



Rapport à la demande de

Madame Roselyne Bachelot-Narquin, *Ministre de la Santé et des Sports*

Madame Fadela Amara, *Secrétaire d'Etat à la Politique de la Ville*

Monsieur Hubert Falco, *Secrétaire d'Etat à l'Aménagement du Territoire*

Le bilan des maisons et des pôles de santé et Les propositions pour leur déploiement

TOME 2 Annexes

Présenté par

Jean-Marc JUILHARD
*Sénateur du Puy de
Dôme*

Béregère CROCHEMORE
*Interne de Médecine
Générale Ex Présidente de
l'ISNAR-IMG*

Annick TOUBA
*Infirmière libérale
Présidente du
Sniil*

Guy VALLANCIEN
*Professeur à
l'Université Paris
Descartes*

Coordination : IGAS, Docteurs Laurent **CHAMBAUD** et Françoise **SCHAETZEL**

- Janvier 2010 -

Sommaire

| | |
|--|------------|
| ANNEXE 1 : NOTE DE LA MISSION DANS LE CADRE DU PLFSS..... | 5 |
| ANNEXE 2 : REFERENTIEL MAISON DE SANTE POUR LE FIQCS..... | 9 |
| ANNEXE 3 : MISE EN ŒUVRE DES EXPERIMENTATIONS ARTICLE 44 : POINT D'ETAPE NOVEMBRE 2009 DHOS | 13 |
| ANNEXE 4 : ARTICLE DE PRESSE : MAISON DE SANTE VIDE | 15 |
| ANNEXE 5 : RECENSEMENT DES MAISONS DE SANTE PLURI PROFESSIONNELLES ET DES POLES DE SANTE AU 31/01/2009 : DHOS | 17 |
| ANNEXE 6 : CONTRIBUTION DES SYNDICATS DES JEUNES INTERNES ET ETUDIANTS DES ECOLES PARA MEDICALES | 25 |
| ANNEXE 7 : PRESENTATION DE LA FEDERATION FRANÇAISE DES MAISONS ET POLES DE SANTE..... | 43 |
| ANNEXE 8 : FINANCEMENTS POSSIBLES DES MAISONS ET POLES DE SANTE SOURCE : MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE..... | 53 |
| ANNEXE 9 : L'EQUIPE D'APPUI « TERRITOIRE ET SANTE » EN FRANCHE-COMTE | 61 |
| ANNEXE 10 : DOCUMENT DES URLM SUR LES POLES DE SANTE..... | 77 |
| ANNEXE 11 : CONTRIBUTION DE REAGJIR | 143 |
| ANNEXE 12 : CONTRIBUTION DE L'UNPS : COOPERATION INTERPROFESSIONNELLE | 151 |

Annexe 1 : Note de la mission dans le cadre du PLFSS

Note intermédiaire des membres de la mission sur le déploiement des maisons et pôles de santé à

Mme la ministre de la santé et des sports,

Mme la secrétaire d'Etat à la politique de la ville

M le secrétaire d'Etat à l'aménagement du territoire, en vue de la discussion sur le projet de loi de finances de la sécurité sociale (PLFSS) de l'année 2010

La mission a largement entamé ses travaux afin de mieux comprendre les obstacles à la création des maisons et pôles de santé en France et de proposer des solutions opérationnelles pour pallier ces difficultés. Elle a à la fois procédé à des auditions et effectué des visites sur sites. Cependant, toutes les consultations ne sont pas encore terminées, notamment avec les représentants des associations d'élus (Association des Régions, des départements et des Maires de France) et des futurs professionnels de santé. D'autres visites sont également prévues.

Les conclusions de la mission seront disponibles à la fin du mois de novembre. Elles aborderont l'ensemble des dimensions d'une maison de santé à partir des obstacles recensés : inscription de la maison dans un territoire, mobilisation des professionnels et des élus, montage juridique et organisationnel de la structure, partage des informations sur le patient, temps nécessaire à l'appropriation du projet, missions essentielles d'une maison de santé, type et nombre de professionnels y exerçant, utilité d'une labellisation, modes de rémunération des professionnels, dimension de formation au sein de la structure, modalités particulières d'exercice sur des territoires particuliers, en particulier dans les zones péri-urbaines et dans le cadre de la dynamique espoir-banlieues...

Toutefois, la mission a estimé qu'il était important d'attirer votre attention sur quelques points cruciaux qui pourraient fort utilement être évoqués dans le cadre de la préparation du PLFSS 2010. Ces points peuvent permettre de faciliter une meilleure gestion de l'emploi des dépenses publiques pour aider au développement de structures de premier recours adaptées aux besoins et efficaces.

Le financement des maisons et pôles de santé doit pouvoir être facilité par une simplification du statut juridique de ces structures et un soutien au montage administratif des dossiers

Actuellement les montages des maisons et pôles de santé sont divers (SEL, SCM, GIE, association loi 1901...) et souvent complexes car ils obligent à distinguer la structure qui reçoit des fonds pour l'investissement, celle qui reçoit des fonds pour le fonctionnement et celle (parfois plusieurs) qui gère les répartitions des rémunérations entre les professionnels. Les professionnels doivent ainsi s'investir souvent à titre personnel sans que le projet ne soit définitivement lancé. De plus, les modalités peuvent varier fortement selon la nature de l'investisseur (public, privé) et la nature de l'engagement financier des professionnels (investissement de « parts » ou simple location). La complexité de ces démarches freine souvent la mise en place effective des projets.

La mission estime que le régime juridique devrait être au maximum simplifié, afin de simplifier cette étape du projet, tout en conservant des marges d'adaptation aux spécificités de chaque structure.

Il conviendrait de distinguer deux éléments :

- ✓ d'une part la capacité de la structure à recevoir des subventions globales, que ce soit en investissement ou en fonctionnement,
- ✓ d'autre part une modalité juridique autorisant une répartition souple des honoraires et rémunérations entre professionnels au sein de la structure.

La mission n'a pas encore pu examiner l'ensemble des options, mais il semble qu'à cet égard il serait utile d'envisager la possibilité d'ouvrir les groupements de coopération sanitaire (GCS) à des structures de premier recours ambulatoires, sans que ne soit fixé l'obligation de présence d'un établissement de santé. Un groupe de travail spécifique sur ce sujet, rassemblant des professionnels et des juristes, mériterait d'être constitué par le Ministère de la santé.

D'autre part, il sera nécessaire de faciliter l'ensemble des démarches administratives que doivent entreprendre les promoteurs. Certaines missions régionales de santé ont mis en place des équipes de soutien (à l'image de ce qui est fait en Franche-Comté), mais il s'agit d'initiatives souvent isolées. La mission estime que de telles formules devraient être généralisées par l'intermédiaire des nouvelles Agences régionales de santé (ARS) et être coordonnées par une mission d'appui nationale. L'objectif serait de proposer un « guichet unique » à l'attention des professionnels et des élus locaux dans chaque région, à la fois pour le montage du dossier et pour coordonner les financements publics.

Les subventions de l'Etat et de l'assurance maladie sur le développement des maisons de santé doivent pouvoir être optimisées

La mission a pu se rendre compte de la diversité des montages possibles pour bâtir une maison de santé. Certains projets se montent par l'intermédiaire d'un organisme privé, d'autres obtiennent des financements des collectivités locales, d'autres enfin peuvent s'adosser à des établissements de santé, notamment des hôpitaux locaux.

Le financement à l'investissement des collectivités locales est parfois important. Ainsi une majorité des conseils régionaux subventionnent les maisons de santé. La mission n'a pas encore auditionné la DIACT qui devrait fournir une estimation de l'ensemble de ces subventions publiques par l'intermédiaire de différents fonds.

En Belgique, il a été rapporté à la mission que les « maisons médicales » équilibrent leur budget en trois ans en moyenne, les structures étant des organismes sans but lucratif. Les promoteurs font en général appel à des institutions de micro-crédit qui ne font aucune difficulté à établir un prêt.

Au total, la mission estime que les financements nécessaires pour bâtir une maison de santé sont aujourd'hui possibles à réunir et doivent surtout être précédés par un véritable projet mobilisant les professionnels et positionné sur un territoire bien défini. A cet égard, les financements publics, que ce soit ceux de l'Etat, de l'Assurance Maladie ou des collectivités locales devraient être conditionnels à un mode de labellisation dont le cadre serait défini au niveau national. Il reviendrait au directeur général de l'ARS d'entériner la localisation géographique de la structure (définie par la suite dans le cadre du SROS ambulatoire), de vérifier l'adéquation du projet aux spécificités du territoire concerné et à la politique régionale de santé et d'approuver son projet de santé, condition plus contraignante que l'article 39 de la loi du 21 juillet 2009.

Dans ce contexte, l'annonce faite d'une dotation unique de 50 000€ par maison de santé au titre de l'Etat n'apparaît pas être nécessaire pour faciliter la construction de ces maisons.

Selon la mission, il serait plus judicieux de concentrer le financement de l'Etat et de l'Assurance maladie sur la partie fonctionnement (cf. infra) et de soutenir l'investissement en facilitant des contacts nationaux entre la fédération nationale des maisons et pôles de santé et la caisse des dépôts et consignations ou des groupes bancaires ou de micro-crédit afin d'obtenir des prêts avantageux.

L'expérimentation des nouveaux modes de rémunération prévue dans le PLFSS 2008 doit être fortement amplifiée et son suivi régulièrement discuté par le Parlement

L'article 44 de la Loi de financement de la sécurité sociale de 2008 a prévu une expérimentation sur 5 ans maximum permettant, pour les régions et structures candidates, de disposer de forfaits spécifiques sur différents modules : module coordination, module nouveaux services incluant l'éducation thérapeutique, module coopération entre professionnels et module forfait à la pathologie. Après un temps de latence important, cette expérimentation devrait démarrer sur le premier module de mise en place d'un forfait de coordination avec des premières signatures en novembre.

La mission estime que cette expérimentation de nouveaux modes de rémunération dans le cadre de forfaits est indispensable pour accompagner le développement des maisons de santé. Sa mise en œuvre doit être fortement légitimée dans le cadre du prochain PLFSS, mais son suivi doit être plus marqué afin de disposer rapidement de données de terrain sur l'utilité et l'effectivité de ces financements. La mission recommande que le PLFSS 2010 institue un suivi annuel de cette expérimentation devant le Parlement.

En parallèle, la mission recommande que les services de l'Assurance Maladie et la Direction de la Sécurité Sociale mettent en place une étude montrant les coûts réels de ces structures, y compris en incluant les éventuelles économies réalisées sur les dépenses de médicaments, d'exams complémentaires, de recours aux urgences ou d'hospitalisations, sur le modèle des travaux de l'assurance maladie en Belgique (INAMI) ou en poursuivant les travaux initiés récemment par l'IRDES en France.

De manière plus générale, la mission estime que les maisons de santé doivent pouvoir offrir des formules souples de rémunération qui permettent de revaloriser la prestation clinique des professionnels (médecins, infirmières, kinésithérapeute), facilitent l'engagement des professionnels dans des pratiques cliniques préventives (suivi des maladies chroniques, dépistages, éducation thérapeutique) et permettent le recrutement de personnels dédiés aux tâches de coordination et aux tâches administratives, ce qui optimiserait la qualité des soins dispensés et l'efficacité de la structure. C'est pourquoi il semble nécessaire d'avancer dans cette direction de manière résolue.

La distinction entre maisons de santé et centres de santé devra à moyen terme s'effacer pour promouvoir le concept intégrateur de structure ambulatoire de premier recours en santé

Au décours de ses premières visites et auditions, la mission a pu mesurer la forte demande pour les nouvelles générations de professionnels de santé d'un exercice pluri professionnel au sein de structures permettant une pratique d'équipe, intégrant la notion de qualité des services offerts et ouverte à une formation permanente.

Dans ce contexte, les antagonismes entre le mode libéral et le mode salarié, cristallisé par le mode de rémunération des professionnels, s'estompe très rapidement. Cet état de fait correspond à une tendance générale retrouvée dans la littérature, à la fois d'hybridation des modèles et de mixité des rémunérations.

Pour ce qui est de l'exercice pluri professionnel dans les structures de première ligne, cette distinction se manifeste par la reconnaissance d'une part des maisons et pôles de santé dans le cadre de l'organisation des soins de premier recours (articles 39 et 40 de la loi du 21 juillet 2009) et d'autre part des centres de santé pouvant être créés et gérés par des établissements de santé (article 1 de la loi et articles L 6323 et L 6111-3 du code de santé publique).

Cette différence de statut, qui s'explique par l'origine des centres de santé, ne correspond plus à la réalité : les missions et les objectifs de ces deux types de structures sont parfaitement comparables. De plus, les différences dans le mode de rémunération des professionnels auront de plus en plus

tendance à s'amenuiser par l'introduction des forfaits prévus dans l'expérimentation citée plus haut, à laquelle peuvent répondre aussi bien les maisons de santé que les centres de santé.

La mission estime qu'il serait judicieux de réunir ces deux formules dans une même entité : les structures ambulatoires de premier recours en santé. Les deux réseaux y sont d'ailleurs favorables. Une telle évolution n'empêchera pas la diversité des réponses qui peuvent tenir au lieu d'implantation (les centres de santé sont très implantés dans les zones péri-urbaines), au mode d'implication des collectivités locales (qui financent une partie du fonctionnement dans les centres de santé), au statut des professionnels y œuvrant. Elle ne doit toutefois pas empêcher un suivi d'ensemble de la progression des exercices pluri-professionnels et facilitera la mise en place d'outils d'observation de la qualité des pratiques.

Annexe 2 : Référentiel maison de santé pour le FIQCS

Référentiel des maisons de santé pouvant bénéficier d'un soutien financier du FIQCS

L'article L. 6323-3 du code de la santé publique, tel qu'il est issu de l'article 44 de la LFSS pour 2008 prévoit que 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 ».

Ces maisons de santé représentent une des réponses possibles au maintien d'une offre ambulatoire répondant aux besoins de la population. A ce titre, le 08.02.08 la Ministre de la Santé a annoncé lors de la première restitution des états généraux de l'organisation de la santé (EGéOS) une aide « financière dès 2008, pour la création de 100 maisons de santé pluridisciplinaires à hauteur de 5 000 euros maximum par projet présentée par les professionnels ou des collectivités locales ». Plus largement, les orientations stratégiques du FIQCS pour 2008 prévoient de « soutenir le développement de formes d'exercice regroupé des professionnels de santé, notamment dans les régions où l'offre de soins est déficitaire ou fragilisée », et de favoriser le « développement de maisons de santé pluridisciplinaires ».

Ce référentiel a vocation à accompagner ces créations sans pour autant être normatif.

Le développement de maisons de santé a donc pour objectifs :

- d'offrir à la population d'un territoire un lieu de prise en charge la plus globale possible, d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé, en facilitant notamment la continuité des soins,
- de contribuer à l'amélioration de la qualité des prises en charge des patients, par le partage d'expérience, la complémentarité des approches, l'insertion des professionnels de santé partenaires au sein de la maison de santé dans un tissu sanitaire, médico-social et social,
- de contribuer à la formation des jeunes professionnels de santé.

Caractéristiques des maisons de santé et des projets de maison de santé :

Les sites susceptibles de bénéficier d'un soutien du FIQCS au titre des maisons de santé s'inscrivent prioritairement dans les zones sous dotées ou très sous dotées du nouveau zonage.

Ces sites doivent répondre ou prévoir de répondre au minimum aux critères suivants :

1) Critères principaux

- L'exercice est pluri-professionnel et de 1^{er} 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, ...
- 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,
- 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, st affs pluri disciplinaires réguliers,...),
- l'accès aux soins : garantie d'une offre de premier recours à tarifs opposables et exercice de consultations non programmées.
- 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).
- 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 thématiques 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,
- L'engagement d'un accueil et d'un encadrement des professionnels de santé en formation (étudiants en médecine en stage de 2^{ème} cycle, internes,...) par un ou des maîtres de stage dûment agréé(s) lorsque la réglementation le prévoit,
- Les maisons de santé pluri-professionnelles devront être accessibles aux personnes à mobilité réduite.

2. Critères secondaires

- La maison de santé peut également héberger une maison médicale de garde (MMG),
- Un renforcement des pratiques coopératives notamment dans le cadre du maintien à domicile des patients: associations, SSIAD, HAD, télémédecine, ...
- Une articulation avec l'hôpital,
- Un lien formalisé de la maison de santé avec un acteur médico-social (assistante sociale, éducateur, CLIC,...).

Financement :

Le soutien financier spécifique de 50 000 euros maximum, modulable en fonction du projet présenté, est destiné à financer :

- *pour les projets de maisons de santé*, des prestations d'ingénierie, d'accompagnement et de conseils nécessaires à la réalisation du projet (expert-comptable, fiscaliste, avocat, étude de besoins du territoire,...) ainsi qu'une aide à l'investissement immobilier ;
- à titre exceptionnel et en l'absence de soutien apporté antérieurement, *pour les maisons de santé existantes*, des investissements ponctuels (travaux, agrandissement, mise aux normes, investissement en système d'information...), la formation de personnels (soignants et non soignants), l'équipement (gros et petit matériel).

Cette aide ne peut être accordée qu'une fois. 50 % minimum de la dotation réservée à ce titre doit soutenir les maisons de santé ou projets implantés en zones sous-dotées et très sous-dotées ; 30% de cette dotation doit également concerner les 215 quartiers du Plan Espoir Banlieue.

Ce financement est national mais sa gestion est régionale.

Les MRS et les bureaux des CRQ CS peuvent également décider d'apporter des financements complémentaires à des projets de maisons de santé, respectant au minimum les termes du présent cahier des charges.

Ces financements ne sont pas exclusifs d'autres concours financiers tels que ceux susceptibles d'être apportés par les collectivités locales. Les MRS doivent guider et accompagner le promoteur dans la recherche de cofinancements, grâce, notamment, à la mise en place d'un guichet unique : cofinancement de la part d'une ou plusieurs collectivités locales, de fonds européens, du contrat de plan Etat-région, du FNADT, ou d'autres organismes. Ces cofinancements seront appréciés par les MRS et les bureaux des CRQ CS comme des critères favorables à un financement au titre du FIQCS.

Evaluation

Assurée par la MRS une année après le versement de la subvention, elle doit en particulier justifier de l'utilisation des crédits alloués conformément aux engagements pris pour améliorer la prise en charge libérale coordonnée de ses patients. Si l'évaluation nécessite une enquête auprès des patients, ces derniers en seront informés et leur accord sera recherché. Si l'évaluation nécessite une enquête quantitative et qualitative auprès des professionnels, ces derniers seront tenus d'y répondre.

Annexe 3 : Mise en œuvre des expérimentations article 44 : Point d'étape novembre 2009 DHOS

Point d'étape Mise en œuvre des expérimentations article 44

L'expérimentation DSS-DHOS relative aux expérimentations de l'article 44 de la LFSS 2008 se poursuit.

Pour mémoire :

6 régions ont été sélectionnées pour la première vague d'expérimentations

- la Bourgogne,
- la Bretagne,
- la Franche-Comté,
- l'Ile de France,
- la Lorraine,
- Rhône-Alpes.

Ces 6 régions ont sélectionné 42 sites, dont 21 centres de santé, 18 maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), 3 pôles de santé:

4 modules sont proposés, **chaque module étant autonome** et prévoyant l'intégralité du financement des structures :

- module n°1 : il prend en compte un forfait pour la structure, modulé en fonction des performances de celle-ci ;
- module n°2 : il prend en compte le financement des nouveaux services aux patients (notamment l'éducation thérapeutique du patient);
- module n°3 : il prend en compte le financement des coopérations entre professionnels ;
- module n°4 : il est basé sur le financement d'un forfait à la pathologie.

Seuls les modules n°1 et 2 sont à ce jour suffisamment avancés.

Le module 1 propose :

- un paiement à l'acte, qui est conservé ;
- un forfait socle, qui rémunère les frais de fonctionnement liés à l'activité coordonnée elle-même fonction de la taille, des effectifs de la structure et de son activité;
- et éventuellement un forfait local, lié à des besoins particuliers du territoire.

C'est dans le forfait socle que se décline véritablement la rémunération liée à la performance puisque la contrepartie du financement de ce forfait est liée à l'atteinte de 14 objectifs de trois types (qualité des soins, coordination pluri-professionnelle, efficacité). A ces objectifs sont associés des indicateurs (26). Ces objectifs ont été paramétrés en 27 indicateurs de suivi.

Ces indicateurs sont en cours de validation par la HAS.

Le module 2 a été prioritairement axé sur l'éducation thérapeutique du patient (ETP) avec paiement au forfait à partir de programmes d'ETP types pour certaines pathologies (forfait par patient et par programme soit en ateliers collectifs ou en séances individuelles).

Le module 3 sera lancé dans le cadre des travaux du comité de suivi sur les coopérations interprofessionnelles mené en partenariat DHOS/HAS.

Le module 4 n'a pas démarré à ce jour. La DSS propose simplement un document de base pour la réflexion.

Pour ce qui est des deux premiers modules, des rencontres ont eu lieu tout l'été entre les sites candidats, le cabinet ALCIMED chargé de l'accompagnement des sites participant et Philippe GEORGES, CGES chargé du suivi de l'expérimentation, afin de présenter les modules 1 et 2.

A ce jour, on dénombre une structure signataire de la convention (site de Bréhan en Bretagne pour l'expérimentation des modules 1 et 2). Les sites de Val d'Izé et du Pays Guerchais ont de leur côté signé un protocole d'engagement avec la MRS afin de signaler leur volonté d'entrer dans l'expérimentation avant la fin de l'année.

Les sites de Vicherey et de Gérardmer (en Lorraine) devraient également signer une convention prochainement.

Annexe 4 : Article de presse : maison de santé vide

EST REPUBLICAIN

29 octobre 2009

RÉGION

SOCIÉTÉ

Une maison sans médecins

À Belleherbe, les élus ont investi 900.000 euros dans une maison médicale toute neuve. Le problème est que les deux médecins espérés ne s'y installeront pas.

BESANÇON. « Viens dans ma maison vide... » Les élus de la communauté de communes Dessoubre et Barbèche pourraient chanter en cœur ce vieux succès de Michel Poinareff.

Lundi prochain sera mise en fonction la toute nouvelle maison médicale de Belleherbe.

Les artisans bichonnent les derniers détails de cet imposant bâtiment qui abritera sur deux niveaux et 600 m² : au premier étage, services

administratifs, Poste et siège de la communauté de communes ; le rez-de-chaussée est entièrement consacré au médical.

Trois infirmières déjà installées dans le village emménageront dès cette semaine. Un masseur-kinésithérapeute installé à Montbéliard pourra profiter d'installations toutes neuves, dont une superbe piscine à jets construite pour l'occasion.

Mais une partie de l'espace,

probablement le plus important, restera vide.

Il est destiné à accueillir les cabinets de deux médecins généralistes.

Tout est prêt pourtant pour les accueillir.

Désistement des médecins

Sauf que les médecins pressentis ont finalement décidé de ne pas venir.

« Il y avait une femme médecin qui a finalement quitté

le secteur et, d'autre part, notre médecin, le Dr Cachot, qui finalement a indiqué qu'il préférerait rester dans son cabinet actuel à Belleherbe. On avait pourtant lancé ce projet avec eux dans le but de les installer dans cette maison médicale » constate, un rien amer, Charles Schelle, le président de la communauté de communes.

« On a pensé à faire venir un autre médecin qui ouvrirait un cabinet secondai-

re. Mais notre médecin de Belleherbe, qui reste dans son cabinet, nous a menacés de déposer plainte auprès de l'ordre si nous faisons cela. »

Contacté hier, le Dr Cachot, n'a pas souhaité faire de commentaires.

Les élus se sont donc lancés dans une recherche assez hypothétique du précieux généraliste pour occuper leurs cabinets.

« On a mis des annonces à la faculté de médecine de Besançon, il y a aussi eu des contacts pour trouver éventuellement un praticien en Roumanie. Mais ce n'est pas vraiment bien d'enlever ses médecins à ce pays qui en a sûrement besoin » constate sagement Charles Schelle.

