



EHESP

**Inspecteur de l'action sanitaire et
sociale**

Promotion : **2010 - 2012**

Date du Jury : **mars 2012**

**L'amélioration de l'offre de soins de
premier recours en Savoie**

*L'implantation de maisons et pôles de santé
pluri-professionnels*

Guilhem SARLANDIE

Remerciements

A tous les agents de la D.T. A.R.S. de Savoie qui m'ont accueilli parmi eux de la meilleure des façons et particulièrement à Odette ma maître de stage,

A Céline, Marie-José et Audrey pour leur accompagnement dans mon travail sur les M.S.P.,

Aux porteurs de projets du département ayant accepté de répondre à mes multiples sollicitations,

A mes collègues de présents pour l'ambiance de travail qui a régné sur la mezzanine ces dernières semaines,

A mes relecteurs de dernière minute pour leur efficacité et leur pertinence : Elena, Solène, Josiane, Estelle, Papa et Maman.

Sommaire

Introduction.....	1
1 Difficile diagnostic des besoins en soins de premier recours en Savoie.....	- 7 -
1.1 Méthodologie nationale adaptée régionalement.....	- 7 -
1.1.1 Etudes nationales et cadrage méthodologique	- 7 -
1.1.2 Adaptation à la marge.....	- 9 -
1.2 Volonté de dialogue et de participation	- 11 -
1.2.1 Concertation avec les partenaires extérieurs	- 11 -
1.2.2 Relations internes entre siège et délégation territoriale de l'A.R.S.....	- 13 -
1.3 Spécificités départementales mal prises en compte.....	- 14 -
1.3.1 Département montagneux et touristique	- 15 -
1.3.2 Prise en compte à améliorer	- 17 -
2 Premières initiatives savoyardes.....	21
2.1 Projets à l'état d'avancement variable.....	21
2.1.1 Répartition territoriale des projets	21
2.1.2 Premiers aboutissements	24
2.2 Projet de santé et modernisation des pratiques	27
2.2.1 Cahier des charges contre effet d'aubaine.....	28
2.2.2 Remise en question réelle	30
2.3 Accompagnement de proximité.....	33
2.3.1 Espace de concertation départemental.....	33
2.3.2 Engagement volontaire et dynamique partenariale	36

3	Freins, obstacles et leviers.....	39
3.1	La constitution d'une équipe de professionnels de santé.....	39
3.1.1	Critères d'une équipe pluri-professionnelle.....	39
3.1.2	Engagement et rôle du porteur de projet.....	42
3.2	Trappe immobilière	44
3.2.1	Engagement effrayant.....	44
3.2.2	Solution pôle de santé.....	47
3.3	Projet de santé et bureaucratisation du métier	48
3.3.1	Lourdeur des dossiers.....	49
3.3.2	Projet professionnel	50
	Conclusion.....	51
	Bibliographie	53
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ACTA :	Association de concertation sur les troubles de l'apprentissage
A.L.D. :	Affection de longue durée
A.P.T.V. :	Assemblée du Pays Tarentaise-Vanoise
A.R.S. :	Agence régionale de santé
ASALEE :	Action de santé libérale en équipe
A.V.K. :	Anti-vitamine K
C.E.S.P. :	Contrat d'engagement de service public
CIAT :	Comité interministériel d'aménagement du territoire
C.M.U. :	Couverture maladie universelle
CODAMUPS :	Comité départemental de l'aide médicale urgente de la permanence des soins.
C.P.A.M. :	Caisse primaire d'assurance maladie
C.S.M.F. :	Confédération des syndicats médicaux français
C.S.P. :	Code de la Santé publique
DATAR :	Délégation interministérielle à l'Aménagement du Territoire et à l'Attractivité Régionale
DDAS :	Délégation départementale des affaires sociales
DEOS :	Direction de l'efficience et de l'offre de soins
D.G.O.S. :	Direction générale de l'offre de soins
D.P.C. :	Développement professionnel continu
D.T. :	Délégation territoriale
E.C.N. :	Examen classant national
FEMASRA :	Fédération des maisons de santé Rhône-Alpes
F.F.M.P.S. :	Fédération française des maisons et pôles de santé
FICQS :	Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
H.P.S.T. :	Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire
IASS :	Inspecteur de l'action sanitaire et sociale
I.D.E. :	Infirmier diplômé d'Etat
INSEE :	Institut national de la statistique et des études économiques
MEP :	Mode d'exercice particulier
M.R.S. :	Mission régionale de santé
M.R.S.S. :	Maison des réseaux de santé de Savoie
M.S.A. :	Mutualité sociale agricole
M.S.P. :	Maison de santé pluri-professionnelle
N.M.R. :	Nouveaux modes de rémunération

PAPS :	Plateforme d'appui aux professionnels de santé
P.D.S.A. :	Permanence des soins ambulatoires
SSIAD :	Service de soins infirmiers à domicile
SISA :	Société interprofessionnelle de soins ambulatoires
SROS :	Schéma régional de l'offre de soins
U.R.P.S. :	Union régionale des professionnels de santé
Z.R.R. :	Zone de revitalisation rurale
ZUS	Zone urbaine sensible

Introduction

« A l'issue des Assises des territoires ruraux [de février 2010], la question de l'accès aux soins apparaît comme la première attente des habitants des territoires ruraux en termes de services »¹. Ainsi commence l'exposé des motifs de la Fiche action visant à améliorer l'offre de soins dans les territoires du Comité interministériel d'aménagement du territoire (CIAT) qui propose la mise en place de maisons de santé pluridisciplinaires (M.S.P.). Les M.S.P., selon le cahier des charges du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), « visent à offrir à la population, sur un même lieu, un ensemble de services de santé principalement de premier recours (soins primaires). Regroupant des activités médicales et paramédicales, elles favorisent les prises en charge coordonnées et constituent une réponse à l'évolution des modes d'exercice souhaitée par de nombreux professionnels »².

En effet, le phénomène connu et anticipé de baisse de la démographie médicale au cours des quinze prochaines années (de 336 à 283 médecins pour 100 000 habitants d'ici 2025) touche l'ensemble du territoire national mais plus particulièrement les zones rurales. Ainsi, la densité de médecins généralistes peut tomber en-deçà de 70 pour 100 000 habitants dans certains cantons ruraux. De plus, ce manque de médecins s'accompagne d'une grande disparité en ce qui concerne les autres professionnels de santé (de 1 à 8 pour les infirmiers libéraux, de 1 à 4 pour les masseurs-kinésithérapeutes et de 1 à 4 pour les dentistes)³. Dans un contexte de vieillissement de la population et de débats sur la question de la dépendance cette évolution de la démographie des professionnels de santé pose la question de l'organisation de l'offre de soins de premier recours et des outils de régulation.

Les soins de premier recours sont définis dans la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire (H.P.S.T.) de juillet 2009⁴, « ces soins comprennent : la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ; la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux ainsi que le conseil pharmaceutique ; l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ; l'éducation pour la santé ». Ils recouvrent ainsi l'ensemble de l'offre de santé de proximité correspondant à l'activité de professionnels libéraux de santé. Il s'agit donc de prendre en compte la

¹ Plan d'action en faveur des territoires ruraux du Comité interministériel d'aménagement et de développement du territoire, Fiche C.1, p.1.

² Cahier des charges ministériel du 21 juillet 2010 DGOS/PF3/CdC MSP PF3 R2 DSS RB relatif aux maisons de santé pluri-professionnelles pouvant bénéficier d'un soutien financier p. 1.

³ Plan d'action en faveur des territoires ruraux, idem.

⁴ LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

répartition de l'offre sur le territoire mais aussi la coordination de ces différents acteurs qui peut faciliter l'accès aux soins.

Des moyens de régulation de la démographie médicale existent au niveau national, il s'agit du *numerus clausus* et de l'examen classant national (E.C.N.). Ces éléments permettent de définir le nombre d'étudiants en médecine ainsi que leur région d'internat et donc de répondre quantitativement au besoin en médecins avec toutefois un délai d'application dû à la longueur des études. Néanmoins, « les jeunes professionnels ont toujours le choix de leur lieu d'installation à la suite de leur internat »⁵. Nous en venons donc à la question des moyens d'inciter les personnels de santé à s'installer en zone rurale.

