du 21 juillet 2009 prend ici toute son importance. Pour la première fois, un texte de nature législative agit sur les missions des professionnels de santé, modifie le partage des rôles et les modalités d'exercice. Les incidences de cet article sont fortes sur les ressources humaines en santé. Dès lors que les tâches sont réparties autrement, les contours

des métiers sont appelés à être confirmés ou à évoluer. Des métiers nouveaux, notamment à l'interface des métiers médicaux et paramédicaux, vont apparaître à partir de compétences élargies ; les formations et qualifications doivent être revisitées.

Le « **Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer** » conduit par M. Hénart (janvier 2011) insiste sur la nécessité d'encadrer au mieux les processus d'émergence des nouveaux métiers « *sous peine de l'apparition d'effets pervers* » : compétition entre professionnels de santé, multiplication de interventions auprès d'un même patient, nomadisme médical, avec plusieurs guichets pour une même pathologie. La mission milite en faveur d'un raisonnement non pas par profession de façon isolée mais par filière professionnelle rassemblant l'ensemble des acteurs responsables de la prise en charge du patient

Le rapport pointe aussi la nécessité de prendre en compte la question de **responsabilité médicale**, qui est « *une question très sensible, y compris pour les associations de patients, qui pourrait conduire à un rejet par les professionnels, pour des raisons diamétralement opposées, du cœur des propositions de la mission* ». Après avoir acquis un haut niveau de qualification, les professionnels paramédicaux pourraient ne pas accepter une tutelle médicale serrée sur les actes qu'ils réalisent alors que ces actes leur auront été délégués, L'autonomie ne peut se concevoir sans espace de liberté d'exercice professionnel. Les médecins exigent de leur côté une situation claire sur la question de la responsabilité *in fine* des actes réalisés au sein de l'équipe des professionnels de santé, au nom de la responsabilité juridique.

Suite à la publication du Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire, le Syndicat des infirmières et des infirmiers libéraux (le Sniil) note avec satisfaction, dans d'un communiqué de presse du 8 février 2011 sur son site web (<http://www.sniil.fr>) « *que l'ensemble des idées pour lesquelles il se bat depuis des années sont aujourd'hui reconnues. A ce titre, le Sniil peut donc revendiquer (...) une réelle capacité d'anticipation.* » Conscient du travail à faire pour arriver à mettre en pratique les propositions émises au sein du rapport Hénart, le Sniil s'engage à « *œuvrer chaque jour pour faire avancer les dossiers dans ce sens. Au niveau national, en poursuivant le travail entrepris avec les syndicats d'autres professions de santé mais aussi en portant la parole des infirmières libérales au sein des différentes institutions ; ainsi qu'au niveau régional et local, en soutenant toute initiative prise par les professionnels de santé en matière de coopération interprofessionnelle, et au sein des 26 Agences Régionales de Santé.* »

Fondé en Avril 1973 par la volonté des Infirmières et des Infirmiers Libéraux de terrain, le Sniil regroupe des sections départementales sources et pierres d'assise de l'action syndicale nationale, réparties sur tout le territoire national. Le Sniil est le seul syndicat infirmier libéral présent sur toutes les régions.

Sa philosophie :

- défendre la profession d'infirmière et le secteur médico-social,
- assurer la promotion des libertés, des usagers professionnels en assurant un rôle de codécideur en matière de santé,
- répondre aux besoins des usagers par des soins de qualité.

Les objectifs statutaires du Sniil :

- L'étude et la défense des droits, ainsi que des intérêts matériels et moraux, tant collectifs qu'individuels, des personnes adhérentes aux présents statuts,
- De défendre et proposer une politique de santé publique et de protection sociale équitable pour tous,
- De faire respecter la charte de l'adhérent,
- D'œuvrer au respect des règles déontologiques des infirmier(e)s,
- De participer à la promotion du rôle infirmier tous secteurs d'activités confondus,
- De défendre les intérêts corporatifs, économiques, sociaux et moraux de tous les professionnels infirmiers libéraux,
- De documenter les adhérents sur toutes les questions professionnelles qui les concernent, grâce à des publications, à l'organisation de congrès, de conférences, de séances de formation continue et de toute autre activité conforme à la législation syndicale,
- D'œuvrer à l'élévation du niveau et de la qualité des études d'infirmier(e)s, de favoriser la formation professionnelle continue et de prendre toutes les initiatives pour l'assurer dans les meilleures conditions,
- De présenter aux tribunaux et aux particuliers des conciliateurs compétents pour l'examen des contestations relatives à la profession, tel que prévu à l'article 2 du Règlement Intérieur,
- De lutter contre l'exercice illégal de la profession en regard du décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier(e)s, et du code de la Santé

Publique, et contre toute situation pouvant porter un préjudice quelconque aux intérêts collectifs de la profession, d'interpeller dans ce but toute instance spécifique ou d'intervenir en défense devant toute juridiction, tribunaux ou pouvoirs publics,

- De promouvoir la coordination interprofessionnelle.

Mme Annick Touba, infirmière libérale en Loire-Atlantique et présidente du Sniil, est un des auteurs du **rapport « Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement »**, rapport réalisé en collaboration avec le Pr Guy Vallancien, Mme Crochemore et le Sénateur Jean-Marc Juilhard et publié en janvier 2010.

« J'ai accepté cette Mission afin de ne pas laisser la main mise aux seuls médecins. Je pense que le développement des pôles et maisons de santé peut constituer une véritable opportunité pour les infirmières libérales. Qui pourront, en gardant leur mode d'exercice, voir leurs compétences mieux reconnues. Bref, j'ai préféré tout simplement être présente là où les choses se décident. »

Devant le constat du cloisonnement du système de santé français, Mme Touba insiste sur le fait que le parcours de soins manque trop souvent de continuité, de fluidité et d'anticipation entre l'hôpital et le domicile. Tandis que le médecin traitant reste le référent médical légitime pour coordonner les soins à domicile, les autres professionnels de santé de proximité estiment qu'ils manquent trop souvent d'informations anticipées pour une prise en charge efficiente. Le constat qui s'impose, selon la représentante des infirmières, c'est que le responsable, donc le médecin traitant, « n'est pas forcément l'acteur principal » car il ne serait pas le professionnel de santé le plus disponible et le plus proche des patients. Une « vraie coopération et une coordination formalisées » ressortent comme étant « indispensables » à la qualité et la sécurité des soins, pour éviter des sentiments de rupture et d'abandon, pour mieux accompagner les malades et préparer avec eux leur réinsertion et leur réadaptation, actions qui sont prévues par **l'Article R4311-2 du Code de la Santé Publique** : « Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

1. De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et

psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;

2. De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;
3. De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ; »

La mission émet une préconisation spécifiquement destinée aux infirmières: celle prônant qu' « *une révision de la reconnaissance des compétences et du mode de rémunération des infirmières* » soit rapidement réalisée. Avec, à la clef, deux recommandations importantes : reconnaître les infirmières comme étant des professionnelles de premier recours ; mais aussi mieux valoriser leurs actes et activités en cabinet.

Par ailleurs, la Mission, sensible au devenir de la formation des professionnels de santé et de la recherche en soins primaires, recommande une autre mesure d'importance : celle « *d'adopter rapidement une nouvelle réglementation prévoyant un réel statut de maître de stage* » pour l'ensemble des professionnels et non exclusivement les médecins.

Les infirmières libérales doivent avoir un rôle prépondérant dans :

- Le suivi des pathologies chroniques
- Les sorties d'hospitalisations où elles sont souvent appelées en première intention
- Les soins palliatifs et l'accompagnement des personnes en fin de vie à domicile
- la prise en charges des personnes dépendantes et leur maintien à domicile en lien avec les services sociaux.

Le Sniil a été auditionné lors de la Mission Profession libérale présidée par Maitre Brigitte Longuet dont le rapport a été présenté le 21 janvier 2010 et a souligné :

- la nécessité d'intégrer dans la formation initiale une formation matière de gestion d'entreprise et de comptabilité
- la nécessité de rémunérer des compétences infirmières en matière de santé publique (prévention, dépistage, éducation à la santé, orientation du patient, éducation thérapeutique du patient...) qui ne sont actuellement pas tarifées

- pour les infirmières, de faire la différence entre indépendance et individualisme, aplanir les conflits de personnalité pour une meilleure confrontation des idées et des connaissances des professionnels de santé, pour assurer la qualité et la sécurité des soins

3.16 Harmonie Mutualité

Clef de lecture pour les mutuelles.

Une **mutuelle santé** est un organisme indépendant à but non-lucratif qui s'organise sur le principe de la solidarité entre ses membres. Elle s'occupe de la prise en charge de ses adhérents, les dépenses santé qui ne sont pas remboursées par la Sécurité sociale (ticket modérateur...). L'adjectif mutuel désigne, plus précisément, le caractère réciproque d'un droit ou d'une obligation.

Les mutuelles peuvent aussi gérer des œuvres mutualistes (cliniques, pharmacies, maisons de retraite...). Leur objet est d'établir une solidarité entre leurs membres dans un domaine précis. Mais à la différence des coopératives dont l'intervention peut prendre toutes les formes d'activité, les sociétés mutuelles interviennent toujours par des prestations financières : primes, indemnisation, prêt. Ces domaines sont actuellement le même que celui des assurances commerciales, des caisses de retraites et du crédit bancaire.

La société mutuelle a en commun avec la société coopérative et avec l'association que ses clients (et parfois ses employés) sont en même temps ses associés. De ce fait, elle se distingue fondamentalement d'un service public, d'une société commerciale et d'un organisme caritatif ou humanitaire en ce qu'elle n'apporte de service, d'assistance ou de secours qu'à ses propres membres et cela dans la limite de leur participation (Article L111-1, alinéa 1 du Code de la mutualité)

Une **complémentaire santé** gère et distribue des garanties santé appelées complémentaire santé. En bref, c'est une **assurance santé complémentaire à la sécurité sociale**.

Les mutuelles sont des **sociétés de personnes**. Les **administrateurs sont élus par les délégués, eux-mêmes élus par l'ensemble des adhérents**.

Il y a des mutuelles

- "dites" interprofessionnelles (ex. Harmonie),

- des mutuelles "dites" d'entreprise (ex. Airbus),
- des mutuelles nationales (enseignants, fonctionnaires : MGEN...).

Les distinctions entre ces types de mutuelles sont de moins en moins marquées avec les processus de fusion, qui concentrent de plus en plus de mutuelles. Par exemple Harmonie Mutualité, dont fait partie Harmonie Atlantique, est une mutuelle nationale (sur tout le territoire national), une mutuelle interprofessionnelle (toute catégorie socio-professionnelle peut y adhérer) et comprend des garanties de "groupe" pour des entreprises.

Les mutuelles relèvent du Code de la Mutualité.

Autres complémentaires santé :

- les assurances privées, à but lucratif (ex. Axa, Groupama...) avec des actionnaires à rémunérer. Les organismes qui se qualifient de mutuelles d'assurances sont des assurances privées commerciales (ex. MMA, Mutuelles du Mans Assurances). Les assurances privées relèvent du Code des Assurances,
- les Institutions de prévoyance, à but non lucratif (ex. Médéric) qui sont des organismes paritaires (patronat et syndicats). Les institutions de prévoyance relèvent du Code de la Sécurité Sociale.

Harmonie Atlantique.

Harmonie Atlantique couvre un habitant sur trois en Loire Atlantique.

Mutuelle Atlantique a rejoint le groupe **Harmonie Mutualité** devenant Harmonie Atlantique (comme il y a Harmonie Anjou, Harmonie Vendée...), après le regroupement d'une dizaine de mutuelles. Le conseil d'administration formé de délégués élus est maintenant national (et non plus départemental).

Ces processus de fusion, en nombre important, tiennent à l'évolution de la législation, en particulier sous l'impulsion des règles européennes, et à la concurrence qui s'est beaucoup développée ces dernières années.

En 2012, Harmonie Mutualité va fusionner avec quatre autres mutuelles d'envergure nationale ou régionale pour former **Harmonie Mutuelle**, devenant alors la première mutuelle de France.

Malgré ce gigantisme, il y a une volonté de maintenir le concept de proximité avec des délégués représentant Harmonie Atlantique sur le terrain, à l'écoute des besoins locaux.

C'est ainsi que la Communauté de communes de Nozay a sollicité Harmonie Atlantique pour son **projet de maison de santé**. Cette demande précise s'explique par la présence d'Harmonie Atlantique auprès de la population, auprès d'associations ou de collectivités..., en particulier dans l'aide humaine et logistique qu'elle apporte aux projets sociaux, médico-sociaux ou sanitaires. Avec les élus locaux, Harmonie Atlantique a constamment le souci d'une réponse adaptée au terrain et aux besoins, et en le faisant toujours dans un esprit partenarial. Harmonie Atlantique participe à ce projet en mettant à disposition le Dr Daniel Coutant.

Daniel Coutant est médecin généraliste de formation et a exercé pendant 22 ans à St Nazaire (de 1978 à fin 1999). Installé d'abord en cabinet de groupe, Daniel Coutant fait partie des initiateurs et acteurs du Centre de santé de St Nazaire de 1983 à 1986. En juillet 1983, l'Unité Sanitaire de Base de Saint-Nazaire regroupant des soignants de trois cabinets ouvrait ses portes avec comme projet : un travail pluridisciplinaire et en coordination, un travail qui comportait non seulement une partie soins, mais aussi une partie prévention et une partie information et éducation à la santé et pour permettre ce travail une rémunération salariée. L'USB de Saint-Nazaire n'a vécu que trois ans en tant que tel, sabordée en 1986 par le gouvernement Chirac.

En 2000 Daniel Coutant a cessé son activité de soignant pour travailler chez Mutuelle Atlantique, actuellement Harmonie Atlantique, où il occupe un poste de "chargé de mission prévention et vie politique". Concrètement il travaille avec les élus mutualistes en les accompagnants sur des projets de prévention, d'accès aux soins, de soins de premier recours... avec un rôle de conseil, en essayant ainsi de concrétiser le concept de proximité revendiqué par la mutuelle.

Début 2009, en référence à son expérience de centre de santé de St Nazaire, des professionnels lui ont demandé de les aider à réfléchir à un projet. C'est ainsi que la mutuelle intervient en "appui conseil de professionnel à de professionnels de santé" Daniel Coutant

affirme « se retrouver dans la mission que peut avoir un cabinet conseil en travaillant à l'élaboration d'un projet médical ». Dans la foulée de ce premier projet, des maires confrontés à la nécessité de mettre un contenu à ce qui n'aurait pu être que des murs ont sollicité ses services.

Maintenant la délégation territoriale de l'ARS (Loire Atlantique) lui a demandé de faire partie du CATS (Comité d'accompagnement des soins de premier recours).

Au niveau départemental, l'appui apporté par Harmonie Atlantique, qui a un coût à travers le salaire versé au Docteur Daniel Coutant, est différent de ce que serait un apport financier à des médecins ou autres.

Daniel Coutant travaille en lien avec des délégués mutualistes (son rôle serait celui de technicien d'un groupe d'élus) avec une réflexion plus globale sur l'accès aux soins, la prévention, la place des usagers dans une dynamique intéressante, évitant ainsi le risque d'une approche trop médico-médicale.

Au niveau national, Harmonie Mutualité s'intéresse aux **projets de maisons de santé**; les modalités d'aide ne sont pas encore bien définies (la concertation entre la dizaine de mutuelles qui constitue Harmonie Mutualité prend du temps) mais le projet de Nozay est connu d'Harmonie au niveau national, la Loire Atlantique est retenue comme département témoin.

Les orientations de la Mutualité Française pour l'année 2012: ont été définies lors de la sixième étape du Tour de France de la Mutualité Française, conférence-débat grand public organisée par la Mutualité Française Nord-Pas de Calais en novembre 2011 et qui a réuni plus de 300 personnes, pour débattre sur l'avenir du système de santé français et l'inscrire dans le calendrier électoral de 2012. Parmi ces réflexions menées par la Mutualité Française, un bon nombre vont à l'encontre des missions des maisons de santé.

<http://www.nordpasdecalsais.mutualite.fr/Pages-transverses/2012-La-Sante-dans-le-debat/SANTE-2012-Les-orientations-de-la-Mutualite-Francaise>

Un préalable : réformer le financement de l'assurance maladie obligatoire

- Sortir de la spirale de l'endettement
- Assurer les financements publics nécessaires à la pérennité du système de protection sociale et en particulier de l'assurance maladie
- Redonner à la CSG ses ambitions d'origine
- Diversifier et renforcer le caractère solidaire du financement de la protection sociale
- Limiter les dispositifs qui diminuent le rendement du prélèvement social, notamment les exonérations et les exemptions d'assiette

1. Pour un système de santé plus juste

- Définir une concertation sur les rôles respectifs de l'Assurance maladie obligatoire et de l'Assurance maladie complémentaire
- Faire de l'accès à la complémentaire santé un droit pour tous
- Développer les conventionnements alliant qualité et prix
- Accentuer le principe de justice qui définit le modèle des garanties Complémentaires

Selon Etienne Caniard Président de la Mutualité Française « nous assistons à un creusement des inégalités extrêmement préoccupant, avec un taux élevé de renonciation aux soins, ou de soins différés dans le temps. Les indicateurs de l'IRDES montrent un taux de renonciation aux soins de 16% de la population. ». Stéphane Junique, Membre du bureau de la Mutualité Française a affirmé que « Les Mutuelles doivent définir un contrat avec des garanties rendant la complémentaire santé plus claire et plus lisible, car 75% des personnes pouvant bénéficier de celles-ci ne connaissent pas leurs droits. »

Pour limiter les exclusions, la Mutualité Française propose donc d'agir au travers de 2 leviers: l'accès à une complémentaire santé dans des conditions équitables et la disponibilité effective des soins en termes de prix et de localisation géographique.

2. Pour un système de santé pérenne

- Donner à la prévention et à la promotion de la santé toute leur place
- Développer les actions de prévention tout au long de la vie et pour tout type de perte d'autonomie

- Agir en faveur de la protection de la santé des personnes dans leur environnement de vie et de travail

Etienne Caniard, Président de la Mutualité Française a évoqué un point important : la spirale de l'endettement, « qui met en péril l'ensemble de notre système de protection sociale, avec plus de 136 milliards d'euros de dettes (à la CADES : Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale) que nous laissons aux générations futures.» Nous devons donc trouver un moyen « de sortir de cette spirale, d'anticiper les besoins, de rationaliser notre système, pour trouver un équilibre entre les besoins nécessaires et les financements possibles.»