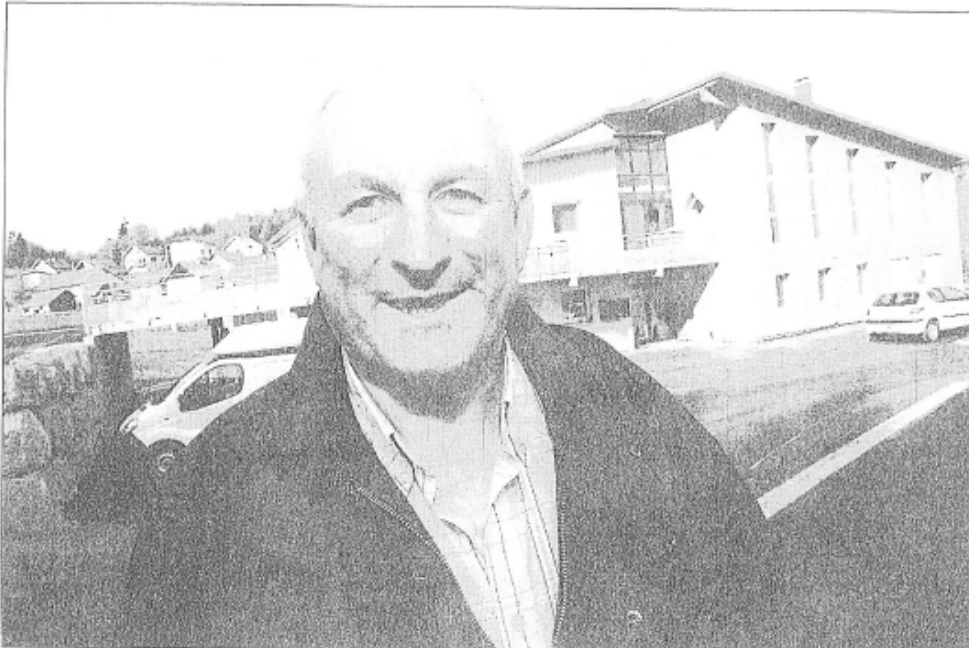
L'affaire pourrait encore se compliquer. Le masseur-kinésithérapeute de Montbéliard attendu a lancé sur un site médical national cette annonce : « Je cède ma place au sein d'une maison médicale située à Belleherbe. (...) »

Hier, l'intéressé se voulait rassurant. « Je ne parviens pas à céder mon cabinet à Montbéliard. Ça sera difficile à long terme d'être partout. Mais je serai dès la semaine prochaine à Belleherbe. Je n'abandonne pas ce projet. »

Crise des vocations médicales en campagne ou gâchis d'argent public ? Sûrement un peu des deux.

Le bâtiment de la maison médicale aura coûté 900 000 euros, entièrement financés par l'argent public. Dont 40 % pour les contribuables de la communauté de communes.

Philippe SAUTER



Charles Schelle, président de la communauté de communes, toujours à la recherche de médecins pour la maison médicale.
Photo Arnaud CASTAGNE

Annexe 5 : Recensement des maisons de santé pluri professionnelles et des pôles de santé au 31/01/2009 : DHOS

Rappel du contexte :

Dans le but de procéder à un recensement de l'ensemble des maisons de santé pluri professionnelles et des pôles de santé existants sur le territoire national, afin d'avoir une vision précise de ces structures et de pouvoir suivre l'évolution de cette forme d'exercice, un tableau à compléter a été envoyé le 21 janvier 2009 aux Missions Régionales de Santé (MRS).

L'ensemble des MRS ont communiqué leurs données entre la fin du mois de janvier et le 10 février 2009.

Avertissement :

Les consignes transmises par la DHOS aux MRS ont été globalement correctement suivies. Néanmoins, on a pu noter certaines divergences d'interprétation de la notion de « maisons de santé » qui peuvent expliquer l'hétérogénéité des résultats initiaux, notamment en ce qui concerne le nombre de structures par région (65 en Pays de la Loire, 28 en Champagne-Ardenne, 11 en Poitou-Charentes, contre 3.9 en moyenne pour les 14 autres régions ayant recensé au minimum une maison de santé, 9 MRS n'en ayant recensé aucune).

L'analyse des commentaires accompagnant les tableaux indique en effet que ces trois régions ont recensé l'ensemble des structures regroupant plusieurs professionnels de santé.

Les régions concernées ont été sollicitées à nouveau pour affiner ces réponses.

Inversement, certaines MRS ont adopté une interprétation assez restrictive de la demande, ce qui suppose une éventuelle sous-estimation des résultats (Franche-Comté, Basse-Normandie, Bourgogne, Martinique).

Les résultats ont donc été actualisés en septembre 2009, de manière à obtenir des données plus harmonisées et recueillies sur la base d'une définition commune des maisons de santé pluri professionnelles.

Il apparaît ainsi que :

- la MRS des Pays de la Loire finance déjà sur le FIQCS (études de faisabilité, ingénierie, ...) 7 maisons de santé ;
- la MRS de Champagne-Ardenne a recensé 2 maisons de santé existantes (dont une financée sur le FIQCS) ; elle finance par ailleurs 2 projets de maisons de santé (étude de faisabilité et accompagnement pour la formalisation du projet médical), dont une dans un quartier de la Dynamique « Espoir Banlieues ».

Par ailleurs, certaines signalent l'émergence de nombreux projets susceptibles de se concrétiser (exemples : 4 projets en Bourgogne, 18 projets en cours dans le Limousin, une étude de faisabilité financée pour un projet en Haute-Corse, 19 projets sélectionnés à l'issue d'un « appel à initiatives » dans le cadre du Contrat de Projet Etat Région dans le Centre, 32 projets en Pays de la Loire, dont 2 à très court terme (bureau du FIQCS d'octobre 2009)).

Concernant les pôles de santé, on note que seules 5 MRS ont signalé des structures existantes, avec des réponses très hétérogènes (20 en Poitou-Charentes). Certaines régions, comme la Bourgogne, n'ont pas fait figurer un certain nombre de « réseaux globaux qui se définissent parfois eux-mêmes

comme des pôles », dont un qui participe à l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (et un second qui a posé sa candidature).

Globalement, il apparaît que les MRS ne sont pas en mesure d'identifier clairement les pôles de santé, en l'absence d'une définition précise de ce type de structure.

I. Structures existantes au 31/12/2008 :

| Régions | Nombre de MSP | Nombre de PS |
|----------------------|---------------|--------------|
| Alsace | | |
| Aquitaine | 4 | |
| Auvergne | | |
| Basse-Normandie | 4 | |
| Bourgogne | 11 | |
| Bretagne | 6 | |
| Centre | 2 | |
| Champagne-Ardenne | 4 | |
| Corse | | |
| Franche-Comté | 8 1 | |
| Guadeloupe | | |
| Guyane | | |
| Haute-Normandie | 2 2 | |
| Ile-de-France | 1 | |
| Languedoc-Roussillon | 1 | |
| Limousin | 3 | |
| Lorraine | 5 1 | |
| Martinique | 1 | |
| Midi-Pyrénées | 1 | |
| Nord-Pas-de-Calais | 3 | |
| Paca | 1 | |
| Pays-de-Loire | 7 | |
| Picardie | 2 | |
| Poitou-Charentes | 11 20 | |
| Réunion | | |
| Rhône-Alpes | 5 | |
| Total | 81 | 25 |

Commentaires : On constate une relative hétérogénéité dans les réponses apportées quant au nombre de maisons et de pôles recensés.

Concernant les maisons de santé pluri professionnelles :

- 7 MRS n'ont pas recensé de maison de santé et 21 MRS n'ont pas recensé de pôle de santé ;
- 12 régions ont recensé entre 1 et 4 maisons ;
- 5 régions ont recensé entre 5 et 9 maisons ;
- 2 régions ont recensé 10 maisons ou plus.

Sous ces réserves, on compte actuellement 81 maisons de santé, soit une moyenne de 3,1 maisons de santé par région.

Par ailleurs, 5 régions ont identifié 25 pôles de santé, soit une moyenne d'un pôle par région, peu significative dans la mesure où la notion de « pôle de santé » reste très fluctuante.

On peut enfin remarquer que les régions ayant identifié le plus de maisons et pôles de santé sont des régions ayant une identité rurale marquée, ce qui confirme que les maisons de santé sont considérées comme un recours pour pallier la désertification médicale des zones rurales.

Une carte d'implantation de ces maisons de santé pluri professionnelles est jointe en annexe.

II. Tableaux de bord statistiques au 31/12/2008 :

A) Date de démarrage de l'activité :

Le champ « date de création » a été renseigné pour 63 MSP sur les 81 recensées. La première MSP a été créée dans la région Franche-Comté au 1^{er} janvier 1966.

| Ancienneté | Nombre de MSP | % de MSP |
|-------------------|----------------------|-----------------|
| Moins de 2 ans | 41 | 65% |
| Entre 2 et 5 ans | 9 | 14% |
| Entre 5 et 10 ans | 3 | 4% |
| Plus de 10 ans | 10 | 16% |
| Total | 63 | 100% |

Commentaires : 65% des maisons de santé citées ont moins de deux ans. Ces résultats confirment que l'émergence des maisons de santé est globalement un phénomène nouveau mais dynamique, dont les principes doivent être étayés et les promoteurs accompagnés pour espérer se pérenniser sur le territoire, dans un contexte d'offre de soins de proximité sous tension.

B) Effectif des MSP :

→ **Médecins généralistes (MG) au niveau régional :** ce champ a été renseigné pour chacune des 81 MSP.

| Régions | Nombre de MSP ayant moins de 5 MG | Nombre de MSP ayant de 5 à 10 MG |
|----------------------|--|---|
| Aquitaine 4 | | |
| Basse-Normandie 4 | | |
| Bourgogne 10 | | 1 |
| Bretagne 5 | | 1 |
| Centre 2 | | |
| Champagne-Ardenne 3 | | 1 |
| Franche-Comté 4 | | 4 |
| Haute-Normandie | | 2 |
| Ile-de-France 1 | | |
| Limousin 2 | | 1 |
| Lorraine 4 | | 1 |
| Martinique 1 | | |
| Midi-Pyrénées 1 | | |
| Nord-Pas-de-Calais 1 | | 2 |
| Paca 1 | | |
| Pays-de-Loire 5 | | 2 |
| Picardie 2 | | |
| Poitou-Charentes 10 | | 1 |
| Rhône-Alpes 5 | | |
| Total en % | 80% (65) | 20% (16) |

Commentaires : les MSP existantes sont essentiellement des petites structures qui comprennent, à 80%, moins de 5 médecins généralistes.

Ces chiffres doivent être interprétés avec vigilance car il est probable qu'ils répertorient également, pour certaines régions, des cabinets de groupe qui fonctionnent généralement avec 2 ou 3 médecins généralistes.

→ **Médecins spécialistes (MS) au niveau régional** : ce champ a été renseigné pour l'ensemble des 81 MSP recensées.

| Régions | Nombre de MSP ayant moins de 5 MS | Nombre de MSP ayant de 5 à 10 MS | Nombre de MSP n'ayant aucun MS | Nombre de MSP n'ayant pas de réponse |
|--------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| Aquitaine | 1 | | 3 | |
| Basse-Normandie | | | | 4 |
| Bourgogne 3 | | 1 | 3 | 4 |
| Bretagne 3 | | | 2 | 1 |
| Centre | | | | 2 |
| Champagne-Ardenne | | | 4 | |
| Franche-Comté | 1 | | 7 | |
| Haute-Normandie | | | | 2 |
| Ile-de-France | | | 1 | |
| Limousin | 1 | | | 2 |
| Lorraine | | | 3 | 2 |
| Martinique | | | | 1 |
| Midi-Pyrénées | | | | 1 |
| Nord-Pas-de-Calais | | | 3 | |
| Paca | 1 | | | |
| Pays-de-Loire | | | 7 | |
| Picardie | | | | 2 |
| Poitou-Charentes | 1 | | | 10 |
| Rhône-Alpes | | | | 5 |
| Total en % | 14% (11) | 1% (1) | 41 % (33) | 44% (36) |

Commentaires : 41% des maisons de santé recensées ayant répondu à la question ne disposent pas d'un médecin spécialiste. Ce résultat illustre le fait que les maisons de santé existantes (à quelques exceptions près) sont avant tout des structures de soins de premier recours, où les médecins spécialistes peuvent néanmoins trouver leur place.

→ Effectifs nationaux pour les professions de santé suivantes :

| Professions de santé exerçant dans les MSP | Effectifs dans les MSP (%) | Répartition | Professions de santé NATIONAL | Effectif MSP | Effectif NATIONAL | Effectif MSP / Effectif NATIONAL |
|--|----------------------------|-------------|--|--------------|-------------------|----------------------------------|
| MSP effectifs dans les MSP (%) | | | (%) | | | |
| Médecins généralistes (MG) | 250 | 34% | MG 250 | 58004 | | 0,4% |
| Médecins spécialistes (MS) | 24 | 3% | MS 24 | 53750 | | 0,04% |
| Infirmiers (IDE libéraux) | 211 | 28% | IDE libéraux 211 | 75013 | | 0,3% |
| Masseurs-kinés | 107 | 14% | Total en % | 485 | 186767 | 0,2% |
| Chirurgiens-dentistes | 40 | 5% | Source : données métropole SNIR-AM et INSEE 2007 | | | |
| Podologues | 38 | 5% | | | | |
| Orthophonistes | 25 | 3% | | | | |
| Psychologues | 23 | 3% | | | | |
| Diététiciennes | 17 | 2% | | | | |
| Sages-femmes | 6 | 0,8% | | | | |
| Total | 741 | 100% | | | | |

Commentaires : les professions de santé les plus représentées au sein des équipes des maisons de santé sont les médecins généralistes et les infirmiers, puis les masseurs-kinésithérapeutes. Les autres professions de santé n'exercent que dans une minorité de maisons de santé. La pluri professionnalité doit donc être développée et encouragée.

Au niveau national, les médecins généralistes exerçant en maisons de santé représentent moins de 0,5% des médecins généralistes libéraux. La proportion est à peu près identique concernant les infirmiers libéraux. La proportion de médecins spécialistes exerçant en maisons de santé est très faible.

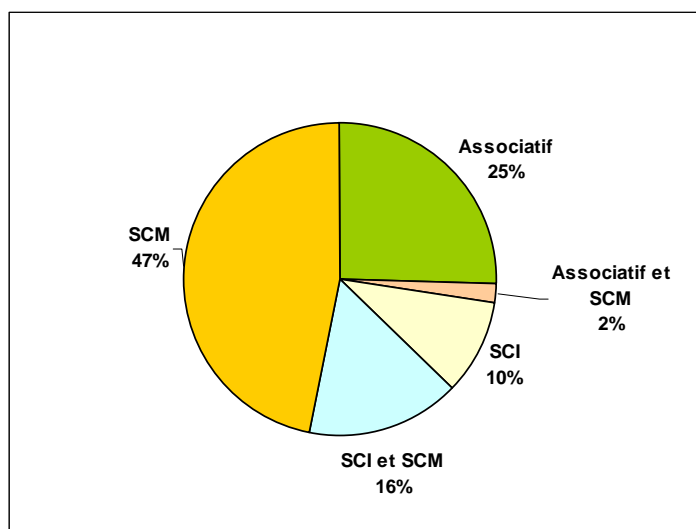
Il serait intéressant de compléter ces résultats par une étude de l'âge et du sexe des praticiens exerçant en maisons de santé.

C) Statut juridique :

Seules 14 régions ont renseigné le statut juridique de 51 MSP.

Celles-ci peuvent prendre la forme de :

- SCM ;
- SCI ;
- association.



SCM : société civile de moyens
SCI : société civile immobilière

Commentaires : les statuts juridiques adoptés par les maisons de santé existantes sont divers, mais on note une prédominance des sociétés civiles de moyens (près de la moitié des maisons de santé ayant renseigné ce champ). Ce point doit faire l'objet d'approfondissement (absence apparente des SEL, nature des objets portés en fonction du statut, ...).

D) Nombre de MSP par zone :

Ce champ a été renseigné pour 64 MSP.

| Zonage* | Nombre de MSP |
|------------------------|---------------|
| ZFU 4 | |
| ZRR 32 | |
| ZUS 4 | |
| Zones sous-dotées | 19 |
| Zones très sous-dotées | 4 |
| Quartiers DEB | 3 |

Commentaires : Cette répartition est indicative. En effet, ces intitulés de zone se recoupent partiellement. Les maisons de santé peuvent ainsi être comptabilisées plusieurs fois. A titre d'exemple : une maison de santé peut être localisée à la fois dans une ZUS, une ZFU, une Zone sous-dotée ou très sous-dotée et dans un quartier de la Dynamique « Espoir Banlieue ». Ces résultats ne doivent donc pas être agrégés mais doivent être lus au titre de chaque catégorie. On remarque cependant que plus de la moitié des maisons de santé ayant précisé leur implantation sont situées en zone de revitalisation rurale.

E) Dossier médical partagé (DMP) :

Cette question a été renseignée pour 55 maisons de santé.

46 maisons de santé disposent d'un DMP (soit 84 % des répondants), dont 41 MSP qui précisent que leur DMP est informatisé.

Commentaire : ce résultat est positif puisqu'il indique un réel souci de travailler en coordination, avec un outil efficace permettant de sécuriser les données médicales des patients, et selon les modalités préconisées par le référentiel national des maisons de santé pluri professionnelles.

F) Cohérence avec le cahier des charges : pluri professionnalité (2MG et 1 paramédical) et existence d'un projet de santé :

Ces champs ont été renseignés pour l'ensemble des 81 maisons de santé recensées.

78 MSP (soit 96% du total) sont pluri professionnelles avec au minimum 2 médecins généralistes et 1 professionnel paramédical.

34 MSP (soit 42% du total) obéissent aux deux critères : elles présentent une équipe pluri professionnelle et disposent d'un projet médical auquel les professionnels de santé adhèrent.

Commentaire : ces résultats confirment une démarche d'appropriation des critères définis par le référentiel national. Les maisons de santé citées travaillent très majoritairement selon le principe de la pluri professionnalité.

La mise en place systématique d'un projet médical est cependant encore peu développée et doit être encouragée et éventuellement accompagnée.

G) Jours d'ouverture :

Cette question a été renseignée pour 60 maisons de santé.

| Jours d'ouverture* | Nombre de MSP | % de MSP |
|----------------------------|----------------------|-----------------|
| Seulement le samedi matin | 48 | 8% |
| Le samedi toute la journée | 8 | 13% |
| Le samedi et le dimanche | 4 | 7% |

Commentaire : pendant les week-ends, les maisons de santé sont majoritairement ouvertes au public le samedi matin seulement, ce qui représente une faible plus-value par rapport aux cabinets médicaux libéraux qui sont généralement également ouverts durant ce créneau.

La vocation des maisons de santé en termes de permanence des soins doit peut-être être clarifiée pour uniformiser les pratiques ou les adapter aux besoins d'un territoire donné.

Annexe 6 : Contribution des syndicats des jeunes internes et étudiants des écoles para médicales

Les Maisons de Santé Pluri-Professionnelles



Contribution écrite par les
fédérations d'étudiants et de
futurs professionnels de santé.



Octobre 2009

Contribution réfléchie et écrite en commun par :

- **ANEMF**
Association Nationale des Etudiants en Médecine de France
- **ANESF**
Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes
- **FNESI**
Fédération Nationale des Etudiants en Soins Infirmiers
- **FNEK**
Fédération Nationale des Etudiants en Kinésithérapie
- **FNEO**
Fédération Nationale des Etudiants en Orthophonie
- **ISNAR-IMG**
InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale
- **UNAEE**
Union Nationale des Associations d'Etudiants en Ergothérapie
- **UNECD**
Union Nationale des Etudiants en Chirurgie Dentaire

SOMMAIRE :

| | |
|--|----------------|
| Introduction | page 3 |
| Fonctions et missions | page 4 |
| Rémunération des professionnels | page 9 |
| Financement | page 10 |
| Lien avec les autres acteurs | page 11 |
| Conclusion | page 12 |

Aujourd'hui, face aux problématiques de démographie de santé et d'inégalité de répartition des soins sur le territoire, la France et plus particulièrement les acteurs et usagers du système de santé se mobilisent pour le moderniser.

L'une des réformes phares de cette modernisation du système de santé devra être le développement des maisons de santé pluri-professionnelles.

En effet, les maisons de santé permettent de répondre aux attentes des patients en termes d'accès aux soins et des jeunes professionnels de santé en leur garantissant un exercice plus serein. De plus, les Maisons de Santé Pluri-Professionnelles apporteront une offre de soins de qualité en favorisant et en simplifiant la coopération entre professionnels.

Ces maisons de santé constituent un nouveau mode d'exercice privilégié pour les prochaines générations. Toutefois, pour cela les maisons de santé pluri-professionnelles doivent répondre à un cadre précis en adéquation avec les attentes tant des usagers que des professionnels. Il devra définir :

- les grandes fonctions et missions essentielles des maisons de santé pluri-professionnelles ;
- le mode de rémunération des professionnels ;
- le financement de ces structures ;
- le lien avec les autres acteurs de santé du territoire ;
- l'implication dans la formation initiale des futurs professionnels.

En tant que représentants des futurs et jeunes professionnels de santé qui exerceront à l'avenir dans ces structures, l'ANEMF, l'ANESF, la FNESI, la FNEK, la FNEO, l'ISNAR-IMG, l'UNAE et l'UNECD ont souhaité réfléchir ensemble à la création de ces structures afin qu'elles correspondent au mieux aux attentes des usagers et des professionnels, notamment en terme de qualité de soins.

Les maisons de santé pluri-professionnelles doivent être en mesure de répondre efficacement à la fois au défi de l'accès à des soins de qualité pour tous et à celui de l'attractivité pour les professionnels de santé. Les objectifs sont larges, et ces structures se doivent, afin de les remplir, d'établir un projet de soin.

Le projet de soins

Le pré-requis indispensable à l'exercice en maison de santé pluri-professionnelle est la réalisation d'un projet de soin.

Il s'agit de la seule façon de garantir que les professionnels se sont rencontrés et ont travaillé ensemble à l'élaboration des objectifs, des moyens et du fonctionnement de la structure. Ce travail préalable de concertation est absolument indispensable à l'obtention d'une structure dont le fonctionnement soit adapté aux besoins et possibilités des professionnels. C'est pour nous la condition sine qua non d'un investissement pérenne.

L'élaboration du projet de soins, ainsi que toute décision ultérieure au sein de la maison de santé, doit se construire indépendamment de toute hiérarchie. Pour que le fonctionnement de la structure puisse donner lieu à des relations constructives et pérennes entre les professionnels, aucun d'eux ne doit avoir de préséance. Afin que le fonctionnement soit à chaque fois le mieux adapté à la situation particulière de la maison de santé, **la répartition des pouvoirs doit être définie dans la concertation entre les professionnels, et figurer également dans le projet de soins.**

Ce projet de soins doit donc reprendre les objectifs de la structure, ainsi qu'au minimum chacun des critères obligatoires décrits ci-dessous. Il doit également stipuler les moyens humains, financiers et organisationnels que les professionnels mettront en œuvre pour y parvenir.

Le projet de soins doit également comprendre **des critères facultatifs**, dont la mise en œuvre peut être envisagée dans un second temps. Ces critères donneront lieu une fois mis en place de façon effective à des financements complémentaires.

Dans certaines situations exceptionnelles, telles qu'un accès aux soins compromis dans un délai ne laissant pas le temps de la réalisation d'un projet

de soins, il doit être rendu possible de créer en urgence une structure permettant d'accueillir des professionnels. Dans ce cadre, la maison de santé doit pouvoir être labellisée sur les seuls critères structurels, les critères fonctionnels étant alors évalués dans un second temps.

L'obtention du label doit donner lieu à un financement spécifique d'aide au développement de ces structures.

Critères obligatoires

Pour répondre globalement aux besoins de santé de la population du bassin de vie concerné, la maison de santé pluri-professionnelle ne sera en mesure de remplir pleinement cette fonction qu'en répondant à certains **critères obligatoires** qui, selon nous, doivent être la base de leur labellisation

Aux critères obligatoires doit répondre un financement « immobilier ». On peut distinguer deux types de critères obligatoires : les critères « structurels » et les critères « fonctionnels ».

Critères « structurels » :

- Les maisons de santé pluri-professionnelles se situent en **un lieu géographique unique**.

- Pour remplir sa mission de soins globaux de premier recours pour une population donnée, la maison de santé pluri-professionnelle devra nécessairement être dotée de professions différentes. Le minimum convenu est de :

- **deux médecins généralistes,**
- **un infirmier,**
- **un professionnel de la rééducation** (masseur-kinésithérapeute et/ou ergothérapeute et/ou orthophoniste), en fonction du projet de soins de la structure,
- **un secrétaire médical.**

De plus, selon le projet de santé porté par les professionnels initiateurs de la maison de santé, celle-ci pourra compter parmi ses membres titulaires ou vacataires **d'autres professionnels nécessaires à la réalisation dudit projet** (gynécologues, sages-femmes, pédiatres, gériatres, chirurgiens dentaires, etc.). Il est à noter que dans le cadre des maisons de santé, les jeunes infirmiers doivent pouvoir disposer d'une dérogation au dispositif de contrainte à l'installation auquel ils sont actuellement soumis.