Selon les chiffres fournis par le site cartoS@nté⁶, celles-ci semblent particulièrement concernées en Savoie. Ainsi, dans le canton de Châtelard (classé en zone de revitalisation rurale – ZRR –) on constate une densité inférieure à la moyenne régionale que ce soit pour les médecins généralistes (6,6 pour 10 000 habitants contre 9,9 pour la région), les infirmiers libéraux (6,6 contre 9,6), les masseurs-kinésithérapeutes (8,8 contre 9,2) ou les dentistes (4,4 contre 5,8). De plus certains cantons sont touchés de manière importante par le vieillissement des personnels de santé, par exemple les deux médecins généralistes du canton de Chamoux-sur-Gelon ont plus de 55 ans. La question de leur remplacement peut apparaître comme épineuse dans un contexte d'isolement avec un seul masseur-kinésithérapeute et un seul dentiste sur le canton par exemple. Notons de plus que les cantons périurbains connaissent les mêmes caractéristiques, Saint-Alban-Leysse (dans la zone urbaine de Chambéry) ou Albertville-Sud notamment ont aussi une densité inférieure à la moyenne régionale dans les quatre catégories de personnels de santé. Cette problématique concerne souvent les zones urbaines sensibles (ZUS).

Cette vision prospective de l'offre de soins sur le territoire est en plein dans le cadre d'action des Agences régionales de santé (A.R.S.), notamment par le biais du schéma régional d'organisation des soins (SROS). La troisième version de celui-ci en région Rhône-Alpes prenait comme élément de contexte « l'évolution de l'offre de soins libérale en nombre et en localisation » dans la perspective d'engager des mesures incitatives, présentées comme « des solutions alternatives ou supplétives » à celles envisageables dans le champ de la formation. Si l'incitation peut être comprise au niveau national (les

⁵ DAGAN H., *Les collectivités partenaires de l'offre locale de santé – Quels moyens d'actions ?*, éditions Etd, juillet 2010, p. 12.

⁶ Disponible sur <http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/CartoSante.92758.0.html>, [visité le 21 février 2011].

aides financières à l'installation par exemple), le rôle du niveau régional est réaffirmé en ce qui concerne le « renforcement des mutualisations et des coopérations »⁷.

De plus, au regard des spécificités du premier recours, la loi H.P.S.T. instaure le volet ambulatoire du SROS tout en le rendant non opposable. Il a vocation à accompagner les évolutions du secteur et est en cours d'élaboration en région Rhône-Alpes. L'enjeu du SROS ambulatoire est de définir un niveau d'exigence concernant l'accessibilité (sociale et financière) pour tous à des soins de qualité. Cela passe par maintenir et/ou consolider une offre de soins primaires de qualité, en tout lieu de la région. En effet, l'offre de soins primaires est la clé de voûte en amont et en aval afin de permettre une régulation de l'activité des établissements de santé et d'accueil des personnes âgées. La stratégie affichée par l'ARS pour élaborer cette première génération de SROS ambulatoire est celle d'une construction « partagée et pragmatique »⁸. Les objectifs généraux qui en découlent sont donc l'établissement d'un diagnostic qualitatif et quantitatif partagé grâce à une large concertation avec les acteurs de terrain et la promotion de solutions innovantes conjuguant la nature intrinsèque de l'exercice libéral et la coopération des professionnels.

Ces coopérations se rencontrent sous trois formes que sont la M.S.P., le pôle de santé et le centre de santé. La définition d'une maison de santé est donnée par l'article L. 6323-3 du code de la Santé Publique (C.S.P.) : « La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours [...], le cas échéant, de second recours [...] et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges [...]. La Fédération française des maisons et pôles de santé (F.F.M.P.S.) précise sur son site que « Comme il n'y a pas de « labellisation », toute structure peut s'appeler maison de santé »⁹ tant qu'elle ne sollicite pas de financements publics..

La notion de pôle de santé a, quant à elle, été définie par l'article L.6323-4 du C.S.P. : « Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours [...], le cas échéant de second recours [...], et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire ». On note la dispense de projet de santé et par conséquent du cahier des charges en comparaison avec la définition des M.S.P. De

⁷ SROS 2006-2010, synthèse des livres 1 à 4, p.8, disponible sur <http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/Le-SROS-3.92514.0.html> le 12/02/11.

⁸ Déclaration d'Isabelle de Turenne en cercle de compétence – offre de soins ambulatoire, le 20 septembre 2011.

⁹ Disponible sur : <http://www.ffmps.fr/index.php/quest-ce-quune-maison-de-sante-et-un-pole-de-sante>, [visité le 18 janvier 2012].

plus, « Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale », on le voit il s'agit au sens de la loi H.P.S.T. d'un regroupement de structures. Néanmoins, par convention, on nomme pôle de santé une équipe de soins de premier recours hors les murs, c'est-à-dire que l'on reprend les critères essentiels d'une M.S.P. (des professionnels de santé, des soins de premier recours et un projet de santé) en appliquant le même cahier des charges sauf en ce qui concerne la nécessité de partager les mêmes locaux. Cette deuxième définition est celle qui est utilisée sur le terrain en Savoie aussi bien par l'A.R.S. que par les professionnels de santé et c'est donc celle qui prévaut dans ce mémoire.

Enfin, les centres de santé selon la définition donnée à l'article L. 6323-1 du C.S.P. sont « des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers [...] ». De plus, « Les centres de santé élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique », il y a donc des similitudes avec les deux termes précédents. Néanmoins, « Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé » et surtout « Les médecins qui exercent en centre de santé sont salariés », il ne s'agit donc plus de professionnels de santé libéraux. C'est pourquoi la question des centres de santé ne sera pas évoquée dans ce mémoire qui se limite au champ des M.S.P. et pôles de santé. En outre, il n'existe pas de centre de santé en Savoie.

Il semble donc intéressant pour un inspecteur de l'action sanitaire et sociale (IASS) en délégation territoriale (D.T.) d'envisager la question démographique par le biais des M.S.P. qui correspondent à la fois à un mouvement d'incitation national et à un diagnostic de terrain en ce qui concerne les besoins et capacités en mutualisation et coopération. Ainsi, la question centrale de ce mémoire sera : quels sont les atouts et les limites des M.S.P. et pôles de santé dans la réponse apportée aux problèmes de démographie des personnels de santé en Savoie ?

Les hypothèses de recherche à suivre concernent tout d'abord le diagnostic territorial, quelle méthodologie est mise en œuvre pour le réaliser et avec quels acteurs ? Permet-

elle une réelle évaluation des besoins au niveau local correspondant à celui des M.S.P. ? Au-delà du diagnostic il est ensuite intéressant de se pencher sur les démarches existantes sur le département. Quelles sont les projets présents sur le territoire ? Répondent-ils au diagnostic ? Quel est leur état d'avancement ? Qui les a impulsés ? Comment et par qui sont-ils accompagnés et soutenus ? Enfin, il faudra se demander quels sont les obstacles et les leviers auxquels sont confrontées les équipes de professionnels de santé s'engageant dans une démarche de travail coordonné.

Afin de répondre à ces questions il faut prendre comme pistes méthodologiques l'analyse de l'élaboration du volet ambulatoire du SROS permise grâce à une participation aux colloques et groupes de travail sur le sujet. Celle-ci est complétée par le suivi sur le terrain des dossiers de M.S.P. en Savoie. Ce suivi qui a pris la forme de nombreux échanges par courriel, téléphone, de visu (entretiens semi-directifs formalisés ou non) avec les personnels de santé, et les responsables des collectivités territoriales porteuses de la vingtaine de projets de M.S.P. ou de pôles de santé du département. Les relations avec les partenaires de l'A.R.S. sont exploitées grâce à la participation directe à de nombreuses réunions sur le sujet aussi bien au niveau départemental que régional. Enfin, la littérature et notamment les rapports sur le thème des MSP permet une prise de recul à même de permettre une analyse professionnelle approfondie.

Ainsi, nous verrons dans une première partie le diagnostic de l'offre de soins de premiers recours en Savoie et son élaboration. Dans un deuxième temps nous nous concentrerons sur les projets en développement dans le département et les modifications des pratiques qu'ils engendrent avant d'analyser les obstacles qui s'opposent à l'implantation d'une M.S.P. et les leviers possibles de l'IASS pour faciliter celle-ci.

1 Difficile diagnostic des besoins en soins de premier recours en Savoie

Selon la méthodologie nationale, la partie ambulatoire du SROS « constitue le point de départ de la démarche de structuration de l'offre de premier recours que les ARS mèneront avec l'appui des dispositifs incitatifs créés par la loi HPST »¹⁰.

1.1 Méthodologie nationale adaptée régionalement

L'élaboration du volet ambulatoire du SROS est particulièrement intéressante à étudier car elle a lieu pour la première fois et selon une dynamique inhabituelle pour les outils de planification, de par sa non opposabilité. D'autre part, ce schéma a la particularité d'être le premier à apparaître depuis la création des A.R.S. Toutefois, la méthodologie proposée par la Direction générale de l'offre de soins (D.G.O.S.) restant assez détaillée, son adaptation locale est fondamentale.