3. Pour un système de santé plus efficace

- Organiser une prise en charge améliorée au service des patients, en définissant une offre de soins de premier recours
- Rendre la prescription des produits de santé plus sûre et efficace
- Agir pour une accessibilité territoriale et financière aux professionnels de santé
- Améliorer les prises en charge des malades chroniques ou des personnes en situation de handicap en soutenant la place des services innovants

Les acteurs du système de santé délivrent des soins de qualité, auxquels les Français sont attachés. Pour autant, son organisation est perfectible, il faut donc améliorer la prise en charge des malades chroniques et des handicapés en soutenant les nouveaux services innovants, tels que la télémédecine, l'éducation thérapeutique... mais aussi en définissant une offre de soins de premier recours.

Du côté des professionnels de santé, il faut agir pour une accessibilité territoriale et financière. Pierre Gheeraert, Médecin généraliste et Président de MG France (Syndicat des médecins généralistes) dans le Nord, soutient que « pour avoir plus de médecins dans certaines zones rurales de la région, le métier doit devenir plus attractif, en créant par exemple des Maisons de Santé pluridisciplinaires [...], en utilisant l'éducation thérapeutique, la coopération entre professionnels [...].

Harmonie Atlantique, Harmonie Mutualité, Harmonie Mutuelles... **Mutualité Française.**

Pratiquement toutes les mutuelles se retrouvent dans une Fédération : **la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF).** Quand il y a une prise de parole dans les

médias, des contacts officiels avec les pouvoirs publics,... c'est la FNMF. Ainsi la Mutualité (la FNMF) a déclaré qu'elle était favorable au **développement des maisons et des pôles de santé** et compte s'y employer. Son nouveau président, Mr Etienne Caniard, a déclaré aussi qu'il était indispensable d'amplifier les collaborations avec les professionnels de santé, en commençant par les médecins.

La réflexion développée sur le terrain en Loire Atlantique sur les maisons de santé (Nozay, Le Bignon, La Chapelle des Marais, le Loroux Bottereau...) est relayée dans des commissions nationales aussi bien au niveau de la FNMF que d'Harmonie Mutualité, par Mr Joseph Guiheneuf délégué mutualiste, élu d'Harmonie Atlantique et administrateur, au niveau national, d'Harmonie Mutualité.

3.17 L'ACSBE (L'Association Communautaire Santé Bien-Etre)

L'Association Communautaire Santé Bien-Être (ACSBE) a été créée après la réalisation d'un diagnostic communautaire de santé réalisé sur le quartier Franc Moisin / Bel Air, entre 1986 et 1991. Cette association, à but non lucratif et régie par la loi 1901, s'est donnée pour mission d'élaborer et de mettre en œuvre un « projet de santé » sur le quartier qui puisse être animé avec tous ceux qui participent à agir sur la santé pour et avec les habitants. Le quartier Franc Moisin / Bel Air abrite près de 10 000 habitants. Il est classé en zone urbaine sensible (ZUS) et fait partie des 215 quartiers du Plan Espoir Banlieue.

Comme de nombreux territoires en ZUS, le quartier a certaines spécificités démographiques : près de 22% de familles monoparentales, population relativement jeune avec 40,8% des habitants de moins de 25 ans, nombre important de familles nombreuses, forte part de la population qui parle peu ou mal français, et qui ne maîtrise que peu ou pas l'écrit, les personnes étrangères représentent 31,2% des habitants.

La précarité y est marquée : selon des études réalisés en 2005 - 2006 le chômage touche 24,4% des 25-65 ans, près d'un tiers de la population du quartier vit dans un foyer à bas revenus, les bénéficiaires de la CMUc (Couverture Maladie Universelle complémentaire attribuée sur conditions de revenus) représentent 18,4% de la population, 55,4 des ménages du quartier ne sont pas imposables sur le revenu.

Les objectifs développés par l'ACSBE sont de mettre en place, de développer, de coordonner, de suivre et d'évaluer des actions partenariales et participatives sur le quartier dans le domaine de la santé.

Pour l'Institut T. Renaudot Santé communautaire et Santé dans la ville, intitulé créé en 1981 par un groupe de médecins exerçant en centres de santé, la santé communautaire est définie comme « une des stratégies possibles de mise en œuvre de la promotion de la santé, telle que définie dans la Charte d'Ottawa ».

Ses principales caractéristiques sont l'implication de la population, un repérage collectif des dysfonctionnements, des besoins et des ressources, la participation ouverte, le

décloisonnement professionnel et institutionnel, le partenariat et le partage de savoirs et de pouvoirs. « Intersectorialité, interdisciplinarité, transversalité, partenariat sont ainsi des éléments constitutifs des actions communautaires »

Dans ce cadre, l'ACSBE élabore et met en œuvre des actions spécifiques qui visent à :

- Contribuer à l'amélioration de l'accessibilité aux soins des populations
- Développer l'éducation à la santé en directions des populations
- Pérenniser les acquis, les savoir-faire et les valeurs de l'association
- Initier et participer aux travaux de recherche, de formation, d'observation et d'évaluation qui s'inscrivent dans les objectifs de l'association

En pratique, les actions développées par l'ACSBE :

- Consultations de médecine générale au tarif sécurité sociale avec le tiers payant.
- Musicothérapie, la musique étant considérée comme un moyen d'échange social et d'expression émotionnelle
- Médiation : accompagnement des habitants du quartier qui en expriment le besoin : dans leurs démarches administratives en lien avec la santé, dans leurs relations avec les institutions sanitaires et les partenaires du secteur social, accompagnement vers les structures de soins et de santé.
- Actions collectives de promotion de la santé, avec des ateliers centrés sur la mobilisation ou l'acquisition et le développement de savoir-faire, de savoir être et de connaissances favorables à leur santé, et sur la convivialité, l'écoute, le partage de pratiques et de compétences :
- Actions thérapeutiques : L'Education Thérapeutique du Patient (ETP), programmes collectives animés par un binôme médecin et médiatrice santé et structuré en 3 grandes étapes : 1. un entretien individuel visant l'identification des besoins du patient et la définition partagée d'objectifs éducatifs 2. cinq séances collectives de 1H 30 (1 par mois), centrée sur un thème et 3. une évaluation individuelle
- Les ateliers santé citoyenne durant lesquels l'association accompagne l'émergence et la construction d'une parole collective des habitants visant la formulation de propositions pour améliorer la santé sur le quartier.

L'ACSBE est soutenue par la Ville de Saint Denis, le Conseil Général de Seine Saint Denis, la Région Ile de France, différents services de l'Etat dont l'ARS et l'ACSE, la CPAM, la Fondation Macif, la Fondation de France, la Fondation Vinci Pour la Cité, Plaine Commune Habitat...

Elle est membre fondateur de la Maison de la Santé / Ateliers Santé Ville de Saint Denis.

DEUXIEME PARTIE : Présentation du colloque :

« Accompagner le changement des équipes de soins de premier recours »

organisé par la FFMPS le 28 avril 2011 à Paris

1. Ouverture du colloque par Pierre de Haas, président de la FFMPS

Pierre de HAAS, président de FFMPS, ouvre le colloque soulignant que l'accompagnement des équipes est un sujet important dans la réorganisation du système de soins de premiers recours, car les soins de premier recours vivent une révolution, une réorganisation : sujet intéressant (illustré par le nombre de participants : plus de 150 personnes inscrites) mais très complexe.

Suite à tous les échanges et réunions précédentes, ressortent deux manières essentielles d'aborder la réorganisation des soins de premier recours :

- par le territoire, faite surtout par les ARS et les associations issus de réseaux ou travaillant autour des hôpitaux locaux, et les qui semble pour beaucoup de monde rationnel et logique : créer quelque chose à partir du territoire et protocoliser le mode de fonctionnement des soins de premier recours semble très intelligente.

- à partir des personnes, utilisée plutôt par la FFMPS en travaillant sur le terrain, qui consiste à travailler la réorganisation des soins de premier recours à partir des personnes, et non du territoire, travailler sur ce que les géographes appellent « l'espace local » : partir des acteurs de soins de premier recours : les médecins, les infirmières, les kinés, les orthophonistes, les pharmaciens, les psychologues (les dix-sept professions de santé). Pierre de HAAS estime que « cette approche par les équipes, par les aspects interindividuels est une manière beaucoup plus complexe car ça joue sur la manière de voir, sur les émotions entre les personnes ». Le travail du colloque est centré sur cette dernière approche : accompagnement des acteurs, des personnes.

La méthode de travail du colloque est la diversité, illustrée par de multiples interventions, laissant la parole au maximum d'intervenants ainsi qu'à la salle, dans l'optique d'un échange qui aboutirait à la création d'une charte éthique de l'accompagnement des équipes de soins de premier recours ainsi que d'un cahier de charges à mettre à la disposition des équipes qui souhaitent se faire accompagner.

Patrick VUATTOUX, secrétaire de la FFMPS, modérateur : prend la parole pour souligner, à son tour, la nécessité d'accompagnement des professionnels de santé souhaitant se regrouper en maisons de santé et que la journée se veut une synthèse pour aboutir à la création d'une charte éthique et d'un cahier de charges pour ce thème de l'accompagnement.

2. Etat des lieux et objectifs de la réorganisation des soins de premier recours :

2.1. La réorganisation des équipes de soins de premier recours vue par les médecins généralistes : Accompagner le changement des équipes de soin de premier recours (Michel Serin, premier vice-président de la FFMPS, maison de santé de Saint-Amand-en-Puisaye)

Dans son intervention, Michel Serin dresse « un portrait de famille » de la maison de santé Amandinoise dont il est le leader. En effet, il a été l'initiateur du projet de regroupement de professionnels libéraux dans sa commune en 1999, qui a abouti à l'ouverture de la maison de santé en 2005. Actuellement, l'équipe de la maison de santé de Saint-Amand-en-Puisaye est constituée de 13 professionnels libéraux (3 médecins généralistes, 3 infirmières, 1 chirurgien-dentiste, 1 kinésithérapeute, 1 psychologue clinicienne psychothérapeute, 1 diététicienne, 1 pédicure-podologue, 1 orthophoniste neuropsychologue et 1 sage-femme) et l'ASPAD (association amandinoise pour l'aide à domicile), relais local du CLIC (centre local d'information et de coordination pour les personnes âgées). L'équipe est complétée d'une assistante de coordination et de 2 secrétaires d'accueil.

Fort de son expérience d'initiateur et leader de la maison de santé de Saint-Amand-en-Puisaye Michel Serin détaille les motifs qui l'ont amené à créer cette maison de santé, les avantages de la nouvelle organisation de l'équipe de soin de premier recours, les freins dans le fonctionnement de la maison de santé, ainsi que les nouveaux éléments organisationnels inhérents au nouveau mode d'exercice.

Parmi les éléments qui ont motivé la réflexion de la nécessité d'une nouvelle organisation, Michel Serin cite :

- En premier lieu, l'évolution de la demande de soins de la population, dans un contexte d'accroissement de la durée de vie, ont bousculé les modalités classiques d'exercice médical, par l'afflux massif de maladies chroniques, de polyopathologies, de perte d'autonomie, ce qui rendait cet exercice médical isolé de plus en plus périlleux, difficile et stressant. A la lourdeur des prises en charge purement médicales s'ajoutent des tâches de plus en plus importantes, qu'elles soient administratives ou de coopération avec les autres professionnels de santé.

- Parallèlement l'augmentation du domaine des compétences des professionnels de santé qui fait que chacun évolue dans son domaine de formation professionnelle. Cette évolution des compétences rendent très intéressant le fait de travailler en équipe de manière rapprochée.
- En même temps le constat surtout dans le milieu rural, de la diminution du nombre de professionnels de santé impose leur réorganisation pour faire face de manière adaptée à la demande de soins. Le recours à l'hôpital a diminué, il intervient uniquement dans des situations complexes et urgentes ou si nécessité d'avis extrêmement pointus, la durées de séjours plus courts

Michel Serin pointe les avantages de la nouvelle organisation de l'équipe de soin de premier recours :

- La nouvelle organisation est adaptée au territoire et aux personnes qui y habitent et qui le connaissent. Ceci passe par l'intégration des acteurs médico-sociaux impliqués car pour sécuriser tous les patients fragiles il y a nécessité de sécuriser la prise en charge de la personne de la prescription à la délivrance et la surveillance, et dans ce cadre la communication de proximité est extrêmement importante.
- La nouvelle organisation permet une prise en charge globale de la population : pour ce qui est soin, mais aussi pour la prévention, promotion de la santé, ce qui est valorisant pour le professionnel de santé. Michel Serin souligne que l'optimisation de la prise en charge globale nécessite une coordination et intellectuellement une réactivité importante, pour éviter la perte de chance et le risque de complications si la communication n'est pas suffisamment rapide et efficace.
- La nouvelle organisation de l'équipe de soin de premier recours permet la rupture de l'isolement pour le professionnel de santé. Le colloque singulier est certes très riche mais porteur de chose très lourdes et qui sont de plus en plus complexes à assumer pour le professionnel en exercice isolé. La possibilité de les partager, d'avoir cette communication rapprochée avec ses confrères est un élément qui est vécu comme positif.

- Le fait de travailler en équipe permet de répondre au mieux aux contraintes financières et démographiques, qui deviennent de plus en plus lourdes à gérer par un professionnel en exercice individuel.

Michel Serin énumère les freins rencontrés dans le fonctionnement de la maison de santé amandinoise, et d'autres maisons de santé dont il a rencontré les équipes :

- le systèmes d'information balbutiant : avec nécessité de passage du dossier patient papier au dossier informatisé qui actuellement est individuel mono professionnel, et de celui-ci à l'utilisation d'un système informatique commun à tous les professionnels que ce soit dans la maison de santé ou dans les pôles de santé, tout ceci pour gagner en réactivité, en temps passé avec le patient et non pas en saisie informatique.
- l'architecture avec tout ce qu'elle implique en terme de cout et d'organisation, dépend de chaque projet, de chaque équipe qu'elle soit rassemblée ou éclatée, mais il n'y a pas une architecture unique qui corresponde à toutes les maisons de santé, selon les façons de travailler. L'architecture constitue un frein car oblige le professionnel de santé à changer ses habitudes.
- Le mode de rémunération : la rémunération à l'acte est un frein pour tout ce temps de coordination et de prise en charge du patient, et la structuration juridique qui ne permettait pas jusqu'à présent de recevoir du financement et de le redistribuer au sein de l'équipe de professionnels
- la vie d'équipe, qui nécessite un apprentissage, une adaptation de chacun, par rapport à l'exercice isolé.

Les nouveaux éléments organisationnels qui accompagnent le nouveau mode d'exercice en maison de santé :

- Le secrétariat pivot qui est un élément extrêmement important. Il nécessite une formation, une compétence, mais peut faire gagner énormément de temps et de qualité

de prise en charge pour le patient, le service rendu est visible non seulement au niveau du praticien, mais aussi au niveau du patient.

- Le partage de compétence : permet de découvrir les compétences des autres professionnels de santé dans un contexte de formation de plus en plus pointu mais aussi de se recentrer sur son cœur de compétences et également sur ce qui passionne chacun d'entre eux. Ces rencontres dans les maisons de santé sont peuvent être protocolées (ex : rencontre mensuelle de toute l'équipe soignante autour d'un sujet, des patients, rencontre entre les médecins généralistes pour affiner les prises en charges et les procédures, mais aussi des rencontres organisées avec les autres professionnels : sages-femmes, infirmières, psychologues, diététiciennes etc.) mais aussi non protocolées, (ex : dans le couloir, la tasse à café, ce qui permet d'aborder spontanément divers sujets médicaux)
- La prise en charge pluri professionnelle devient ainsi intéressante. Les protocoles de prise en charge pluri professionnelles qui sont en cours d'élaboration permettent de donner au patient le plus de chance possible d'être pris en charge de la façon la plus globale possible, la plus moderne et la plus scientifique possible, tout en gardant cette dimension humaine, ce qui a permis d'adopter l'appellation de maison de santé et non pas maison médicale. L'approche est centrée sur le patient, sur l'accompagner et non pas parler uniquement de maladie

Du point de vue personnel, suite à ses six ans d'expérience en maison de santé, Mr Serin conclut que pour lui « le bonheur est dans la maison de santé ». Exercer dans le cadre de la maison de santé lui permet de se sentir moins seul devant les situations lourdes et complexes dans le milieu rural, le travail en équipe lui permet de sécuriser la prise en charge globale du patient.

L'existence de la maison de santé permet de rendre de nouveaux services aux patients, suite au travail avec l'URCAM et avec les ARS. Par exemple l'éducation thérapeutique de proximité du patient est une notion récente sur laquelle Michel Serin travaille avec la MSA depuis quelques années. D'autres nouveaux services sont proposés aux patients: l'accueil en urgence par exemple suite à un deuil, à une situation extrême type tentative de suicide, des

problèmes matériels d'accès aux soins etc. Le travail en équipe permet un gros travail de prévention, comme par la formation des aides à domicile qui sont une maille importante dans le service de proximité, l'éducation des patients et l'observance des traitements.

Michel Serin considère que « la maison de santé est une boîte à outils » qui va prendre une dimension sur le territoire grâce à toutes les personnes qui y travaillent qui en mettant en commun leur compétences permettent une évolutivité de l'exercice. Ceci est intellectuellement intéressant et enrichissant pour chacun des professionnels de santé, car débouche donc sur une formation continue interprofessionnelle. Lors des réunions mensuelles chacun reçoit des éclairages différents et complémentaires, ce qui permet au patient d'être pris en charge d'une manière professionnelle et la plus moderne possible. Michel Serin souligne que « le bonheur ultime est de voir la satisfaction des usagers de la maison de santé ».

L'exercice en maison de santé permet aux médecins de renouer avec la formation initiale des internes et des externes, et de se prolonger dans le futur avec une formation interprofessionnelle.