- Dans une optique d'efficacité de fonctionnement, la maison de santé pluri-professionnelle devra mettre en place **un secrétariat commun** à l'ensemble des professionnels y exerçant, afin de coordonner au mieux les emplois du temps de chacun et les consultations des patients et libérer les

professionnels des contraintes administratives chronophages au détriment du temps soignant.

- La maison de santé pluri-professionnelle devra être en mesure d'assurer **un accueil des patients pour les soins non programmés lors de ses horaires d'ouverture**. Ces horaires seront larges, et seront définis en fonction de l'organisation de la permanence des soins locale. L'organisation fine de cette disposition sera laissée au libre choix des professionnels qui devront toutefois le mentionner dans le projet de santé de la structure.

- Afin de faciliter cette coopération, il sera indispensable de doter la maison de santé pluri-professionnelle d'**un outil informatique en réseau fiable permettant le partage entre les professionnels des dossiers des patients bénéficiant d'une prise en charge pluri-professionnelle**. Toutefois, il sera obligatoire de s'assurer que cet outil soit sécurisé afin de protéger les données des patients.

- Dans une optique d'efficacité, les maisons de santé pluri-professionnelles devront, dans la mesure des possibilités techniques, utiliser la **télétransmission**, ainsi que se munir de logiciels compatibles entre eux.

Critères « fonctionnels » :

- La maison de santé pluri-professionnelle devra être un lieu de formation des étudiants en santé. Pour cela, **tout professionnel en capacité d'accueillir des étudiants devra être en mesure de le faire**.

En effet, dans certaines professions il n'est possible de devenir maître de stage qu'à certaines conditions, et il ne serait pas pertinent que ces conditions fassent obstacle à l'installation de professionnels. C'est le cas en particulier en médecine et en orthophonie où trois ans d'exercice professionnel sont exigés pour être maître de stage : il est hors de propos d'empêcher les jeunes diplômés de s'installer en maison de santé à ce motif. Par contre, dès qu'ils réunissent les conditions voulues, chaque professionnel doit s'investir dans la maîtrise de stage. Cet accueil aura également l'avantage de présenter ce type de structure et d'exercice aux futurs professionnels, de les y sensibiliser et de les former à l'exercice pluri-professionnel.

- Les professionnels de la maison de santé pluri-professionnelle devront élaborer une méthodologie de concertation. La coopération entre les professionnels sera un facteur clé de la réussite du projet de santé développé par l'équipe soignante. Celle-ci devra donc se ménager des plages horaires de « staffs », afin d'échanger tant sur les patients pris en charge par différents professionnels de la structure, que sur le fonctionnement interne de la maison, que sur leurs pratiques et leurs évolutions.

Critères souhaités obligatoires mais ne pouvant à ce jour qu'être facultatifs

Certains critères sont par ailleurs indispensables pour pouvoir réellement parler de « maisons de santé pluri-professionnelles ». Cependant, faute de financements et de modes de rémunération permettant de remplir ces missions, nous sommes contraints, en l'état actuel des choses, d'inscrire ces critères au rang des « facultatifs » afin de ne pas couper court aux projets de qualité émergeant mais qui ne pourraient voir le jour si nous inscrivions ces missions comme obligatoires.

- La maison de santé pluri-professionnelle se devra d'être **pleinement impliquée dans la prévention**, un des grands enjeux liés au vieillissement de la population et l'émergence de nouvelles pathologies, ainsi que dans l'éducation des patients.

- Les professionnels de la maison de santé pluri-professionnelle devront **utiliser au moins un protocole de coopération**. On ne conçoit pas en effet que les coopérations mises en place dans ces structures se fassent en marge du processus engagé par la loi HPST.

Critères facultatifs

Afin de laisser une certaine liberté aux initiateurs du projet, mais de les encourager à s'adapter au plus près aux besoins de la population cible, il serait pertinent d'établir un certain nombre de **critères facultatifs** qui pourraient donner lieu à des subventions supplémentaires, correspondant à un financement « rémunérateur » pour les professionnels :

- La maison de santé pluri-professionnelle pourrait également mettre en place au sein de ses murs une **maison médicale de garde** accueillant les patients en-dehors des horaires d'ouverture habituels. Son fonctionnement sera inclus dans le schéma d'organisation de la permanence des soins du secteur concerné, avec les autres structures impliquées.

- D'autres professionnels que les médecins pourraient être amenés à s'engager à effectuer des astreintes, afin de réaliser une **permanence des soins pluri-professionnelle**. On pourrait notamment imaginer par exemple la participation des masseurs-kinésithérapeutes lors des week-ends en période d'épidémies de bronchiolites. Cette proposition serait particulièrement attractive et rassurante pour les médecins de garde, qui pourront alors faire appel si nécessaire au professionnel le plus compétent à dispenser le soin requis, sans avoir à faire appel systématiquement à une structure hospitalière.

Des critères facultatifs supplémentaires doivent pouvoir être proposés à l'initiative des ARS comme des professionnels. L'émergence de propositions issues du terrain est fondamentale pour le dynamisme des structures. Par ailleurs, ce mécanisme de développement des critères facultatifs est essentiel dans l'attente d'une analyse plus fine des besoins populationnels par les SROS.

Lieu d'implantation

Les maisons de santé pluri-professionnelles ont vocation à constituer un puissant outil de réponse à la problématique de la démographie médicale. C'est pourquoi elles doivent s'implanter prioritairement en zone déficitaire. Dans cette optique, elles doivent pouvoir également bénéficier de subventions supplémentaires en cas d'installation en zone particulièrement dépourvue de professionnels. Ces subventions pourraient être versées essentiellement par l'ARS ou par la communauté de communes.

Toutes les possibilités de rémunération des professionnels de santé exerçant dans la Maison de Santé Pluri-Professionnelle sont à envisager.

Les « entrées » financières des professionnels seront de deux types : les revenus des professionnels et les subventions liées à la mise en place de critères facultatifs détaillés au chapitre précédent.

Que ce soit la tarification à l'acte avec la forfaitisation de certaines missions non quantifiables (actions de prévention, d'éducation à la santé, de coopération), l'auto-salariat ou un pot commun redistribué entre les professionnels, il faut laisser le choix aux professionnels lors de l'établissement du projet de soins.

Le type de rémunération des professionnels sera inscrit au cas par cas dans le règlement intérieur de la Maison de Santé Pluri-Professionnelle. La qualité du fonctionnement interne au regard de la rémunération est indispensable au bon fonctionnement et à la pérennité de la structure. Ce point doit donc être repris de façon précise dans le projet de soins, ce qui est la garantie d'une réflexion commune préalable ayant abouti à un consensus.

De plus, dans la volonté de privilégier la coopération des professionnels autour des patients, **des staffs doivent être organisés.** Ces staffs font partie des missions des professionnels exerçant dans une Maison de Santé Pluri-Professionnelle. **Ils doivent être rémunérés sous la forme d'un « forfait staff ».**

Toutefois une réflexion doit être entreprise lors de la mise en place des protocoles de coopération. La rémunération doit y être définie et les différents modes explicités.

Il en va de même pour toutes les missions des maisons de santé, en particulier les prises en charge de santé publique et l'éducation des patients. **A ce jour, en l'absence de financement spécifique de ces modes d'exercice, il est impossible aux professionnels sur le terrain de s'investir dans ces missions qui semblent pourtant relever de l'évidence au sein d'une maison de santé pluri-professionnelle.**

Sans développement d'une rémunération pour ces activités, les maisons de santé ne seront rien d'autre que des cabinets de groupe.

Il nous semble essentiel, afin de garantir le projet de soin, que les financements de ces structures soient divisés en deux postes indépendants :

- les « murs »,
- les frais de fonctionnement.

Le poste « murs » pourrait être financé par les professionnels eux-mêmes ou par un parti extérieur à la Maison de Santé Pluri-Professionnelle tel qu'une collectivité territoriale.

De plus dans la volonté de pérennisation de ces Maisons de Santé, le professionnel qui veut s'installer durablement doit pouvoir racheter sa part des « murs ».

Le poste « frais de fonctionnement » comprend l'achat du matériel, les frais de fonctionnement quotidien ainsi que le financement du secrétariat.

Ce poste doit être à tout prix assuré par les parties internes à la structure de sorte que l'établissement et le suivi du projet de soin soient établis sans aucun obstacle externe. Il s'agit de **préserver l'indépendance des professionnels dans leur exercice.**

Un subventionnement valorisant le développement des Maisons de Santé Pluri-Professionnelle est à envisager.

Un premier subventionnement plancher serait mis en place dès l'obtention du label « Maison de Santé Pluri-Professionnelle ».

Puis, si la **Maison de Santé Pluri-Professionnelle répond à des critères facultatifs, des subventions supplémentaires lui seraient attribuées.** Celles-ci rémunéreraient les professionnels pour le travail correspondant. L'Assurance Maladie pourrait être partie prenante pour des subventions autour de la permanence des soins, de la coopération...

Enfin, il est évident que ces subventionnements supplémentaires sont dépendants de l'évaluation régulière du projet de soin et du fonctionnement de la Maison de Santé Pluri-Professionnelle.

L'installation d'une maison de santé pluri-professionnelle au sein d'un territoire devra rester libre et à l'initiative des professionnels tout en tenant compte du tissu soignant existant. L'enjeu est de s'intégrer au maillage de soins territorial, après concertation avec les professionnels déjà installés. Ces structures, afin de remplir leur rôle de prise en charge globale des patients, doivent s'inscrire dans des relations de travail notamment avec des diététiciennes, des psychologues et des assistantes sociales.

Il s'agira également de mettre en place un fonctionnement efficace en lien avec les autres structures existantes (hôpitaux locaux, centres hospitaliers, cabinets privés, structures médico-sociales publiques, réseau de transport sanitaire, centre 15 et structures d'urgence) notamment par la mise en place du Dossier Médical Partagé et d'outils de télémédecine (messageries sécurisées, transferts de données imagées, etc.) dans l'objectif d'avoir un suivi complet du patient, que celui-ci se trouve à la maison de santé même, à son domicile ou à l'hôpital.

Une mutualisation des moyens et surtout une communication performante des informations entre les maisons de santé pluri-professionnelles et les hôpitaux est souhaitable, pour répondre au mieux aux besoins et permettre une articulation ville / hôpital plus efficiente. Ces structures pourraient ainsi être envisagées, de par leur caractère pluri-professionnel et leur gestion à la fois ouverte et sécurisée des informations des patients, comme des structures privilégiées pour la prise en charge des patients dans le pré- et le post-hospitalisation.

A terme, il serait éminemment souhaitable de relier les autres structures existantes au projet de soins de la maison de santé pluri-professionnelle, tant en terme de coordination des soins qu'en termes de mutualisation des moyens matériels et personnels (vacations d'autres professionnels).

Ainsi, les maisons de santé pluridisciplinaires devraient d'une part disposer d'une activité propre autour d'un projet de soins à son échelle, et d'autre part participer au projet de soins plus large du pôle de santé dans lequel elles s'intégreront. C'est autour de celui du pôle de santé que pourront s'unir l'ensemble des acteurs du terrain. Ceci est à notre sens un moyen de pallier à l'un des freins les plus importants à la création des maisons de santé pluri-professionnelles : la réticence des professionnels déjà installés à voir se créer une structure considérée comme concurrentielle.

CONCLUSION

Le système de santé a aujourd'hui besoin de se doter de nouveaux outils et de nouveaux modes d'exercice, pour répondre aux nouveaux besoins et aux nouvelles exigences de chacun de ses acteurs, à savoir les usagers, l'Etat, les professionnels et futurs professionnels de santé.

Les maisons de santé pluri-professionnelles en répondant aux nouvelles demandes des professionnels et futurs professionnels, qui souhaitent avant tout travailler dans de meilleures conditions et en coopération, favoriseront l'homogénéisation de l'offre de soin sur le territoire en adéquation avec les besoins de la population et permettront l'amélioration de la qualité des soins.

Néanmoins les maisons de santé pluri-professionnelles, pour assurer leur succès, devront répondre à un cahier des charges précis mais souple concernant un certain nombre d'éléments. Ce cahier des charges devra être repris et développé dans le projet de soins que les professionnels auront élaboré entre eux en amont de toute mise en place pratique sur le terrain.

En effet il s'agira de veiller à ce qu'elles répondent aux besoins en soins programmés ou non de la population en se dotant d'autant de professionnels que nécessaire, d'un secrétariat médical pour assurer l'organisation pratique de la structure et en assurant également un rôle dans le soin préventif. Le projet de soins devra également spécifier les modes de rémunération des professionnels au sein de la structure, et les moyens du financement global de la maison de santé afin d'en assurer la pérennité et l'attractivité. Enfin la maison de santé est le cadre idéal de la coopération interprofessionnelle qui devra être favorisée et encouragée. Il est toutefois à noter qu'à ce jour, en l'absence de rémunération spécifique des activités de coopérations, de prévention et d'éducation, les professionnels des maisons de santé ne pourront pas investir ces champs d'exercice.

Cela est également très dommageable pour les étudiants de santé, notamment dans le cadre du rôle des maisons de santé pluri-professionnelles dans la formation en tant que de lieux de stage.

En effet, pour travailler ensemble au mieux, il est indispensable que nous soyons non seulement formés ensemble, mais aussi que nous connaissions les champs de compétences et domaines d'activité de chacun des professionnels, avec lesquels nous serons amenés à travailler. C'est pourquoi les

maisons de santé pluri-professionnelles doivent être un lieu de stage privilégié, ouvrant au développement de la coopération, en initiant les futurs professionnels à cette façon de travailler dès leur formation initiale. Cela est d'autant plus important que l'implication de ces structures dans la formation favorisera leur pérennisation répondant ainsi sur le long terme aux besoins de soins de la population.

Nous, futurs professionnels de santé, soutenons la création des maisons de santé pluri-professionnelles et souhaitons prendre part, autant que possible, à la réflexion précédant la création du label qui définira notre futur lieu et mode d'exercice.

ANNEXE

Liste des critères pour la mise en place des Maisons de Santé Pluri-Professionnelles

Critères obligatoires

Critères « structurels » :

- un lieu géographique unique,
- des professions différentes (au minimum deux médecins généralistes, un infirmier, un rééducateur, un secrétaire médical),
- un secrétariat commun,
- un accueil des patients pour les soins non programmés lors de ses horaires d'ouverture,
- un outil informatique en réseau fiable,
- l'utilisation de la télétransmission.

Critères « fonctionnels » :

- tout professionnel en capacité d'accueillir des étudiants devra être en mesure de le faire,
- une méthodologie de concertation avec des plages horaires de « staffs ».

Critères souhaités obligatoires mais ne pouvant à ce jour qu'être facultatifs

- une implication dans la prévention,
- l'utilisation d'au moins d'un protocole de coopération.

Critères facultatifs

- la mise en place d'une maison médicale de garde,
- la mise en place d'une permanence des soins pluri-professionnelle.

CONTACTS

ANEMF - Association Nationale des Etudiants en Médecine de France :
Chloé LOYEZ - Présidente de l'ANEMF
06 77 66 94 78 - chloe.loyez@anemf.org

ANESF - Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes :
Laure NSIMBA - Présidente de l'ANESF
06 82 91 40 80 - laurensimba@gmail.com

FNESI - Fédération Nationale des Etudiants en Soins Infirmiers :
Clément BADER - président de la FNESI
06 32 64 96 52 - presidente@fnesi.org

FNEK - Fédération Nationale des Etudiants en Kinésithérapie :
Baptiste MICHAUX - président de la FNEK
06 32 64 96 48 - president@fnek.org

FNEO - Fédération Nationale des Etudiants en Orthophonie :
Aurore DEMAILLE - présidente de la FNEO
06 77 54 37 49 - presidente.fneo@gmail.com

ISNAR-IMG - InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale :
Bastien BALOUET - président de l'ISNAR-IMG
06 73 07 53 01 - president@isnar-img.com

UNAEE - Union Nationale des Associations d'Etudiants en Ergothérapie :
Renaud JANET - président de l'UNAEE
06 31 06 30 04 - president@unaee.org

UNECD - Union Nationale des Etudiants en Chirurgie Dentaire :
Renaud DE SAINT MARTIN - président de l'UNECD
06 98 01 83 30 - renauddesaintmartin@gmail.com

Annexe 7 : Présentation de la Fédération française des maisons et pôles de santé

Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé



| | |
|-------------------------|---|
| Nom | Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé |
| Type juridique | Association loi 1901 |
| Date de création | 18 septembre 2008 |
| Objet | <ul style="list-style-type: none">- Représenter les maisons et pôles de santé- 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)- Constituer une force de proposition auprès des pouvoirs publics, des institutionnels, et des collectivités pour la prise en charge des demandes de soins de proximité |
| Adresse | 16 Grande Rue - 58310 ST AMAND EN PUISAYE |
| Site | www.ffmps.fr |

**La Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé
regroupe plusieurs fédérations régionales**

FemaGIB (Bourgogne) - Femalor (Lorraine) - Femasac (Franche-Comté) - FemasRA (Rhône-Alpes)

Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé



Membres du bureau

Président - Docteur Pierre DE HAAS

Maison de santé de Pont d'Ain
16, rue du 1^{er} septembre 1944
01160 PONT D'AIN
Tél : (04) 74 39 79 00
p.dehaas@medsyn.fr

Secrétaire - Docteur Patrick VUATTOUX

Maison de santé St Claude
42, rue de Vesoul
25000 BESANCON
Tél : (03) 81 50 24 24
vuattoux.patrick@neuf.fr

Vice-Président - Docteur Philippe FAVIER

74, rue Raymond Poincaré
55210 VIGNEULLES LES HATTONCHATEL
Tél : (03) 29 90 69 29
dr.favier.polesante@wanadoo.fr

1^{er} Vice Président - Docteur Michel SERIN

Maison de santé Amandinoise
16, Grande Rue
58310 ST AMAND EN PUISAYE
Tél : (03) 86 39 18 88
m.serin@medsyn.fr

Trésorier - Docteur Pascal BONNET

Maison Médicale
Chemin l'Extraz
38110 CESSIEU
Tél : (04) 74 33 29 59
p.bonnet@medsyn.fr

Vice-Président - Docteur Laurent VERNIEST

20, avenue de la bergerie
59114 Steenvoorde
Tél : (03) 28 48 16 12
lverniest@nordnet.fr

Autres membres du Conseil d'Administration

Docteur Patrick BASTIEN

18 A bd Adolphe Garnier
88400 GERARDMER
Tél : (03) 29 63 33 00
p.bastien@medsyn.fr

Docteur Thomas BOUREZ

rue Courtine
27100 VAL DE REUIL
Tél : (02) 32 59 09 15
thomas.bourez@free.fr

Docteur Claude LEICHER

Chemin de l'Arzailler
26800 ETOILE
Tél : (04) 75 60 74 01
c.leicher@medsyn.fr

Docteur Martial BOTEBOL

72 rue de Besançon
25720 BEURE
Tél : (03) 81 41 08 34
martial.botebol@free.fr

Docteur Richard CHAMPEAUX

2, rue Abreuvoir
89420 GUILLON
Tél : (03) 86 32 39 40
richard.champeaux@wanadoo.fr

Docteur Alex MAIRE

PARIS
a.maire@medsyn.fr

Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé



Qu'est-ce qu'une maison et un pôle de santé ?

Une maison de santé est un lieu dans lequel des professionnels de santé exercent leur activité. Un pôle de santé est un regroupement de professionnels de santé exerçant dans ou hors les murs, dans leurs propres locaux. Une maison de santé ou un pôle de santé rassemble dans un secteur donné, plusieurs professionnels des Soins de Santé Primaire, médecins généralistes, infirmières, pharmaciens, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychologues, podologues, diététiciens ... et travailleurs sociaux unis par une charte, un projet et des objectifs opérationnels concernant la santé des patients. La motivation du regroupement est variable de l'unité de lieu géographique au projet de soins affiché d'emblée. Il est démontré que le regroupement de professionnels de soins de santé primaire améliore la qualité des soins appréciée sur plusieurs critères.

Etat des lieux

Il existe au moins une centaine de maisons et pôles de santé en France. Ce mode d'exercice regroupé étant de plus en plus prisé des professionnels, tout particulièrement des jeunes médecins. Les réalisations qui marchent sont souvent marquées par une prise en compte des attentes des professionnels et la présence d'un leader. Celles qui ont échoué sont souvent marquées par un désengagement des pouvoirs publics qu'escomptaient les professionnels. Plusieurs modes de réalisation existent depuis la création sur des fonds propres des professionnels, à des créations sur des fonds publics des collectivités territoriales et/ou de l'assurance maladie. Les différents modes de coordination reposent entre autres sur l'exercice protocolé, les réunions de concertation mono ou pluridisciplinaires, la continuité des soins, l'éducation thérapeutique des patients, la maîtrise de stage, l'utilisation des alertes informatiques pour la relance écrite des patients dans le dépistage et la prévention, l'établissement et le contenu d'une charte. Les maisons de santé nécessitent un investissement important d'un leader pour mener à bout le projet. Elles constituent un coût d'investissement et de fonctionnement supérieur à un cabinet "classique" actuellement porté par les seuls professionnels. Outre le financement, des questions restent à ce jour en suspens concernant ces maisons et pôles de santé comme la définition de la population cible de professionnels dont les zones d'intervention sont distinctes, la délégation des tâches et les règles du partage des informations qui nécessitent des adaptations réglementaires.

Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé



Un problème identifié

La France est confrontée à une baisse de la démographie des médecins généralistes et des autres professions de santé. Les professionnels vont devoir réorganiser leurs modes d'exercice. Certains l'ont déjà fait. D'autres sont en démarche.

La réorganisation de l'exercice par les regroupements professionnels en maisons et pôles de santé peut permettre de répondre à quelques défis :

- Améliorer la répartition territoriale des professionnels et fixer des pôles de santé pérennes
- Engager des démarches qualités et d'évaluation des pratiques pluridisciplinaires
- Réorienter l'offre de soins vers une prise en compte de la santé
- Rompre l'isolement professionnel et lutter contre le "burn out"

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 FFMPS soutient de nombreux professionnels de santé promoteurs

La demande d'aide est importante de la part d'équipes de professionnels de santé n'étant pas toujours en capacité de monter un projet eux-mêmes.

La FFMPS a suscité la création de fédérations régionales pour aider les professionnels de santé porteurs de projets de regroupement. En partenariat avec les URCAM, les URML et les collectivités locales et régionales.

Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé



Des besoins identifiés des professionnels en volonté de regroupement

Les multiples visites de site, les rencontres en congrès, colloques et autres manifestations ont permis à la fédération de définir les demandes en trois niveaux d'aide :

a. Témoignage

Beaucoup de demandes de visite de maisons de santé déjà existantes. La visite d'un site existant par l'équipe porteuse du projet permet de relancer la motivation des protagonistes. Elle permet aussi d'obtenir des informations parfois pertinentes sur le démarrage du projet. Des témoignages ont été aussi apportés sur le lieu de travail de l'équipe en projet, permettant de présenter une "vitrine" à la totalité des protagonistes.

b. Expertise

Les visites sur site permettent de comprendre les obstacles rencontrés par certaines équipes. Ces obstacles peuvent relever des volets immobiliers, juridiques, financiers. Ils sont souvent liés à un problème de dynamique humaine. Une expertise peut être nécessaire pour proposer une stratégie de relance du projet dans de bonnes conditions. Analyse de situation, puis conseils ou intervention.

c. Accompagnement

Certaines équipes rencontrent des obstacles qui ne peuvent être résolues par une simple expertise. Le leader qui porte le projet a parfois besoin d'un accompagnement sur certaines phases du projet. FemasRA propose alors un accompagnement de projet sous forme de "coaching" du leader en partenariat avec l'association ADESA.

Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé



Les acteurs en jeu

Les professionnels de santé

Ils souhaitent se regrouper pour éviter l'isolement, assurer l'avenir de leur activité et mieux organiser leur travail.

Les collectivités locales

Elles souhaitent maintenir une offre de soins sur tout leur territoire. Que ce soient les élus de municipalités, les élus des intercommunalités, les conseillers régionaux et conseillers généraux, leur ambition est de mieux répartir les médecins sur leur territoire en favorisant l'accès aux soins de leurs administrés.