1.1.1 Etudes nationales et cadrage méthodologique

La recommandation nationale est d'identifier les besoins en se basant notamment sur les taux de recours disponibles grâce à cartoS@nté. D'autres éléments permettant d'affiner l'analyse sont donnés dans l'annexe 4 du guide¹¹. Parmi ceux-ci, la Direction de l'efficience et de l'offre de soins (DEOS), pilote de l'élaboration du SROS ambulatoire au sein de l'ARS Rhône-Alpes, a choisi de croiser ses données avec celles d'étude nationales récentes menées sur la région¹² et notamment celles de l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) et de la Délégation interministérielle à l'Aménagement du Territoire et à l'Attractivité Régionale (DATAR).

Une des études de l'INSEE sur la région Rhône-Alpes visait à analyser les profils démographiques des territoires à l'horizon 2040¹³. Cinq profils émergent de cette étude expliqués à la fois par le desserrement urbain et le vieillissement de la population. Ainsi,

¹⁰ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Guide méthodologique pour l'élaboration du SROS-PRS version 2, Paris, 2011, p. 35.

¹¹ Idem, p. 92.

¹² Cf. annexes 1 et 2.

¹³ BOUCHAN, L., « Territoires de Rhône-Alpes : à l'horizon 2040, cinq profils d'évolution démographique », INSEE Région Rhône-Alpes, *La Lettre*, N°144 - mai 2011.

les territoires du Grand Lyon, de Saint-Etienne, du Haut Bugey et de Grenoble sont vus comme des zones à population jeune et sources de nouveaux habitants pour les alentours. En périphérie de ces grands pôles on retrouve donc des zones à population jeune et à forte croissance démographique (Beaujolais, Grésivaudan ou Genevois français) et des zones qualifiées d'attractives à forte croissance démographique (Avant-pays savoyard, Alpes-Sud Isère). Cette projection nous informe sur une augmentation forte des besoins de santé dans des territoires encore ruraux actuellement.

Les deux autres profils identifiés sont les zones à faible croissance démographique et à solde naturel négatif d'une part (il s'agit uniquement du Roannais et du sud de la Drôme) et des zones vieillissantes d'autre part (on y retrouve la Savoie hors Chambéry, le sud de la Haute-Savoie, la vallée de la Drôme et l'Ardèche Centre). Le Roannais et le sud de la Drôme représentent donc une inquiétude au niveau de l'aménagement du territoire mais les zones vieillissantes sont préoccupantes en ce qui concerne l'évolution des besoins de santé que l'on y trouvera. On remarque que la Savoie est particulièrement concernée par ce phénomène.

L'étude de 2010 de la DATAR, présentée par Isabelle de Turenne comme étant une des références du diagnostic, établit un indicateur global de besoins de santé par commune en recoupant taux de natalité, taux d'hospitalisation, taux de mortalité standardisée et poids des personnes seules de plus de 75 ans. Cet indicateur est par la suite comparé à la moyenne nationale, il apparaît alors que 60% de la population régionale se trouvent dans des communes présentant une intensité de besoins en santé inférieure à la moyenne. C'est le cas pour la quasi-totalité de la Savoie. Les interprétations divergentes que ces deux études peuvent porter sont dues aussi bien à un décalage temporel qu'à des objets d'études différents. Néanmoins, toutes deux peuvent servir à analyser les besoins de santé et les zones à soutenir en matière de soins de premier recours.

Ce constat est présent dans le guide méthodologique qui ajoute que : « Les outils statistiques d'analyse des besoins ont leurs propres limites et ne permettent pas notamment de prendre en compte des éléments de nature plus qualitative. Une approche ciblée sur la connaissance « microsociologique » des points fragiles en termes de démographie médicale et sur les dynamiques portées par les professionnels doit être privilégiée dans un premier temps. »¹⁴. L'important est de déterminer des zones fragiles au sein desquelles il faudra particulièrement soutenir « quelques projets structurants »¹⁵. Toutefois, les zones fragiles étant le seul point opposable du SROS ambulatoire, un seuil

¹⁴ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, op.cit., p. 36.

¹⁵ Idem.

de population concernée a été fixé par le Ministère de la Santé. Il est de 611 723 habitants pour Rhône-Alpes et les zones fragiles doivent donc correspondre à ce nombre d'habitants quelle que soit la réalité des besoins. Le terme de zones fragiles ne recouvre donc pas l'ensemble des territoires touchés par la pénurie de professionnels de santé de premier recours mais ceux pour lesquels l'Etat (via les A.R.S.) se donne les moyens d'aider. Ainsi, la méthodologie nationale déconseille de fournir des efforts dans les zones de désert médical¹⁶. Ces zones feront l'objet d'un arrêté de l'A.R.S. : elles donneront droit aux aides à l'installation pour les médecins et également aux aides au regroupement des professionnels de santé. L'arrêté régional devrait également intervenir sur le zonage des infirmiers et éventuellement sur le futur zonage des masseurs-kinésithérapeutes.

1.1.2 Adaptation à la marge

La DEOS a pris le parti de suivre de près les recommandations nationales. Le seul point de divergence notable est que la D.G.O.S. propose de réévaluer le plan d'action du SROS ambulatoire au bout de 18 mois, voire deux ans, alors que l'A.R.S. Rhône-Alpes souhaite le pérenniser sur cinq ans. Cela se traduit par l'organisation d'une analyse de l'offre quantitative et qualitative des partenaires du premier recours. Ainsi, une enquête régionale sur les pratiques innovantes et les problématiques ressenties par les professionnels du premier recours fut conduite sur internet début octobre (sur le site de l'A.R.S.). Dans un second temps, une enquête de terrain est menée sur les solutions d'organisation innovantes identifiées. Il s'agit de les reprendre pour capitaliser et diffuser ces savoir-faire développés par les acteurs de terrain.

Pour établir les zones fragiles, la méthodologie choisie est d'inspiration microsociologique, grâce notamment aux bases de données fournies par l'Assurance maladie (une statisticienne, Rachel Garwig, et un géographe de la santé, Xavier Vitry, qui travaillent à l'A.R.S. en sont issus). Il s'agit d'établir des pôles de proximité, c'est-à-dire les communes disposant de 7 des 8 services suivants, dont au moins un généraliste :

- Médecin omnipraticien libéral
- Infirmier
- Masseur-kinésithérapeute
- La Poste ou une banque
- Epicerie ou superette
- Boulangerie

¹⁶ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, op.cit., p. 95.

- Ecole primaire et/ou école maternelle
- Centres médico-sociaux regroupement de plusieurs services.

290 pôles de proximité ont ainsi été repérés sur la région, tous ont au moins une pharmacie¹⁷. Autour de ces pôles une méthodologie combinant trois types d'indicateurs permet de repérer les zones fragiles. Il s'agit des zones repérées (ZUS, Z.R.R., etc.) ; les indicateurs de besoin de soins de la population (indice de vieillissement, bénéficiaires de la couverture maladie universelle (C.M.U.), etc.) et ceux de l'offre de soins (densité de généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes, dentistes et pharmaciens).

Une première répartition des zones fragiles faite au niveau régional concernait alors 82% de zones rurales et 18% de zones infra-urbaines (dans les agglomérations lyonnaises et grenobloises). L'Ardèche concentre 18% des zones fragiles de la région contre seulement 4% pour la Savoie, département le moins doté, soit 26 055 habitants. Ces premières conclusions devant être affinées par la suite il s'agissait de choisir une méthodologie permettant la meilleure adaptation à la réalité du terrain. Néanmoins, l'arbitrage fait au niveau de la région Rhône-Alpes a été de se servir de cette première répartition pour mettre en place des seuils de population départementaux. Ce choix, inspiré de l'exemple national ne sera plus remis en cause. Toutefois la répartition départementale des zones fragiles a été soumise à négociations.

A partir de ces zones fragiles, les premières pistes d'action envisagées par la DEOS¹⁸, reposent sur la capacité de l'A.R.S. à cibler, dans un premier temps, une quinzaine de projets réalistes et structurants. Ces sites, qualifiés d'« implantations » dans l'article L. 1434-7 du C.S.P., doivent « privilégier une approche en termes de services rendus à la population par une équipe pluri-professionnelle, plutôt qu'une approche par profession »¹⁹. De ce point de vue, un site structurant de l'offre de premier recours est donc un site d'exercice coordonné (M.S.P., pôle de santé ou centre de santé). Néanmoins, un autre sens peut-être donné à « structurant » dans le cadre du lancement d'un plan d'équipement. Il s'agit d'envisager les implantations à soutenir en priorité comme devant servir d'exemples afin de lancer une dynamique au sein du territoire. Il est donc important d'évaluer l'effet d'entraînement qu'un projet peut avoir au niveau départemental. Il est attendu de ces sites qu'ils permettent d'amplifier les effets d'expérimentations telles que celle sur les nouveaux modes de rémunération (N.M.R.)

¹⁷ Cf. annexe 3.

¹⁸ Déclaration d'Isabelle de Turenne en cercle de compétence – offre de soins ambulatoire, le 20 septembre 2011.