La maison de santé est donc « un organisme vivant », qui donne des stimuli pour continuer à travailler dans cette période où il y a beaucoup de pression, un rythme de travail intense, un manque de reconnaissance pour le système de soins primaire.

2.2. La réorganisation des équipes de soins de premier recours vue par les infirmières (Annick Touba, présidente du SNIL, syndicat des infirmières et infirmiers libéraux)

Annick Touba commence par confronter la définition des soins de premier recours et le premier article qui définit le métier d'infirmier en y retrouvant les mêmes mots clés : prévention, dépistage, suivi des patients, coordination, éducation à la santé etc. Malgré ces fonctions communes, Annick Touba exprime son étonnement du fait que les infirmiers ne sont pas cités parmi les professionnels du premiers recours dans la loi HPST (y figurent les médecins et les pharmaciens)

D'autre part, en se prenant aux mots, Mme Touba remarque qu'une réorganisation des équipes du système de soins de premier recours supposerait qu'il y ait déjà une organisation, ce qui, selon elle, ne semblerait pas être le cas sur l'ensemble du territoire.

Mme Touba constate un découragement des infirmières travaillant dans des maisons de santé qui parfois sont amenées à renoncer à ce mode d'exercice. En cause : le fait que les projets y sont managés par des médecins qui culturellement pensent que les infirmières ne sont que des exécutantes de leur prescription et oublient de communiquer autour d'une table avec celles-ci.

Annick Touba cite un exemple concret de projet de création de maison de santé dans sa commune, et remarque que malgré un an de réunions, les médecins semblent perdus dans des questionnements organisationnels et financiers, en oubliant les questions qu'elle considère comme essentielles : « Qu'est-ce qu'on va faire ensemble ? Qu'est-ce qu'on a envie de partager ? Qu'est-ce qu'on peut améliorer ? » et semblent opaques aux suggestions infirmières que certains considèrent comme un piétinement sur leur activité (ex : ajustement des doses d'AVK)

Annick Touba veut attirer l'attention sur le fait que en pratique les infirmières libérales doivent gérer pas seulement les prescriptions des médecins généralistes, mais aussi celles des praticiens hospitaliers, et qu'elles rencontrent quotidiennement des difficultés sur le terrain qu'elles n'ont pas l'occasion ni de les communiquer ni de faire en sorte qu'il y ait une amélioration.

Créer une maison de santé suppose, bien avant de construire les murs, d'avoir un projet bien précis sur ce que TOUS les professionnels doivent faire ensemble, projet qui ne peut être conçu qu'en ouvrant toutes les voies de communication entre les professionnels de santé et en

ayant une ouverture d'esprit envers les compétences de l'autre et envers ce que l'autre peut apporter et améliorer au praticien mais aussi au patient.

Annick Touba conclut que la culture de la subordination : le médecin : prescripteur - l'infirmière : exécutante doit évoluer vers une culture de la communication, de l'ouverture, de la collaboration, tout ceci pour une meilleure prise en charge du patient.

2.3. La réorganisation des équipes de soins de premier recours vue par les institutionnels (Vincent Beaugrand, Chef du bureau de premier recours, DGOS)

ARS – ont reçu l'ensemble des compétences d'organisation du système de soins, y compris les soins ambulatoires, de premier recours

Vincent Beaugrand commence son intervention en rappelant que la DHOS a été changé en DGOS pour montrer que l'enjeu est d'organiser l'ENSEMBLE de l'offre de soins, car si on veut avoir un système efficient de soins il faut travailler pas seulement sur celui hospitalier mais aussi sur le système ambulatoire.

Un des principes à la base du système ambulatoire est la liberté d'installation. Les nouveaux modes de régulation doivent s'organiser autour de cette liberté d'installation des professionnels de santé (qui est différente de celles des hospitaliers qui ne peuvent pas exercer sans avoir reçu l'autorisation d'une autorité publique ARS). La création de nouveaux outils, participatifs et incitatifs doit prendre en considération cette liberté d'installation.

Quelques outils qui sont symboliques de ces nouveaux modes d'organisation :

1. Le SROS le schéma régional d'organisation des soins avec son volet ambulatoire qui n'est qu'indicatif, l'autre volet étant obligatoire, donc opposable (indications aux ARS de fonctionner d'une manière participative, avec les professionnels de santé mais aussi des autres parties prenantes, notamment les élus locaux)

Au niveau du diagnostic qui doit être fait sur ce volet ambulatoire du SROS Vincent Beaugrand exprime la position du DGOS qui conseille aux ARS ne pas avoir une approche purement statistique, objective, à partir des données, telle qu'elle a été faite lors du zonage de 2005 et 2008 car celle-ci ne reflète pas les véritables besoins de la population, mais d'avoir une approche « terrain », microsociologique. Cette approche nécessite de rencontrer les professionnels de santé, voir s'ils ont les capacités pour porter les projets, de les animer et les monter, et donc d'analyser leur besoins avec eux et d'y répondre.

Le volet ambulatoire du SROS a comme objectif de définir les points d'implantation prioritaires, cette structuration de l'offre ambulatoire, notamment avec deux aspects : premièrement celui de renforcer les zones qui sont en fragilité et deuxièmement la

création de structures d'exercice coordonné (maisons ou pôles ou centres de santé avec un exercice pluri-professionnel et pas obligatoirement pluridisciplinaire)

2. La mise en place de financements fixes en fonction du projet de santé, qui sont à créer et à monter par les professionnels de santé avec l'aide des ARS
3. le système juridique avec la Loi Fourcade qui apporte une avancée dans ce sens
4. Les nouveaux modes de rémunération pour mieux répondre aux nouveaux modes d'activité
5. La plateforme d'appui aux professionnels de santé (l'ancien guichet unique), qui a quatre objectifs :
 1. accompagner le professionnel de santé le plus en amont possible, le plus tôt possible. Vincent Beaugrand attire l'attention sur le travail à faire dans les universités auprès des étudiants, pour les informer, les former, et surtout les attirer vers les principaux enjeux de l'offre de soins de premier recours
 2. les aides à l'installation, avec un bouquet d'offre complet qui permet aux professionnels de santé d'avoir une vision complète sur les étapes à parcourir et des aides qui peuvent leur être fournies
 3. faire émerger les projets d'exercice coordonné, identifier les professionnels de santé, les capter et les orienter vers des structures d'exercice de santé
 4. accompagner les professionnels de santé dans l'ensemble de leur vie professionnelle, que ce soit répondre à l'ensemble leur questionnement sur la formation continue, le système d'information etc., de tout ce dont ils ont besoin dans leur vie professionnelle quotidienne.

Concrètement la création de la plateforme d'appui aux professionnels de santé va se traduire par la création d'un site internet par région, dont la vocation serait de fédérer l'ensemble de ces informations sur ces quatre axes.

Ce nouvel outil d'accompagnement des professionnels qui souhaitent se regrouper en maisons de santé implique une phase de consultation, de concertation avec les professionnels de santé et des autres institutions pour connaître leur point de vue sur cette plateforme, phase dans laquelle se trouve en 2011, date du congrès actuel.

Les porteurs et fédérateurs de ce projet sont les ARS, avec l'ensemble des partenaires concernés : institutionnels (l'assurance maladie, les ordres, les URPS), les élus locaux, la collectivité locales. L'ouverture est préconisée, comme annoncé par le Ministre de la Santé, pour le 1^{er} juillet 2011, avec au début un service de base qui va obligatoirement évoluer dans le temps.

Vincent Beaugrand souligne que l'enjeu véritable de la création de la plateforme d'appui aux professionnels de santé n'est pas le site internet lui-même, qui est une vitrine, mais l'organisation qui est derrière ce site internet, qui permet de répondre concrètement, à l'ensemble des projets des professionnels de santé.

Vincent Beaugrand rappelle que les principaux défis au regroupement identifiés par le DGOS sont : l'approche pluri professionnelle avec la difficulté des « libéraux » de se soumettre aux contraintes d'un exercice collectif et la rémunération, condition pas suffisante mais nécessaire. Si actuellement le système de payement à l'acte ne permet pas de répondre à ce mode d'organisation, des nouveaux modes de rémunération sont à l'expérimentation, qui même s'ils ne sont pas définitifs, permettrons de définir les bons axes pour avancer.

En conclusion, Vincent Beaugrand estime que si actuellement le niveau est hétérogène avec des projets dans toutes les phases d'avancement, l'accompagnement des professionnels de santé est absolument nécessaire, et pointe le fait que la capacité des spécialistes de l'accompagnement à faire émerger les projets et de les accompagner reste à prouver.

2.4 La spécificité de la réorganisation en ZUS : zones urbaines sensibles

(Hélène Zeitoun, représentante de la FEMASIF : fédération des maisons de santé d' Ile de France et ACSBE : Association Communautaire Santé bien-être)

Hélène Zeitoun présente en quelques lignes l'implication de l'ACSIB et de la FEMASIF dans les projets de regroupement en maisons de santé dans le quartier Franc-Moisin Bel Air.

L'association ACSBE y développe un projet de santé communautaire en zone urbaine sensible depuis presque vingt ans. A ce titre l'association porte un projet de structure regroupée pour répondre à un déficit de l'offre de soins prévisible sur le quartier. Elle a organisé une rencontre en mars 2011 qui a permis d'échanger sur les questions de soins de proximité et de santé avec une quarantaine d'acteurs d'exercice regroupé de soins de premier recours des quartiers populaires. Cette rencontre a permis des discussions en ateliers avec des restitutions en plénière, qui ont permis de mettre en exergue des constats partagés par toutes et par tous et des recommandations concernant de manière spécifique les structures d'exercice regroupé en territoires ZUS sur :

- la naissance et le portage de projet
- le diagnostic territorial / étude de faisabilité
- les statuts et éléments juridiques
- les projets de santé
- les éléments financiers

Hélène Zeitoun rappelle les spécificités des ZUS :

- liées à la population (précarité socio-économique, faible accès au français écrit, population jeune, familles monoparentales etc.), avec des inégalités sociales de santé prégnantes sur ces territoires
- difficultés à maintenir ou à faire venir des praticiens libéraux sur des quartiers avec une mauvaise réputation et un immobilier contraint
- un problème d'accessibilité, notamment économique, des habitants à une offre de soins en particulier sur les spécialités

- l'existence des acteurs particuliers, comme l'ANRU (Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine), le Préfet délégué à l'égalité des chances (délégués du Préfet), l'ASV (Ateliers Santé Ville) et à un niveau national l'ACSE (l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances) et le SG-CIV (Le Secrétariat général du Comité interministériel des villes)

Cette rencontre a débouché sur des propositions avec un focus sur deux points :

1. l'accompagnement au portage d'un projet de regroupement de professionnels de soins de premier recours
2. l'articulation de la Politique de la Ville et de la Santé, dont plus particulièrement la question des financements

Concernant l'aide à l'émergence et l'identification du porteur d'un projet de regroupement de professionnels, plusieurs acteurs sont concernés : les professionnels de santé ou associations locales, les élus et les services municipaux et les services de l'Etat, sans réelle spécificité des ZUS par rapports à d'autres territoires.

Un accompagnement spécifique semble nécessaire, avec nécessité d'un point de vue extérieur, pas seulement une réflexion interne. L'accompagnement implique des compétences en matière de Politique de la Ville, de santé publique et des connaissances sur les inégalités sociales de santé, ainsi qu'une capacité d'animer un processus participatif, de manière à ce que tous les acteurs concernés puissent participer au montage de projet de santé.

La proximité géographique a une importance primordiale, pour développer des liens avec les habitants et pour être en adéquation avec la réalité des territoires.

Pour impliquer des jeunes professionnels de santé il faut prévoir des stages chez les professionnels du territoire, avec une intégration dans le cursus de formation des modules sur les inégalités sociales et territoriales de santé.

En ce qui est de l'articulation sur le territoire en cohérence avec le Plan Local de Santé, plusieurs éléments sont à prendre en considération :

1. Particularité des éléments financiers en ZUS :

- Des frais de fonctionnement plus élevés en ZUS du fait de consultations plus longues, de pathologies plus lourdes et de situations psycho sociales complexes
- La pratique du secteur 1 et du tiers payant sont essentielles (y compris pour les spécialités) qui implique un coût de gestion supplémentaire
- Un immobilier contraint et des coûts de location importants avec des bailleurs pas toujours conscients de l'utilité sociale des structures de santé regroupées, avec des loyers exorbitants

L'articulation de la Politique de la Ville et de la santé est essentielle sur la question pour permettre de prendre en compte des éléments spécifiques liés au territoire et à la population. De ces particularités financières de la ZUS découle une réelle difficulté en ce qui est du fonctionnement mais aussi de l'investissement à trouver les financements qui correspondent au projet de santé d'une structure de soins regroupée (la plateforme est attendue en effet comme une aide)

2. La contractualisation avec les ARS via les CPAM devrait permettre la prise en compte de la précarité et de ses conséquences. Des financements spécifiques sont indispensables si l'on veut prendre en compte les inégalités de santé et les activités particulières qui en découlent (par exemple, tout ce qui concerne l'accès au droit.
3. Concernant l'investissement, la question de l'offre de soins devrait être intégrée de manière plus systématique dans le cadre de la rénovation urbaine (ANRU). Des financements d'investissements devraient être proposés de manière indifférenciée à toutes les structures de soins de premier recours sur certaines conditions : respect du cahier de charges national avec un réel projet de santé et la pratique du secteur 1 et du tiers payant, ainsi que l'inscription dans le volet ambulatoire du SROS.

2.5. La réorganisation des équipes de soin de premier recours vue depuis l'aménagement du territoire (Pascale Echard-Bezault, chargée de mission santé-cohésion sociale à la DATAR : la Délégation interministérielle à l'Aménagement du Territoire et à l'Attractivité Régionale)

Pascale Echard-Bezault présente, en début de son intervention le positionnement de la DATAR, qui est un service interministériel rattaché au Premier Ministre et mis à disposition essentiellement du Ministre à l'agriculture, alimentation, la pêche, la ruralité et l'aménagement du territoire, ainsi qu'à d'autres ministères comme le ministère de l'intérieur pour les collectivités territoriales, le ministère du budget et des finances pour d'autres partis de ses activités. La DATAR est une petite structure d'une centaine de personnes qui mène un travail essentiellement interministériel.

Madame Echard-Bezault rappelle l'existence de deux approches principales d'aborder les maisons de santé : par le territoire et par les professionnels, des approches parallèles et non opposées, à mettre en complémentarité pour améliorer l'accès aux soins de premier recours, et indique que son intervention est basé sur l'approche territoriale.

La définition de l'aménagement du territoire se fait selon deux approches différentes :

- La cohésion territoriale : arriver à un équilibre entre les territoires, que ce soit au niveau de la France ou de l'Europe, avec comme thématique spécifique : l'accès de tous aux différents services de santé de qualité quel que soit le lieu d'habitation
- La coordination des politiques publiques : la mise en œuvre de politiques publiques qui vont être coordonnées pour arriver à un projet commun sur un territoire, que ce soit à l'échelle des territoires (collectivités locales), au niveau national (travail interministériel avec le Ministère de la Santé, le Ministère de la Cohésion Sociale) ou au niveau européen (gestion du fond FEDER par la DATAR).

La DATAR a une vision d'ensemble : d'une part macroscopique, nationale, et en même temps une vision microscopique, au niveau des territoires et des gens qui habitent ces territoires.

Si on se situe à l'échelle des territoires, les questions qui émergent sont :

- Quel accès aux services, dont la santé, sur le territoire ?

- Quelle coordination avec les autres politiques publiques (urbanisme, transport, logement...) pour rendre les services plus accessibles avec un regard particuliers aux personnes en difficulté sociale

Pascale Echard-Bezault considère que la première étape fondamentale d'un projet de territoire c'est d'arriver à un diagnostic partagé du territoire qui consiste à identifier ses faiblesses (en ce qui concerne la population : l'âge, la précarité sociale, le multiculturalisme, mais aussi le personnel de santé vieillissant) ainsi que ses forces (professionnels motivés, territoire économiquement dynamique et attractif). Cette première étape demande un temps qui est long, de six à neuf mois.

Le projet doit être imaginé, porté par un leader qui ait l'envie et les compétences pour s'y consacrer, qui sache coordonner le problème de financement d'investissement (travail avec les collectivités territoriales) et le problème de financement de fonctionnement, d'accompagnement de projet de santé (travail avec les professionnels)

Pour travailler à l'échelle d'un territoire il faut une échelle suffisante pour une organisation cohérente, une maille de territoire suffisamment grande qui prend en compte les bassins de vie, les habitudes de vie et de consommation des services de santé par les habitants, pour articuler les services de santé avec le reste des politiques publiques. Cette échelle commence autour de 25 à 75 000 habitants selon la densité de population (s les territoires peu denses, la notion de distance rentre en ligne compte) A partir de cette échelle on arrive à ce qu'on appelle les « pays » et on évolue, avec la nouvelle réforme territoriale, vers des intercommunalités de taille encore plus importantes.

Le projet de santé est différent selon les territoires. Un des outils de ce projet de santé du territoire est la maison de santé et il nécessite une réflexion quant à son emplacement, son accessibilité ou son développement économique.

Pascale Echard-Bezault conclut que le projet de santé doit s'intégrer dans un projet global pour le territoire avec un axe « santé » spécifique.

La DATAR se positionne en accompagnant des projets de regroupement des professionnels de santé ; il gère le Fond national d'aménagement du territoire avec une enveloppe spécifique : « le plan de développement de 250 maisons de santé en milieu rural ». Les financements d'investissements sont gérés par les préfets des régions et de départements.

2.6. La réorganisation des équipes de soin de premier recours vue par le pharmacien d'officine (Gilles Bonnefond, président USPO : Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine)

Gilles Bonnefond débute son intervention avec un premier constat : celui que la pharmacie est très règlementée, avec des règles d'installation précises notamment en fonction du nombre d'habitants. Cette réglementation est considérée comme une richesse aujourd'hui, par rapport aux difficultés de régulation des autres professionnels de santé libéraux: effectivement, les pharmacies sont présentes dans les ZUS, en milieu rural, et l'offre de soins de premier recours doit pouvoir s'appuyer sur ce réseau bien développé.