L'Etat (ministères de la santé, de l'aménagement du territoire, de la solidarité et de la ville)

Concourir à une offre de soins correctement répartie sur le territoire est une des missions de l'Etat.

L'assurance maladie

Elle souhaite maintenir une offre de soins à ses assurés. Elle favorise une démarche qualité des professionnels de santé.

Les URML

L'une de leurs missions est de participer à l'organisation des soins.

La Fédération des Maisons et Pôles de Santé - FFMPS

Elle est en capacité d'offrir un service aux professionnels de santé en démarche de regroupement professionnel. Ce service ne présume ni de la forme trouvée (maison ou pôle de santé, investissement immobilier privé ou public), ni de la composition de l'équipe (regroupement de professionnels de santé installés, création de structure nouvelle, intervention de spécialistes d'organe dans le cadre de cabinet secondaire ou peut être par le développement de télémedecine).

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.

Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé



| | |
|--|---|
| Visites de maisons de santé | De nombreuses visites ont été organisées sur divers sites pour des professionnels de santé, élus locaux ou institutionnels. Visites de site, témoignages, et discussions sur les méthodes de portage de projet, et sur les nouvelles méthodes de travail en pluridisciplinaire. |
| Interventions sur sites | Les membres de la FFMPS sont intervenus de nombreuses fois depuis sa création à la demande d'équipes de professionnels de santé. Interventions sur site, communications téléphoniques et écrites par mail pour délivrer des conseils, de l'expertise, et des accompagnements. |
| Interventions en congrès et colloques | Les membres de la FFMPS sont intervenus de nombreuses fois en divers congrès et colloques pour apporter leur expertise en termes de démographie professionnelle, travail pluridisciplinaire, portage de projet de regroupement professionnel, etc... |
| Séminaire National des maisons de santé de Besançon | Participation au séminaire de Besançon en juin 2008. Participation à la journée de travail qui a suivi. Les recommandations ont donné lieu à publication et large diffusion. |
| Partenariat URCAM | Par ses fédérations régionales, la FFMPS intervient en région, grâce des financements du FIQCS, en partenariat avec les URCAM. |
| Partenariat URML | La FFMPS travaille en partenariat avec certaines URML, Union Régionale des Médecins Libéraux, en apportant son expertise auprès des élus en charge du dossier des maisons de santé. |
| Partenariat Conseils Généraux | Une des fédérations régionales de la FFMPS a développé un partenariat avec un Conseil Général pour apporter son expertise dans un travail sur "démographie et territoire". |
| Représentation | La FFMPS participe au comité national de pilotage des nouveaux modes de rémunération. |
| 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. |

Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé



| | |
|-------------------------|--|
| Démarche qualité | La FFMPS participe aux groupes de travaux sur les protocoles pluridisciplinaires à l'HAS et au Collège de Médecine Générale. |
| Communication | Une circulaire d'information régulière est adressée aux adhérents. |
| Site web | Le site de la fédération : http://www.ffmps.fr/ |

**Annexe 8 : Financements possibles des maisons
et pôles de santé source : mutualité sociale
agricole**

| Intitulé des financements | Volet AQS | Volet regrpt | Volet individ | Organisme compétent | Objet et conditions | Bénéficiaires | Dépenses fctnmt | Dépenses investissement | Durée du financement | Références |
|---|---------------|---------------|---------------|---|--|--|---|--|----------------------|--|
| Fonds d'Investissement à la Qualité et à la Coordination des Soins (FIQCS) | oui priorité1 | oui priorité2 | | URCAM Secrétariat du Comité régional de gestion du FIQCS (projets inférieurs à 762 245 €) | Actions (traditionnelles) relatives à : - l'amélioration des pratiques professionnelles - promotion de la coordination et de la continuité des soins - le partage de l'information - l'évaluation des pratiques professionnelles Aide au démarrage Actions (fléchées) correspondant à des priorités régionales | Professionnels de santé libéraux (individuels ou regroupés) Centres de santé | Dépenses de fonctionnement | Dépenses d'investissement habituellement réservées aux outils d'amélioration de la qualité des soins Dépenses d'études et de recherche | Non pérenne | www.ameli.fr |
| Fonds national d'action sanitaire et social (FNASS) | oui priorité1 | oui priorité2 | | CRAM CPAM CMSA | Subventions aux associations qui oeuvrent dans les domaines suivants : - aide aux handicapés - aide aux malades - aide aux personnes âgées - éducation pour la santé Ce soutien peut se traduire par l'attribution de la subvention annuelle de fonctionnement dans le cadre de conventions à durée déterminée ou de subvention sur contrat d'objectif ou de prêt à taux bonifié. | Associations à but non lucratif à vocation régionale et à caractère sanitaire ou médico-social | Frais de fonctionnement L'attribution du fonds peut varier d'une Caisse à l'autre et ne pas couvrir les mêmes dépenses | Dépenses d'investissement tant pour l'investissement immobilier que mobilier L'attribution du fonds peut varier d'une Caisse à l'autre et ne pas couvrir les mêmes dépenses | Non pérenne | |

| | | | | | | | | | | |
|--|-----|--|--|--|---|---|--|---------------------------|--------------|---|
| Fonds National de Prévention, d'éducation et d'information sanitaires agricoles (FNPEISA) | oui | | | CMSA | Promotion de la santé en milieu rural et agricole | Associations travaillant pour l'animation et le développement sanitaire et social en milieu rural | Frais de fonctionnement Dans certains cas, mise à disposition de personnels pour la mise en place de projet | | Pérenne Voir | dossier type |
| Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information en Santé (FNPEIS) | oui | | | Deux niveaux : CPAM/DDASS URCAM/DRASS | Actions entrant les champs des Programmes Régionaux de Santé (PRS), du Programme Régional d' Accès à la Prévention et aux soins (PRAPS) et des actions nationales de l'assurance maladie | Associations et organismes à but non-lucratif | Frais de fonctionnement | dépenses d'investissement | Pérenne | Loi relative à la politique de santé publique 9 août 2004 www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/rub06_02.htm |
| | | | | Groupements Régionaux de Santé Publique | vocation à intégrer une future "agence régionale de santé" assurant à la fois des missions de santé publique et d'organisation des soins et met en oeuvre le le PRSP en tout ou partie en lien avec l'ensemble des acteurs régionaux et locaux. | | | | | |
| Promotion, prévention et programme de santé | oui | | | DRASS | Actions s'inscrivant dans la promotion de la santé et la prévention | Associations Mutualité Collectivités locales | Crédits de fonctionnement liés à l'action | | Pérenne | Loi relative à la politique de santé publique 9 août 2004 www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/rub06_02.htm |

| | | | | | | | | | | |
|---|----------------|----------------|--|-------------------|--|-------------------------|--|--|-------------|-------------------|
| Subventions Appels à projets thématiques Mises à disposition | oui priorité 1 | oui priorité 2 | | ARH | Peut allouer des crédits à des maisons médicales si celles-ci s'appuient sur un centre hospitalier. | | Frais de fonctionnement | dépenses d'investissement | Pérenne | |
| Subventions Appels à projets thématiques Mises à disposition | oui priorité 2 | oui priorité 1 | | Conseil Régional | | Professionnels de santé | Formation | Frais de développement des nouvelles technologies telle que la télémédecine | Non pérenne | |
| Subventions Appels à projets thématiques Mises à disposition | | Oui | | Conseil Général | | Professionnels de santé | | Dépenses d'investissement Crédits à taux bonifiés | Non pérenne | |
| Subventions Appels à projets thématiques Mises à disposition | Oui | Oui | | Conseil Municipal | | Professionnels de santé | Frais de fonctionnement Participation à des expérimentations relatives aux transports non médicalisés des patients, au fonctionnement | Dépenses d'investissement: Terrain et participation à la construction Attribution des subventions Crédits à taux bonifiés | Pérenne | |
| Fonds Européens Structurels FEDER | oui | oui | | Union Européenne | Sert à réduire les disparités dans l'Union et encourager le développement et la reconversion des régions | Porteurs de projets | Frais de fonctionnement | Dépenses d'investissement | Non pérenne | Voir dossier type |
| Fonds Européens Structurels FEOGA | oui | oui | | Union Européenne | Soutenir le développement rural et l'ajustement des structures agricoles | Porteurs de projets | Frais de fonctionnement | Dépenses d'investissement | Non pérenne | Voir dossier type |

| | | | | | | | | | | |
|---|-----|-----|--|--|--|--------------|----------------------------|---------------------------|-------------|---|
| Fonds Européens Structurels Enveloppe de mesure 10 b du DOCUP (documents uniques de programmation) | oui | oui | | Union Européenne | Objectif: détecter et soutenir des micro-projets associatifs innovants et transférables. ne nécessite pas la mobilisation de financements publics complémentaires. Actions qui contribueront aux initiatives de développement social en milieu rural, faciliteront la création d'entreprise et le développement de l'économie solidaire et sociale par la promotion de nouvelles formes d'organisation de l'activité économique. | Associations | Frais de fonctionnement | Dépenses d'investissement | Non pérenne | Voir dossier type |
| Dons | oui | oui | | Particuliers Fondations d'entreprises | | | | | Non pérenne | http://www.asocialnet.com/docs/mecenat.html |
| Subventions privées | oui | oui | | Entreprises | | | | | Non pérenne | |
| Auto-financement | | Oui | | | Participation au financement de l'achat du bâtiment et/ou se réhabilitation: les professionnels de santé reversent ensuite un loyer calculé selon la surface utilisée ou selon un pourcentage d'honoraires. | | Dépenses de fonctionnement | Dépenses d'investissement | | |

| | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|----------------|----------------|---------------|---|---|---|---|--|-------------|---|
| Aides à l'investissement | | oui | | EPCI (communautés de communes...) Projets subventionnés sur la dotation de développement rural Contrats de pays | Partenariats publics dans le cadre de l'aménagement du territoire | | | | Pérenne | Loi 93-1436 du 31/12/93 |
| Prêts bonifiés | | oui | | Banque + soutien institutionnel | Soutien aux démarches auprès des établissements bancaires | | | | Pérenne | |
| Crédit-bail immobilier | | oui | | | Soutien aux démarches auprès des établissements bancaires | | | | Pérenne | |
| Primes à l'installation | oui priorité1 | oui priorité2 | oui priorité3 | Organismes d'assurance maladie | | Professionnels de santé en « zone déficitaire » | Rémunération forfaitaire | | ponctuel | Art. 49 Loi 13/08/04 Texte d'application en attente |
| Primes à l'installation | éventuellement | éventuellement | oui | Collectivités territoriales | | Etudiant (3ème cycle de médecine générale) | Indemnités d'études et de projet professionnel Indemnités de logement et de déplacements | | Non pérenne | Article 108 de la loi n°157 du 23/02/2005 Décret en attente |
| | | | | | | Professionnels de santé Centre de santé | Aide financière (maintien des professionnels de santé dans zones déficitaires) | | | Article 108 de la loi n°157 du 23/02/2005 Décret en attente |
| | | | | | | Professionnels de santé | Exonération de la taxe professionnelle | | | Article 114 loi n°157 du 23/02/05 Loi n°96-987 du 14/11/1996 |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|-----|--------------------------------|---|---|---|---------|---|
| Contrat de bonne pratique N'a pas été reconduit (période 2005 - 2008) | | | oui | Organismes d'assurance maladie | "Médecins ruraux" réunissant les deux conditions suivantes : - exercer dans un cabinet éloigné de plus de 20 minutes d'un service d'urgence, - exercer dans un canton dont la densité de médecins généralistes par habitant est inférieure à 3 pour 5 000 | Médecins ruraux | Remplacements : complément de rémunération de 300 € par jour de remplacement effectif dans la limite de 10 jours par an et ce pendant la durée du contrat, à savoir 3 ans | Pérenne | loi n°2002-322 du 6 mars 2002 Article L 162-12-18 du code de la sécurité sociale |
| Défiscalisation des astreintes | | | oui | Collectivités territoriales | | Médecins et/ou remplaçants exerçant en milieu rural | Rémunération perçue exonérée de l'impôt sur le revenu à hauteur de 60 jours de permanence par an | Pérenne | Article 109 de la loi n°157 du 23/02/2005 |

Annexe 9 : L'équipe d'appui « Territoire et santé » en Franche-Comté

*L'équipe d'appui « Territoire et santé »
en Franche-Comté :*
accompagner les initiatives
d'organisation de la santé
en développement

Différents partenaires se mobilisent autour d'une Charte :

- l'URCAM dans le cadre de ses activités au sein de la Mission régionale de santé (MRS)
- la MSA, apportant sa connaissance du milieu rural
- la Région de Franche-Comté par ses compétences au niveau de l'aménagement du territoire
- la Fédération des maisons de santé comtoises (Femasac)

Modalités de collaboration :

- mise en place d'une « équipe d'appui territoire et santé », constituée de 8 personnes parmi les partenaires membres
- qui se concerte sur les différents projets au cours d'un staff régulier téléphoné ou en réunion physique (1h30 tous les 15 jours) et avec un outil partagé recensant les informations et points d'avancements des différents projets en cours

Les Missions

L'équipe d'appui « Territoires et santé » :

- accompagne les porteurs de projet (maire, professionnel de santé...) pour préciser ou formaliser leur projet
- informe des différents financements possibles
- propose des rencontres avec des professionnels travaillant déjà de façon pluridisciplinaire
- apporte une aide dans le diagnostic et l'étude de faisabilité du projet
- organise des forum/formations (3 par an) avec l'ensemble des porteurs de projets pour favoriser les échanges d'expériences et travailler plus spécifiquement certains points (ex. montage juridique et financier)



Vous vous posez des questions sur l'avenir de l'offre de santé sur votre territoire ?

Vous faites le constat d'une diminution de professionnels de santé sur votre secteur ?

Vous souhaitez améliorer vos conditions d'exercice ?

Vous avez un projet de santé novateur ?

L'équipe d'appui "territoires & santé"

vous conseille et vous accompagne dans votre projet.

Quels services vous propose l'équipe d'appui ?

- vous accompagner pour préciser et formaliser votre projet
- vous présenter les différentes sources de financement
- vous proposer des rencontres avec des professionnels travaillant déjà de façon pluridisciplinaire
- envisager avec vous une étude de faisabilité / diagnostic

Qui compose l'équipe d'appui ?

C'est un partenariat entre :

- l'Assurance maladie (Union régionale des caisses d'assurance maladie et Mutualité sociale agricole)
- la Région de Franche-Comté
- la Fédération des maisons de santé comtoises (FeMaSaC)

« Dans le cadre de sa compétence en matière d'aménagement du territoire, la Région de Franche-Comté considère l'organisation de l'offre de santé de proximité comme un élément essentiel de solidarité entre les hommes et les territoires. Elle veille à ce que ces programmes d'intervention locaux intègrent cette dimension et participe activement à l'animation des dispositifs mis en œuvre pour soutenir le développement de projets de santé. »

Marie-Guilte Dufay,
Présidente de la Région Franche-Comté

« Une des volontés de l'Urcam que je préside est de soutenir les maisons de santé ainsi que toute autre forme d'organisation entre les professionnels de santé sur notre région. Elle le fait depuis plusieurs années afin d'améliorer l'offre de santé au service de tous les Franches-Comtois. L'Assurance maladie s'engage désormais plus avant dans l'accompagnement des projets grâce à cette équipe d'appui. »

Bruno Herry,
Président de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie de Franche-Comté

« La MSA s'implique dans l'équipe d'appui "territoires et santé" parce qu'elle veut anticiper la baisse de démographie des professions de santé dans les territoires ruraux en sachant que le mode d'exercice en maison de santé correspond à une attente forte des jeunes professionnels de santé. La MSA le fait aussi car elle pense que la qualité des soins et la fidélité des professionnels à un territoire sont conditionnées par le mode d'exercice et les conditions de vie personnelles. »

Guy Ciron,
Président de la Mutualité sociale agricole de Franche-Comté

« La Fédération des maisons de santé comtoises (FeMaSaC) se devait de participer à la réflexion autour de l'équipe d'accès à une offre de santé de qualité sur notre région. Les professionnels de santé de premiers recours que nous sommes, organisés en maisons de santé, centres de santé ou pôles de santé, répondent à l'adéquation "besoins populationnels/souhaits des professionnels". Cette organisation offre une opportunité pour maintenir l'offre de soins sur des territoires fragiles et œuvre à un travail multidisciplinaire de qualité. Nous complétons les compétences de l'équipe d'appui par notre vécu et par nos propositions de solutions adaptées. »

Patrick Vuattoux,
Président de la Fédération des maisons de santé comtoises

Plaquette adressée à l'ensemble des professionnels de santé de Franche-Comté, aux internes de Médecine Générale et aux Présidents des Pays

Le travail en réseau

L'équipe d'appui « Territoires et santé » crée des liens avec d'autres partenaires :

- les Conseils Généraux
- le SGAR
- les Conseils de l'Ordre
- les IFSI, l'IFMK et internes de Médecine générale (interventions de l'Assurance Maladie ou de la Femasac)

Elle est sollicitée dans le cadre des réunions organisées par les Préfectures sur le « maintien des services en milieu rural »

Les modalités d'intervention

- 1er contact avec l'équipe d'appui « Territoires et santé »

Maire ou association d'usager ou professionnel de santé → « *quelle offre de santé sur mon territoire ?* »

L'équipe d'appui lui propose un questionnaire afin de formaliser son projet et avoir des données contextuelles (population, projets en cours, offre de santé...)

- puis désignation, au sein de l'équipe d'appui, d'un référent qui suivra spécifiquement le projet

Le référent se rend sur le terrain, priorise les projets qu'il suit, élabore avec les différents acteurs locaux le type d'intervention à mettre en place, identifie s'il y a une dynamique locale, s'il y a les prémices d'un projet de santé, fait le lien avec les différents élus, identifie des personnes ressources, propose aux professionnels de santé de se constituer en association, rend compte à l'équipe d'appui de l'avancée du projet lors des réunions de staff (cf documents joints).

Exemple d'intervention (1)

Aider à la cohérence territoriale pour différents projets de maisons de santé

(Pays Lacs et Petite Montagne, 39)

- Un territoire montagneux et plutôt difficile d'accès en période hivernale, étendu, avec un vieillissement important de sa population, une densité faible et regroupant au total 14 000 habitants
- Plusieurs projets de maison de santé, à l'initiative d'élus ou de professionnels de santé, mais sans réelle concertation les uns envers les autres et avec même des stratégies de « concurrence »
- Une sollicitation auprès de l'équipe d'appui par les élus du Pays « Lacs et petite montagne »

→ Intervention proposée par l'équipe d'appui :

- Réalisation, par un prestataire extérieur, d'une étude d'opportunité visant à connaître les besoins et projets des professionnels de santé, identifier les articulations entre les différents projets.
- Forte incitation à inscrire ces projets dans le cadre du contrat de pays.
- Organisation de différents groupes de travail :
 - . avec les professionnels de santé afin d'approfondir le projet de santé (intervention d'un médecin de la Fémasac)
 - . avec les élus pour travailler sur les montages juridiques et financiers (en s'aidant d'un outil développé par l'équipe d'appui)

Exemple d'intervention (2)

Sensibilisation aux questions de démographie médicale et de nouvelles formes d'exercice (Champlitte, 70)

- Champlitte : commune limitrophe de Champagne-Ardenne, 1850 habitants. Inquiétude exprimée par la population (au sein de l'association locale (« association pour un développement durable du canton de Champlitte ») de ne plus avoir de médecin dans les années à venir

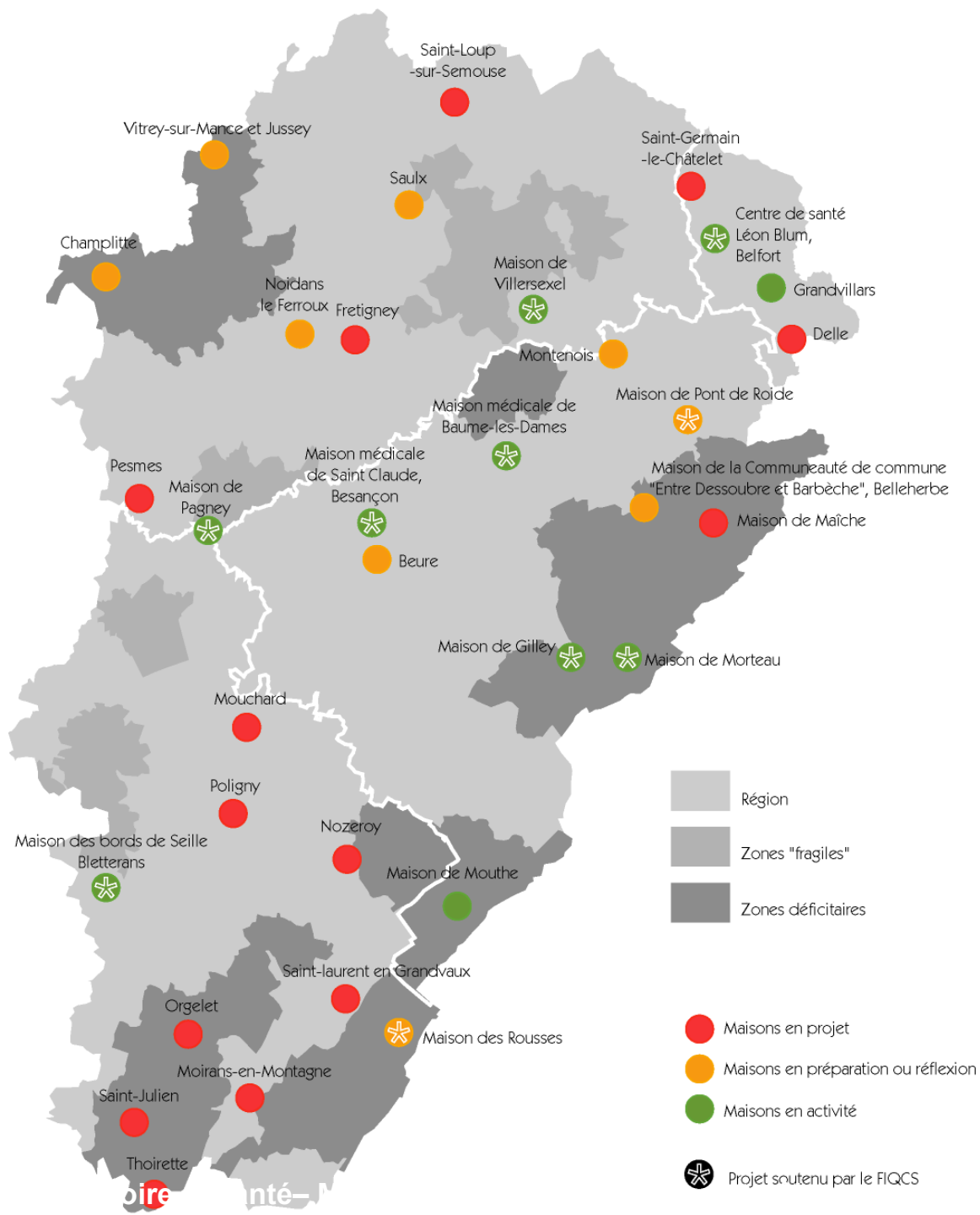
→ **Intervention réalisée :**

- Participation à une conférence en juin 2006 organisée par l'association locale (« association pour un développement durable du canton de Champlitte ») : présentation des questions de démographie médicale, témoignage d'un médecin exerçant en maison de santé

→ **Action menée :**

La commune a transformé un bâtiment communal en maison de santé ; en parallèle, un jeune kiné originaire du Nord s'est adressé à la mairie pour faire part de son souhait de s'installer en Haute-Saône.

Les maisons de santé en Franche-Comté en septembre 2009



Présentation de quelques projets de maisons de santé(1)

Pays horloger

Belleherbe, 25

Maison qui va ouvrir prochainement.

Spécificité du projet : maison de santé (médecins généralistes, infirmières, kiné) + maison des services (poste, ADMR, salle de visioconférences pour des RV administratifs).

Le projet a été fortement porté par les élus (à partir de 2005), qui étaient pressés, avec le risque à un moment qu'elle soit « vide ». Le médecin du village ne souhaite pas intégrer la maison de santé car partira prochainement en retraite mais les médecins de Pierrefontaine les Varans et Sancey sont intéressés.

Aire urbaine

Montenois, 25

Pôle santé (médecins, infirmiers, pharmaciens, kiné) situé au cœur du village et à côté d'un projet de logements pour personnes âgées.