¹⁹ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, op.cit., p. 36.

notamment en apportant des repères en termes de méthode aux futurs porteurs de projet potentiels.

1.2 Volonté de dialogue et de participation

La méthodologie nationale tout en étant précise incite à faire de l'établissement du SROS une occasion de concertation et débat : « Cet état des lieux doit être partagé avec les acteurs locaux et les professionnels de santé »²⁰. L'étape du diagnostic, décrite par Isabelle de Turenne comme « un champ immense à défricher, complexe et vivant »²¹ doit permettre de créer une « acculturation commune des problématiques entre l'A.R.S. et les 10 nouvelles Unions Régionales des Professionnels de Santé »²². L'importance du dialogue avec les partenaires extérieurs est donc soulignée, la question des relations internes entre siège de l'A.R.S. et D.T. est aussi à travailler.

1.2.1 Concertation avec les partenaires extérieurs

Emmanuelle Wargon, secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales, dit au sujet de la loi H.P.S.T. : « Nous avons une loi très volontariste en matière de concertation [et] qui a créé de nombreuses instances »²³, elle ajoute qu'il faudrait « trouver une manière intelligente de l'appliquer »²⁴. En effet, le caractère non opposable du SROS ambulatoire fait que l'effort d'implication des partenaires dans l'élaboration du schéma doit être des plus importants afin de s'assurer leur implication dans sa réalisation. En Rhône-Alpes plusieurs cadres existent pour cette concertation. Par exemple, un groupe *ad hoc* intitulé « groupe experts du premier recours » a été constitué. Il réunit autour de l'A.R.S., les Ordres professionnels, les U.R.P.S. et l'Assurance Maladie et est chargé de réagir aux travaux réalisés lors de la structuration du SROS. Il se réunit au niveau régional mais ses membres sont présents dans les différents départements et les coopérations se font à plusieurs niveaux.

Au niveau régional cette collaboration et cette volonté de travailler en commun s'est traduite notamment par la co-organisation, le 22 septembre 2011, d'un colloque intitulé « Les soins de premier recours en Rhône-Alpes > Enjeux & perspectives ». Ainsi, le

²⁰ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, op.cit., p. 38.

²¹ Déclaration d'Isabelle de Turenne lors du colloque « Les soins de premier recours en Rhône-Alpes > Enjeux & perspectives » organisé à Bron le 22 septembre 2011.

²² Idem.

²³ WARGON, E., « Relations entre ARS et URPS : de nombreuses difficultés sur le terrain », dépêche APM, 10 octobre 2011.

²⁴ Idem.

Conseil régional, la Fédération des maisons de santé Rhône-Alpes (FEMASRA), l'U.R.P.S. médecins et l'A.R.S. ont regroupé leurs efforts pour mettre en place cette conférence. Les interventions variées ont abordé le SROS ambulatoire, la plate-forme d'appui aux professionnels de santé (PAPS), les évolutions des systèmes d'information et la place des réseaux de santé dans la nouvelle organisation des soins de premier recours. De plus, des retours d'expérience de la part de jeunes médecins en voie d'installation, de pionniers du travail coordonné ou encore d'équipes participant à l'expérimentation des N.M.R. ont permis de nombreux échanges avec l'audience composée principalement de professionnels de santé.

Les interventions sur le SROS ambulatoire et la PAPS (de P. Guettat, I. de Turenne et L. Brosse de la DEOS) ont été faites dans une optique pédagogique avec retour explicatif sur la méthodologie et les résultats obtenus. Les présentations étaient communes avec l'U.R.P.S. médecins (notamment le Docteur Nicole Bez, Vice-présidente) afin d'afficher devant de potentiels porteurs de projet la concertation entre les diverses instances ayant vocation à les aider. Cela est d'autant plus important que ces institutions ont été créées récemment et doivent encore trouver leur place et leur mode de fonctionnement. Ainsi, les relations avec l'U.R.P.S. médecins sont revendiquées par l'A.R.S. et davantage mises en avant que celles avec les autres U.R.P.S. (un représentant de l'U.R.P.S. pharmacien est tout de même intervenu au colloque). De plus, si elles bénéficient de leur optique régionale ces liaisons ne sont pas encore stabilisées et pâtissent des différences de culture entre le monde libéral et le monde administratif²⁵.

En ce qui concerne les autres partenaires, la logique de régionalisation qui prévaut dans la réforme de l'administration n'étant pas aboutie, elle est encore source de résistances et de freins qu'il est nécessaire de prendre en compte. En effet, tous les partenaires ne sont pas présents au niveau régional mais au niveau départemental, c'est le cas notamment de l'Ordre des médecins²⁶ et bien entendu des Conseils généraux. Ceux-ci restent des partenaires essentiels sur toutes ces questions liant aménagement du territoire et santé. Toutefois, la volonté de l'A.R.S. d'organiser sa planification à plusieurs échelles (régionale, territoire de santé supra-départementaux et espaces de santé infra-départementaux) en évitant le niveau départemental ne facilite pas la coopération. C'est un problème qui est aussi présent avec les Préfectures, bien que le Préfet de région soit désormais chargé de l'animation et de la coordination de l'action des Préfets de département.

²⁵ « Relations entre ARS et URPS : de nombreuses difficultés sur le terrain », dépêche APM, 10 octobre 2011.

²⁶ Il existe un Conseil régional de l'Ordre des médecins et depuis 2007 il est même chargé de représenter l'Ordre des Médecins auprès de toutes les structures régionales de santé. Mais il n'a pas de lien d'autorité sur les Ordres départementaux qui souhaitent encore être associés.

Enfin, il est tout de même possible de constater que la dynamique de travail en coopération que l'on retrouve dans les dossiers de M.S.P. et pôles de santé est positive. Pour la plupart des agents chargés de son accompagnement il s'agit d'un sujet neuf dans lequel tout est à faire ce qui est porteur d'enthousiasme. Cet engouement se retrouve aussi en interne à l'A.R.S. ce qui permet de faciliter l'organisation et la coordination qui lui sont dévolues.

1.2.2 Relations internes entre siège et délégation territoriale de l'A.R.S.

Nous l'avons vu, de manière logique, la méthodologie préconisée par la D.G.O.S. pour l'établissement du premier SROS ambulatoire chargé d'organiser le premier recours par l'implantation de M.S.P. et de pôle de santé insiste sur l'importance d'établir un diagnostic partagé. Les choix de la DEOS, pilote de l'élaboration de cet outil original de planification, respectent cette préconisation de concertation avec les partenaires externes. Reste à voir comment l'A.R.S. prend en compte, en interne, la dialectique entre régionalisation et vision fine au plus près du terrain. Ainsi, la première version des zones fragiles a été présentée par le siège aux D.T. lors du cercle de compétence sur l'offre de soins ambulatoires du 20 septembre 2011, soit deux jours avant de les présenter au public du colloque sur le premier recours. Suite à cette première proposition il a été demandé aux inspecteurs et médecins-inspecteurs des D.T. de donner leur avis.

En Savoie, cela a été l'occasion pour les agents de la D.T. de donner pour la première fois, du point de vue du terrain, la réalité des zones fragiles du département sous la forme d'une note en réponse à la définition des zones fragiles. Néanmoins, cela ne correspondait pas à la demande qui équivalait à une couverture de 65 611 habitants. Effectivement, il ne s'agit pas, selon la règle nationale, d'établir les zones en difficulté, mais seulement les zones que l'on souhaite soutenir selon des moyens limités. Si la répartition intra-région avait été encore négociable cela aurait pu servir, ce fut le cas pour les départements de la Drôme et de l'Ardèche (en cours de mutualisation) qui firent une contre-proposition commune. L'Ardèche bénéficiant à l'issue de la première version de 18% des zones fragiles contre seulement 7% pour la Drôme. Toutefois, la réponse du siège à la note de la D.T. de Savoie, a été de renvoyer la première version en explicitant la nécessité de respecter le seuil de population couverte. Pour donner du poids à sa copie retravaillée, la D.T. de Savoie s'est coordonnée avec le sous directeur de la C.P.A.M. de Savoie (M. Edmond Guilhot), membre du groupe d'experts, ce qui lui a permis d'augmenter légèrement le seuil de population (à 27 467 habitants) et surtout d'en modifier la répartition départementale.

Ainsi, il est possible de constater que les partenaires extérieurs sont mis en valeur et utilisés par la D.T. dans le cadre de ses relations internes et négociations avec le niveau régional. Néanmoins cela est aussi vrai en ce qui concerne le siège de l'A.R.S. En effet, il faut se rappeler que la première version de détermination des zones fragiles a été présentée à l'ensemble des professionnels de santé présents au colloque de Bron avant d'avoir pu être modifiée par les D.T. De plus, lors de l'envoi du compte rendu du cercle de compétence sur l'offre de soins ambulatoire du 20 septembre, envoyé par Isabelle de Turenne, celle-ci signale que « Nous avons présenté le 20 au soir au groupe expert de 1er recours, cette carte qui a été par tous bien accueillie, reflétant bien les zones qu'ils connaissent comme en difficulté sur la région »²⁷. Il est possible d'y voir la volonté de montrer aux agents présents en départements que le siège a désormais d'autres sources d'information sur le terrain afin de faire valider la qualité de son travail.