Gilles Bonnefond exprime l'inquiétude des pharmaciens quant à l'impact sur leur fonctionnement des difficultés rencontrées par le corps médical : la désertification, la difficulté à renouveler des médecins de proximité, qui pourraient avoir comme conséquence la destruction aussi de ce maillage des pharmacies qui est déjà mis en place et qui fonctionne. Dans ce contexte, la création et la notion de maisons de santé sont des éléments nouveaux et intéressants pour les pharmaciens, car elles contribuent à maintenir des médecins dans des zones où ils ne veulent plus exercer seuls. Devant ces projets de création Gilles Bonnefond souligne la nécessité de raisonner avec les pharmaciens, et non pas raisonner « à côté de ce maillage territorial ». Il insiste sur le fait que l'aménagement du territoire devrait être « sérieusement réfléchi » lors de la mise en route du projet de santé.

Gilles Bonnefond propose un exemple concret, celui de la création d'une maison de santé pluridisciplinaire dans les zones rurales, et présente l'importance de réfléchir comment travailler avec les pharmacies situées à proximité de la maison de santé nouvellement créée, mais aussi avec les pharmacies restées dans les villages quittés par le médecin parti s'installer dans un autre village, lieu d'implantation de la maison de santé. Ne pas intégrer ces paramètres expose au risque de voir émerger des conflits d'intérêt et des non acceptations de la part de la population du fait de perdre le médecin et la pharmacie du village.

Le deuxième constat est celui que la loi HPST ne se réfère pas seulement aux médecins mais aussi aux pharmaciens. L'évolution de l'activité du pharmacien devrait aller au-delà de la dispensation de médicament, se prolonger avec l'accompagnement du patient, avec le suivi thérapeutique en collaboration avec l'ensemble des autres professionnels de santé.

Suite au décret sur « le pharmacien correspondant » le rôle du pharmacien correspondant sera de renforcer l'équipe d'accompagnants des patients en difficulté (des patients chroniques, des patients en soins palliatifs, des patients en chimiothérapie etc.), il se situe donc dans le suivi thérapeutique des patients non stabilisés. A l'occasion d'une dispensation d'un entretien pharmaceutique, le pharmacien peut détecter des difficultés de ce patient qui ne pas toujours bien et qui ne va pas consulter forcément le médecin qui lui a délivré une ordonnance valable plusieurs mois. Le suivi thérapeutique organisé avec le pharmacien peut détecter des anomalies, un non-respect d'un protocole, et cette information très précieuse va être mise rapidement à la disposition du médecin, qui sera toujours celui qui va décider de l'évolution du traitement, d'un changement de posologie ou d'une consultation à la base non programmée qu'il faudra faire en urgence. Pour les situations particulières : ex : la titration de morphinique pour un patient en soins palliatifs le week-end en absence du médecin traitant pourrait être faite de manière sécurisée par le pharmacien en respectant des protocoles mis en place avec les médecins généralistes. Ces protocoles semblent indispensables pour le suivi des patients chroniques, et doivent être d'autant plus organisés qu'on peut avoir sur le territoire plusieurs pharmacies qui ne sont pas à proximité de la maison de santé.

Du point de vue des pharmaciens, les outils à construire et à mettre à leur disposition sont essentiellement des outils de communication rapide et sécurisée permettant aux divers acteurs (infirmière, médecin, pharmacien) de se mettre en contact et prendre une décision rapide.

En ce qui concerne les aspects juridiques, les pharmaciens sont inclus dans la SISA (société interprofessionnelle de soins ambulatoires) et Mr Bonnefond souhaite son souhait qu'ils y restent. Selon lui, exclure les pharmaciens de la SISA au motif qu'ils sont des « commerçants » ne serait pas raisonnable devant le constat que 100 % des patients sont concernés par la collaboration médecin – pharmacien, et si celles-ci ne fonctionnent pas la coordination ne fonctionnera pas.

Gilles Bonnefond conclut en soulignant l'importance d'une étroite collaboration interprofessionnelle, le couple médecin – pharmacien devrait évoluer en trio avec l'infirmier pour le cas des patients difficiles (estimés à 7-8% des patients)

3. Quelles leçons tirer des expériences d'accompagnement ?

3.1 Atouts et faiblesse de l'accompagnement des équipes aujourd'hui (Thomas Poumaere, Timothée Wattine, Internes en médecine générale, Lille)

Thomas Poumaere et Timothée Wattine présentent les résultats d'un sondage créé par la FFMPs visant à donner un premier aperçu global, national, des atouts et des faiblesses des différents accompagnements proposés aux professionnels à la création de maisons et pôles de santé. Quatre cent sondages ont été envoyés au niveau national, et 31 réponses (anonymes) ont été reçues. Les formulaires envoyés comportaient les questions suivantes :

1. Votre regroupement professionnel est
 1. Terminé (13) 2. En projet (17) 3. Pas de réponse (1)
2. Avez-vous bénéficié d'une action de facilitation ou d'accompagnement ?
 1. oui (20) 2. Non (10)
3. Si oui, par quel(s) acteur(s) ?
 1. ARS (10) 2. FFMPs (7) 3. Société de consultants privés (6) 4. Autres : CPAM (3), Associations locales (2), URMEF (1), Région (1) Séminaire (1) Réseau de soins (1), La presse spécialisée (1), la MSA (1), l'hôpital local (1), la communauté des communes (1), un coach (1), autres (5)
4. Si oui, quel bénéfice en avez-vous tiré entre 0 et 10 ? (moyenne 6.3, médiane : 7)
5. Si vous avez bénéficié d'un accompagnement positif, quels sont les 3 points sur lesquels le bénéfice a été important ?
 - En stade de pré-projet
 - Aide au diagnostic territorial
 - Aide à la prise de conscience de la notion de MSP
 - Aide à la mise en place du projet de soins
 - Conseils juridiques
 - Aide à la reconnaissance du leader
 - Aide à la mise en place des échéances et de la méthode
 - Analyse personnalisée
 - Carnet d'adresses et mise en relation avec les tutelles
 - En stade de projet
 - Aide aux démarches administratives

- Aide au montage du dossier financier
- Favorisation d'une relation de confiance au sein de l'équipe
- En stade de réalisation du projet
 - Aide logistique
 - Aide aux travaux, équipements
 - Aide au recrutement
 - Aide à la mise en place d'un système d'information
- En ce qui est de la pérennité du projet
 - Motivation de l'équipe
 - Encadrement de l'équipe
 - Ecoute personnalisée
 - Lutte contre l'isolement et le « burn out »
 - Aide à la coordination

6. Si vous avez bénéficié d'un accompagnement non considéré comme positif, quels sont les 3 points qui devraient être amélioré ?

- Manque de disponibilité, sentiment de solitude
- Méconnaissance de la part des interlocuteurs
- Sentiment du parcours peu lisible
- Manque de suivi des projets
- Réponses vagues, peu pratiques
- Manque de visibilité financière
- Manque d'un guichet unique

En conclusion, 2 projets sur 3 ont été aidés ; sur 13 projets terminés, 7 projets ont été aidés, en moyenne par 2 acteurs différents, les principaux étant les ARS (50%) les FFMPS (35%) les consultants privés (30%) et les Conseils régionaux (5%). L'accompagnement a été considéré comme globalement positif, l'aide a été fournie plus dans les premières phases du projet (pré-projet et projet) et moins en stade de réalisation du projet et en pérennisation du projet. Il ressort de pratiquement tous les questionnaires le souhait et la volonté professionnelle de regroupement des compétences et des acteurs de l'accompagnement en un guichet unique.

Cette enquête est intéressante pour avoir un aperçu de l'accompagnement au niveau national et va être complétée par un travail plus approfondi dans la région Nord Pas de Calais par la thèse en cours de réalisation par les deux intervenants, Thomas Poumaere et Timothée Wattine, internes en médecine générale à la Faculté de Médecine de Lille.

3.2. Expériences d'un élu URPS (Luc Duquesnel, élu URPS Pays de la Loire)

Le regroupement en pôles et maisons de santé est une dynamique qui permet de donner une réponse à la problématique d'accessibilité à l'offre de soins de proximité, les Pays de la Loire ayant des régions avec de gros problèmes démographiques.

Effectivement, 80 projets sont en cours dans les Pays de la Loire. Luc Duquesnel considère que « certains sont des effets d'aubaine » pour les élus mais parfois aussi pour les professionnels, mais qu'un bon nombre d'entre eux ont de la consistance et que la réflexion menée par les professionnels est centrée sur la prise en charge de la santé de la population, pas seulement de répondre seulement à la demande ponctuelle de soins, ce qui, à son avis, représente un important changement de mentalité pour les professionnels libéraux.

Cette dynamique de regroupement des professionnels est soutenue par l'URPS ML des Pays de la Loire. Les pouvoirs publics sont engagés, le Conseil régional a une ligne budgétaire très importante pour aider les collectivités locales au financement de l'investissement des structures de santé. Luc Duquesnel tire une sonnette d'alarme sur la forte implication financière des collectivités locales qui devient parfois problématique, car émerge le risque de réaliser un projet immobilier sans qu'il y ait le personnel nécessaire dans les murs. C'est la problématique de la tendance à anticiper, d'aller trop vite.

Depuis 5 ans, dès l'apparition des premières initiatives professionnelles, il y a un dossier prioritaire dans la région pour l'URML qui a pour buts de :

- Répondre aux attentes des professionnels avec les dimensions entrepreneuriales et financières
- Favoriser les entreprises libérales portées par les professionnels
- Expérimenter des organisations innovantes car le modèle d'entreprise libérale a changé ces 20 dernières années
- favoriser les groupes qualité dans les Pays de la Loire (et dans d'autres 9 régions de la France) : des médecins généralistes qui se regroupent et qui réfléchissent en même temps à l'association de la FMC et de l'évaluation des pratiques professionnelles. Une grande partie

de ces groupes ont tendance à évoluer dans des regroupements des professionnels de santé libéraux.

Une convention inter URML a été créée et implique 5 régions : la Bretagne, la Basse Normandie, le Nord Pas de Calais, la Picardie et les Pays de la Loire ; cette commission travaille depuis 3 ans sur les pôles de santé qui souvent y associent d'autres régions.

L'élaboration et le portage des projets de création de maisons de santé sont des processus complexes, et la réponse de l'URPS ML est un accompagnement souple est polymorphe, intervenant à différentes étapes d'élaboration du projet et adapté aux besoins exprimés par les porteurs de projets (qu'ils soient des professionnels de la santé ou des élus qui ont un financement disponible et qui veulent modifier les choses existantes).

Cet accompagnement consiste en :

- Conseil, information, formation par :
 - L'organisation de réunions d'information, d'échanges et de partage d'expériences à l'échelon local et régional
 - Elaboration et mise à disposition de « fiches outils »
 - Orientation pour conseil juridique ponctuel
 - Formation de médecins facilitateurs (3 séminaires de 2 jours, formation d'une vingtaine de médecins)
 - Veille législative

- Soutien méthodologique
 - Etude de faisabilité
 - Aide à la structuration du projet de santé
 - Du projet professionnel
 - Gestion du projet, management

- Relais « réseau » d'expertise
 - Création de l'Association des Pôles et Maisons de Santé des Pays de la Loire
 - Orientation vers interlocuteurs publics (ARS, CR..)

Une fois en fonctionnement, les structures de santé relèvent d'une gestion dont le poids est lourd à gérer par les professionnels de santé, qui sont ainsi mis en difficulté. Dans ce contexte, l'URPS ML a investis de nouveaux champs d'investigation pour répondre à des problématiques multiples et connexes :

- Le système d'information
- L'éducation thérapeutique
- La télémédecine
- Les nouveaux modes de rémunération (9 regroupements impliqués dans les NMR dans la région)
- Le lien réciproque entre le 1^{er} et le 2^{ème} recours

1. L'accompagnement à la modernisation des systèmes d'information existants

L'enquête URML (sept 2010) sur les systèmes d'information des praticiens libéraux en région (taux de réponse de 50%) montre que seuls 9% appliquent l'ensemble des bonnes pratiques de sécurisation des données et qu'il y a une sous-utilisation globale des fonctionnalités médicales et de gestion.

Mr Duquesnel insiste sur l'importance, avant de vouloir changer de système d'information, d'apprendre à utiliser de manière optimale les systèmes déjà en place.

Les besoins identifiées sont : le partage l'information, la défense de la rémunération. La position de l'URPS c'est « il est urgent d'attendre » car fin juin 2011 l'ASIP Santé doit publier un cahier de charges pour les maisons et pôles de santé qui sera un appel d'offres pour lequel la FFMPS a travaillé, envers les éditeurs de logiciels. En attente de cet outil, il faut donc éviter de changer trop vite au risque de devoir rechanger dans quelques années, sans certitude de refinancement de la part des ARS

2. L'éducation thérapeutique

Les problématiques identifiées en Pays de Loire :

- Offre hospitalo-centrée
- Coordination entre le libéral, les réseaux, les établissements
- L'organisationnel et la coordination découlant d'une prise en charge d'éducation thérapeutique

- Le partage des compétences
- Son évaluation

Quel modèle organisationnel ou économique pour l'éducation thérapeutique en libéral ?

3. La télémédecine : fait partie des nouvelles pratiques médicales au service des regroupements de professionnels. Elle permet et améliore :
- la continuité de soins (pathologies chroniques...) en ambulatoire
 - une coopération interprofessionnelle pour une meilleure prise en charge des patients : télésurveillance médicale, téléconsultations, télé-expertise :

Luc Duquesnel estime que les médecins généralistes libéraux doivent être au cœur de ces réseaux de télémédecine.

L'URPS ML s'investit dans la formation des médecins à la télémédecine (formation d'une journée va être proposée aux médecins de la région) et travaille au programme de télémédecine dans le Programme Régional de Santé.

Luc Duquesnel affirme que « malgré le travail fourni depuis quelques années, l'URPS ML est découragé par la difficulté de la mise en place du partenariat avec les ARS. L'URPS ML souhaiterait être considéré plus qu'un prestataire, un partenaire et qu'il doit y avoir des financements dédiés à cet accompagnement »

3.3 De l'accompagnement des équipes à la mise en valeur de la qualité et de la sécurité des soins (Jean-Michel Chabot, Conseiller Médical auprès du Directeur de la Haute Autorité de Santé)

En introduction de son intervention, Jean-Michel Chabot rappelle les principes fondamentaux de l'exercice de la médecine libérale inscrits dans la Charte de l'exercice libéral de la médecine de 1927 :

1. Le libre choix du médecin par le malade
2. Le respect absolu du secret professionnel
3. Entente directe entre le médecin et le malade (ou sa famille) suivant les conditions de la pratique ordinaire
4. Le droit à des honoraires pour tout malade soigné
5. Le paiement direct par l'assuré en prenant pour base minimum les tarifs syndicaux
6. La liberté thérapeutique et de prescription, l'intérêt technique du traitement doit primer sur le facteur économique ;

La création de maisons de santé vient remettre en question, redéfinir ces principes qui datent de presque un siècle, ce qui implique un travail long et complexe.

Jean-Michel Chabot dresse deux constats :

1. La HAS a été attentive aux professionnels et aux projets de création de maisons de santé car dès le 1^{er} semestre 2007 – elle s'est exprimé que l'exercice en maisons et pôles de santé était un moyen de satisfaire à l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles et de formation continue.

2. Dans l'ensemble des pays qui ont un système de soins développé, les questions de qualité et de sécurité des soins sont au premier chef des préoccupations à la fois des politiques mais aussi des patients, des associations qui les représente, des gestionnaires et de plus en plus des professionnels.

Toute une série de dispositifs ont été mis en œuvre dans ces pays depuis plusieurs années (parfois plus de vingt ans), comme par exemple la formation continue, l'évaluation des pratiques, des processus de recertification professionnelle, des processus de paiements à la performance. Force est de constater que dans l'ensemble, ces dispositifs marchent assez mal

et en tout état de cause ils n'assurent ni les politiques, ni la population d'une qualité et d'une sécurité à la fois constant, durable et manifeste. Il y a certes des résultats, mais ceux-ci ne se pérennisent pas définitivement.

Dans ces mêmes pays on observe des initiatives des professionnels eux-mêmes qui touchaient à l'organisation de leur activité. Ces initiatives portent des résultats assez favorables, durables, pérennes, dans l'amélioration de la qualité de soins. Trois exemples :

- les RCP : les réunions de concertation pluridisciplinaires en cancérologies, la qualité du diagnostic et des options thérapeutiques est en amélioration constante du point de vue des professionnels, des patients et des statistiques
- l'utilisation de la check-list, en particulier dans les blocs opératoires, avec des vérifications à trois reprises lors de l'acte chirurgical (en France, diminution par deux des erreurs médicales de type « opérer le mauvais organe »)
- Les groupes de paires = groupes qualité : des médecins généralistes qui se réunissent régulièrement pour discuter des cas difficiles mais aussi de l'organisation des soins

Selon Jean-Michel Chabot, les maisons et pôles de santé s'inscrivent dans cette dimension, d'initiative d'organisation des professionnels, indépendamment des politiques et des dispositifs déjà en place, dans le but d'accroître la qualité et la sécurité des soins offerts aux patients.

Ce qui est particulier aux maisons et pôles de santé est le travail en équipe

- les professionnels ont une demande de protocoliser eux-mêmes leur malades, élément qui ressort dès la première étape, de définition du projet de maison de santé. Cette protocolisation se fait sur la base de l' Evidence Based Medecine
- dans les maisons de santé les réunions de concertation et de suivi se mettent en place très précocement, avant même d'être très formalisées ou même financées. Ces réunions peuvent être informelles (autour de la tasse à café, dans le couloir) ou formalisées (type réunion, staff hebdomadaire)

Jean-Michel Chabot constate que par ses particularités : travail en équipe, protocolisation des malades et réunions de concertation et suivi, les maisons et pôles de santé sont « un formidable moteur à faire de la qualité – sécurité de soins ».

Selon lui, ouvrir dès la formation initiale à la perspective de travail en équipe devrait être inscrit comme une priorité de la formation médicale initiale, quelle qu'elle soit la filière des dix-neuf filières des professions de santé. La politique d'universitalisation des professions de santé représente un levier dans l'éducation au travail en équipe.