Pays des Portes du Haut Doubs, 25

Structuration d'un projet autour de Valdahon, Pierrefontaine, Nods avec une maison principale à Valdahon et des projets « satellites » à Pierrefontaine et Nods ; projet de recruter un coordonnateur de l'ensemble de ces projets.

Présentation de quelques projets de maisons de santé (2)

Des maisons de santé adossées à un hôpital local

Pays du Haut-Doubs

Mouthe, 25

Ouverture toute récente

3 MG, kiné, infirmières, ADMR, orthophoniste et vacations (sage-femme, diététicienne, pédicure, médecin du travail, PMI, assistantes sociales)

Spécificité du projet : adossé à l'Hôpital local ; bonne complémentarité et mutualisation entre l'HL et la maison de santé

Pays de la Hte Vallée de l'Ain

Nozeroy, 39

un projet similaire à Mouthe (adossé à l'HL) avec des échanges qui se feront entre Mouthe et Nozeroy

Pays du Revermont

Salins-Arbois-Poligny, 39 : un projet à articuler, en lien avec les HL de Poligny et Arbois.

Présentation de quelques projets de maisons de santé (3)

Des projets initiés par des professionnels autres que médecins

Pays du Haut-Jura

Les Rousses, 39

Projet initié par un kinésithérapeute. Ouverture prochaine après de grosses difficultés financières liées à un promoteur immobilier. Montage juridique particulier : co-propriété entre la communauté de communes et les PS.

Pays graylois

Pesmes, 70

Un projet immobilier qui débute avec des kinés et dentiste ; parallèlement, des MG sont prêts à travailler en pluridisciplinarité. L'équipe d'appui favorise la structuration d'un projet avec l'ensemble des PS

Champlitte,70

Projet fortement porté par la mairie. Une maison de santé qui fonctionne actuellement avec 1 kiné et 1 inf et 2 MG qui intégreront la maison en novembre.

Pays de l'aire urbaine

Pont de Roide, 25

Projet initié par un centre de soins infirmiers

Delle, 90

Projet initié par la Mutualité Française du T de Belfort et une association pour personnes

âgées



Présentation de quelques projets de maisons de santé (4)

Des initiatives nombreuses menées par les communautés de communes et élus

Pays Vesoul Val de Saône

Vitrey sur Mance, 70

Forte volonté des élus de structurer un projet à Vitrey ; des travaux sont en cours pour transformer un bâtiment communal en maison de santé.

Spécificité : la communauté de communes a entrepris des démarches pour attirer un médecin roumain, arrivé en mai.

Par ailleurs, le seul médecin du secteur avait été interdit d'exercice libéral ; un dispositif a été mis en place avec un groupe médical de Bourbonne les bains en Champagne Ardenne qui salarie le médecin en question.

Plusieurs médecins de Champagne-Ardenne souhaitent structurer un projet de maisons de santé « en réseau » avec le secteur de Vitrey sur Mance et Jussey : un kiné de Fayl-Billot va intervenir sur plusieurs secteurs (Fayl-Billot, Bourbonne les bains et Vitrey sur Mance).

De plus, il y a un projet de maison de santé à Fayl-Billot qui pourrait être en lien avec celle de Vitrey sur Mance ; par ailleurs, le groupe médical de Bourbonne les bains pourrait développer des relations avec les PS de Jussey.

Présentation de quelques projets de maisons de santé (5)

Aire urbaine

Belfort, 90 :

Réflexion au niveau du centre de santé Léon Blum qui souhaite travailler en pluridisciplinarité et avec des PS libéraux

Mairie qui a le projet de développer 2 maisons de santé : quartier Nord et site actuel du CHBM dans la perspective de son déplacement sur le site médian du CHBM

**Annexe 10 : Document des URLM
sur les pôles de santé**



SANTE ET TERRITOIRE

Les Pôles de Santé Libéraux :

propositions pour une nouvelle organisation de la
santé de proximité

**Un projet professionnel
qui s'inscrit dans
un projet de santé territorial**

Mercredi 4 novembre 2009



Les Pôles de Santé Libéraux



- Première partie:
- Principes généraux :
 - Un territoire
 - Un projet professionnel
 - Un projet de santé



Principes généraux

Un territoire (1)

- Regroupement pluriprofessionnel sur un bassin de vie
- Missions de premier recours : maladies chroniques...
- Missions élargies : éducation thérapeutique, prévention, veille sanitaire...
- Coordination avec : plateaux techniques hospitaliers, services médico-sociaux, réseaux de santé, HAD...
- But : assurer la **continuité des soins** sur un **bassin de vie**

La réflexion repose donc sur une logique d'**aménagement du territoire.**

Principes généraux

Un territoire (2)

> Une organisation professionnelle structurée

- Concertation pluridisciplinaire des PS d'un bassin de vie, d'un quartier.
- actions et programmes / populations générale, spécifique d'un bassin de vie : **projet de santé**
- nouvelle organisation du travail : **projet professionnel**

Pôle multi-sites

Lieu de formation

> Une unité fonctionnelle pluridisciplinaire

Soins 1^{er} recours : Maladies chroniques
avec optimisation des conditions de travail et du temps médical

+ missions élargies : éducation thérapeutique,
prévention, veille sanitaire

en coordination : plateaux techniques hospitaliers,
services médico-sociaux,
réseaux de santé
HAD

Principes généraux



Un territoire (3)

Le SROS Ambulatoire (1)

- Le projet de santé territorial définit les besoins en soins de la population du territoire.
- Cette définition contribue à formaliser le diagnostic territorial qui, à l'échelle d'une région, débouche sur le **SROS ambulatoire**

Principes généraux

Un territoire (4)

Le SROS Ambulatoire (2)

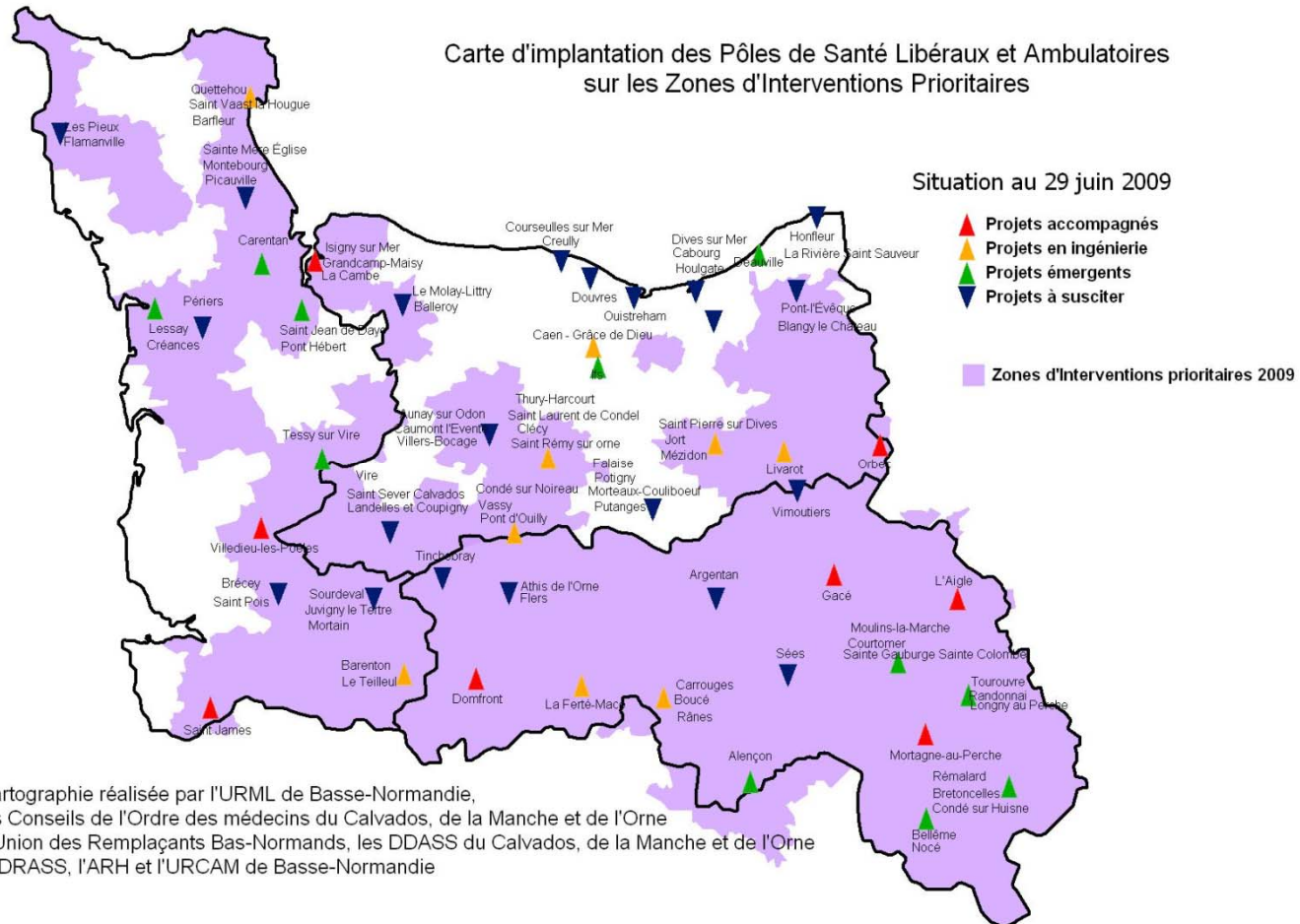


Principes généraux



Un territoire (4)

Le SROS Ambulatoire : Cartographie bas-normande



Cartographie réalisée par l'URML de Basse-Normandie, les Conseils de l'Ordre des médecins du Calvados, de la Manche et de l'Orne L'Union des Remplaçants Bas-Normands, les DDASS du Calvados, de la Manche et de l'Orne la DRASS, l'ARH et l'URCAM de Basse-Normandie



Principes généraux



Méthodologie de construction des territoires (1)

Hypothèses de bases :

- Tenir compte de l'organisation de la **permanence des soins** qui structure l'offre de 1er recours aujourd'hui.
- Conforter la place des **hôpitaux locaux**.
- Respecter les frontières des **communautés de communes**, compte tenu de leur rôle dans l'implantation des professionnels de santé.
- Garantir une **proximité des soins** (temps d'accès au généraliste).
- Intégrer les **déplacements actuels des patients** vers leur médecin.

Principes généraux



Méthodologie de construction des territoires (2)

Critères de regroupement des communes pour la constitution des territoires:

- **Nombre de médecins par territoire** suffisant pour permettre une éventuelle organisation de la permanence des soins.
- Territoires organisés **autour des hôpitaux locaux** lorsqu'ils existent.
- **Ajustement des limites** des territoires pour éviter, si possible, de découper des *communautés de communes*.
- Taille des territoires permettant **un accès aux soins en moins de 30 mn.**
- Respect des **flux majoritaires de patientèles.**

Principes généraux

Etapes de construction des territoires

(exemple à partir de la Vendée)

Etape 1 :

Analyse des flux de patients entre les secteurs de garde actuels.

Etape 2 :

Regroupement des secteurs de garde à partir de l'analyse des flux.

Etape 3 :

Identification des zones de divergences avec les frontières des communautés de communes.

Etape 4 :

Analyse des zones de divergence.

Etape 5 : Résultats

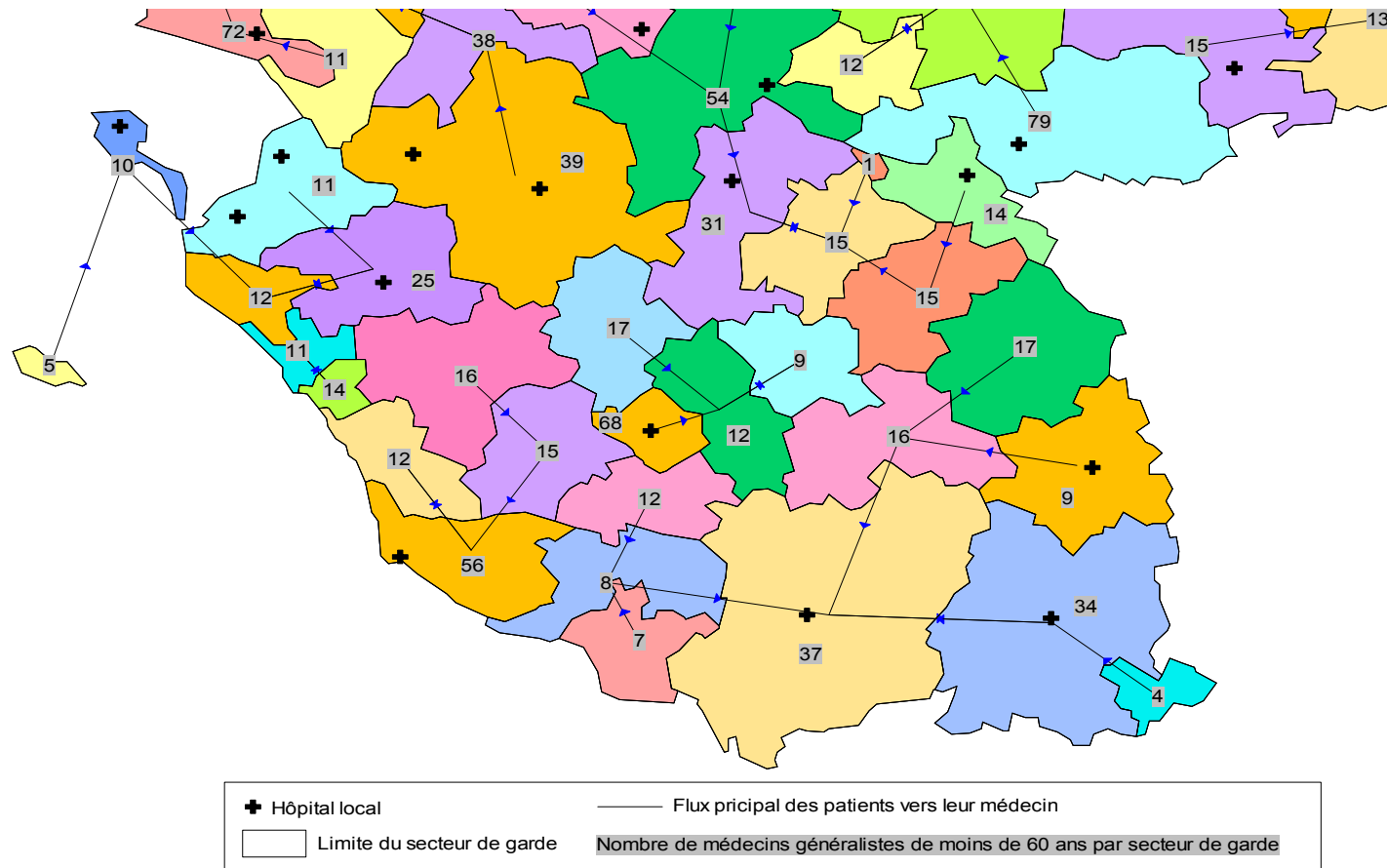
Ajustements définitifs des territoires par traitement des zones de divergences.

Principes généraux



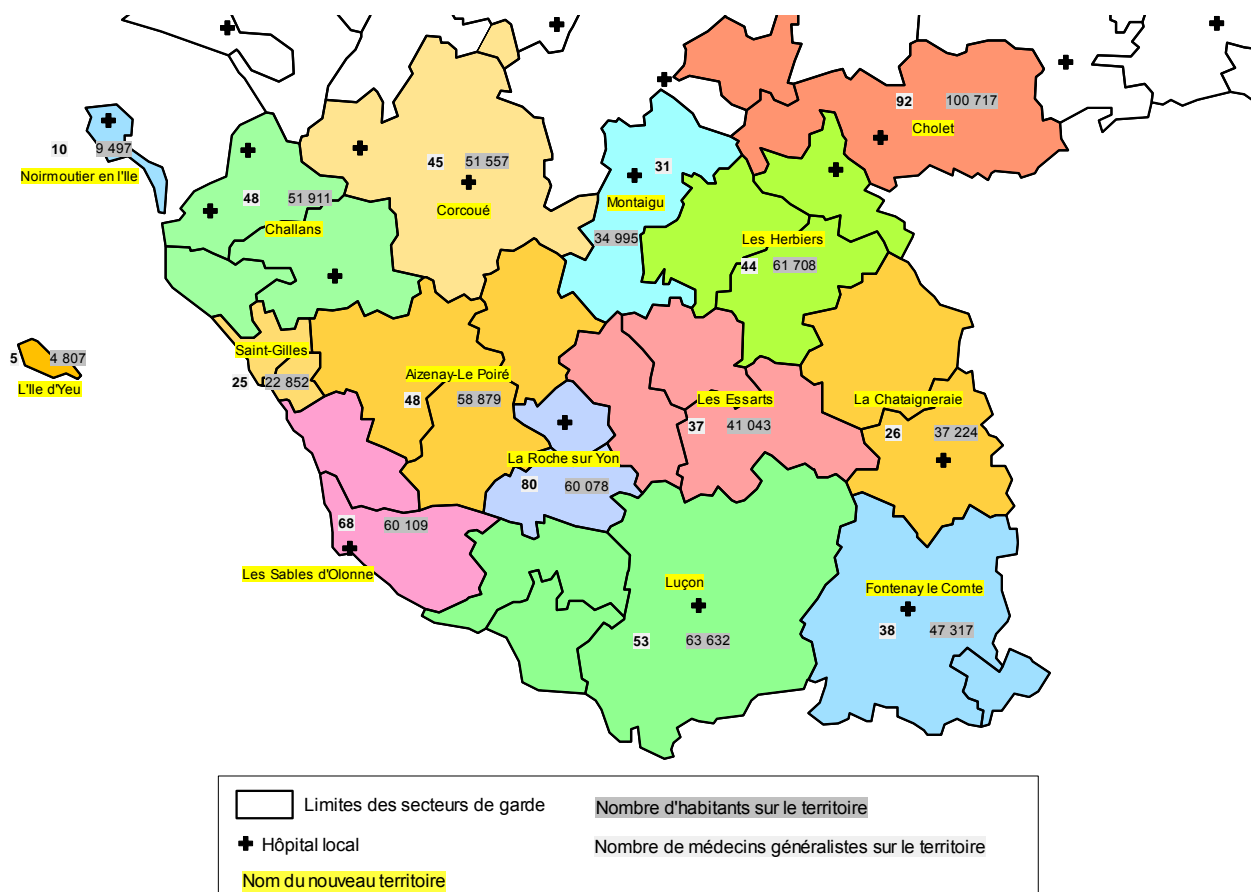
1ère étape :

Analyse des flux de patients entre les secteurs de garde actuels



Principes généraux

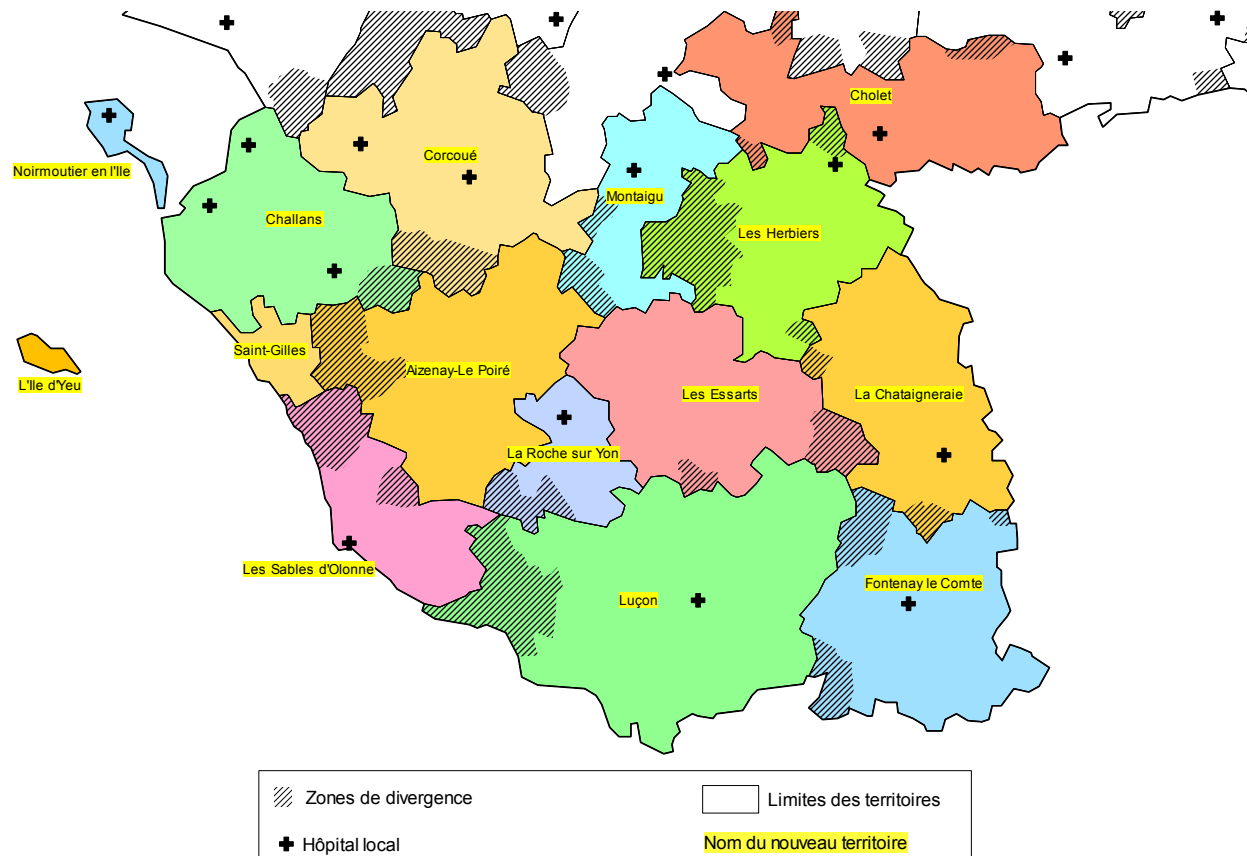
2ème étape : Regroupement des secteurs de garde



Principes généraux



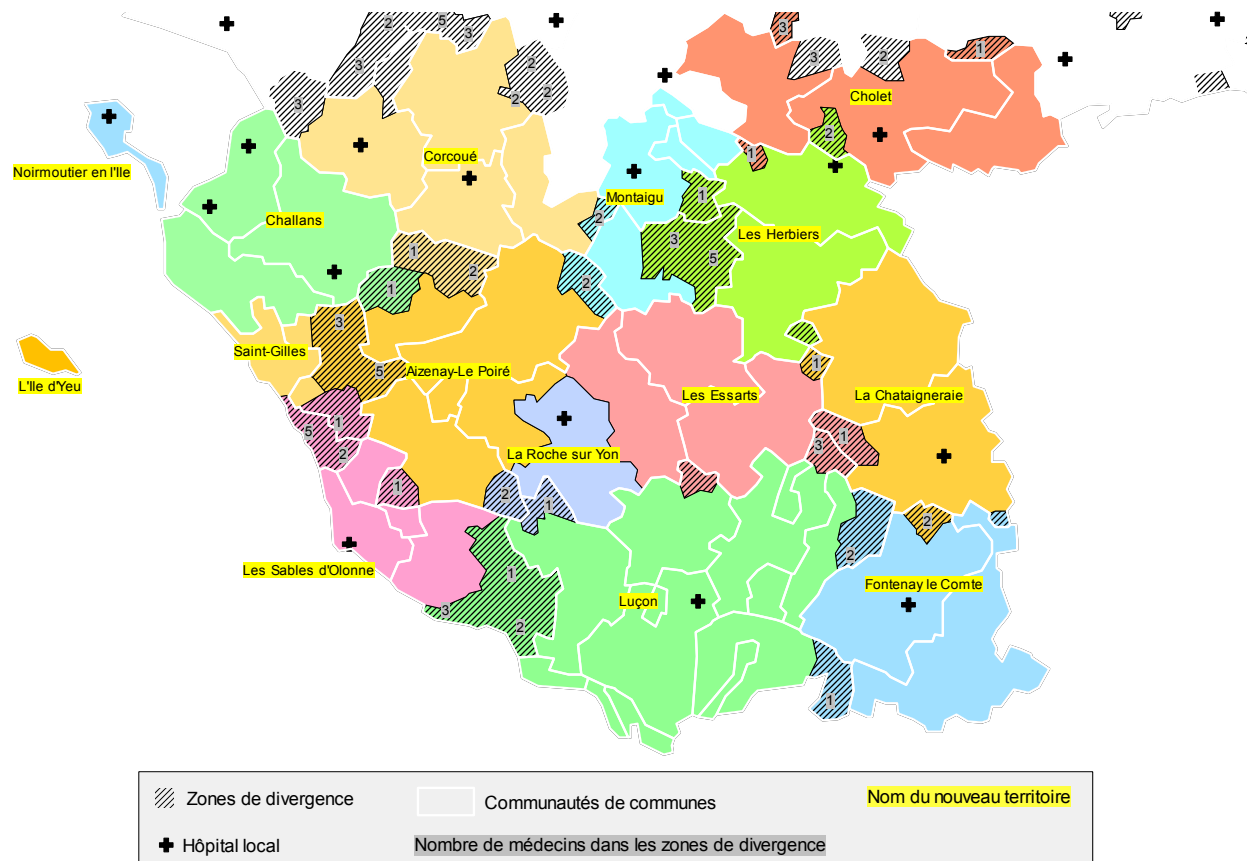
3ème étape : Zones de divergences avec les limites de communautés de communes