Il est donc intéressant de voir que la logique régionale prime sur les remontées du terrain même sur la question du diagnostic de l'offre de soins de premier recours qui semblerait être le cadre idéal pour permettre à un IASS en D.T. de mettre en œuvre ses compétences en tant qu'animateur territorial. Il lui restera le rôle d'expliquer les choix régionaux auprès de promoteurs et d'élus locaux peu satisfaits. Il serait donc primordial dans la suite du processus, notamment la détermination des sites structurants, de s'appuyer sur le retour des inspecteurs des D.T. pour pouvoir évaluer non seulement le bien fondé d'un projet local mais aussi la résonance qu'il peut avoir dans le département. Ainsi, en Savoie, le premier site à bénéficier des N.M.R.²⁸ est aussi le premier à avoir travaillé sur son projet de santé avant d'avoir finalisé son projet immobilier afin de lancer le travail collaboratif sous la forme d'un pôle de santé.

1.3 Spécificités départementales mal prises en compte

Le diagnostic sur les soins de premier recours ne sera validé définitivement qu'au cours de l'année 2012. Néanmoins, il est possible de se baser sur l'état d'avancement des travaux préalables en novembre 2011²⁹ pour évaluer comment les particularités savoyardes rentrent en jeu dans l'établissement des zones fragiles donnant droit aux aides au regroupement des professionnels de santé.

²⁷ Courriel du 28 septembre 2011 ayant pour objet : Retour du cercle de compétence (partie SROS et zones fragiles).

²⁸ Il s'agit du pôle de santé de Saint-Genix-sur-Guiers, coordonné par le docteur Durafour.

²⁹ Fin du stage d'exercice professionnel.

1.3.1 Département montagneux et touristique

La Savoie est le premier département de France en matière d'accueil de pratiquants des sports d'hiver ou de personnes venant simplement séjourner en montagne. Avec 554 100 hectares classifiés comme zone de montagne³⁰ sur une superficie totale 602 800 ha (soit 88,4%³¹) le département est particulièrement influencé par son relief. Ses vallées sont longilignes et sans interconnexions l'hiver. En effet, on retrouve plus de 1 000 km de routes à une altitude supérieure à 1 000 m (soit environ un tiers du réseau) et sept cols au-delà de 2 000 m d'altitude qui sont donc potentiellement fermés une bonne partie de l'hiver. Cela semble logique et la Savoie faisant partie du territoire de l'Arc Alpin (avec la Haute-Savoie et l'Isère) ce n'apparaît pas comme un facteur discriminant au sein de la région Rhône-Alpes.

Cependant, il est nécessaire de pousser la comparaison avec ces deux autres départements pour dépasser cette première impression. En effet, en Haute-Savoie la proportion de zone de montagne n'est que de 65% et à peine 25% en Isère. De même, selon le Docteur Marie-José Communal³² « en Haute Savoie les stations ne sont jamais loin d'un axe autoroutier ». De plus, c'est en Savoie que se situe 35% du domaine skiable français (371 km² pour soixante stations de sports d'hiver dont les plus grandes). Aussi, l'afflux touristique hivernal y est le plus élevé : 21,7 millions de journées - skieurs versus 12,3 en Haute-Savoie et 5, 3 en Isère³³. La haute saison hivernale dure quatre mois et demi (de décembre à mi-avril), sachant que les étrangers représentant 41% des touristes et que les vacances scolaires du nord de l'Europe se situent davantage en mars. Enfin, une population permanente moins importante, et par conséquent des infrastructures médicales moins développées, rend plus complexe l'absorption de l'afflux hivernal des demandes (ce qui nuit aussi à l'attractivité du département pour les médecins libéraux).

A cet égard l'évolution de la typologie des touristes de la neige est révélatrice aussi de l'augmentation de la demande de soins. Il est effectivement possible de constater un « vieillissement » de cette population. Cela concerne aussi bien des « personnes ayant une pratique des sports de neige depuis leur jeunesse et qui la poursuivent ; des quinquagénaires ou sexagénaires qui ont acheté un studio ou un appartement en montagne des années auparavant et qui sont ainsi fidélisés ; des grands parents ne

³⁰ Selon la LOI n°85-30 du 9 janvier 1985 relative au développement et à la protection de la montagne version consolidée au 13 janvier 2009.

³¹ CONSEIL GENERAL DE LA SAVOIE, *La Savoie en chiffres*, 2010, p.3.

³² Médecin inspecteur de santé publique (MISP) à la D.T. de Savoie en charge notamment de l'offre de soins ambulatoire.

³³ COMMUNAL, M.-J., *Note en réponse au document « définition des zones fragiles », annexe 2, « Evolution des caractéristiques de la population touristique », 6 septembre 2011, Chambéry.*

fréquentant pas toujours les pistes eux-mêmes mais accompagnant leurs petits enfants,... »³⁴. Les services d'urgences et les cabinets médicaux voient ainsi survenir des fractures chez des personnes sous traitement anticoagulant, des fractures du fémur chez des patients ayant eu une prothèse de hanche, des épisodes aigus intercurrents sur un fond de traitement chronique. De plus, selon le Docteur Jean-Nicolas Ledoux de l'association des médecins de montagne (MdeM)³⁵ « les médecins signalent de plus en plus la prise en charge de personnes ayant des pathologies très lourdes (ex : personnes sous chimiothérapie...) et qui souhaitent vivre des moments familiaux ou amicaux de détente ».

La grande majorité des touristes hivernaux est citadine, habituée à une consommation de soins et à un recours aisé, fréquent et immédiat au médecin. Un certain nombre arrivent en train, en avion, limitant leur bagage, et souvent les médicaments (de base de la famille, voire le traitement chronique) sont oubliés, provoquant ainsi des appels diurnes ou nocturnes au médecin, au Centre 15 parfois uniquement pour accéder à des médicaments de base³⁶. On le voit, les besoins en premier recours en Savoie sont différents de ceux que l'on peut retrouver sur le reste du territoire. Il y est effectivement impossible de se concentrer uniquement sur le suivi d'une population vieillissante en zone rurale. Toutefois, il faut savoir que les Z.R.R. de Savoie sont peu nombreuses et coïncident avec des zones de montagne. Ainsi, elles concernent l'ensemble des communes de l'arrondissement de Saint-Jean-de-Maurienne et des cantons de Beaufort (toutes en zones de haute montagne), Le Châtelard (dans le Parc naturel régional du Massif des Bauges) et Les Echelles (dans le Parc naturel régional de Chartreuse).

Pourtant, dans les premières estimations effectuées grâce au site cartoS@nté³⁷ les zones de haute montagne³⁸ sont absentes. Cela s'explique par la faible population permanente de ces cantons qui masque la réalité du besoin de soins en premier recours lors de la saison estivale et surtout lors de la saison hivernale. En effet, dans le canton de Lanslebourg-Mont-Cenis, selon cartoS@nté, on trouve quatre médecins généralistes en exercice. Cela donnerait une densité de 15,1 médecins pour 10 000 habitants, soit une densité largement supérieure à la moyenne régionale qui est de 9,8 médecins pour 10 000 habitants. Cependant, si la population totale 2007 calculée par l'INSEE pour le canton est de 2 718 habitants, sa population estimée l'hiver est de 19 239 habitants et celle estimée l'été est de 10 066 habitants. Afin d'adapter au mieux l'offre de soins il serait

³⁴ COMMUNAL, M.-J., idem.

³⁵ Le Docteur Ledoux est aussi représentant de l'URPS médecins en Savoie et porteur d'un projet de M.S.P. sur la commune de Flumet-Val d'Arly.

³⁶ COMMUNAL, M.-J., idem.

³⁷ Cf. introduction.

³⁸ Cf. annexe 4.

donc juste de calculer la densité en offre de soins de premier recours au moins sur une population moyenne annuelle, soit 10 826 habitants pour notre exemple (un rapport de un pour quatre par rapport à la population permanente).