Jean-Michel Chabot tire un signal d'alarme et conseille de faire attention au conflit de leadership qui peut exister entre le politique local et les professionnels de santé.

En fin d'intervention, Jean-Michel Chabot apporte un éloge à initiative qui s'appelle « conseiller pays de santé » financée par Groupama MSA, dans les Ardennes et la Dordogne ; en effet, Groupama MSA a mis à disposition des 10 ou 15 médecins installés dans des régions isolées un conseiller pays de santé, qui sont en réalité deux infirmières mises à leur disposition pour faciliter leur fonctionnement : il s'agit d'une sorte de maison de santé hors les murs et « ça marche extrêmement bien ».

<http://www.paysdesante.com/le-projet/organisation-et-deploiement>

3.4 Expérience d'un facilitateur mutualiste : (Daniel Coutant, Harmonie Mutualité)

Mr Coutant apporte des éléments de réflexion, issus de son expérience tout d'abord de médecin généraliste (vingt ans d'expérience) et d'accompagnateur de projets soit à la demande des professionnels soit à la demande des maires, dans la Loire Atlantique.

Deux données essentielles sont à prendre en compte :

1. La santé est une nouvelle donne pour les maires (jusqu'ici c'était une affaire des médecins et de la sécurité sociale)
2. Avec la loi HPST pour une offre de soins de 1^{er} recours, il est possible concevoir une autre organisation que la simple « juxtaposition » de professionnels

Pour réussir une maison de santé, Daniel Coutant précise qu'il est essentiel de :

- « travailler le contenu » du projet, avant de se lancer avec les éléments pratiques (notamment si lancement de projet par un élu local, uniquement parce qu'il y a un financement possible)

- avoir des professionnels de santé et que ceux-ci s'y investissent
- évoluer d'un exercice individuel centré sur le soin vers un exercice plus global (prévention, éducation thérapeutique) en coordination avec des confrères et collègues.

Daniel Coutant dresse un constat étonnant issu de son travail sur le terrain: « les professionnels de santé ne se connaissent pas ». D'autre part, les médecins semblent ne pas avoir l'habitude de la négociation (par exemple lors du dialogue professionnels de santé –élus locaux) ni de laisser des traces des réunions et des discussions par des comptes rendus, ce qui représente des freins importants dans l'évolution de l'exercice vers la collaboration entre professionnels de santé...

Le besoin d'un accompagnement des professionnels de santé semble nécessaire :

- Pour ne pas alourdir inutilement leur tâche : (assurer l'animation des réunions, la rédaction des comptes rendus)
- Pour les convaincre de leur « aptitude à faire », par quelqu'un de l'extérieur
- Pour faciliter l'expression des non médecins, (Mr Coutant fait des entretiens semi-dirigés : état des lieux, projets, présentation des possibilités) : ça implique du temps
- Pour exiger rigueur et professionnalisme tout en faisant admettre (aux ARS...) la nécessité d'avoir du temps pour développer le contenu
- Pour ne pas se tromper sur la faisabilité (ex : financement du hors soin (accueil, secrétaire...))

3.5. Expérience d'une ARS (Lilian Brosse, ARS Rhône Alpes)

Lilian Brosse dresse un historique de l'implication des régions et particulièrement de la région Rhône Alpes dans les projets de réorganisation du système de soins de premier recours :

L'année 2007 est marquée par la signature de la Convention de partenariat régional relative au renforcement de l'accès aux soins en Rhône en Alpes, ayant comme objet : coordonner et mettre en synergie les interventions menées par les signataires : URCAM, ARH, Le Conseil Régional de Rhône Alpes, l'URML et les trois Facultés de médecine.

Cette convention a permis la mise en place d'un « Comité technique Maisons et Pôles de Santé » qui se réunit chaque mois pour faire une analyse commune des dossiers déposés soit à l'ARS soit au Conseil Régional et qui garantit ainsi une information mutuelle. Après une première analyse des dossiers l'accompagnement les promoteurs sont invités à exposer leur projet oralement.

Cette démarche d'accompagnement s'est progressivement élargie depuis 2007, en termes de partenaires et de services.

En 2008 a lieu une nouvelle convention : MRS (Mission régionale de santé) – URML : la mise en place d'un 1^{er} niveau d'accompagnement : la « fonction ressources » : une personne a été embauchée avec la mission d'apporter les informations, les conseils, les contacts téléphoniques, les relances dans le cadre du suivi, mais pour autant pas d'aiguillage sur la bonne ressource pour répondre aux questions précises qui se posaient. La mise en œuvre de ce premier niveau d'accompagnement a davantage permis d'une part d'apprécier la diversité des situations qui se posaient et d'autre part de constater qu'il y avait toujours un manque pour l'accompagnement de proximité, car la relation mise en place était assez indirecte.

Les premiers constats : (70 projets en 2007, 100 projets en 2008 et 130 aujourd'hui)

- Professionnel leader proche du burn out
- Equipe de professionnels non constituée
- Démarche parfois intrusive des collectivités locales (axées sur le montage du projet immobilier)

- Interventions de cabinets privés pas toujours cadrés en dehors des besoins définis par le financeur de l'étude (collectivités locales)
- Diagnostic rarement établi au-delà du ressenti de quelques professionnels de santé
- Projet de santé non défini voire absent des points abordés lors des premiers échanges entre professionnels
- Nombreux projets hors zones éligibles

Fin 2008 – début 2009 on note la création de la FemasRA (Fédération de maisons de santé en Rhône Alpes) qui rejoint le comité technique. Une convention MRS – FemasRA sur le financement fixe a permis de former des médecins et d'autres professionnels de tiers facilitateurs pour interventions auprès des professionnels porteurs d'un projet.

Ainsi a été mis en place le 2^{ème} niveau d'accompagnement qui consiste en des actions de facilitation, conseil et expertise, rencontre et appui des équipes en projet, visites de MSP en fonctionnement. Ces interventions ont été déclenchées à la demande la MRS (Mission Régionale de Santé) après analyse du besoin en comité technique. Les rapports des rencontres ont été présentés au comité technique, avec diagnostic de l'intervenant FemasRA et propositions éventuelles de suite à donner. Ces interventions ont été véritablement ressenties comme une avancée, les bénéfices apportés par ces interventions ont été une réactualisation très précise de la situation mais surtout une révélation d'un besoin qui n'était pas forcément exprimé auparavant par les professionnels.

Les premières préconisations pour développer le système d'accompagnement:

- Veiller à la réalisation, en amont des projets de santé, de diagnostics à échelle variable selon le projet considéré
- Développer un accompagnement de proximité
- Engager une dimension plus prospective : information auprès des acteurs locaux (élus)
- Organiser des temps d'échanges entre les professionnels porteurs d'un projet et professionnels exerçant déjà en exercice de groupe
- Organiser l'information et assurer sa diffusion auprès des porteurs de projet

En 2010 on note l'apparition d'un nouveau cadre législatif, par :

- Création des ARS et de ses délégations territoriales départementales avec mise en place de de correspondants « soins de premier recours », relation de proximité avec les porteurs de projets
- Disparition de l'URML au profit des URPS puis de la Fédération des URPS
- Des nouvelles perspectives de travail avec les ARS des Facultés de médecine
- Nouvelle mandature au Conseil régional

E nouveau cadre législatif fait que le cadre partenarial de 2007 est en cours de rénovation

La loi HPST précise que les ARS contribuent à la mise en route du « service unique d'aide à l'installation » : premiers travaux consistant en des réunions internes visant à le définir à ce que peut être le cadre ce service unique.

En 2010 également on note la publication des recommandations nationales issus d'une mission ministérielle « ARS et ambulatoire » dont un des livrets porte spécifiquement sur l'accompagnement des projets de maisons de santé, et qui développent une notion de cellule d'appui « Territoire et Santé »

En 2011 toute cette expérience devrait se capitaliser en une Plateforme régionale d'appui aux professionnels de santé.

Les ARS doivent organiser la mobilisation de leurs partenaires et proposer une offre de service structurée afin notamment de faire émerger et d'accompagner les projets des professionnels autour de l'exercice regroupé et pluridisciplinaire.

Le rôle attendu des ARS serait donc de coordonner l'ensemble des partenaires intervenant auprès des porteurs de projets, dans le cadre d'aides financières ou d'autres dispositifs d'intervention, d'assurer les fonctions supports.

Pour la mise en place de la Plateforme régionale d'appui aux professionnels de santé, l'ARS Rhône Alpes coopère avec un ensemble d'acteurs : URPS, FemasRA, Ordres professionnels, Facultés de médecine et organismes de formation, Conseils régionaux et généraux, MSA, CPAM, Caisse de retraite... et cette liste n'est pas limitative.

La Plateforme régionale d'appui aux professionnels est une instance de pilotage régionale et des équipes de proximité, et représente un premier cadrage défini au niveau national après concertation des partenaires.

Dans la région Rhône Alpes trois niveaux de concertations sont mis en place :

1. Le collège des financeurs : instance de sélection des projets - ARS, CR, CG et représentant URPS)
2. Le Comité Technique Régional : qui est véritablement l'instance de pilotage qui pourra piloter la plateforme d'appui, avec deux composantes : les professionnels de santé en exercice en projet de regroupement et les professionnels de santé en formation (internes, étudiants médecins ou des autres professions de santé) – ARS, CR, URPS, FemasRA, Facultés de médecine
3. L' Espace de concertation départementale, dans chacun des 8 départements de la région (01 , 07, 26, 38, 42, 69, 73, 74) avec comme principaux partenaires (liste non exhaustive et ouverte): ARS (DTD) CG, Préfecture, FemasRA, Ordres professionnels ; CPAM, MSA...

L'équipe d'appui aux porteurs de projets qu'on retrouve dans chaque département est constitué de correspondants de soins de premier recours des délégations territoriales de l'ARS et des tiers facilitateurs de la FemasRA . Ce binôme peut se compléter avec d'autres partenaires : MSA, certains chargés de mission du Conseil Général, représentants du Conseil de l'Ordre, les URPS.

Les principales missions de l'équipe d'appui sont de:

- Faciliter l'ensemble des démarches des professionnels ou des élus pour favoriser l'émergence des projets : recenser et susciter l'expression des besoins, se mettre au service (en pratique, proposer aux professionnels de santé des séminaires sur le travail pluridisciplinaire et le projet de santé)
- Mettre à disposition les outils existants, les données quantitatives (en pratique, envisager avec les professionnels de santé une étude de faisabilité/ diagnostic)
- Mettre en relation le porteur de projet avec le bon interlocuteur en fonction de la problématique : technique, juridique, financier... (en pratique, leur suggérer des rencontres avec d'autres professionnels travaillant déjà de façon pluridisciplinaire)

- Aide au montage du dossier (en pratique, les aider à préciser et à formaliser leurs entreprise)
- Centraliser et diffuser les informations utiles aux acteurs concernés
- Coordonner les financements possibles (en pratique, étudier les différentes sources de financement auxquels ils peuvent prétendre)

Les principes retenus pour le fonctionnement de l'équipe d'appui sont :

1. Quel que soit le point d'entrée de la demande, il doit y avoir une centralisation au sein du comité technique régional
2. Une première grille d'analyse commune doit être mise en place ; elle doit être applicable par n'importe quel partenaire sollicité en première intention
3. Diffusion de la réponse à apporter, en concertation avec l'ensemble des partenaires (régionaux et départementaux) de la plateforme d'appui
4. Pas d'accompagnateur unique quel que soit la problématique, mais un ensemble de moyens à mobiliser au bon moment
5. A chaque projet est associé un référent de l'équipe d'appui, interlocuteur direct du porteur de projet

L'accompagnement peut intervenir sur différentes étapes du projet de regroupement :

- Diagnostic – avec apport de données quantitatives : démographie de la population locale et des professionnels de santé, analyse de l'offre et des besoins de santé, analyse de la typologie et des caractéristiques de la patientèle, des médecins, de la population et du territoire
- Constitution de l'équipe – analyse qualitative, démarche exploratoire auprès des professionnels du territoire, de la population, des élus, avec une mobilisation des professionnels de santé. C'est l'étape qui prend le plus de temps et de moyens, il faut que le professionnel leader puisse lui-même s'engager dans ces phases exploratoires auprès des professionnels de santé (actuellement ce pas toujours le cas, et semble une difficulté)
- Projet de santé, projet professionnel : réponses ponctuels avec l'aide de la FFMPS : débloquent des freins, ouvrent des barrières inutiles : les professionnels se posent

beaucoup de questions qui en réalité sont très simples à résoudre car les ARS ne demandent pas un projet étoffé, finalisé, mais partir avec quelques idées, un document vivant. Le projet de santé n'est pas et ne devrait pas être quelque chose d'insurmontable. Il faut néanmoins définir l'organisation du travail en commun et des services destinés à la population. L'aide interviendra dans la formalisation d'une première version du projet de santé.

- Projet architectural / montage financier : ici, d'autres partenaires de la plateforme peuvent également intervenir, notamment la FemasRA qui elle, effectivement balaye tous ses sujets, mais d'autres acteurs pourront répondre dès l'instant que les aurait formés. Le recours aux prestataires privés serait limité au plus stricte nécessaire ce qui peut s'expliquer aussi par le fait que les enveloppes sont très limitées au niveau du fixe (en Rhône Alpes, cette enveloppe est destinée à un nombre important de projets : 130, un accompagnement par un prestataire privé est non envisageable pour l'ensemble des 130 projets - c'est la raison pour laquelle le financement ira préférentiellement vers le système d'information des maisons de santé, quand il y aura un cadrage national)
- Rédaction et dépôt du dossier de demande de financement
- Ouverture de la structure
- Mise en œuvre du plan d'action

L'équipe d'appui est en permanence sur l'ensemble de ce déroulement, quel que soit le niveau de réalisation du projet qui lui est présenté, dans l'idée d'activer toujours la bonne ressource en fonction de la question posée, l'idéal étant d'arriver en amont, au diagnostic, mais en pratique il y a des projets qui commencent avec la dernière étape (ouverture de la structure...) avant d'avoir franchi les trois premières.

Suite à son expérience sur le terrain depuis 3 ans, Lilian Brosse dresse le constat qu'« on a dans nos institutions et nos partenaires tous les moyens pour répondre à toutes les questions, même les consultants privés se tourne envers nous pour avoir des données »

A la fin de son exposé, Lilian Brosse énumère les principaux avantages d'un tel dispositif d'accompagnement :

- Bénéficiaire des services de l'ARS en appui (direct ou indirect) aux porteurs de projets, quel que soit le stade d'avancement
- Une animation de l'ensemble des partenaires, notamment locaux et départementaux via les DTD – Directions Territoriales Départementales
- Un accompagnement pour l'ensemble des projets, qu'ils soient ou non situés en zone dite « sous dotée » dès l'instant où il répond aux critères du cahier de charges national
- Le porteur du projet peut s'adresser à un interlocuteur unique qui le mettra en relation avec tous les autres
- La mise en place d'une offre de services structurée et lisible
- Un développement des projets en cohérence avec les orientations du SROS, un lien facilitant la mise en œuvre des outils HPST (nouveaux modes de rémunération, protocoles de coopération, télémédecine...)

3.6. Expérience de la MSA (Christian Pougel, François Ferté, Médecins Conseils MSA)

François Ferte : souligne, en début de son intervention, « la vision globale, nationale, de la MSA » et rappelle que la MSA n'est pas une mutuelle, mais c'est la sécurité sociale obligatoire du secteur d'activité agricole. L'investissement de la MSA dans les maisons de santé est justifié par un traitement équitable de la population, qui comprend les populations vivant en milieu rural. Les objectifs sont d'y déployer une offre de qualité ainsi qu'une qualité d'exercice aux professionnels, afin de leur éviter un burn out, et l'efficience.

Depuis quelques années la MSA a développé le concept de « maison de santé rurale » qui se traduit par

- la création d'outils d'accompagnement qui se sont capitalisés, l'ouverture d'un site internet : maisonsdesanté RURALE.msa.fr,
- l'organisation de soirées dans le cadre du troisième cycle de médecine générale, occasion de rencontre entre professionnels de santé installés et des étudiants des professions de santé,
- et surtout l'accompagnement de pré-projets et projets de maison de santé, réalisé par un binôme médico-administratif (un agent de direction et un médecin conseil)

L'accompagnement MSA en 2010 à l'échelle nationale peut être reflété en quelques chiffres clés :

- accompagnement de 196 pré-projets ou projets différents
- ce qui a occasionné 678 contacts physiques ou réunions
- 33 de ces projets ont aboutis

Dans le cadre de l'exercice de ces structures de soins, la MSA peut fournir les « services complémentaires », comme les programmes d'éducation thérapeutique, programmes d'éducation pour la santé.

Deux expérimentations sont menées par la MSA : l'action pays de santé et le CLIPS : Coordination Libérale Pluriprofessionnelle en Santé, qui est fondée sur la coopération entre le médecin et l'infirmière, et repose sur la mise en place de protocoles et de programmes

d'éducation thérapeutique pour la prise en charge de pathologies chroniques (diabète et hypertension artérielle)

Christian Pougel apporte à son tour sa contribution basée sur son expérience d'accompagnant de pré-projets depuis 2 ans et demi en Pyrénées Atlantiques. Il nous informe qu'en pratique, la MSA est contactée régulièrement par les élus locaux qui font part de leurs problématiques de démographie médicale à venir à court terme. La MSA a été contactée également par des généralistes mais plus rarement. Suite à cette demande, la MSA se déplace en binôme médico-administratif à leur cabinet et réalise des entretiens individuels sur site, avec le médecin généraliste et les autres professionnels paramédicaux : infirmière, kiné. Le but de cet entretien est de cibler les projets qui ont le plus de chance d'aboutir. Dans la pratique, à l'occasion de ces entretiens, les intervenants MSA ont pu constater un certain nombre de divergences d'appréciation entre les politiques, les élus locaux et les professionnels de santé libéraux. Ce sont des demandeurs culturellement différents, avec un langage différent, qui ne se comprennent pas toujours, ce qui est souvent problématique.

Les entretiens individuels ont permis l'émergence de quelques chiffres clés : parmi les 18 médecins généralistes rencontrés, un seul était maître de stage, près de la moitié (8/18) avait plus de 60 ans, et seulement 5/18 avaient moins de 50 ans. Mettre en route un projet de santé semble difficile à envisager à l'approche de l'âge de la retraite.