Principes généraux



4ème étape : Analyse des zones de divergence



Principes généraux

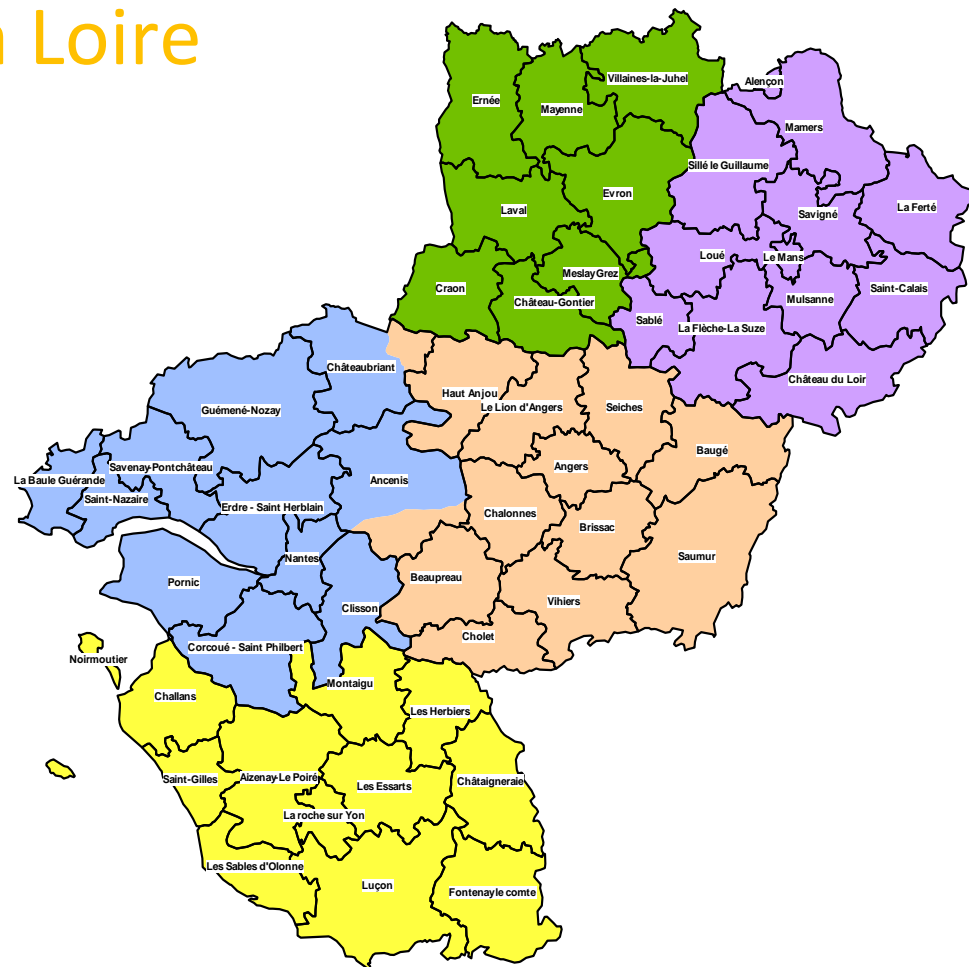
5ème étape : Obtention des nouveaux territoires



Principes généraux



54 Territoires de 1^{er} recours en Pays de la Loire



Principes généraux



Le projet professionnel

- Mettre en place une **coopération entre les professionnels de santé du premier recours afin de permettre une meilleure coordination des soins,**
- **Garantir l'accès aux soins de proximité** pour la population,
- Développer un **mode d'exercice novateur et attractif,**
- **Pérenniser l'offre de soins locale** en créant les conditions d'une organisation structurée,
- **Favoriser l'installation** de nouveaux professionnels dans les territoires en difficulté,
- **Répondre aux besoins de santé publique** dans ses priorités tant nationales que régionales et locales,
- Contribuer à la **politique d'aménagement du territoire** en cohérence avec l'organisation des établissements de santé,

Principes généraux



Le projet de santé territorial (1)

- Est construit autour **d'objectifs de santé publique**,
- S'appuie sur la **population de patients inscrits auprès des médecins traitants** concernés
- Assure, pour chaque patient, un **parcours de santé coordonné, global et continu**.
- S'appuie sur le développement de **coopérations entre professions** (IDE, Kiné, pharmaciens...) définissant une véritable coordination des soins.
- Inclut les **missions de santé publique** des médecins traitants : recueil épidémiologique, veille sanitaire, gestion des crises sanitaires...
- Est articulé avec l'offre de soins spécialisés et les autres acteurs de la santé.
- Intègre les processus de **formation** initiale et de formation continue.

Principes généraux

Le projet de santé territorial (2)

Les conditions préalables

- Les professionnels de santé doivent être les **porteurs** du projet de santé
- Il faut un **consensus** au niveau des professionnels
- Le projet **ne doit pas déstabiliser** l'offre de soins existante
- Il doit être possible **d'intégrer progressivement** d'autres professionnels de santé libéraux
- Le pôle doit être **évolutif** pour permettre l'adaptation à de nouvelles formes d'exercice
- Il faut dès le départ intégrer **la transmission de l'outil de travail**, qui est une entreprise, **aux jeunes**

Principes généraux

Le projet de santé territorial (3)

Un regroupement fonctionnel

- **Mutualiser des moyens techniques et humains**
- Faciliter les **concertations professionnelles**
- Organiser la **continuité des soins**
- Offrir des **lieux de stages** pour les étudiants
- **Proposer de nouveaux services aux patients** : éducation thérapeutique, consultations de spécialistes et de paramédicaux...
- Produire des **statistiques** en matière des besoins de la population et de la qualité des soins.
- Permettre la **transmission** de son outil de travail

Principes généraux

Le projet de santé territorial (4)

Peut déboucher sur un projet immobilier

- Une ou plusieurs **structures immobilières**
- **et des cabinets médicaux et paramédicaux « satellites »**
- pouvant être **adossées à des établissements de soins** (hôpital local, EHPAD,...)
- avec un **partage optimal de toutes les ressources** (personnels administratifs, locaux, système d'information)

Principes généraux

Le projet de santé territorial et l'aménagement du territoire

Le Pôle de Santé Libéral est un **élément majeur de la politique d'aménagement du territoire.**

Il permet **d'assurer, de façon cohérente, les besoins de santé de la population d'un territoire donné.**

Il crée une dynamique locale par l'engagement des professionnels, des élus, de la population.

C'est la possibilité de mobiliser des **financements ambitieux pour l'investissement et le fonctionnement.**

Principes généraux

Un nouveau mode de fonctionnement (1)

Un mode de fonctionnement ouvert

- Possibilité d'organiser un **maillage du territoire** (multi-sites)
- Articulation avec le **médico-social**
- Articulation avec **l'hôpital local, EHPAD, SSIAD, HAD, ADMR, ...**
- Optimisation du **temps médical et paramédical**
- Propose de **nouveaux modes d'exercice** (collaborateur, assistant)
- Possibilité **d'exercice à temps partiel**
- Facilite les activités de **remplacement**
- Possibilité d'envisager **d'autres modes de rémunération**



Principes généraux

Un nouveau mode de fonctionnement (2)

Le système d'information

- Améliorer la **continuité et la coordination des soins**
- Faciliter le **suivi des pathologies chronique** :
 - programmation de rappels,
 - édition de listes de patients à qui une consultation ou un examen devait être prescrit,
 - édition de courriers type de relance des patients...
- Organiser les **démarches de prévention**
- Apporter une **aide à la pratique** :
 - lien avec les recommandations,
 - édition de fiche d'information pour les patients,
 - intégration de questionnaires, d'échelles...
 - télémédecine
- Faciliter les **échanges**
- Produire des **indicateurs** de besoins des patients ou de qualité des soins dispensés



Principes généraux

Un nouveau mode de fonctionnement (3)

La fonction assistant gestion et management

- La gestion du **système d'information**,
- Les tâches administratives,
- Les **relations avec les partenaires** (Assurance Maladie, HAD, Réseaux...),
- La politique des achats et des investissements,
- La préparation des concertations locales,
- La coordination de certains **programmes** du projet local de santé (prévention...).

Les Pôles de Santé Libéraux



Deuxième partie:

- Quels critères pour définir un pôle de santé?

Quels critères pour définir un pôle de santé?



Définition

Commune avec les Maisons de Santé Pluridisciplinaire

Les professionnels de santé concernés

- Organisent l'interdisciplinarité entre plusieurs médecins généralistes et para médicaux : Infirmières, kiné ...
- S'inscrivent dans un projet professionnel explicite.
- Partagent un dossier et un secrétariat.
- Sont regroupés sous une entité juridique.

Quels critères pour définir un pôle de santé?



Définition

Spécifique aux pôles de santé

Les professionnels de santé concernés

- Sont installés sur un territoire géographique défini, conforme au SROS ambulatoire, où ils favorisent l'accès aux soins et en assurent la continuité.
- Ont une implantation multi site sur le territoire.
- Ouvrent et coordonnent l'interdisciplinarité à un plus grand nombre de professionnels de santé: pharmaciens, dentistes, et spécialistes en proposant des consultations avancées par exemple.
- Ont un projet professionnel plus ambitieux et structuré.
- *Ne se constituent pas essentiellement sur un projet immobilier.*

Quels critères pour définir un pôle de santé?



les critères de réussite des pôles

- Ils s'appuient sur l'existant (médecins déjà installés, hôpitaux de proximité, EPHAD ...).
- Ils participent à la création d'une structure immobilière là où la nécessité se fait sentir.
- Les professionnels se réunissent régulièrement et s'organisent en groupe d'analyse de pratique.
- Ils inscrivent leurs actions dans un partenariat avec d'autres acteurs (associations de patients, élus locaux, acteurs médico-sociaux ...)
- Ils ont une organisation multi site et évolutive permettant l'accueil de nouveaux professionnels.

Quels critères pour définir un pôle de santé?



Les missions des pôles de santé libéraux (1)

Le projet de santé :

Pour la patientèle concernée, les pôles:

- Permettent l'accès aux soins de proximité sur les territoires concernés et en assurent la pérennisation.
- Organisent l'inter-disciplinarité, structurent le suivi des patients.
- Favorisent le maintien des patients à domicile.
- Participent à la prévention et à l'éducation thérapeutique.
- Répondent aux besoins d'information.

Quels critères pour définir un pôle de santé?



Les missions des pôles de santé libéraux (2)

Le projet de santé :

Pour les professionnels de santé, les pôles :

- Entraînent une amélioration des conditions de travail (constitutions d'équipes, organisation du temps de travail). Redonnent une attractivité aux zones sous dotées.
- Participent à la formation initiale des étudiants.
- Permettent l'amélioration de la qualité en constituant des groupes d'analyse de pratique, en participant au DPC.
- Peuvent participer à la veille sanitaire.

Constituent une véritable entreprise médicale qui peut contractualiser et qui permet la transmission de l'outil de travail.

Les Pôles de Santé Libéraux



Troisième partie:

- Comment déterminer la population de référence du pôle?

Comment déterminer la population de référence du pôle?



Un Principe :

- Le Pôle de Santé, en réponse à la loi HPST, se présente comme une organisation territoriale et libérale pour un égal accès aux soins, sans exclusion.

Comment déterminer la population de référence du pôle?



La population d'un territoire, sans exclusion.

- Un pôle de santé est une organisation qui doit répondre à l'ensemble de la population d'un territoire, calqué sur les bassins de vie, sans exclusion aucune.

L'ensemble des professionnels de santé, pour un égal accès aux soins.

- Le pôle de santé intègre l'ensemble des professionnels de santé du bassin de vie, et leur organisation réalise un maillage du territoire de manière à faciliter un égal accès aux soins de premier recours, quelle que soit la situation de la population.

Pôle de santé, aménagement du territoire, une réponse des professionnels libéraux.

- Cette organisation, véritable réponse aux besoins de santé, s'intègre à la politique d'aménagement du territoire, menée en collaboration avec les élus, le monde associatif, les usagers... Elle nécessite un travail de l'ensemble des professionnels de santé de premier recours du territoire donné, en coopération avec les établissements, HAD, centres hospitaliers de proximité, comme généraux.

Comment déterminer la population de référence du pôle?



Population basée sur les patientèles, mais pas exclusivement.

- La population concernée est celle du bassin de vie ainsi maillé, augmentée de la patientèle à la marge des médecins du territoire. Cependant, elle peut être également additionnée de la patientèle particulière de certains professionnels de santé, dont l'exercice s'étend sur plusieurs bassins de vie, assurant un maillage territorial à une autre échelle que celle du pôle. Des patients pris en charge au titre du médecin traitant en dehors du pôle, mais résidant sur le territoire, y trouveront cependant une réponse d'urgence adaptée.

Liberté de choix, continuité des soins.

- La liberté de choix pour le patient ne saurait être remise en cause. Cependant, si l'indisponibilité d'un professionnel est avérée, le pôle offre toujours une réponse alternative de premier recours. Les multiples sites collaborent à assurer cette alternative.

Le pôle est garant de la continuité des soins. Il exerce et soutient une collaboration étroite avec les structures de régulation et garantit, encore une fois, l'accès aux soins.

Les Pôles de Santé Libéraux



Quatrième partie:

- Quels financements pour les Pôles de Santé Libéraux?

Quels financements pour les Pôles de Santé Libéraux?



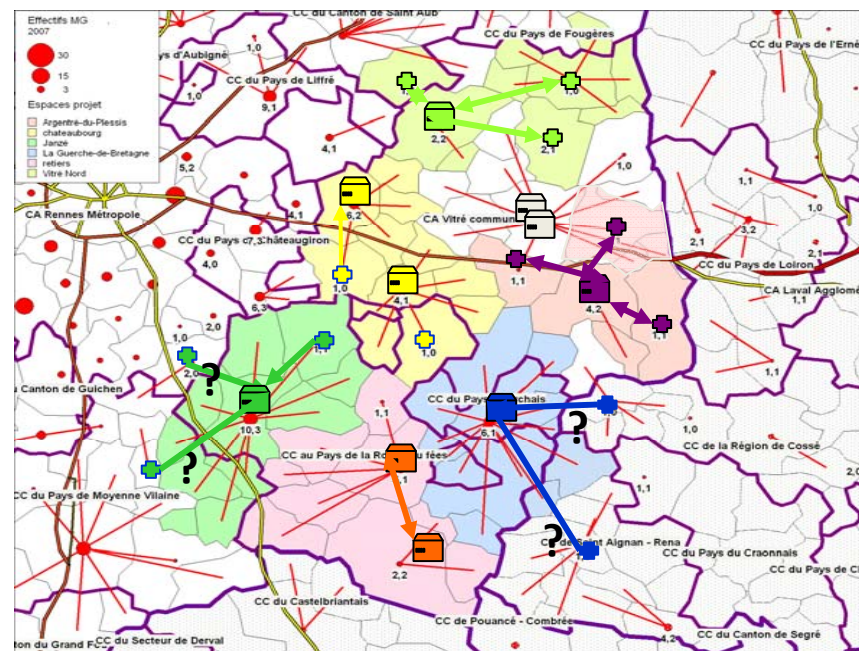
Un pôle de santé libéral, en fonction de chaque contexte, s'organise après une phase de maturation d'un projet professionnel adapté.

Constats:

- Les financements actuels de l'exercice libéral ne suffisent pas pour financer ce nouveau genre de structure.
- Le financement collectif est un principe accepté par les médecins libéraux.

Il existe **3 étapes** dans la mise en place d'un pôle, qui supposent chacune un financement :

- **L'investissement,**
- **Le fonctionnement,**
- **La valorisation de l'activité**



Quels financements pour les Pôles de Santé Libéraux?



Un accompagnement territorial Investissement initial

Diagnostic territorial :

Pilotage URML et autre URPS :

Etude cartographie

Analyse territoriale: offre de soins / besoins de soins

- contrat avec ARS ,
- contrat Conseil Généraux , Régionaux , Pays , communautés de Communes

Accompagnement des promoteurs de ces pôles porteurs d'un projet professionnel.

Mission des URML et autres URPS

- Financement de la Concertation PSL / Elus territoriaux
- Mutualisation technique : fiches pratiques
- Contrats d'objectif et moyens
 - URML / ARS
 - URML / Collectivité territoriale

Quels financements pour les Pôles de Santé Libéraux?



Fonctionnement (1)

Financement Pérenne:

Changement d'organisation = Rassurer les PSL sur la durée des engagements contractuels

Financement du système d'information

Mutation harmonisation du SI des PSL

Produire des indicateurs sur le service rendu à la population

Favoriser la coordination des soins.

- Financement investissement par paliers fonction des résultats
- Financement maintenance actualisation SI

Echange informatique au delà du pôle :

- Messagerie sécurisée

Quels financements pour les Pôles de Santé Libéraux?



Fonctionnement (2)

Financement de la coordination

Groupes d'analyse pratiques PSL : Groupes qualités : financement ARS

Concertation Protocolisation PSL : contrat collectif

Gestion du Pôle : contrat collectif

Financements immobiliers

Lieux de réunions : collectivités territoriales, professionnels de santé

Lieux de vie des étudiants : collectivités territoriales

Regroupements immobiliers : professionnels de santé, financeurs privés et institutionnels

Quels financements pour les Pôles de Santé Libéraux?



Valorisation des professionnels de santé

Reconnaissance morale autant que financière des Professionnels de santé

Engagements qualités :

Indemnisation des temps de concertations , des groupes qualités,
Protocoles de soins ALD : Intégration des spécialistes dans le pôle, consultation avancé attractive, concertation interdisciplinaire Mg ,Spé ,PSL non médecin.

Missions éducations, santé publique:

Financement forfaitaire des prestations hors AM

Acte médical: CCAM clinique en complément CCAM technique

Objectifs atteints : Paiement à la performance

Fonctions d'enseignement recherche :

Accueil matériel d'étudiant et interne, Maitre de stage, CCA MG

Quels financements pour les Pôles de Santé Libéraux?



Pourquoi financer ?

Les financements demandés s'appuient sur une double argumentation :

- Valorisation du service rendu aux patients, de la consolidation de l'offre de soins de l'accès aux soins pour tous.

- Economies générées par le développement :
 - Des alternatives à l'hospitalisation
 - De programmes de prévention (diabète, insuffisance respiratoire chronique...)
 - De certaines améliorations de pratique

Les financements peuvent provenir de différentes sources.

Quels financements pour les Pôles de Santé Libéraux?



Quels financeurs?

Politique d'aménagement du territoire

Etat , Europe , Région , Départements, Pays, Communauté de communes
enveloppes type FEDER doivent être disponibles pour permettre l'investissement.

Politique de santé régionale

ARS , Assurance Maladie ,Mutuelle

Politique conventionnelle

CCAM clinique

Cadre Contractualisation collective

Forfait informatique, pathologie ,éducation thérapeutique

Politique d'enseignement et formation

Facultés, collectivités territoriales, fond FMC DPC

Engagement Professionnel

Représentation professionnelle: URML : moyens humains

Professionnels de santé: taux de frais de fonctionnement acceptable

Quels financements pour les Pôles de Santé Libéraux?



Conditions du Financement

Contrat d'objectif et de moyens entre les professionnels de santé libéraux et le ou les financeurs concernés d'une **durée de 5 ans**.

Le financement permet :

- indemniser le temps de concertation,
- salarier une personne sur la fonction gestion – animation du pôle
- Indemniser le médecin gestionnaire du pôle de santé libéral pluridisciplinaire
- financer et faire fonctionner un système d'information
- financer des prestations spécifiques
- financer des missions de santé publique des médecins traitants
- valoriser l'engagement des médecins (des professionnels) par une rémunération supplémentaire

Quels financements pour les Pôles de Santé Libéraux?



Conditions de contractualisation des Professionnels de santé

- Ne concerner qu'une part limitée du revenu des professionnels ,
- Prévoir clairement une clause en cas de rupture,
- Etre proposé à un groupe professionnel et non à un professionnel isolé,
- Concerner une gamme de prestations à rendre en laissant le soin aux professionnels de déterminer comment ils s'organiseront,
- Ne pas comprendre des objectifs qui pourraient être contraire à l'intérêt médical des patients comme la limitation d'un acte ou d'une prescription (sauf si limitation justifiée par des recommandations professionnelles),
- Encadrer la possibilité d'un médecin de refuser d'inscrire un patient sur sa liste pour éviter la sélection du risque,
- Adosser ces contrats à une population suffisamment importante pour garantir une signification statistique aux indicateurs produits.

Quels financements pour les Pôles de Santé Libéraux?



Contrat de Financement

Financement gradué sur l'obtention d'objectifs progressifs

Score d'indicateurs pondérés

- de structure
- de procédure
- de résultat

Une montée en puissance graduée

Première année : essentiellement indicateur de structuration

Indemnisation des temps de concertation,

Embauche d'une personne dédiée à la gestion – animation du pôle,

mise en œuvre d'un système d'information

l'indemnisation d'une partie du temps de gestion consacré par un des médecins.

Années suivantes : monté en charge par étapes

Indicateurs de procédure, indicateurs de résultats

Versements sur la base d'atteinte d'objectifs paliers traduisant le travail réalisé et le service rendu aux patients.

Quels financements pour les Pôles de Santé Libéraux?



Indicateurs

Les indicateurs sont calculés sur la base de la patientèle de chaque médecin traitant.

Valeur cible de chaque indicateur déterminée à partir :

- Des seuils retenus par d'autres organismes (NHS...)
- De l'avis des représentants professionnels
- D'un état des lieux sur les thèmes considérés (audits cliniques...)

Pondération de l'indicateur : crédit d'un certain nombre de points qui varie en fonction du niveau de réalisation de l'indicateur, chaque point valant X euros.

Quels financements pour les Pôles de Santé Libéraux?