1.3.2 Prise en compte à améliorer

Plusieurs facteurs spécifiques à la Savoie modifient donc les besoins en soins en général, et en soins de premier recours en particulier, dans certaines zones que ce soient les zones rurales, les zones de (haute) montagne et finalement les stations de ski qui connaissent des effets amplifiés. Néanmoins, le cadre classique du SROS ambulatoire ne semble pas adapté pour répondre à cette problématique. Ainsi, selon les déclarations de Xavier Vitry de la DEOS au cours du cercle de compétence du 20 septembre 2011, celui-ci a surtout été conçu pour assurer la prise en charge des personnes âgées et des personnes atteintes de maladies chroniques notamment en zone rurale. Il propose donc la conception d'une fiche consacrée aux besoins spécifiques de ces zones et à la recherche de solutions adaptées, qui sera intégrée dans le SROS ambulatoire. De même, interpellé sur cette question lors du colloque sur le premier recours par le Docteur Ledoux, Philippe Guetat, chef du pôle Organisation et régulation de l'offre de soins au sein de la DEOS, a répondu que ce problème était conjoncturel et nécessitait une solution innovante.

Toutefois, cette situation est un élément que l'on retrouve dans toutes les questions de planification de manière récurrente. Ainsi, suite à la réforme de l'Assurance Maladie d'août 2004, les Missions Régionales de Santé (M.R.S.) ont défini les territoires déficitaires en matière d'offre de soins. Dans un premier temps, ce sont les zones déficitaires en offre de soins en médecine générale qui ont été arrêtées dès 2005³⁹. En Rhône-Alpes, la Décision de la M.R.S. fixant les zones déficitaires en médecins généralistes signée le 19 juillet 2006 ne considère pour la Savoie que la zone de Barby. En Isère, en revanche, la M.R.S. a identifié 15 zones déficitaires⁴⁰. Les critères utilisés ont donc été mis en doute, déjà à l'époque, il a été reproché notamment l'usage de la distance à vol d'oiseau comme élément de pondération. Cela rend non seulement tout le travail effectué inutile si ce n'est contre-productif mais décrédibilise de plus toute nouvelle tentative de zonage. Ainsi, lors d'une réunion de présentation de la démarche de

³⁹ Disponible sur : <http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/Zones-deficitaires-medecins-et.93027.0.html>, [visité le 18 décembre 2011].

⁴⁰ MISSION REGIONALE DE SANTE DE RHONE-ALPES, Décision n° 2006-RA-276 du 19 juillet 2006 fixant les zones déficitaires en médecins généralistes.

définition des zones fragiles, les représentants de l'A.R.S. s'entendent rappeler cette expérience.

De même, les zones infirmiers sur le département sont critiquées par les professionnels de santé de terrain. En effet, « Dans le cadre des mesures de rééquilibrage de l'offre de soins infirmiers prévues par la Convention Nationale des infirmières et infirmiers libéraux et son avenant n°1, l'instauration du dispositif de régulation de la démographie nécessite au préalable le classement des zones de la région par la Mission Régionale de Santé »⁴¹. Cela se fait, en application de l'article L 162-47 du Code de la Sécurité Sociale, selon des critères, entre autres démographiques et géographiques, définis par arrêté ministériel⁴². Doivent donc rentrer en ligne de compte l'activité infirmière (mesurée par les honoraires moyens des infirmiers libéraux exerçant dans le bassin de vie) et la densité des infirmiers (libéraux et infirmiers ayant une activité au sein d'un service de soins infirmiers à domicile – SSIAD – inclus) par rapport à la population permanente. La structure de la population par âge vient pondérer ce résultat sous la forme de la part des plus de 75 ans dans la population totale permanente du bassin de vie. En ce qui concerne l'adaptation à la réalité du terrain on mesure le nombre moyen d'indemnités kilométriques réalisé par les infirmiers libéraux afin de prendre en compte l'éloignement relatif des patients.

Un score est appliqué à la zone en fonction de chacun des critères, la somme de ces scores aboutissant au classement des zones en cinq catégories :

- Zones très sous-dotées,
- Zones sous-dotées,
- Zones à dotation intermédiaire,
- Zones très dotées,
- Zones sur-dotées.

En Savoie, selon la décision d'avril 2009⁴³, seules deux zones sont ainsi classées comme très sous dotées et sous dotées. Il s'agit respectivement de la zone de Saint-Pierre-D'albigny et de celle de Montmélian. Alors que l'on retrouve trois zones sur dotées aux noms évocateurs : Modane, Saint-Martin-de-Belleville (sur la route des Ménuires) et Tignes. La zone de Modane inclut notamment les communes de Lanslebourg-Mont-Cenis et Lanslevillard où la construction d'une M.S.P. est en projet. L'équipe d'infirmiers libéraux qui fait partie du comité de pilotage du projet se plaint régulièrement de ce classement qui

⁴¹ Disponible sur : <http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/Zones-deficitaires-medecins-et.93027.0.html>, [visité le 18 décembre 2011].

⁴² Arrêté NOR: SJSS0830505A du 29 décembre 2008 relatif aux critères de classification de zones des infirmiers libéraux prévus à l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale.

⁴³ PREFECTURE DE LA REGION RHONE-ALPES, Décision n° 2009-01 du 24 avril 2009 fixant le classement des zones en fonction de leur dotation en infirmiers libéraux.

ne prend pas en compte la population moyenne et donc l'épuisement professionnel qui accompagne les périodes de haute-saison. Ainsi, Simon Gomes-Leal, infirmier diplômé d'Etat (I.D.E.) de la région bordelaise souhaitant s'installer dans la zone au sein du cabinet de ses collègues⁴⁴ n'a obtenu qu'une autorisation dérogatoire provisoire de l'Assurance maladie. Il compte sur le projet de M.S.P. pour faire évoluer cette situation vers une vision plus proche de la réalité.

Sur d'autres points, en revanche, la prise en compte est bien meilleure. C'est le cas, à titre d'exemple, dans le cadre de la définition des zones de permanence des soins ambulatoires (P.D.S.A.). En effet, celle-ci fonctionne selon un double système de secteurs : les secteurs permanents qui fonctionnent tout au long de l'année et les secteurs saisonniers qui fonctionnent selon les cas de décembre à avril et/ou en juillet-août. Il est donc possible parfois d'utiliser des critères plus proches de la réalité pour objectiver les besoins en soins de la Savoie et les comparer à ceux du reste de la Région. Le diagnostic ainsi fait peut ensuite être comparé aux premières initiatives afin d'évaluer la pertinence du dispositif de soutien aux M.S.P. sur le département.

⁴⁴ Il y a en tout quatre I.D.E. sur la zone.

2 Premières initiatives savoyardes

Il s'agit dans ce deuxième temps de faire le point sur ce qui existe en Savoie dans le domaine de l'exercice coordonné des professionnels de santé de premier recours afin de lutter contre les problèmes de désertification. Pour ce faire nous confronterons les projets en cours (et notamment ceux aboutis) aux besoins étudiés plus haut, avant de voir comment ceux-ci peuvent être accompagnés par un IASS sur le terrain afin de maximiser leur effet modernisateur sur l'offre de soins.

2.1 Projets à l'état d'avancement variable

La Savoie est découpée en 37 cantons. Sur ce territoire l'A.R.S. a été informée de l'existence de 21 projets de M.S.P. et/ou pôles de santé. Cela peut correspondre à un simple contact, en général en provenance d'une collectivité territoriale qui souhaite s'informer des démarches et des différents modes de financements, ou à une équipe de professionnels de santé en cours de constitution. Le projet est alors qualifié de " projet en réflexion ". Lorsque l'équipe de professionnels est constituée selon les règles du cahier des charges (au moins deux médecins généralistes et un paramédical doivent notamment s'engager) et se consacre à la rédaction du projet de santé le projet rentre dans la catégorie " en projet ". Enfin lorsque le projet de santé est validé par l'A.R.S. et que l'équipe met en place son exercice coordonné le projet, qui n'en est plus un, est dit " en fonctionnement ".

2.1.1 Répartition territoriale des projets

Quelques cantons se portent bien au niveau de la démographie médicale dans le département. C'est le cas notamment du canton d'Albens, au nord d'Aix-les-Bains, avec huit médecins (deux ont plus de 55 ans) et 10 I.D.E. pour 3 211 habitants⁴⁵. C'est aussi le cas des centres urbains du département que sont Chambéry (126 généralistes pour 109 142 habitants) et Aix-les-Bains (50 pour 48 155), la problématique étant alors l'accès aux soins dans les zones périphériques telles que les quartiers nord de Chambéry. Un pôle de santé dont le projet se centre sur ces questions est d'ailleurs en fonctionnement dans les Hauts de Chambéry. Néanmoins d'autres zones sont d'ores et déjà très fragiles

⁴⁵ Les chiffres donnés dans cette partie sont issus d'une présentation faite par la D.T. A.R.S. de Savoie au cours du Comité départemental de l'aide médicale urgente de la permanence des soins (CODAMUPS) du 7 septembre 2011.

et beaucoup risquent de le devenir assez vite en raison de l'âge des médecins généralistes qui y sont installés.