Les difficultés constatées sur le terrain ont été les suivantes :

1. L'âge : souvent proche de la retraite, les médecins ne veulent pas investir financièrement, et sont plus ou moins épuisés par leur travail. Le montage d'une maison de santé est long et complexe (5-6 ans, ce qui n'est pas connu par les élus qui sollicitent la MSA.) et nécessite des professionnels de santé fortement investis avec leader consensuel. Les professionnels doivent s'approprier leur projet, ce qui est très chronophage et demande beaucoup d'énergie, de nombreuses réunions en soirées, échelonnées sur une longue période (mois –une –deux années). Le leader doit pouvoir faire le lien entre les médecins et avec les autres professionnels de santé ; il doit être reconnu par ses pairs, ce qui n'est pas toujours le cas en pratique. Le leader ne doit pas absolument être un médecin.
2. L'objectif des médecins généralistes c'est d'attirer et ancrer les jeunes médecins pour leur succession dans un délai court. On constate qu'en pratique seulement 10% des

médecins inscrits à l'ordre dans l'année s'installent en libéral. Il y a une très forte féminisation avec une activité partielle fréquente. Les jeunes médecins envisagent pour la plupart à faire des remplacements pendant plusieurs années. Ces 20 dernières années, le pourcentage de remplaçants a augmenté de 600% en France (10 000 remplaçants à l'heure actuelle). Leur souhait est de s'installer en milieu semi-rural, en cabinet de groupe pluri disciplinaire « clés en mains »

3. Les affinités professionnelles et/ou individuelles sont souvent faibles ou sont marquées indifférence. Les facteurs humains sont d'une importance capitale, d'où résulte la nécessité d' réflexion préalable au lancement d'un projet : « pourquoi et comment travailler ensemble »
4. Peu de médecins sont Maîtres de stage. Les spécificités de l'exercice rural ne peuvent pas être connues par les jeunes médecins qui n'ont jamais vécu ni exercé en milieu rural. Le meilleur moyen de les attirer est de leur faire découvrir la médecine rurale à travers des stages.
5. Le projet médical : est souvent pensé de manière réductrice (planning, secrétariat). La première préoccupation semble le volet financier. Pour qu'il aboutisse, le projet médical doit être structuré, écrit, correspondre à un cahier de charges, précéder tous les autres aspects (juridiques, architecturaux...)
6. Les relations élus – professionnels de santé sont marquées par des tensions fréquentes. Les élus locaux veulent aller vite (répondre rapidement, en 2-3 ans à la demande de santé) forcer la main aux médecins généralistes. Il ne faut pas lancer un tel projet en stade de désertification médicale, même le stade de pré-désertification est tardif, il faut agir bien en amont. Le rôle de la MSA serait de faire le lien entre les professionnels de santé et les élus locaux. Leur collaboration est nécessaire, pour le diagnostic de territoire, projet immobilier, demande de subventions.

3.7. Expérience d'une fédération régionale (Marcel Beuret, Femasac, Fédération des Maisons de santé de Franche Comté)

En début de son intervention Marcel Beuret cite les étapes de l'avancement d'un projet de santé tel qu'il les a perçus suite dans son activité de représentant de la Femasac :

1. La rencontre entre les élus, les professionnels de santé et les ARS
2. La configuration du projet avec un comité de pilotage
3. L'étude d'opportunité avec un diagnostic du territoire
4. Le rapport d'opportunité de terrain
5. L'accompagnement thématique : architecture, système informatique, collaboration entre les professionnels, dynamique de groupe, structuration juridique, système d'accueil du patient, la charte éthique, gestion de la salle d'urgence, permanence du soin, management, la mutualisation des besoins, règlement intérieur, équipement, formation, accueil des internes,

L'accompagnement nécessite :

- La connaissance du terrain : les acteurs, l'environnement, les problématiques, les ressources
- La neutralité : médiation, coordination
- L'expertise : expérience, connaissances, compétences

L'accompagnement est basé sur :

- L'action : projet de santé, politique de formation, promotion de santé
- Les acteurs : médiation, management, prévention des conflits, gestion du stress
- L'organisation : optimisation des coûts, partage d'expérience, mutualisation

6. Décision des professionnels
7. Programmation de la maison de santé
8. Maison de santé

Les actions de la Femasac sont :

1. L'information : rencontre avec les élus, les professionnels de santé, forums d'information, par téléphone
2. Le témoignage : surtout dans les phases de configuration du projet, visites de maisons de santé
3. Une promotion : à travers les facultés de médecine

4. Des conseils
5. Une expertise : par rapport à des problématiques particulières (rapport d'opportunité)
6. Un transfert de compétences : par des séminaires, pour aider les professionnels à structurer leur projet, mais les rendre aussi autonomes
7. Une médiation des conflits entre les professionnels ou avec les élus

Les acteurs de l'accompagnement peuvent être :

- Les professionnels de santé
- Les organismes d'assurance maladie avec l'ARS
- Les organisations des professionnels URML
- Les patients
- Les représentants territoriaux : les élus
- Les « opportunistes » : réseaux de santé, sociétés de consultants, l'industrie pharmaceutique : ils ont leur légitimité même s'ils ne se battent pas forcément dans le même fond de travail pluridisciplinaire d'une maison de santé

A la fin de son intervention, Marcel Beuret souligne les points forts d'une fédération régionale :

- L'expertise par des professionnels de terrain : qui permet un discours de pairs et un lien entre les différents langages et ambitions
- La formation de tiers facilitateurs compétents, avec une aide à la création de fédération régionale (FFMPS), à l'acquisition de compétences (ADESA) : posture d'accompagnement
- L'intégration à une action coordonnée au niveau régional de tous les acteurs de l'accompagnement.

3.8. Expérience des réseaux (Michel Varroud-Vial, Président UNR-S, Union nationale des réseaux de santé)

Selon Michel Varroud-Vial, les maisons de santé ne sont pas uniquement une solution au désert médical français mais un mode de réorganisation de la médecine de premier recours dans une démarche qualitative de l'offre de soins. Mr Varroud-Vial souligne n'y a pas d'opposition entre le « monde » des réseaux et le concept de maisons et pôles de santé, les réseaux soutiennent l'émergence de ces structures.

A partir de son expérience personnelle dans les régions Essonne et Val de Marne où deux pôles de santé ont été créés et travaillent avec les réseaux, qui les a accompagnés dans la création et leur fonctionnement, plusieurs idées ont été étudiées. Les difficultés de leur mise en pratique ont été analysées et plusieurs solutions ont ainsi émergé :

Idée 1 : Comment développer l'accès à l'éducation thérapeutique

Les difficultés :

- Absence d'expérience dans la proposition de l'ETP, dans sa réalisation et dans son évaluation
- Nécessité de recourir à des programmes autorisés par l'ARS
- Obligation d'avoir une file de patients suffisamment nombreuse (50 patients)

Quelques solutions :

- S'adosser aux programmes autorisés par les ARS déjà développés par les réseaux
- Suivre une formation indemnisée sur la proposition et l'évaluation de l'ETP
- Développer de nouveaux programmes avec les professionnels du pôle et les réseaux, en fonction des besoins des professionnels de santé (démarche dynamique)
- Insérer dans le dossier médical des alertes sur la proposition de l'ETP

Idée 2. Comment mettre en place la concertation dans un pôle de santé ?

Les difficultés :

- Le manque de temps pour les réunions

- Le manque d'habitude pour les échanges (les médecins sont connus comme individualistes)
- Un accès aléatoire à l'expertise
- La diversité et l'incompatibilité des logiciels métiers

Quelques solutions :

- Employer un personnel dédié à l'organisation de la concertation : un coordinateur d'appui dans les pôles, c'est en fait l'équivalent du « conseiller pays de santé » en région parisienne. Le coordinateur va pouvoir s'appuyer sur l'expertise des réseaux qui travaillent avec le pôle. Il semble efficient de multiplier les coordinateurs d'appui dans les structures de proximité, et mutualiser cette coordination d'appui à un niveau territorial
- Mettre en place un système de vidéo-conférences pour les RCP (logistique réseau)
- Planter des indicateurs communs dans les logiciels métiers
- Planter des reminders dans les logiciels métiers, indicateurs d'alerte et de processus
- Travailler avec les pharmaciens sur le médicament
- Utiliser l'expérience de prise en charge pluridisciplinaire

Idée 3 : comment améliorer la coopération avec l'hôpital ?

Les difficultés :

- La réception tardive des comptes- rendus hospitaliers
- L'absence d'intégration des médecins libéraux aux procédures de sortie d'hospitalisation et de prise en charge ambulatoire
- Les difficultés à obtenir l'aide nécessaire à la prise en charge des patients complexes après hospitalisation

Quelques solutions :

- Agir au niveau « locorégional » avec les réseaux et les autres pôles
- Proposer aux établissements une communication par messagerie cryptée avec information du médecin traitant dès l'entrée et transmission du compte-rendu hospitalier dans les 8 jours

- Mettre en œuvre les protocoles de suivi post-hospitalisation élaborés par les réseaux ou de nouveaux protocoles (pour éviter les ré-hospitalisations précoces)

Pour souligner encore une fois la compatibilité de la coexistence des maisons de santé –pôles de santé et des réseaux de santé, Michel Varroud-Vial reprend leurs définitions : pour lui, la meilleure définition d'une maison et d'un pôle de santé est la réalisation d'un projet de santé par une équipe de soins pluridisciplinaire, les maisons et pôles de santé étant une réponse aux défis de l'exercice en soins primaires, au-delà d'une simple réponse à la pénurie médicale. Les pôles de santé libéraux sont des « maisons sans les murs » En ce qui est d'un réseau de santé, sa meilleure définition est une structure d'aide à la coordination des soins et d'appui aux professionnels, principalement pour les cas complexes.

3.9. Expérience d'une association de formation (Thomas Bourez, MG dans le dpt Leur Président Adesa : Association pour le Développement de l'Evaluation en Soin Ambulatoire)

Tout d'abord, Thomas Bourez présente l'activité de l'association ADESA, qui a 8 ans d'expérience dans l'accompagnement des médecins autour de deux actions :

- le bilan de compétences – une analyse, un point de situation de l'activité des généralistes, pour les resituer dans leur pratiques et pour redynamiser leur activité : ce qui constitue l'antidote ADESA au burn out
- le séminaire : « Management de l'équipe médicale » qui permet aux professionnels de découvrir les notions de management, d'animation d'équipes, essentielles à la pérennité des structures des soins

Avec l'évolution de la FMC vers le DPC (développement professionnel continu), ADESA a développé son offre d'accompagnement et présenté 10 projets au Comité Scientifique, dont 9 ont été retenus et financés dans le cadre de l'OG DPC (l'organisme de gestion du DPC)

Parallèlement, l'ADESA est membre du collège de Médecine générale, et participe ainsi pleinement à la vie de la discipline.

ADESA a une équipe de 15 formateurs et s'appuie sur une logistique déjà rodée, en partenariat avec MG FORM, leader sur la formation médicale continue, avec un site : www.adesa.asso.fr et un secrétariat pour l'organisation de ces formations.

Pour Thomas Bourez, ADESA « c'est l'accompagnement » Il précise qu' ADESA a volontairement restreint son champ d'action, pour permettre l'émergence et la réalisation des projets de santé ; elle ne s'implique pas dans le montage financier, ni l'architecture. Ses cibles sont bien en amont des maisons de santé :

- le professionnel de santé dans l'évolution de son exercice. ADESA permet de faire un point de situation sur l'organisation du cabinet, sur la carrière du médecin et sur ses besoins de formation
- les professionnels de santé dans leur dynamique de regroupement : ADESA organise un séminaire de 2 jours pour le soutien aux porteurs de projets
- professionnels regroupés

- des informations sur la dynamique de groupe à travers le séminaire « dynamique d'une équipe de santé »
 - deux accompagnements « non présentsiels » :
 1. méthodologie pour s'approprier des protocoles, pour qu'ils deviennent des référentiels partagés,
 2. des réunions permettant de structurer la vie au sein de la maison de santé
- développer des compétences d'accompagnateur : ADESA a été opérateur de la formation : « tiers facilitateur »

Selon Thomas Bourez, les atouts d'ADESA sont :

1. la polyvalence de l'offre : au-delà des projets de regroupement en maisons de santé, donner une échelle de progression à chaque professionnel
2. les méthodes de co-développement : ADESA n'a pas comme but apporter une expertise, mais de permettre le respect de la méthode, la libération de la parole, pour permettre aux professionnels de faire un échange de leur point de vue
3. l'équipe d'accompagnateurs : formés, légitimes, compétents, impliqués dans l'organisation du territoire
4. le financement de ces séminaires : sur le plan de la formation, de l'hôtellerie et de la perte d'activité

Les freins rencontrés par ADESA :

1. l'état des professionnels de santé, où l'on passe du burn out au sentiment de toute-puissance, les représentations du projet de maison de santé (immobilier, finances...) se font souvent avant de définir « qu'est-ce qu'on veut partager ». Thomas Bourez souligne qu' « un bon projet ne vient pas du financement, mais du plaisir à travailler ensemble »
2. le modèle économique, avec la difficulté à envisager d'investir dans sa formation (du temps...). La difficulté réelle est que ce modèle économique pour rentabiliser la qualité des soins n'a pas encore fait ses preuves. Il n'y a pas de modèle interprofessionnel sur le plan de la formation ; ADESA souhaite que les formations soient toutes faites en inter-profession, pour ouvrir au travail en équipe

3. La formation de tiers facilitateur

Thomas Bourez conclut en affirmant que « ADESA c'est du travail pour longtemps, car ses objectifs sont de susciter l'envie, accompagner des projets, faire vivre la réalité, mettre de l'huile dans les rouages »

3.10. Une charte éthique et un cahier des charges de l'accompagnement : premières pistes (Guillaume de Gardelle, Président de la fédération d'Auvergne des Maisons et Pôles de Santé FAPMPS)

Guillaume de Gardelle prend la parole avec une interrogation : « Est-il légitime d'avoir des dérangeaisons éthiques dans la construction d'un projet maison de santé? »

Sa réponse est : oui, car il s'agit de respecter tous les acteurs qui entrent en jeu dans un projet de regroupement, depuis sa formulation et même au-delà de sa mise en pratique. Dans ce système relationnel un certain nombre de situations conflictuelles peuvent émerger et les questionnements éthiques peuvent resurgir devant des divergences inévitables : d'opinion ou d'intérêt économique, d'où résulte la nécessité de création d'une charte éthique, que tous les acteurs doivent signer et respecter.

Guillaume de Gardelle invite les participants du colloque à réfléchir au contenu de la charte, dont les principes seront à définir ultérieurement, suite à une réflexion commune sur les différentes problématiques exposées lors du colloque, concertation qui se fera par email.

4. Fermeture du colloque

Pierre de Haas, président de la FFMPS, clos le colloque en affirmant que « le bonheur n'est pas facultatif » l'accessibilité aux soins devrait être la même partout sur le territoire français, et pour y arriver, le dialogue entre les divers professionnels de santé est indispensable. Il invite les participants au prochain congrès de 2 jours prévu en 2012, avec des ateliers, spécifiques et des mises en situation.

5. Résumé des interventions

Pierre de Haas, président de la FFMPS ouvre ce colloque en soulignant l'importance de la réorganisation du système de soins de premier recours et que devant les deux manières d'aborder ce sujet : par le territoire et à partir des personnes, le travail du jour est centré sur la deuxième approche, et illustré par la participation des acteurs impliqués dans ce processus. Les participants viennent témoigner leurs spécificités et leurs expériences d'accompagnants ou d'accompagnés dans le long chemin de réorganisation du système de soins de premier recours

Dans son intervention, Michel Serin, premier vice-président de la FFMPS, explique la réorganisation des équipes de soins de premier recours vue par les médecins généralistes dont il est le leader. Fort de son expérience d'initiateur et leader de la maison de santé de Saint-Amand-en-Puisaye, Michel Serin dresse « un portrait de famille » de sa maison de santé et détaille les motifs qui l'ont amené à la créer, les avantages de la nouvelle organisation de l'équipe de soin de premier recours, les freins dans le fonctionnement de la maison de santé, ainsi que les nouveaux éléments organisationnels inhérents au nouveau mode d'exercice.

Dans la suite logique de la prise de parole du représentant des médecins, Annick Touba, présidente du SNIL (Syndicat des infirmières et infirmiers libéraux) présente le point de vue des infirmières sur la réorganisation des équipes de soins de premier recours. Tout d'abord elle exprime son étonnement du fait que les infirmiers ne sont pas cités parmi les professionnels du premiers recours dans la loi HPST. Par la suite, Mme Touba souligne l'importance du dialogue entre les professionnels de santé souhaitant se regrouper en maison de santé, et attire l'attention sur le découragement des infirmières qui sont culturellement considérées comme étant des simples exécutantes des ordres donnés par les médecins. Avant de parler de partage des tâches, il faut dissiper les malentendus.

Les institutionnels sont représentés par Vincent Beaugrand, Chef du bureau de premier recours du DGOS (Direction générale de l'organisation des soins). Il souligne que la création

de nouveaux outils, participatifs et incitatifs doit prendre en considération la liberté d'installation des professionnels de santé. Mr Beaugrand cite quelques outils qui sont symboliques de ces nouveaux modes d'organisation : le SROS, les financements fixes en fonction du projet de santé, le système juridique prévu par la loi Fourcade, les NMR, la plateforme d'appui aux professionnels de santé. En conclusion, Vincent Beaugrand estime que devant le niveau est hétérogène avec des projets dans toutes les phases d'avancement, l'accompagnement des professionnels de santé est absolument nécessaire.

Hélène Zeitoun, représentante de la FEMASIF : fédération des maisons de santé d' Ile de France et ACSBE : Association Communautaire Santé bien-être prend la parole pour marquer la spécificité de la réorganisation du système de soins de premier recours en ZUS (zones urbaines sensibles). Hélène Zeitoun présente en quelques lignes l'implication de l'ACSIB et de la FEMASIF dans les projets de regroupement en maisons de santé dans le quartier Franc-Moisin Bel Air, avant de souligner qu'un accompagnement spécifique semble nécessaire, avec nécessité d'un point de vue extérieur, pas seulement une réflexion interne. Cet accompagnement implique des compétences en matière de Politique de la Ville, de santé publique et des connaissances sur les inégalités sociales de santé, ainsi qu'une capacité d'animer un processus participatif, de manière à ce que tous les acteurs concernés puissent participer au montage de projet de santé.