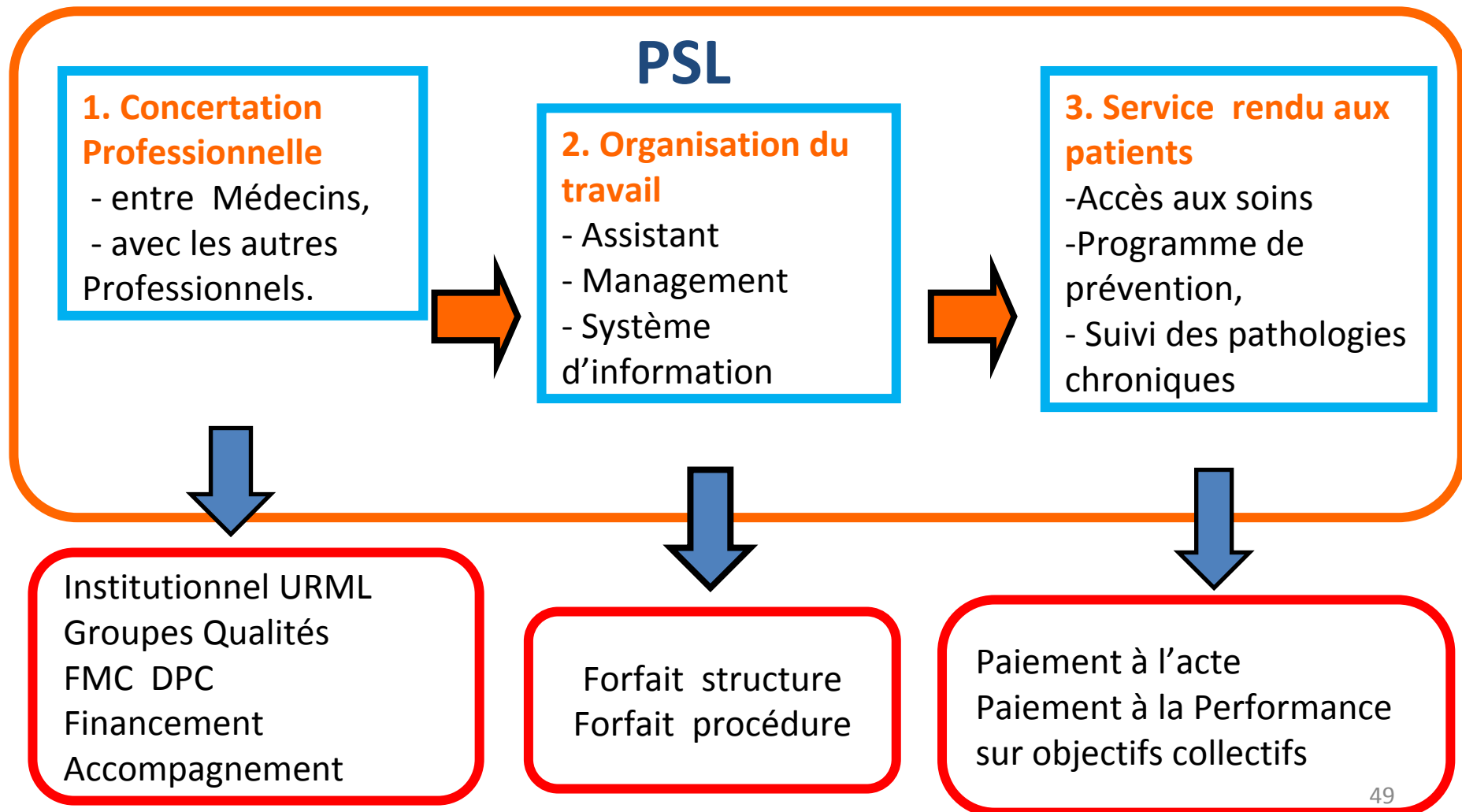
La notion de performance

| | Etape 1 | Etape 2 | Etape 3 | Etape 4 |
|---|-------------------------|--|--|---|
| Rappels | Ne sont pas disponibles | Inclut une information générale sur l'existence d'une pathologie chronique | Inclut des indications sur les actes nécessaires pour des populations de patients à travers un reporting périodique | Inclut des informations spécifiques sur l'adhésion aux recommandations au moment de la consultation |
| Feedback sur la qualité des soins et/ou l'état de santé des patients | N'est pas disponible | Est produit à intervalles irréguliers et de manière impersonnelle | Est produit à des intervalles réguliers et fréquents pour permettre à l'équipe de suivre sa performance pour la population dont elle a la charge | Est produit en routine, spécifiquement pour l'équipe, dans un calendrier judicieux et transmis personnellement par un leader pour améliorer la performance de l'équipe. |

Quels financements pour les Pôles de Santé Libéraux?



Une organisation attractive, structurée, collective et performante



Les Pôles de Santé Libéraux



Cinquième partie:

- Le rôle des URMLs en Région dans l'accompagnement des Pôles de Santé Libéraux:
 - Exemple de l'URML Nord-Pas-de-Calais

Le rôle des URMLs en Région dans l'accompagnement des Pôles



Contexte - travaux antérieurs

- **Groupe régional de ressources médicales**
 - ✓ études démographie; plan régional d'action; préoccupations spécialistes et hospitalières; 2001...
- **Comité Régional de l'ONDPS**
 - ✓ identification zones déficitaires en MG; adaptations méthodologie; 2003...
 - ✓ travaux délégation des tâches; 2006...
- **Groupement Régional de Santé Publique**
 - ✓ actions de santé publique; convention pluriannuelle; 2003...
- **Comité Régional des Réseaux**
 - ✓ études et analyses, terminologie SROS ambulatoire, 2006...

Le rôle des URMLs en Région dans l'accompagnement des Pôles



Actions et Partenariats – restructurer l'organisation territoriale

- **Comité de liaison interinstitutionnelle**
 - ✓ concertations des termes et méthodes; accompagnement des projets; convention partenariale; 2007...
- **Conseil Régional**
 - ✓ accompagnement des projets professionnels, convention pluriannuelle; 2007...
- **URCAM**
 - ✓ accompagnement des projets professionnels; 2009
 - ✓ modélisation éducation thérapeutique; actions qualité – EPP, GQ, ...

Le rôle des URMLs en Région dans l'accompagnement des Pôles



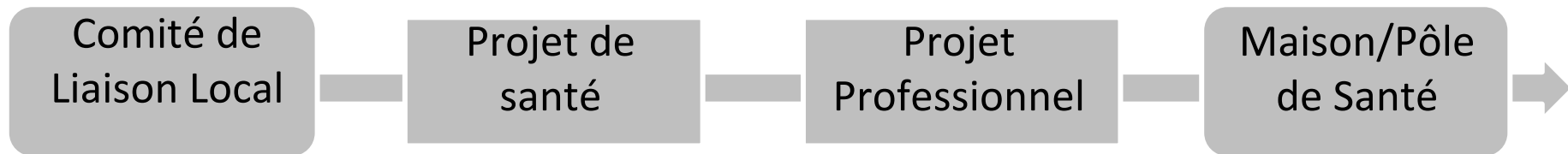
Actions et Partenariats – restructurer l'organisation territoriale

- **Journée d'étude régionale**
 - ✓ collaborations entre professionnels de santé de premier recours; 20 septembre 2008...
- **Guide d'aide aux porteurs de projets**
 - ✓ présentation des concepts et enjeux; fiches d'outils; ...
- **Séminaire de formation des accompagnateurs de projet**
 - ✓ formation à l'accompagnement et ingénierie des projets professionnels; 16 avril 2009...
- **Écoute et animation de projets**
 - ✓ espaces d'échanges et réponses aux interrogations; Pays de Ternois; 23 janvier 2010

Le rôle des URMLs en Région dans l'accompagnement des Pôles



Accompagnement pluripartite – vers un interlocuteur unique



Le rôle des URMLs en Région dans l'accompagnement des Pôles



Obstacles et leviers (1)

- **Professionnels de santé**
 - ✓ critiques de l'analyse; inadaptation des mesures; incertitudes sur le financement; non prise en compte du facteur temps; légitimité des projets; impacts sur les pratiques
- **Collectivités locales**
 - ✓ prise d'initiatives multiples, parfois sans concertation des professionnels ; confusion projet de territoire/projet professionnel; territoire pertinent du projet
- **Partenaires institutionnels**
 - ✓ Lisibilité des processus et méthodologie d'accompagnement; reconnaissance rôle URML

Le rôle des URMLs en Région dans l'accompagnement des Pôles



Obstacles et leviers (2)

- **Professionnels de santé**
 - ✓ consensus sur le besoin de restructurer les pratiques, au-delà des zones déficitaires
- **Collectivités locales**
 - ✓ opportunité d'aménagement du territoire
- **Partenaires institutionnels**
 - ✓ Entente multi partenarial

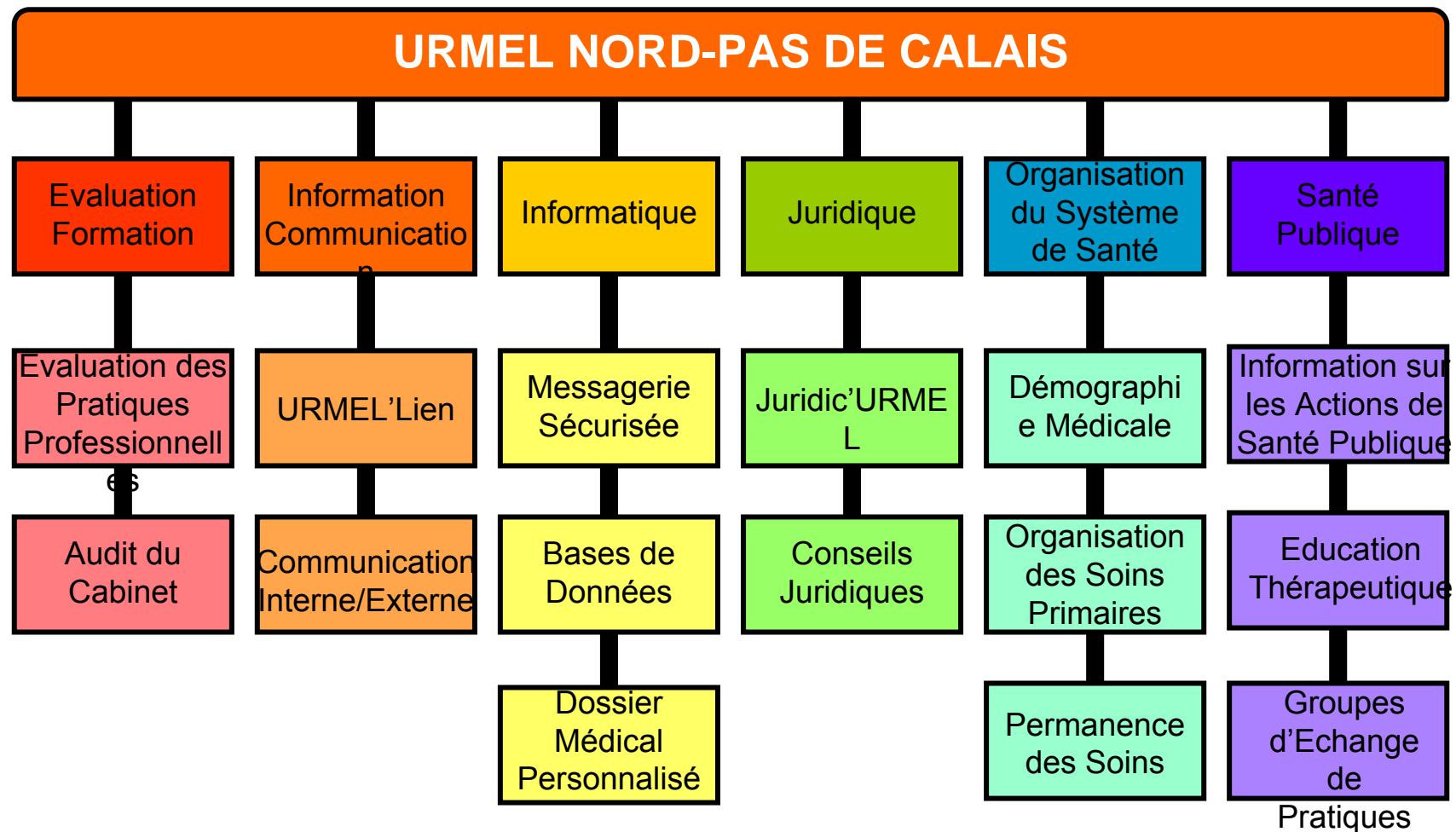
Le rôle des URMLs en Région dans l'accompagnement des Pôles



Conclusion

- **Rôle spécifique pour les URMLs**
 - ✓ Gestion de l'enveloppe accompagnement
 - ✓ Travail sur les outils et méthodes
 - ✓ Gestion de l'interface institutions/professionnels
 - ✓ Animation du travail interdisciplinaire

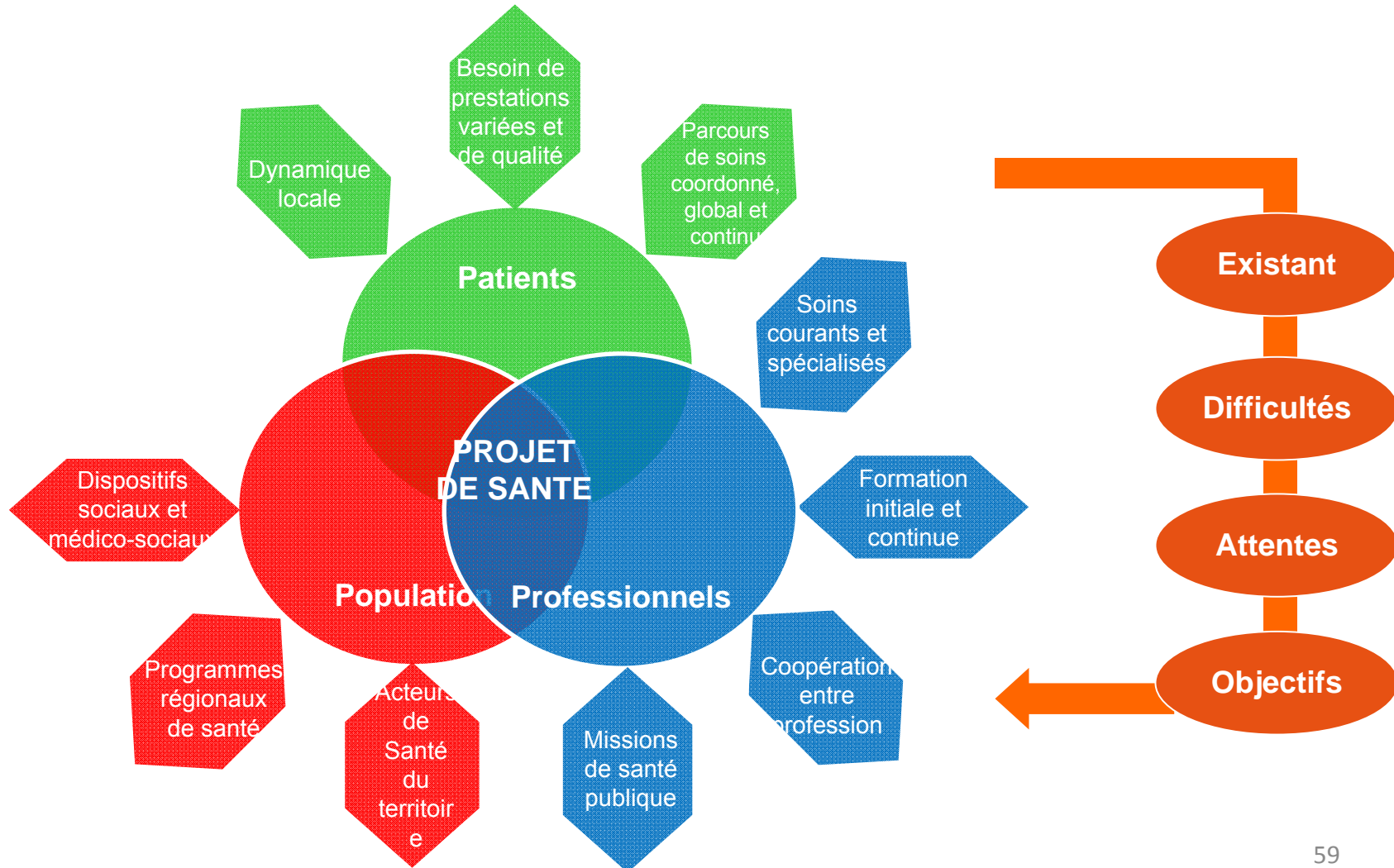
Le rôle des URMLs en Région dans l'accompagnement des Pôles



Le rôle des URMLs en Région dans l'accompagnement des Pôles



Réorganisation de l'offre



Le rôle des URMLs en Région dans l'accompagnement des Pôles

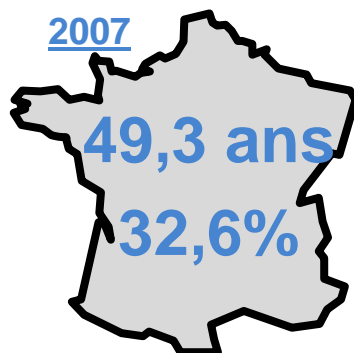


Etat des lieux démographique

Âge des médecins généralistes

| | 2007 | |
|----------------------|----------|---------------|
| | Nord | Pas de Calais |
| Nombre de MG | 3044 | 1510 |
| Part des + de 55 ans | 26,2% | 28,1% |
| Âge moyen | 46,8 ans | |

Source: URCAM



Les Pôles de Santé Libéraux



Sixième partie:

- Un système d'information pour les Pôles de Santé

Un système d'information pour les Pôles de Santé



Un Principe :

- Un système d'information multi site performant, communiquant avec tous les partenaires de santé, dans le quotidien, au service des patients.

Un système d'information pour les Pôles de Santé



Un système d'information multi site.

- L'accès au système d'information doit être calqué sur le maillage territorial des professionnels de santé, et assurer chaque patient de la qualité de l'information dont dispose le professionnel à son chevet, à son cabinet, à son lit d'hôpital.

Communication entre les professionnels de santé de premier recours.

- Les professionnels de santé doivent disposer d'un outil performant de la gestion quotidienne des soins. Le SI permet entre autres la continuité des soins inter professionnelle, sans perte d'information. C'est l'exemple de la gestion journalière entre infirmières et médecins, des traitements anti coagulants, ou, entre médecins, infirmières et kinésithérapeute, des soins apportés aux nourrissons, en épidémie de bronchiolite. C'est encore la collaboration entre laboratoires et cabinets.
- Communication et vérification des tableaux de gardes, assurance de la permanence des soins, gestion calendaire et quotidienne des disponibilités des praticiens.

Communication et système d'information, un élément majeur de l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé.

- Le SI assure une rupture d'isolement des professionnels de santé parfois excentrés du pôle, et garantit un accès à des services mutualisés de secrétariat, de formation, d'ingénierie, de gestion, qui rassurent les professionnels de santé en place. Cette absence d'isolement permet d'envisager avec sérénité la pratique des jeunes professionnels et étudiants sur l'ensemble du territoire. C'est un élément majeur de l'attractivité du territoire

Un système d'information pour les Pôles de Santé



Communication vers les établissements.

- Il s'agit d'apporter en temps réel toutes les informations pertinentes pour la prise en charge d'un patient hospitalisé, aux médecins des établissements généraux.
- Il s'agit également de permettre une communication directe, du médecin de premier recours avec le dossier médical depuis l'établissement de proximité, afin de renseigner au mieux le dossier du patient hospitalisé.

Communication des établissements vers les praticiens de premier recours.

- La récupération d'informations en temps réel est d'autant plus importante que l'on développe sur les territoires les hospitalisations de semaine, la chirurgie ambulatoire, et les retours précoces après hospitalisation. Il est nécessaire d'avoir un SI performant, afin de ne pas rompre la chaîne de la qualité et de la continuité des soins.

Communication et formation, communication et rationalisation de l'offre de soins spécialisés, télémedecine.

- La formation professionnelle dans le cadre du DPC, peut être favorisée par la vidéoconférence et nécessite là encore un SI adapté.
- La présentation de cas cliniques réels au travers des moyens vidéos et informatiques permet la consultation distante sans perte d'informations pour le praticien spécialiste distant, et représente une correction de l'accès aux soins pour des territoires moins favorisés en offres de soins spécialisés.

Un système d'information pour les Pôles de Santé



Respect des droits des patients, obligation de tous, cadre national rigoureux.

- Ce système d'information répond à un cahier des charges rigoureux dont le cadre national est indispensable, il respecte les données préconisées par la CNIL, et les droits des patients, il prescrit les engagements de toutes les parties, patients, professionnels de santé, éditeurs de logiciels, prestataires de services et matériels.
- Il nécessite un travail et un engagement important des professionnels de santé du territoire.

Le coût

- Non négligeable. Cependant, le SI doit être pris en compte comme un élément de qualité majeur du pôle de santé dont il assure le ciment permanent. Il s'agit donc de le financer à hauteur des enjeux qu'il permet de réaliser.

Annexe 11 : Contribution de ReAGJIR



ReAGJIR

Regroupement Autonome des Généralistes
Jeunes Installés et Remplaçants

Développement des maisons de santé en France

Contribution écrite à la mission interministérielle

Validée par le Conseil d'Administration

Rennes – 17 octobre 2009

1. Cadre général

1.1. Quelle définition donneriez-vous à une maison de santé ? Quels objectifs ?

Une maison de santé doit se définir comme un regroupement de professionnels de santé mais éventuellement aussi d'acteurs sociaux, autour d'un projet de santé élaboré par les professionnels de santé au sein d'un territoire.

Ces regroupements doivent permettre d'améliorer la qualité des soins, et notamment :

- d'améliorer la communication entre les professionnels de santé, notamment dans le cadre de protocoles de coopération ;
- de développer différentes actions actuellement peu investies par les professionnels de santé (prévention, éducation pour la santé, actes techniques complexes ...) ;
- d'améliorer l'accès aux soins en améliorant la continuité des soins et en mettant à disposition de la population un ensemble de professionnels en un lieu unique ;
- de mutualiser les moyens humains, matériels et financiers des différents professionnels de santé.

Les maisons de santé ne doivent pas être de simples montages juridiques ou financiers destinés à partager les charges des différents professionnels.

Elles doivent s'intégrer à l'organisation de la santé existant localement pour participer à la réponse aux besoins sanitaires des bassins de population dans lesquels elles s'implantent. La définition de ces besoins doit se faire en concertation avec la population concernée.

1.2. Quelles tâches et missions devraient obligatoirement remplir les maisons de santé ? Quelles sont celles qui seraient optionnelles ou facultatives ?

Les principales missions confiées à ces maisons de santé doivent être l'ensemble des soins primaires : soins de premiers recours, prise en charge chronique, coordination de la santé, prévention, dépistage, éducation pour la santé.

Les maisons de santé doivent participer à la continuité et à la permanence des soins (dans le cadre de la PDS organisée et régulée), mais ce ne doit pas être leur apanage exclusif.

Les fonctions de recherche et d'enseignement en soins primaires, dans le domaine médical mais aussi dans le domaine paramédical, doivent être prévues au sein des maisons de santé. A cet effet, les projets doivent prévoir d'emblée la possibilité d'accueillir des étudiants (logement, matériel pédagogique, etc. ...).

Enfin, certaines maisons de santé peuvent également avoir un rôle social et médico-social.



1.3. Quels sont selon vous les obstacles principaux au développement des maisons de santé ?

Les obstacles à la création de ces maisons de santé sont de 3 ordres :

- des obstacles humains, liés aux difficultés, pour les professionnels de santé déjà en place, de se réunir, de s'entendre et de modifier leurs pratiques. Il s'agit d'un obstacle majeur, toujours sous estimé.
- des obstacles logistiques, liés aux difficultés de monter des projets cohérents, pour des professionnels qui ne sont ni formés ni disponibles pour cela.
- des obstacles financiers, car ces projets sont forcément coûteux et l'activité qui y aura lieu sera possiblement peu rentable dans un système de rémunération à l'acte. Par ailleurs, il est difficile de demander à des professionnels proches de la retraite ou déjà endettés par d'autres investissements professionnels, d'investir des sommes importantes dans des outils dont ils profiteront peut-être peu.

1.4. Quels types de professionnels de santé devraient y exercer et y travailler ?

Les maisons de santé devront comprendre des professionnels de santé :

- obligatoirement au moins deux médecins généralistes et un infirmier ;
- optionnellement d'autres professions dont la liste ne peut être exhaustive :
 - kinésithérapeutes,
 - pharmaciens,
 - dentistes,
 - orthophonistes,
 - orthoptistes,
 - ergothérapeutes,
 - sages-femmes,
 - psychologues,
 - podologues,
 - diététiciens,
 - consultations « avancées » de spécialités médicales et chirurgicales,
 - de nouvelles professions telles que « assistant médical »
 - etc ...

Les acteurs sociaux et médico-sociaux pourraient également s'intégrer à de tels projets : services d'aide à domicile, assistants sociaux, permanences de caisses de sécurité sociale, etc.

Les maisons de santé devront intégrer, en effectif adapté à la taille de la structure :

- des secrétaires médicales ;
- des administrateurs chargés de l'aide à la mise en place du projet, puis de la gestion globale de la structure, des plannings, de la comptabilité individuelle et collective, de l'informatique, etc. Ces administrateurs pourront être communs à plusieurs maisons de santé.
- du personnel d'entretien des locaux.

2. Organisation du territoire

2.1. Quels liens voyez-vous avec les élus locaux, notamment dans le cadre de l'aménagement des territoires ?

La décision d'implantation d'une maison de santé relève des instances ayant une vision globale de l'offre de soins, après étude du projet des professionnels de santé : ARS, URPS, conférences de territoire, etc. ...

Les élus locaux sont associés à la mise en place concrète et cohérente du projet (fourniture des terrains ou des locaux, du personnel administratif notamment, du personnel d'entretien, etc...).

Les communes ou communautés de commune peuvent être propriétaires de l'immobilier.

Par ailleurs, les élus locaux doivent permettre le maintien, dans leur territoire, de services (écoles, crèches, commerces) permettant à de jeunes professionnels de pouvoir s'installer dans ces territoires.