Ainsi la zone du Chatelard, que nous avons déjà signalée plus haut, avec ses trois médecins de moins de soixante ans et ses trois infirmières pour 4 562 habitants est à la limite au niveau de l'offre de soins de premier recours. Néanmoins, grâce à l'installation depuis 1985 à Lescheraines d'une maison médicale partagée autour du Docteur Gagneur⁴⁶ l'offre se maintient et il a récemment été rejoint par une collaboratrice. Le canton de Chamoux-sur-Gelon quant à lui reste parmi les plus fragiles. Cependant, cela est compensé, au sein de la Combe de Savoie, par l'installation dans le canton voisin d'une M.S.P. à Saint-Pierre-D'albigny à laquelle sera adossé un pôle de santé. Le Docteur Esturillo⁴⁷ chargé de coordonner le projet depuis 2009 souligne que « la création du projet de M.S.P. a permis de créer une dynamique amenant à l'installation de nouveaux professionnels de santé : deux médecins généralistes, une infirmière et un masseur-kinésithérapeute ». Ce projet en cours d'instruction à l'A.R.S. rassemble aujourd'hui 15 professionnels de santé dont trois médecins généralistes et il est prévu que les locaux de la M.S.P. accueillent le centre polyvalent d'action sociale dans un objectif de prise en charge globale. De plus, dans le canton voisin de Montmélian, les professionnels de santé travaillent en collaboration avec la mairie des Marches pour la création d'une M.S.P. sur un terrain communal.

Les autres zones fragiles se situent en zone de montagne que ce soit dans les cantons d'Albertville-Ugine, de Beaufort, ou de Lanslebourg. C'est effectivement dans ces zones que se concentrent de nombreux projets : deux M.S.P. sont en construction dans la périphérie sud d'Albertville à Grignon et Frontenex suite à l'initiative des maires, d'autres projets sont bien avancés sur les communes d'Ugine et de Beaufort (population totale 3 837, population moyenne à l'année 8 585⁴⁸ pour quatre I.D.E. et cinq médecins). Dans le canton de Lanslebourg (cf. ci-avant) une réflexion est menée à l'aide d'un cabinet extérieur de consultants pour la création d'une M.S.P. positionnée sur la commune de Lanslevillard (selon le choix des professionnels de santé, alors que l'implantation sur la commune de Lanslebourg-Mont-Cenis était plus porteuse sur le plan du tourisme).

De plus, des premiers contacts ont été pris à propos de projets à Saint-Jean de Maurienne, Aime, Moûtiers, Bourg-Saint-Maurice, Flumet et Tignes. Ils sont dus

⁴⁶ Le Docteur Gagneur est représentant des centres, maisons, pôles et réseaux de santé à la conférence du territoire Est de la région Rhône-Alpes. Il est aussi tiers facilitateur pour la FEMASRA en Savoie.

⁴⁷ Le Docteur Esturillo est de plus coordonateur du département de médecine générale de la faculté de Grenoble et responsables des internes de médecine générale pour l'Arc Alpin.

⁴⁸ COMMUNAL, M.-J., *Note en réponse au document « définition des zones fragiles »*, annexe 5, « Liste des communes du département avec les variations saisonnières de population », 6 septembre 2011, Chambéry.

notamment à la mobilisation des élus locaux au sein du syndicat mixte de l'Assemblée du Pays Tarentaise-Vanoise (A.P.T.V.) et du Syndicat du Pays de Maurienne. Aussi, dans la commune de Saint-Sorlin-D'Arves (379 habitants permanents et 6 793 habitants estimés l'hiver⁴⁹), au sud-ouest de Saint-Jean-de-Maurienne, un médecin intéressé par la création d'une M.S.P. est entrain de réunir une équipe autour d'un projet de santé. Néanmoins, le problème le plus fréquent au niveau de la démographie des personnels de santé sur le département est celui du vieillissement. En effet, de nombreux cantons apparaissent encore comme bien dotés mais avec une proportion très importante de médecins âgés de plus de 55 ans. Cela est d'autant plus important que « Les libéraux se distinguent par des cessations d'activité plus précoces qui commencent à apparaître avant 50 ans contre 56 ans pour les médecins salariés non hospitaliers et 57 ans pour les hospitaliers »⁵⁰. En outre, le phénomène s'aggrave chez les généralistes puisque « Seulement 53 % d'entre eux exerçaient encore à l'âge de 64 ans contre 64 % des spécialistes »⁵¹.

Ainsi, dans l'avant pays savoyard, zone regroupant les cantons de Yenne, Saint-Genix-sur-Guiers et Le-Pont-de-Beauvoisin, sont installés 23 médecins généralistes (dont neuf ont plus de 55 ans) et 27 I.D.E. libéraux pour 21 442 habitants. Il s'agit donc d'une zone pour le moment confortablement dotée mais à risque dans un futur proche vue l'âge des omnipraticiens exerçant sur le territoire. La situation a ainsi incité à la création de deux projets : un pôle de santé en fonctionnement adossé à une M.S.P. en construction à Saint-Genix-sur-Guiers et un pôle de santé fonctionnant sans projet de santé rédigé à Yenne. Le projet de Yenne a été construit avant la sortie du cahier des charges des M.S.P. et n'y correspond pas car il n'a pas été conçu à partir d'une entrée commune. Il est toutefois possible dans ce cas de construire un projet de santé de pôle santé et l'équipe de professionnels de santé est donc en réflexion sur l'opportunité de se lancer dans une telle démarche.

Au Nord du lac du Bourget, le canton de Ruffieux a 4 688 habitants sur une superficie longiligne avec huit I.D.E. et trois médecins généralistes ayant tous trois plus de 55 ans. Là aussi la situation présente un fort risque de dégradation et un projet de pôle de santé est lancé. La solution pôle de santé est privilégiée car elle correspond mieux à l'habitat dispersé de la zone mais le projet est toujours en réflexion car l'équipe de professionnels de santé est incomplète. En effet, un seul médecin s'est déclaré prêt à s'engager dans le projet porté par la pharmacienne de Chindrieux. Ils espèrent inciter ainsi un jeune médecin à venir s'installer dans la zone et mobilisent largement autour de cet objectif. Ce problème du vieillissement se retrouve aussi au Sud de l'avant-pays dans le canton des Echelles où trois des quatre médecins généralistes installés (pour 5 205 habitants) ont

⁴⁹ COMMUNAL, M.-J., idem.

⁵⁰ BILLAUT A., « Les cessations d'activité des médecins », *études et résultats*, DREES, n°484, avril 2006, p. 2.

⁵¹ Idem, p. 3.

plus de 55 ans. Un projet de M.S.P. réunissant deux médecins et deux des neuf infirmières du canton est bien avancé.

Suite à ce point sur les premières initiatives savoyardes il est possible de conclure que la solution de l'exercice coordonné semble convaincre les acteurs locaux notamment dans les zones identifiées comme en difficulté ou fragiles. Toutefois, il est important de prendre en considération la capacité à faire aboutir ces projets, notamment pour ceux essentiellement portés par les élus locaux qui ne rejoignent pas encore les attentes des professionnels de santé. C'est pourquoi il est désormais important de faire un focus sur les projets ayant abouti sur le département et qui sont aujourd'hui en fonctionnement.

2.1.2 Premiers aboutissements

Sur le département, trois sites sont actuellement dits " en fonctionnement " et nous reviendrons en détail sur leur genèse et leur mode d'exercice. Il s'agit en effet de sites fonctionnant sous des formes diverses dans des zones différentes. Tout d'abord, la M.S.P. de Lescheraines a un long historique. En effet, située dans la zone du Chatelard, encerclée par des barres rocheuses et à laquelle on ne peut accéder que par quatre cols et une cluse, le Docteur Jean-Marie Gagneur rappelle que « La maison médicale des Bauges a été créée en 1985 avec l'idée de faciliter l'accès aux soins en zone rurale, rassembler les professionnels de santé au sein d'une même structure dans le but d'un travail pluridisciplinaire, d'améliorer nos pratiques et la qualité et d'offrir une multitude de services pour réponse à la demande croissante de la population »⁵². Elle fonctionne aujourd'hui avec 17 professionnels de santé dont deux médecins généralistes, deux chirurgiens-dentistes, deux infirmiers, trois masseurs-kinésithérapeutes, une sage-femme et une orthophoniste à temps-plein. A temps partiel, une psychologue, un pédicure podologue ainsi qu'une nutritionniste interviennent aussi au sein de la M.S.P.