Pascale Echard-Bezault, chargée de mission santé-cohésion sociale à la DATAR : la Délégation interministérielle à l'Aménagement du Territoire et à l'Attractivité Régionale, exprime son point de vue sur la réorganisation des soins de premier recours. Dans sa vision, le projet de santé doit s'intégrer dans un projet global pour le territoire avec un axe « santé » spécifique. L'étape fondamentale d'un projet de territoire c'est d'arriver à un diagnostic partagé du territoire qui consiste à identifier ses faiblesses ainsi que ses forces. Mme Echard-Bezault souligne que le projet de santé est différent selon les territoires, et que la DATAr se positionne en accompagnant des projets de regroupement des professionnels de santé.

Le point des vue des pharmaciens sur la réorganisation des équipes de soin de premier recours est exprimé par Gilles Bonnefond, président USPO : Union des Syndicats de Pharmaciens

d'Officine. Tout d'abord, Gilles Bonnefond exprime l'inquiétude des pharmaciens sur les conséquences sur leur activité du processus de désertification médicale et la nécessité qui en résulte de la réorganisation du système de soins. Par la suite, il constate qu'avec le nouveau concept de « pharmacien correspondant » la place du pharmacien dans le parcours de santé est renforcée.

Thomas Poumaere et Timothée Wattine, Internes en médecine générale, Lille, présentent une étude sur les atouts et les faiblesses des différents accompagnements proposés aux professionnels à la création de maisons et pôles de santé. L'accompagnement a été considéré comme globalement positif, l'aide a été fournie plus dans les premières phases du projet (pré-projet et projet) et moins en stade de réalisation du projet et en pérennisation du projet. Il ressort de pratiquement tous les questionnaires le souhait et la volonté professionnelle de regroupement des compétences et des acteurs de l'accompagnement en un guichet unique.

Luc Duquesnel, élu URPS Pays de la Loire, apporte son témoignage d'accompagnement des professionnels de santé, issue de son expérience en Pays de la Loire, où 80 projets sont en cours. Il souligne l'importance à ce que le projet soit issu en tout premier lieu d'une réflexion des professionnels, et non pas des collectivités qui disposent des éléments financiers, sous peine de réaliser un projet immobilier vide de personnel. L'accompagnement de l'URPS ML souple est polymorphe, intervenant à différentes étapes d'élaboration du projet et adapté aux besoins exprimés par les porteurs de projets. Cet accompagnement consiste en : conseil, information, formation, soutien méthodologique, relais « réseau » d'expertise. L'URPS ML a investis de nouveaux champs d'investigation pour répondre à des problématiques multiples et connexes comme le système d'information, l'éducation thérapeutique, la télémédecine, les nouveaux modes de rémunération le lien réciproque entre le 1^{er} et le 2^{ème} recours.

Jean-Michel Chabot, Conseiller Médical auprès du Directeur de la Haute Autorité de Santé, prend la parole avec le constat que la création de maisons de santé vient remettre en question, redéfinir les principes fondamentaux de l'exercice de la médecine libérale qui datent de presque un siècle, et ce processus implique un travail long et complexe dans le but d'accroître

la qualité et la sécurité des soins offerts aux patients. Par ses actions, la HAS s'implique dans la réorganisation du système de soins de premier recours.

Mr Coutant apporte des éléments de réflexion, issus de son expérience tout d'abord de médecin généraliste et d'accompagnateur de projets soit à la demande des professionnels soit à la demande des maires, dans la Loire Atlantique, en tant que représentant d'Harmonie Mutualité. Les éléments essentiels qui en ressortent sont le fait de « travailler le contenu » du projet, la motivation de professionnels de santé et leur ouverture envers leurs confrères et que l'exercice individuel évolue vers un exercice plus global.

Lilian Brosse, représentant de l'ARS Rhône Alpes dresse un historique de l'implication des régions et particulièrement de sa région dans les projets de réorganisation du système de soins de premier recours. Le rôle des ARS serait de coordonner l'ensemble des partenaires intervenant auprès des porteurs de projets, dans le cadre d'aides financières ou d'autres dispositifs d'intervention, d'assurer les fonctions supports. Les ARS sont impliquées dans la création de la plateforme régionale d'appui aux professionnels, qui est une instance de pilotage régionale et des équipes de proximité, et qui représente un premier cadrage défini au niveau national après concertation des partenaires. Les équipes d'appui aux porteurs de projets auxquelles les ARS font partie interviennent sur différentes étapes du projet de regroupement : du diagnostic à la constitution de l'équipe, à l'émergence du projet professionnel, à la réalisation du projet architectural et au montage financier, jusqu'à la mise en œuvre du plan d'action.

L'expérience de la MSA est partagée par Christian Pougel et François Ferte, qui y travaillent en tant que médecins conseils. La MSA a développé le concept de « maison de santé rurale » qui compte parmi ses missions l'accompagnement de pré-projets et projets de maisons de santé, dont 33 ont abouti en 2010. A la demande des élus locaux ou des médecins, la MSA se déplace en binôme médico-administratif et réalise des entretiens individuels, qui permettent de surmonter les difficultés sur le terrain et de faire le lien entre les professionnels de santé et les élus locaux.

Marcel Beuret, représentant de la Femasac, Fédération des Maisons de santé de Franche Comté apporte son expérience de terrain. Les points forts d'une fédération régionale seraient :

l'expertise par des professionnels de terrain, la formation de tiers facilitateur et l'intégration de tous les acteurs de l'accompagnement à une action coordonnée au niveau régional. La Femasac peut intervenir dans tous les étapes de l'avancement des projets de maison de santé.

Mr Varroud-Vidal, Président UNR-S, Union nationale des réseaux de santé, prend la parole en soulignant d'emblée qu'il n'y a pas d'opposition entre le « monde » des réseaux et le concept de maisons et pôles de santé et que les réseaux soutiennent l'émergence de ces structures. Mr Varroud-Vidal fait part des difficultés rencontrées dans le processus d'accompagnement, et les solutions qui en ressortent du travail des réseaux, qui donnent des réponses à des questions telles : comment développer l'accès à l'éducation thérapeutique, comment mettre en place la concertation dans un pôle de santé ou comment améliorer la coopération avec l'hôpital.

Thomas Bourez, président de l'Adesa : Association pour le Développement de l'Evaluation en Soins Ambulatoires présente l'activité de l'association et son implication dans l'accompagnement des médecins autour des deux actions : un bilan de compétences et une formation au management d'équipe. ADESA permet l'émergence et la réalisation des projets de santé ; elle ne s'implique pas dans le montage financier, ni l'architecture. Les atouts d'ADESA seraient la polyvalence de l'offre, les méthodes de co-développement, l'équipe d'accompagnateurs et secondairement le financement des séminaires.

En fin de colloque, Guillaume de Gardelle, Président de la fédération d'Auvergne des Maisons et Pôles de Santé FAPMPS, lance une interrogation sur la nécessité d'une charte éthique des maisons de santé. Devant la multitude des problématiques rencontrées et de la diversité d'intervenants avec des opinions, intérêts et des préoccupations différents, la réponse qui s'impose est positive, la charte éthique serait le garant du respect de chacun.

CONCLUSION

Comme le soulignait la mission Guy Vallancien de 2010, en France « *le dispositif de premier recours est à bout de souffle* », et que celui-ci ne répond plus ni aux attentes des professionnels, ni aux préoccupations des autorités publiques et n'est plus apte à répondre aux évolutions démographiques et épidémiologiques de la population. « *Un mouvement majeur est en train de s'opérer* », celui d'une réorganisation du dispositif du premier recours, par la montée des nouvelles structures.

En 2010, le gouvernement donne une nouvelle impulsion, en s'engageant sur un programme visant à participer au financement de 250 maisons de santé pluriprofessionnelles en milieu rural sur la période 2010-2013. Dans les régions, l'effervescence est réelle : près d'un millier de projets plus ou moins aboutis d'exercice regroupé (130 en Rhône-Alpes, 80 dans le Nord-Pas-de-Calais...) ; plus de 300 équipes de soins de premier recours en train de se constituer ; 150 structures pluridisciplinaires déjà éligibles aux nouveaux modes de rémunération complémentaires au paiement à l'acte...

Mais de la loi au terrain, il y a un fossé. Sans aide, le « portage » reste extrêmement difficile, demande du temps et de l'énergie bien souvent non rémunérées. Décidées par des élus, certaines structures mal conçues ou sans projet de santé, se transforment rapidement en coquilles vides.

Et les changements qui accompagnent cette révolution des soins ne vont pas de soi, comme l'a montré le colloque « *Accompagner le changement des équipes de soins de premier recours* » organisé à l'initiative de la Fédération française des maisons et pôles de santé qui a réuni plus de 150 participants à Paris (médecins, infirmières, pharmaciens, ARS, sociétés de consultants, HAS, ministère, maires, collectivités locales...). Ce colloque a montré l'urgence à accompagner les acteurs sur le terrain et les aider à affronter de sérieux obstacles : financements fragiles, modes de rémunération inadaptés, systèmes d'information non ou mal adaptés, conflits de territoire, malentendus entre les professions.

Les questionnements permettent de mettre en évidence les problématiques non résolus de l'organisation interprofessionnelle représentée par la MSP, ainsi qu'un certain nombre de vides juridiques, notamment autour des associations des professionnels et le partage des

fichiers informatiques. L'accompagnement des équipes semble s'organiser autour de plusieurs acteurs ; la multitude et la diversité de ces acteurs, avec chacun sa valeur ajoutée implique pour l'avenir la nécessité de mettre en commun leurs moyens, de partager leur résultats d'une manière transparente ainsi que de coordonner cet accompagnement au niveau national.

Les obstacles à l'exercice regroupé sont variés, et si le concept est attractif il y a des freins juridiques et des contraintes techniques : le système juridique « balbutiant », le paiement à l'acte inadapté pour certaines tâches (notamment la coordination), le statut juridique du mode d'exercice regroupé qui, jusque-là, ne permettait pas de redistribuer certains financements forfaitaires aux différents professionnels. Le manque de visibilité budgétaire est ressenti comme très pesant par les structures pluriprofessionnelles qui ont bénéficié ponctuellement de budgets non pérennes. Un autre obstacle évoqué a été la difficulté pour chaque profession de santé libérale de trouver sa place dans la si attendue équipe de soins primaires. Le cheminement des projets de regroupement est compliqué aussi par la multiplicité des intervenants ; la mise en place du guichet unique, plateforme internet d'appui aux professionnels est attendue pour améliorer les choses.

Malgré tous ces obstacles, les idées et les mobilisations bouillonnent autour de la réorganisation du système de soins de premier recours. Dans cette période de mutation une certitude émerge : la nécessité d'aide et d'accompagnement ciblés pour imaginer et concrétiser les projets de regroupement.

Le colloque « Accompagner le changement des équipes de soins de premier recours » organisé par la FFMPS qui s'est tenu le 28 avril 2011 à Paris, c'est une histoire qui commence. Il est un point de situation sur l'accompagnement en 2011, met en évidence les enjeux différents des différents acteurs qui sont unis dans ce même mouvement de réorganisation du système de soins de premier recours, et cristallise les questionnements des équipes en cours de rassemblements ou les attentes des équipes déjà rassemblés et qui sont confrontées à des difficultés sur le terrain à mettre en pratique leurs projets ou à les améliorer.

Ce colloque a constitué un premier rassemblement d'une grande partie des acteurs en jeu lors de la réorganisation du système de soins de premier recours, avec comme méthode de travail la diversité, illustrée par de multiples interventions, laissant la parole au maximum d'intervenants ainsi qu'à la salle, dans l'optique d'un échange qui a abouti à la création d'une

charte éthique de l'accompagnement des équipes de soins de premier recours ainsi que d'un cahier de charges à mettre à la disposition des équipes qui souhaitent se faire accompagner. Cette méthode de travail, centrée non pas sur le territoire mais sur les acteurs en jeu est selon Pierre de Haas « complexe, car ça joue sur la manière de voir, sur les émotions entre les personnes ».

Au début de mon travail je souhaitais témoigner non seulement les interventions déjà annoncées mais aussi les nombreuses questions posées et réflexions partagées par les participants à la fin de chaque intervention. En les écoutants lors du colloque et en réécoutant les enregistrements j'ai été frappée par le manque de concentration sur le sujet de la communication avec la diffusion des interrogations vers tous les autres points plus ou moins abordés lors des interventions d'après. La complexité des sujets, l'enthousiasme des participants et leur volonté d'avancer au plus vite faisaient que les questions partaient dans tous les sens, se chevauchaient, des questions auxquelles les intervenants se retrouvaient en difficulté. La demande était essentiellement « l'accompagnement au quotidien et de solutions pratiques » ; au-delà des choses déjà mises en place et communiquées lors des présentations ; par ailleurs beaucoup de questions pertinentes se noyaient dans le flou législatif. Un certain nombre de questionnements sont posés, des positionnements sont pris. Il en ressort quelques questionnements :

- Quel avenir pour ces organisateurs des équipes de soins de premier recours ?
- Quels outils pour ces équipes ?
- Quelles attentes des soignants envers les pouvoirs publiques?
- Quels fondements éthiques pour la coopération au sein d'une MSP ?

Aucun des intervenants n'a affirmé détenir la solution de cette problématique complexe qu'est la réorganisation du système de soins de premier recours, chacun apportait sa contribution personnelle, issues de sa réflexion ou expérience sur le terrain, auprès des législateurs ou auprès de la population, chacun était attentif aux propositions des autres et l'attitude générale était attentive à l'ouverture et à la collaboration interprofessionnelle, dans la logique de la thématique abordée.

La multitude des interrogations et la complexité des réponses ont fait que le dernier sujet du colloque : « Une charte éthique et un cahier des charges de l'accompagnement : premières pistes » a été abordé très brièvement, l'intervenant, Mr. Guillaume De Gardelle, Président de

la fédération d'Auvergne des Maisons et Pôles de Santé FAPMPS soulignant la légitimité du cadre éthique et l'importance de fixer ce cadre lors d'un travail en équipe pluridisciplinaire, avec des acteurs professionnels de santé mais aussi extérieurs. Mr De Gardelle lance la question à tous les participants, avec la demande de retour pour l'élaboration ultérieure de cette charte.

Après le colloque, un échange de courriels a suivi, avec une réflexion au sein de la FFMPS dirigée par son Président Pierre de Haas. Suite à cette réflexion « La Charte de l'accompagnement d'équipe » et « Le cahier des charges d'une analyse territoriale ou d'opportunité » ont été publiés sur le site de la FFMPS le 19 juin 2011 :

« La Charte de l'accompagnement d'équipe

- L'accompagnement est mené pour faire émerger des solutions aux problèmes identifiés à partir des attentes et besoins de professionnels de santé et des élus locaux, non pour coller des schémas préalablement produits ailleurs que dans l'espace local
- L'accompagnement favorise l'émergence de décisions dans l'équipe et ne prend pas les décisions à la place de l'équipe
- La confidentialité est de règle pour les éléments humains de l'accompagnement, y compris au sein de l'équipe accompagnée
- L'accompagnement peut favoriser la mobilisation d'une équipe de soins non encore constituée
- Le contrat d'accompagnement est écrit d'une manière lisible pour des professionnels de santé et des élus territoriaux
- Le contrat d'accompagnement est réalisé après un ou des entretiens préalables avec des professionnels de santé s'il vise à un accompagnement de la dite équipe
- Le contrat d'accompagnement est réalisé après un ou des entretiens préalables avec des professionnels de santé et des élus territoriaux s'il vise à une organisation territoriale des soins
- Le contrat d'accompagnement indique un but, des objectifs généraux et opérationnels

- Le contrat d'accompagnement fixe la durée de l'accompagnement et les étapes intermédiaires avec un agenda de mise en œuvre
- Les décisions relevant du sanitaire appartiennent à l'équipe de soins, et aux éventuels représentants des usagers de la santé

Le cahier des charges d'une analyse territoriale ou d'opportunité

Contexte

- Une analyse sanitaire et médico-sociale territoriale est décidée avec la mise en place d'un comité de pilotage comprenant des professionnels de santé et des élus territoriaux
- Le comité se réunit avant le lancement de l'étude, puis pour valider le diagnostic et pour décider des solutions retenues

Le contrat

- Il décrit les communes ou le bassin de santé sur lesquels va porter l'étude
- Il décrit les attentes les plus précises possibles face à l'accompagnement
- Le contrat indique un but, des objectifs généraux et opérationnels
- Il précise les conditions de retrait en cas de non respect du contrat

L'étude

- Elle décrit les communes sur lesquelles porte l'étude
- Elle décrit les caractéristiques du secteur : aspects géographiques, économiques, populationnels, organisation de l'espace
- Elle décrit la situation de l'accès aux soins de la population en soins de premier recours, de second recours et de plateaux techniques en différenciant les niveaux des établissements : proximité, recours, hyperspécialisé
- Elle décrit les flux populationnels et leurs consommations de soins
- Elle donne un diagnostic de la situation et une présentation des enjeux à court, moyen et long terme
- Elle devra prendre en compte les différentes professions des soins de premier recours : médecins généralistes, pharmaciens, infirmières, sages-

femmes, chirurgiens-dentistes, kinésithérapeutes, orthophonistes, diététiciennes, psychologues, ...

- Elle devra élargir la réflexion aux acteurs du champ médico-social et notamment ceux qui interviennent au domicile des usagers
- Elle doit proposer plusieurs hypothèses d'organisation des soins de premier recours sur le territoire concerné, en tenant compte des motivations des professionnels de santé et des élus territoriaux
- Chacune des hypothèses proposées doit comprendre une description des avantages, inconvénients et coûts, et un agenda de mise en œuvre »

Cette optique d'échanges entre les acteurs en jeu a eu une suite logique en 2012 lors du congrès «Les Journées de la FFMPS » qui a eu lieu le vendredi 30 et le samedi 31 mars 2012 à Paris. L'intérêt sur la réorganisation de équipes de soins de premier recours ne s'est pas démenti, la participation a été beaucoup plus importante qu'en 2011, et a dépassé les attentes : 363 participants inscrits contre 300 pressentis.