Ils doivent également faciliter l'accès aux maisons de santé des habitants de leur territoire en développant des moyens de transports publics ou privés, individuels ou collectifs, notamment pour les personnes à mobilité réduite.

2.2. Comment voyez-vous l'articulation ou la distinction entre maisons de santé et pôles de santé ?

La maison de santé est une entité physique et fonctionnelle alors que le pôle de santé est un ensemble uniquement fonctionnel, regroupant plusieurs structures d'exercice et permettant d'intégrer aux coopérations un plus grand nombre de professionnels.

Le pôle de santé peut, sur un territoire, compléter ou se substituer à une maison de santé.

2.3. Comment envisagez-vous le lien avec le « SROS ambulatoire » ?

Les maisons de santé sont d'abord des outils d'amélioration de la qualité des soins et d'adaptation des pratiques aux exigences des soins primaires.

Correspondant aux aspirations des jeunes professionnels de santé, il est probable qu'elles permettront de répondre aux enjeux démographiques.

Cependant, il est important de garantir aux usagers un accès à des soins primaires de qualité équivalente quel que soit le territoire, et donc de ne pas limiter ces structures aux seules zones dites « sous-dotées ».

Les demandes isolées provenant d'élus locaux ou de professionnels de santé doivent être intégrées dans une réflexion globale sur l'organisation de la santé dans le territoire.

2.4. Comment s'articulera la maison de santé avec l'offre hospitalière, notamment dans la communauté hospitalière de territoire ?

Les maisons de santé, en tant que lieu d'exercice des soins primaires, constituent la porte d'entrée du patient dans le système de santé. Elles doivent s'articuler, de manière complémentaire, à la fois avec l'offre de soins de second recours (spécialistes d'organes en ambulatoire), mais aussi de troisième recours (hôpitaux et cliniques).

La communication doit être améliorée et systématisée entre tous ces acteurs, en favorisant l'outil informatique (compte-rendus informatisés, messageries sécurisées, télémedecine ...).

3. Statut et financement

3.1. Quels financements vous semblent être nécessaires ?

Pour la création des maisons de santé, il est indispensable de prévoir des financements pour l'enquête de faisabilité, la construction des locaux, mais aussi pour la rémunération de l'administrateur du projet pendant sa construction, ainsi que des autres professionnels s'impliquant dans la mise en place du projet.

Le fonctionnement pérenne des structures nécessite aussi de prévoir des financements à long terme :

- rémunération de l'administrateur, participation aux frais de fonctionnement (secrétariat, entretien, outils de communication) ;
- financement d'actions de santé spécifiques au territoire (coopération, prévention, éducation pour la santé, etc. ...).

3.2. Est-il nécessaire de définir un cahier des charges conditionnel à l'obtention de financements ?

Le cahier des charges de chaque projet doit pouvoir répondre à certains critères généraux.

Mais il est indispensable que ces critères ne soient pas trop restrictifs, afin d'éviter les freins aux adaptations locales.

3.3. Quel est selon vous le meilleur statut juridique d'une maison de santé ?

Les statuts juridiques doivent pouvoir être modulables en fonction des besoins et des aspirations des professionnels qui s'impliquent dans chaque projet.

Sur le plan immobilier, on peut imaginer la constitution de SCI privées mais aussi de structures publiques municipales ou intercommunales. Sur le plan des moyens, des SCM pourront être constituées.

Ces statuts ne permettant pas de répondre à l'ensemble des besoins d'une maison de santé, il serait opportun de réfléchir à des statuts juridiques spécifiques : pluri-professionnels, ouverts à la gestion de subventions, permettant la coexistence de modes de rémunération différents.

3.4. Quels modes de rémunération vous semblent les plus adaptés à l'exercice des professionnels (médecins et autres professionnels) en maison de santé ?

Le paiement à l'acte est peu adapté à l'exercice de certaines missions des soins primaires (coordination, prévention, dépistage, suivi chronique, éducation pour la santé). Pour valoriser et développer ces missions spécifiques, des rémunérations alternatives doivent donc se substituer à la rémunération à l'acte.

Il est nécessaire qu'au sein des maisons de santé, les professionnels de santé qui le souhaitent puissent être salariés.

L'évolution des modes de rémunération correspond aux aspirations de plus en plus de jeunes médecins généralistes (désaffection actuelle pour l'exercice libéral).

A ce titre, il faudra étudier la possibilité pour les maisons de santé de bénéficier du statut d'établissement de santé public.

Les rémunérations liées aux objectifs sont en cours d'évaluation à l'étranger. Il faudrait réfléchir à leur application en France, sur des critères de qualité des soins et de santé des populations.



4. Territoires spécifiques

4.1. Quelles sont les actions spécifiques permettant de disposer d'une maison de santé ou d'un centre de santé dans chaque quartier concerné par la dynamique « espoir banlieues » ?

Dans le cadre d'un projet de maison de santé dans un des 215 quartiers concernés par le plan Espoir banlieues, il est certain que les besoins sanitaires et sociaux sont totalement différents de ceux d'un territoire rural.

Comme pour tout projet de maison de santé, il devra avant tout répondre aux besoins de la population concernée, être mené par les professionnels qui sont prêts à y exercer. Il pourra également offrir de l'emploi aux habitants du quartier.

Dans ces quartiers, certains aspects des projets devront être particulièrement développés, en collaboration avec la population :

- prévention et éducation pour la santé ;
- aspects sociaux et médico-sociaux.

4.2. Quelles spécificités évoquez-vous pour les maisons de santé en montagne ou dans les zones à fort flux de vacanciers ?

La modularité des locaux est importante. Elle doit permettre d'augmenter les capacités d'accueil des patients et des praticiens en période de forte activité.

Les seuls médecins pouvant être mobilisés périodiquement sont les médecins remplaçants. Il faut donc maintenir un pool de médecins remplaçants suffisant en France. Les collectivités locales, les ARS, pourraient notamment participer au financement du logement pendant le remplacement ou l'assistantat.

Dans les zones de montagne et insulaires, il est nécessaire de prévoir un plateau technique plus important.

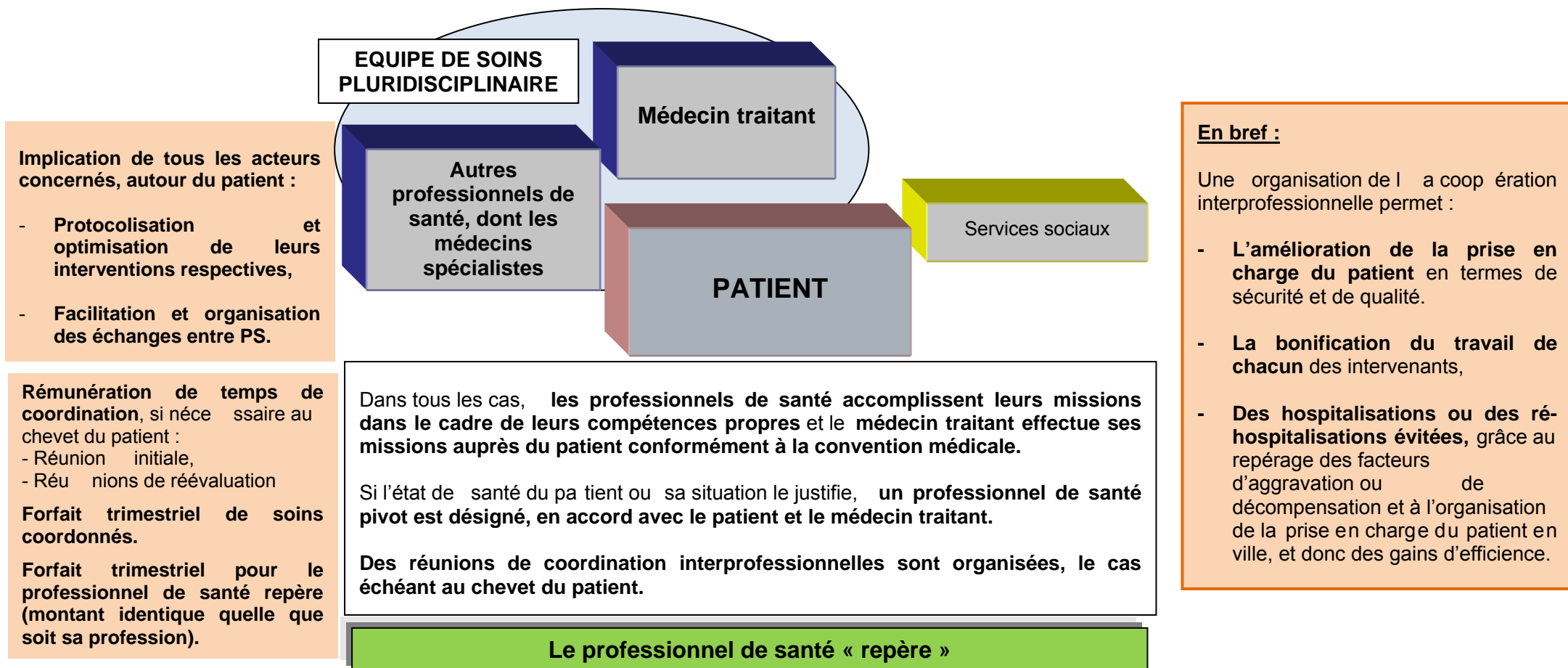
5. Autres points que vous aimeriez souligner

Dans la réflexion sur les maisons de santé, il est important de prendre en compte les expériences développées en France ou à l'étranger.

Les projets de maison de santé doivent intégrer une réflexion et des propositions concernant la mise en place d'un dossier patient interprofessionnel, compatible avec le futur DMP et avec les autres professionnels du pôle de santé. A noter l'importance de la saisie standardisée et du codage des données.

Annexe 12 : Contribution de l'UNPS : coopération interprofessionnelle

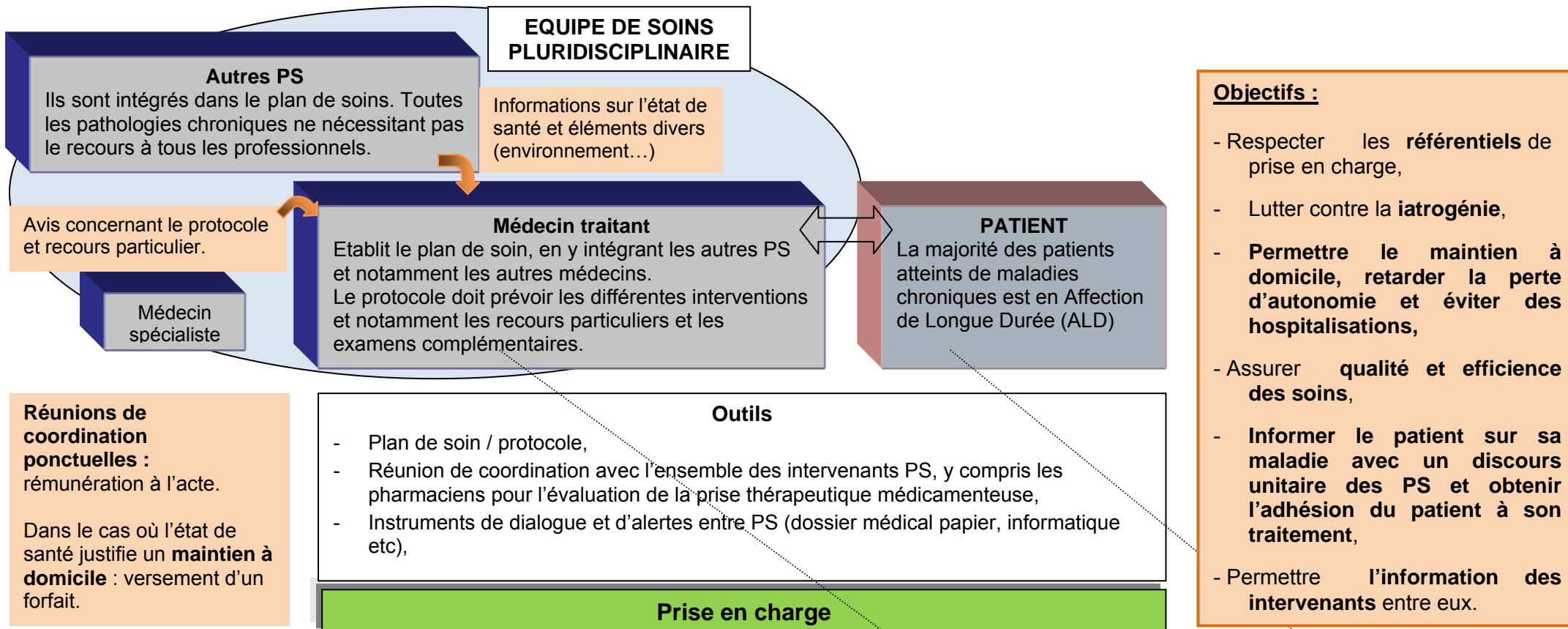
COOPERATION INTERPROFESSIONNELLE TROIS PROCESSUS THEMATIQUES DE PRISE EN CHARGE COORDONNEE EN VILLE



Le professionnel de santé repère est désigné en accord avec le médecin traitant et le patient.
En cas de modification de l'état de santé du patient, un autre professionnel de santé repère pourra être choisi en concertation avec le médecin traitant et le patient.
Le PS « repère » doit s'assurer de la **permanence des soins pour le patient et de sa prise en charge pluridisciplinaire, ainsi que de la disponibilité des produits et matériels éventuellement nécessaires et de leur évolution.**
Le PS « repère » est également chargé de la **mise en place des protocoles de pratiques coopératives et de l'animation de la coordination interprofessionnelle.**
Il organise le cas échéant des réunions.
Il devra s'assurer également de l'intervention si besoin des services sociaux (exemple : portage de repas).

COOPERATION INTERPROFESSIONNELLE THEME 1 – PATHOLOGIES CHRONIQUES

PROCESSUS DE COOPERATIONS PROFESSIONNELLES POUR LA PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES CHRONIQUES



Réunions de coordination ponctuelles : rémunération à l'acte.

Dans le cas où l'état de santé justifie un **maintien à domicile** : versement d'un forfait.

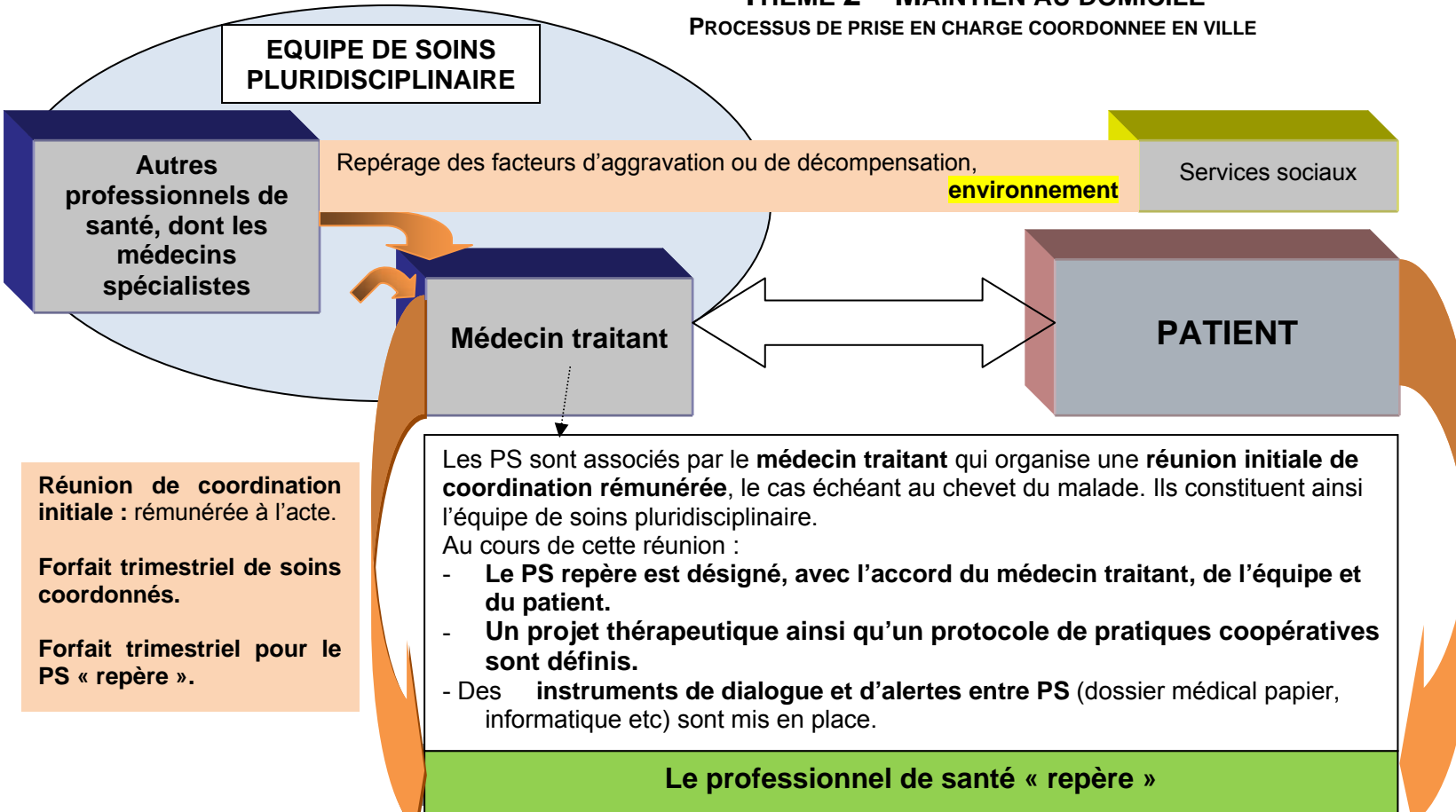
Le niveau d'intervention dépend du niveau de recours (toutes les affections chroniques ne nécessitent pas le recours à tous les professionnels).

Une réunion de coordination avec les intervenants (y compris les pharmaciens pour l'évaluation de la prise thérapeutique médicamenteuse) ainsi que des instruments de dialogue entre PS permettent de « contractualiser » relativement aux interventions de chacun et évite des interventions non prévues. ▲

Objectifs dans la prise en charge :

- adapter les recommandations au patient et établir un plan de soins permettant leur respect,
- donner une information collective et unitaire de la part des intervenants au patient,
- évaluer l'évolution de la pathologie en termes de perte d'autonomie, de besoins, etc
- vérifier la compliance thérapeutique.
- permettre des réévaluations.

COOPERATION INTERPROFESSIONNELLE
THEME 2 – MAINTIEN AU DOMICILE
PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE COORDONNEE EN VILLE



Réunion de coordination initiale : rémunérée à l'acte.

Forfait trimestriel de soins coordonnés.

Forfait trimestriel pour le PS « repère ».

En bref :

Une **réunion de coordination initiale** permet de définir les objectifs et le protocole de pratiques coopératives ainsi qu'un plan de soins.

Une **réévaluation trimestrielle** par réunion de coordination permet de définir un nouveau projet thérapeutique commun.

Le **professionnel de santé pivot** est désigné au cours de cette réunion, en accord avec le patient et l'équipe pluridisciplinaire dont il est le médecin traitant. Il peut être un autre professionnel de santé.

Ses **missions** mettre en place le protocole et à animer la **coordination interprofessionnelle.**

Les résultats attendus sont :

- **La bonification du travail de chacun** des intervenants,
- **Des hospitalisations évitées**, grâce au repérage des facteurs d'aggravation ou de décompensation.

Le PS repère est désigné en accord avec le médecin traitant, l'équipe pluridisciplinaire et le patient.

Le PS repère est chargé de la mise en place du protocole et de l'animation de la coopération interprofessionnelle.

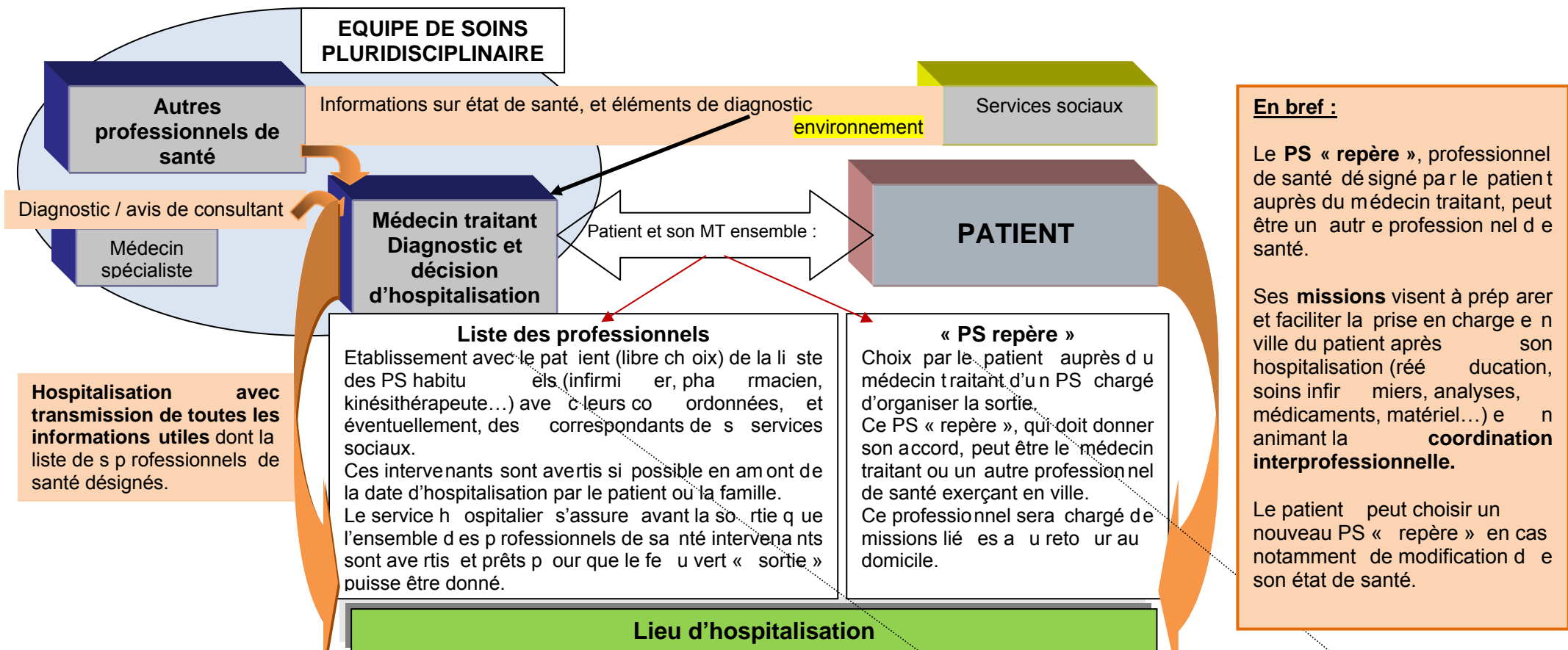
Il organise une réunion trimestrielle de réévaluation, permettant si nécessaire de définir un nouveau protocole de soin pour 3 mois.

Il devra s'assurer également de l'intervention si besoin des services sociaux (exemple : portage de repas).

En cas de modification de l'état de santé du patient, un autre PS repère pourra être choisi en concertation avec le médecin traitant, l'équipe de soins et le patient.

COOPERATION INTERPROFESSIONNELLE
THEME 3 – OPTIMISATION DU RETOUR AU DOMICILE

PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE COORDONNEE EN VILLE : DE LA PRISE DE DECISION D'HOSPITALISATION AUX SUITES DE SORTIE



Les PS sont associés dès le début de l'hospitalisation pour éviter les difficultés et assurer la sécurité lors du retour au domicile. En effet, les durées d'hospitalisation se réduisent et les patients qui sortent de l'hôpital sont de plus en plus complexes.

La sortie du patient est organisée par le service hospitalier qui prévient en amont tous les professionnels de santé libéraux choisis par le patient. Dans ce but, le PS « repère » identifie un interlocuteur à l'hôpital (ou à la clinique).

Le médecin traitant organise un temps de coordination rémunéré, notamment au chevet du malade au cours duquel sera désigné le PS « repère ».

Dans ce cadre et par ailleurs, le PS « repère » doit s'assurer de la continuité des soins pour le patient et de sa prise en charge pluridisciplinaire, ainsi que de la disponibilité des produits et matériels éventuellement nécessaires et de leur évolution.

Il doit s'assurer également de l'intervention si besoin des services sociaux (exemple : portage de repas).

En cas de modification de l'état de santé du patient, un autre PS « repère » peut être choisi en concertation avec le médecin traitant.