Cette participation importante ainsi que les 26 ateliers avec des présentations enrichies par les questions pertinentes des auditeurs, ces journées de la FFMPS montrent toute l'énergie et les apports des équipes de professionnels de premier recours, l'implication des pouvoirs publics, pour répondre à l'enjeu « mieux soigner » qui passe par une nouvelle organisation des équipes de premier recours.

La FFMPS s'inscrit dans la continuité, dans la volonté de rassemblement des divers acteurs de ce changement, de faire évoluer les lignes réglementaires et techniques permettant ainsi d'ouvrir le champ du possible.

Ainsi, les ateliers organisés ont permis, sur les bases posées lors du colloque de 2011, actualiser l'état des lieux législatif, organisationnel et pratique sur le terrain, présenter le retour d'expériences des points importants de la coordination des soins, pointer les compétences et les apports des professionnels de santé autres que les médecins, les enjeux de santé publique, des éléments de l' « entreprise de santé » que représente la MSP.

Les thèmes de ces ateliers ont été les suivants:

1. Exemples étrangers : que font-ils là-bas ?
2. Appropriation des protocoles pluriprofessionnels, retour d'expériences.
3. DPC, audit clinique en MSP, retour d'expériences
4. Coordination des soins : retour d'expériences.
5. ETP, retour d'expériences
6. Urgences vitales en MSP : formation sur simulateur.
7. Systèmes d'information des MSP, rencontres d'éditeurs
8. La télémédecine, retours d'expérience
9. Santé publique : retour d'expériences
10. Coordination des soins : retour d'expériences.
11. Et la place des patients dans la gouvernance des MSP ?
12. ENMR, quel avenir ?
13. Approche territoriale : retour d'expériences
14. Santé publique : retour d'expériences
15. Le champ des compétences et des actes de l'IDE le plus souvent méconnu des médecins
16. Accompagnement des équipes porteuses de projet en région
17. Systèmes d'information des MSP, rencontres d'éditeurs
18. MSP et réseaux : quelle coopération ?
19. MSP et terrain de stage, retour d'expériences
20. MSP une entreprise de santé : quelques éléments
21. L'orthophoniste, actrice des soins de premier recours
22. Coopération MG/IDE : art. 51 ? Salariat ? Autres moyens?
23. Appropriation des protocoles pluriprofessionnels, retour d'expériences
24. SISA et autres questions juridiques des MSP
25. Management de l'équipe, expériences originales
26. Le champ des compétences du pharmacien dans la coordination

La présentation de ces journées de la FFMPS de 2012 ainsi que les changements législatifs ont aussi eu lieu depuis le colloque de 2011 pourraient constituer le sujet d'une autre étude, d'un « état des lieux 2012 ».

GLOSSAIRE

- ACSBE : L'Association Communautaire Santé Bien-Être
- ACSE : l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances
- ADESA : L'Association pour le Développement de l'Evaluation en Soins Ambulatoires
- ANRU : Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine
- ARH : agences régionales de l'hospitalisation
- ARS : L'Agence régionale de santé
- ASH : Agent des services hospitaliers
- CCMSA : Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole
- CG : Conseil Général
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CIADT : Le comité interministériel d'aménagement et de développement du territoire
- CMU : Couverture Maladie Universelle
- CNAM : La Caisse nationale de l'assurance maladie
- CNAMTS : La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
- CODAMU : Le Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires
- CPOM : Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- CRRA : Le Centre de réception et de régulation des appels
- CR : Conseil Régional
- CSP : Le Code de la Santé Publique
- DATAR : La Délégation interministérielle à l'Aménagement du Territoire et à l'Attractivité Régionale
- DDR : Dotation de développement rural
- DDASS : La direction départementale des Affaires sanitaires et sociales
- DMP : Dossier médical personnel
- DNDR : Dotation nationale de développement des réseaux
- DES : Diplôme d'études spécialisées
- DGE : Dotation globale d'équipement
- DGOS : La Direction générale de l'offre de soins
- DHOS : La Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
- DPC : développement professionnel continu
- DRASS/ La **direction régionale des Affaires sanitaires et sociales**

DSS : Direction de la Sécurité Sociale
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EGOS : Les Etats Généraux de l'Organisation de la Santé
EPCI : Etablissement public de coopération intercommunale
ETP : L'Education Thérapeutique du Patient
FAPMPS : La fédération d'Auvergne des Maisons et Pôles de Santé
FAQS : le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville
FEDER : Fonds européen de développement régional
Femasac : La Fédération des Maisons de santé de Franche Comté
FEMASIF : La fédération des maisons de santé d'Ile de France
FEMASNORD : La fédération régionale des maisons et pôles de santé du Nord
FemasRA : La Fédération de maisons de santé en Rhône Alpes
FFMPS : La fédération française des maisons et pôles de santé
FIQCS : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
FMC : Formation médicale continue
FNADT : Fond national d'aménagement et de développement du territoire
GAP : groupes d'analyse de pratiques
HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : La Haute autorité de santé
HPST : La loi "Hôpital, patients, santé, territoires"
IDE : Infirmier diplômé d'état
INSEE : L'Institut national de la statistique et des études économiques
LOADT : La Loi d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire du 4 février 1995
MMG : Maison médicale de Garde
MRS : Mission régionale de santé
MSA : La Mutuelle sociale agricole
MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire
MSR : Maison de santé rurale
PDS : La Permanence des soins
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
PPS : plan personnalisé de santé
PSP : Pôle de santé pluridisciplinaire
RCP : réunions de concertation pluridisciplinaires

SASPAS : Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée
SG-CIV : Le Secrétariat général du Comité interministériel des villes
SISA : sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires
SCI : société civile immobilière
SCM : société civile de moyens
SNIIL : Le syndicat national des infirmières et des infirmiers libéraux
SROS : le schéma régional d'organisation des soins
SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile
UNRSanté : L'Union nationale des réseaux de santé
URCAM : L'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML : Unions régionales des médecins libéraux
URPS : Les unions régionales des professionnels de santé
USPO : L'Union syndicales des pharmaciens d'officine
ZUS : zone urbaine sensible

BIBLIOGRAPHIE

1. AMOUYAL M. et ARNAUD JO. Entretien, mai 2010, Quand un CHU joue la carte de la proximité : <http://www.msp.groupe-galilee.fr>
2. BACHELOT R. : « Je suis optimiste pour les officines » Entretien, Le Pharmacien de France no 1219 avril 2010 <http://www.lepharmacien.fr/avril-2010/interview-je-suis-optimiste-pour-le-reseau-officinal.html>
3. BAUDIER F., BOURGUEUIL Y., EVRARD I., GAUTIER A., LE FUR P., MOUSQUES J.. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009, <http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes157.pdf>
4. BEAULIEU M. D., et col. Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (2003), (www.fcrss.ca).
5. BERLAND Y, « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences», ONDPS 2003. www.sante.gouv.fr/ondps
6. BERLAND Y., BOURGUEUIL Y. « Cinq expérimentations de délégations de tâches entre professions de santé », juin 2006. www.sante.gouv.fr/ondps
7. BOELEN C., Vers l'Unité pour la Santé, défis et opportunités des partenariats pour le développement de la santé. OMS 2001
8. BOURGUEUIL Y., MAREK A., MOUSQUES J. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande (Prosperre/Irdes) Questions d'économie de la santé n° 141 - Avril 2009 <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes141.pdf>
9. BOURGUEUIL Y., MAREK A., MOUSQUES J. Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives, Rapport Irdes, n° 1675 (2007),

10. BOURGUEUIL Y., MAREK A., MOUSQUES J., Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières, Rapport Irdes, n° 1624. (2006)
11. BOURGUEIL Y, CLEMENT M-C, COURALET P-E, MOUSQUES J, PIERRE A. Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne. Questions d'économie de la santé. IRDES 2009/2010 ; n°147
12. BOURGUEIL Y. La médecine générale dans tous ses états, *Réseaux, Santé & Territoire* n° 31, mai-juin 2010
13. BRAS P.L., Réorganiser les soins de premier recours : les maisons médicales centrées sur le patient aux Etats Unis. *Pratique et Organisation des Soins*, 2011 ;42 (1) 27-34
14. BRAS P.L., Les reformes des systèmes de santé, ici et ailleurs. Peut-on réformer l'organisation des soins de premier recours ? *Les tribunes de la santé* n° 30 — printemps 2011
15. BRETON M., LEVESQUE J.F., PINEAULT R., HOGG W., L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec : potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaire. *Pratique et Organisation des Soins*, 2011 ;42 (2) 101-109
16. CHABOT JM. La qualité n'est jamais un accident... *RevPrat* 2010 ; 60
<http://www.msp.groupe-galilee.fr/>
17. CHABOT JM. Loi HPST. Analyse et Arguments. Paris : Global Média Santé, 2009:83.
18. CHABOT JM. Exercer en 2010 et au-delà. *Rev Prat* 2010;60:391-2.
<http://www.msp.groupe-galilee.fr>
19. CHABOT JM. Trois cas de pensées unique. Points et contrepoints. *Rev Prat* 2010;60 :539-40.

20. CLEMENT M.-C., COURALET P.-E. MOUSQUES J, PIERRE A., BOURGUEIL Y :
Les maisons de santé : un nouvel équilibre entre accessibilité, continuité des soins et organisation des médecins libéraux. Santé publique, 2009/07-08, suppl. n° 4, p.S79-S90.
21. COUTANT D., LAGARDE P. Hier, une médecine pour demain - Le centre de santé de St Nazaire. Syros Alternatives, 1989, 222 p.
22. COZZAROLO B., JALON E., SARLAT G. (2003), Rapport d'enquête sur la régulation et l'organisation de la médecine de ville : les enseignements des expériences étrangères, Inspection générale des Finances, 198 pages.
23. DE HAAS P. Entretien : L'irrésistible ascension des MSP, vers une reconnaissance institutionnelle. Réseaux, santé et territoire, 2010/05-06, n°32 : Le tumultueux dossier de la médecine de proximité, p. 50-52.
24. DE HAAS P. et col. "Monter et faire vivre une maison de santé" Editions Le Coudrier 30 septembre 2010 www.edition-lecoudrier.fr
25. GOODWIN N., NIXON A., POOLE T., RALEGH V., Improving the quality care in general practice, King's Fund 2011
26. GRUMBACH K, BODENHEIMER T. Can health care teams improve primary care practice? JAMA 2004;291:1246-51.
27. HAS. « Délégation, transfert, nouveaux métiers... Comment favoriser les formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ». Avril 2008. www.has-sante.fr
28. HAS. « Nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé. Rapport de synthèse des évaluations quantitatives et recueil de l'avis du malade ». Juin 2008. www.has-sante.fr

29. HAS « Réalisation d'une étude sur l'évaluation qualitative des expérimentations de coopération entre professionnels de santé ». Février 2008. www.has-sante.fr
30. HENART (Mission de janvier 2011) « Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer » <http://www.sante.gouv.fr>
31. JUILHARD JM. (Mission de janvier 2010) « Le bilan des maisons et des pôles de santé et Les propositions pour leur déploiement. » <http://www.sante.gouv.fr>
32. KELIN S., The Veterans health administration: implementing patient-centered medical homes in the nation's largest integrated delivery system, Commonwealth Fund Pub., September 2011, Vol.16 (1537)
33. LAUTRU MA.: Coopérations et loi HPST : perspectives du déploiement des coopérations. ADSP n° 70 mars 2010
34. LEGMANN M. (Mission, Avril 2010) : « Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale » <http://www.sante.gouv.fr>
35. LONGUET B. et col. Contribution du Sniil à la Mission Profession libérale : 33 Propositions pour une nouvelle dynamique de l'activité libérale http://www.pme.gouv.fr/mission-profession-liberale/contribution_SNIIL.pdf
36. MEHROTRA A., EPSTEIN A.-M., ROSENTHAL M.-B. Do integrated medical groups provide higher-quality medical care than individual practice associations? Annals of Internal Medicine, 2006/12; vol 145, n°11, p.826-833.
37. MENIVAL S. Vice-Présidente du conseil régional d'Aquitaine : L'implication irremplaçable des élus locaux dans l'appréciation des besoins : No spécial de "Réseaux, Santé & Territoire" lors de la formation MSP organisée par le Groupe Galilée le 22 juin 2010.

38. NUTTING PA, MILLER WL, CRABTREE BF, JAEN CR, STEWART EE, STANGE KC. Initial lessons from the first national demonstration project on practice transformation to a patient-centered medical home. *Ann Fam Med* 2009;7:254-60.
39. RIOLI M. Rapport du 9 juillet 2009 : Synthèse du groupe de travail pharmaciens d'officine, Le pharmacien d'officine dans le parcours de soins, juillet 2009. http://www.uspo.fr/pharmaciens_votez/medias/rapport_rioli.pdf
40. RIVIER Pauline. Evaluation du niveau de satisfaction des consultants du cabinet de médecine générale de la maison de santé de Pont d'Ain après 3 ans d'activité. Thèse de médecine Lyon I, soutenue le 10/11/2009.
41. ROBELET JP., directeur de l'Offre de soins à la CNAMTS. Entretien : Maison de santé : quelle prise en charge par l'Assurance Maladie ? numéro spécial de "Réseaux, Santé & Territoire" Mai/Juin 2010. <http://www.msp.groupe-galilee.fr>
42. RODIN T. « Influence du SASPAS en 2009 sur l'apprentissage des compétences et le projet professionnel des internes du DES de Médecine Générale », Thèse de Doctorat en Médecine, présentée le 18 novembre 2010 <https://www.medecine.univ-paris5.fr/IMG/pdf/Rodin2010.pdf>
43. ROBIN C. Les maisons de santé. A propos d'une expérience de création de maison de santé dans l'Ain. Origine et objectifs, comparaison de deux expériences de création de maison de santé, procédure de création d'une maison de santé. Thèse de médecine Lyon 1, soutenue le 26/10/2006, 129 p.
44. ROBIN JY, (directeur d'Asip) : La nécessité d'une stratégie nationale ; Santé Santé & Territoire - N°34 - Septembre/Octobre 2010
45. SCHOEN C., OSBORN R., DOTY M. M. BISHOP M., PEUGH J., MURUKTLA N., Toward higher-performance health systems: adult health care experiences in seven countries. *Health Affairs* 26, n°6, 2007
46. STARFIELD B. (1998), *Primary Care, Balancing Health Needs, Services and Technology*, Oxford University Press, 1998.

47. VARROUD-VIAL M. (président d'UNR.santé): Développer la coordination et la continuité des soins en se basant sur des échanges de données standardisés. Réseaux, Santé & Territoire - N°34 – Septembre/Octobre 2010
48. VARROUD-VIAL M., Entretien : L'articulation avec les réseaux de santé : coexistence ou synergie ? Réseaux, Santé & Territoire n° 31 (Editions de Santé – Mai/Juin 2010).

Autres sources d'information :

1. Site de la FFMPs : <http://www.ffmps.fr>
2. DOSSIER : coopération entre les métiers de santé - Communication infirmière - N° 111 - avril-mai 2011 p 14-1 ftp://ftp2.sniil.fr/sniile/communication_infirmiere_111.pdf
3. World Health Organization (2008), Primary Health Care, Now More Than Ever, The World Health Report 2008, 148 pages.
4. Maisons médicales en Bourgogne Comment s'y prendre ? (Complément au Guide..) http://www.urps-med-bourgogne.org/uploaded-files/actions/guide_en_pdf.pdf
5. MSA Créer une Maison de santé Rurale, introduction à l'accompagnement. <http://maisonsdesanterurales.msa.fr/wp-content/uploads/m5066-sans.pdf>
6. Plan stratégique régional de santé : Document soumis pour avis au préfet de la région, au Conseil régional, aux conseils généraux, aux conseils municipaux et à la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie, 6 juin 2011, ARS Ile de France) <http://fr.calameo.com/read/0005359766192fe129bbc>
7. La MSA et le Crédit agricole s'engagent pour la promotion de Maisons de santé rurales et pluridisciplinaires, Communiqué de presse, Paris, 21 février 2011 http://www.msa.fr/files/msafr/msafr_1298296179834_COMMUNIQUÉ_LA_MSA_ET_LE_CR_DIT_AGRICOLE_S_ENGAGENT_POUR_LA_PROMOTION_DES_MSR.pdf

8. Dossier de presse Maisons de Santé Rurales (février 2009) <http://msr.msa.fr/wp-content/uploads/dp-msr-fevrier-2009.pdf>
9. Communication infirmière No 107, décembre 2009
ftp://ftp2.sniil.fr/sniile/communication_infirmiere_107.pdf
10. Colloque « Dynamiques territoriales de santé, Quels enjeux ? Quels outils ? » (9 et 10 septembre 2010) <http://www.territoires.gouv.fr/colloque-dynamiques-territoriales-de-sante-quels-enjeux-quels-outils-9-et-10-septembre-2010>
11. Concevoir et faire vivre une maison de santé : séminaire national Maisons de santé, Besançon ; 14 juin 2008
12. Guide d'aide aux porteurs de projets, URML Nord Pas de Calais juin 2009
http://www.urps5962ml.fr/sites/default/files/images/images_templates/Guide-daide-aux-porteurs-de-projet.pdf
13. Définitions : http://www.urps5962ml.fr/sites/default/files/images/images_templates/VI-II.pdf
14. La place des maisons de santé dans l'accès aux soins : Journée d'étude régionale, jeudi 12 mars 2009, Domaine de l'Asnée, Villers-lès-Nancy (54) :
<http://www.orsas.fr/etudes/PESmaisonsante.pdf>
15. L'Atlas de la démographie médicale en France (situation au 1^{er} janvier 2011) Dr Patrick ROMESTAING Président de la section santé publique et démographie médicale Conseil National de l'Ordre des Médecins http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/demo_session_juin_2011.pdf?download=1
16. <http://institut-renaudot.fr>
17. <http://acsbe.asso.fr>