La pluri-professionnalité s'y organise sous la forme de réunions, surtout informelles, entre les professionnels de santé présents. De plus, le système d'information a été entièrement remis à plat afin de passer à un logiciel communicant. Des protocoles ont été mis en place pour les traitements anti-vitamine K (A.V.K.) avec les dentistes, pour la prise en charge des patients diabétiques de type 2 avec les médecins, infirmiers et pédicure. Le but d'amélioration des pratiques est toujours bien présent au sein du projet de santé. En effet, le développement professionnel continu est favorisé par la mise en place de plages de formation dans le planning des médecins. Néanmoins aucun contrôle interne n'est instauré entre les professionnels de santé et chacun est responsable de sa propre

⁵² GAGNEUR J.-M., « la maison médicale 73340 LESCHERAINES », XXVIIème congrès du syndicat national de la médecine de groupe, Du 11 au 13 Décembre 1986, Paris, p. 6.

formation. C'est aussi dans ce cadre que le Docteur Gagneur est maître de stage pour les internes en médecine générale.

Au niveau de la prise en charge, les bâtiments ont été rénovés en 2003 et sont donc accessibles aux personnes handicapées, les personnels de santé sont conventionnés en secteur 1 et accordent au besoin des dispenses d'avance de frais. Les médecins assurent la continuité des soins et prennent en charge de nombreuses urgences (80% des cas sont traités sur place). Des collaborations externes sont mises en place avec les réseaux de santé, la pharmacie et les laboratoires. La M.S.P. de Lescheraines s'appuyant sur une expérience longue est déjà en fonctionnement et est en cours d'adaptation au nouveau cahier des charges (notamment en ce qui concerne les modifications du système d'information, les réunions pluri-professionnelles et la protocolisation).

Le pôle de santé Chambéry Nord a quant à lui une organisation et des objectifs généraux assez différents. Effectivement son implantation dans une des deux seules ZUS de Savoie⁵³ implique un projet orienté vers l'accès aux soins des personnes défavorisées. De même, la situation du pôle de santé dans une zone urbaine avec de nombreux personnels de santé ayant leurs propres locaux rend évident le choix du statut de pôle de santé selon le Docteur Vignouille, coordonnateur du projet⁵⁴. Le pôle de santé regroupe ainsi 36 personnels de santé dont six médecins généralistes, en deux cabinets. Les 10 infirmières ne sont pas à temps plein mais l'une d'entre elles fait partie de l'expérimentation ASALEE⁵⁵ et est donc salariée de cette association. Les objectifs spécifiques du pôle de santé sont visibles notamment par la présence de deux psychologues, de deux orthophonistes, de quatre diététiciennes et d'une ergothérapeute.

De plus, tous les médecins exercent en secteur 1 conventionné. J.-L. Vignouille rappelle que la patientèle relève en effet pour près de 15% de la C.M.U. et le pourcentage de tiers-payant s'élève à 40%. Les personnes sous-tutelle et les personnes en affection de longue durée (A.L.D.) représentent une grande partie du public reçu. Un avenant au contrat des secrétaires a été fait précisant la fonction d'aide au remplissage des documents administratifs pour les personnes en difficultés d'écriture et le recueil des situations des personnes en difficultés financières pour leur proposer le tiers payant. En outre, l'hôpital de Chambéry a été sollicité pour mettre en place un groupe de travail pour améliorer le lien ville-hôpital et notamment la préparation de l'entrée et de la sortie d'hospitalisation.

⁵³ L'autre se situe aussi à Chambéry dans les quartiers Bellevue et du Biollay.

⁵⁴ Le Docteur Vignouille est aussi président de la maison des réseaux de santé Savoie (M.R.S.S.) et membre à ce titre de la plateforme d'appui aux professionnels de santé.

⁵⁵ Action de santé libérale en équipe, une expérimentation de coopération interprofessionnelle entre médecins généralistes et infirmiers délégués à la santé publique. Son objectif est d'améliorer la qualité des soins par la délégation aux I.D.E. des consultations d'éducation à la santé.

Un travail de recueil sur la réception des courriers de sortie est mis en place depuis juillet 2011.

Au niveau de l'organisation de la pluri-professionnalité, chaque médecin généraliste du pôle échange mensuellement avec l'infirmière de santé publique ASALEE. Des temps de concertation pluri-professionnels sont prévus dans les agendas des médecins au moins une fois par trimestre. Il s'agit d'échanges, si possible de visu, avec les professionnels de santé paramédicaux du pôle (I.D.E., masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens) mais le plus souvent encore au coup par coup, situation par situation, par téléphone. Des groupes de travail interdisciplinaires fonctionnent autour des quatre axes que sont la production des protocoles A.V.K. (entre I.D.E., médecins et pharmaciens), la sortie d'hospitalisation (entre I.D.E., diététiciennes, masseurs-kinésithérapeutes et pharmaciens), le lien médico-social (entre médecins, I.D.E. et diététicienne) et le dépistage des risques cardio-vasculaires en officine de pharmacie (entre I.D.E., médecins et pharmaciens).

Ce pôle de santé a été retenu en avril 2011 par l'A.R.S. Rhône Alpes comme site expérimental financé pour les deux premiers modules des nouveaux modes de rémunération. Le premier module est accordé au titre des missions coordonnées (au sein du pôle mais aussi entre professionnels de santé et professionnels sociaux ainsi qu'avec les établissements de santé et les établissements médico-sociaux). Le deuxième module, quant à lui, correspond à l'éducation thérapeutique, le pôle de santé a présenté deux dossiers. Le premier, établi en liaison avec le réseau de santé Savédiab, concerne les patients atteints de diabète de type 2 et consiste à adapter le protocole du réseau à un public en situation de précarité. Le deuxième programme est lui issu de l'expérience ASALEE et concerne la réduction des risques cardio-vasculaires.

Enfin, à Saint-Genix-sur-Guiers, la construction d'une nouvelle M.S.P. est menée concomitamment à la mise en place d'un pôle de santé. Selon le Docteur Durafour⁵⁶ le projet est le fruit de l'initiative de deux médecins et de la volonté très déterminée de la commune de ne pas perdre à terme ses professionnels de santé. Aujourd'hui, le projet a incité un nouveau médecin à s'installer dans la commune, portant le nombre de professionnels de santé à 11 dont trois médecins généralistes, un chirurgien dentiste, quatre I.D.E., une orthophoniste, un orthoptiste et une psychologue. Dans le cadre du pôle de santé un autre dentiste s'est joint au projet en provenance de Lyon. On voit là encore une fois l'attractivité qu'exercent ces nouveaux modes d'exercice sur les professionnels de santé et les bénéficiaires à en tirer pour améliorer l'offre de soins de premier recours. Cela est accentué par l'obligation d'encadrement des professionnels de

⁵⁶ Le Docteur Durafour, coordonateur du projet, est aussi coordinateur du secteur de garde et transmet les tableaux au SAMU de Grenoble et à celui de Chambéry. Il a présenté son projet dans le cadre du mini-séminaire du 3 décembre 2011.

santé en formation qui permet de faire découvrir la réalité de l'exercice libéral coordonné à de jeunes stagiaires. De plus, cela influe sur la qualité des soins car comme le dit le Docteur Durafour : « L'accueil des stagiaires nous a aussi boosté en tant que médecins ».

Le projet de santé défend une meilleure organisation des soins, une vision globale de la santé et l'amélioration des pratiques. La meilleure organisation se traduit par une amplitude d'ouverture plus grande (de 8 heures à 20 heures) permettant la prise en compte des petites urgences et la possibilité de compenser l'absence du médecin traitant du patient tout en pouvant avoir accès à son dossier. Par conséquent les conditions de travail des personnels de santé s'améliorent grâce à l'outil essentiel que représente le dossier médical informatisé complété par un accueil-secrétariat commun qui se trouve au centre du dispositif. La concertation et la pluridisciplinarité amènent une vision globale de la santé. Cela passe concrètement par une harmonisation des pratiques obtenue grâce à des rencontres régulières de concertation et l'introduction d'une démarche réflexive. Ce nouveau mode de collaboration médecins-infirmières est formalisé par la mise en route de six protocoles (A.V.K, Vaccin, Diabète, facteurs de risque cardio-vasculaire, dépistage du cancer, suivi du patient hospitalisé). Selon le Docteur Durafour, cette prise en compte accrue de la santé publique (prévention, dépistage, vaccinations) est rendue possible par les N.M.R. et la mise en route des tâches déléguées.

Selon son projet de santé, la M.S.P. de Saint-Genix-sur-Guiers sera particulièrement ouverte sur les partenaires extérieurs. Un cabinet polyvalent est prévu dans les locaux pour permettre notamment des consultations avancées de spécialistes. Les structures et partenaires locaux des domaines social, médico-social et sanitaire sont bien identifiés et le travail avec les réseaux de santé du département permet la prise en charge des maladies chroniques. Enfin, une réflexion est engagée pour initier une action ciblée sur les troubles spécifiques de l'apprentissage chez l'enfant. Cela se traduit pour l'instant par des réunions d'échanges les trois paramédicaux de la M.S.P. membres du réseau de l'association de concertation sur les troubles de l'apprentissage (ACTA 73) : la psychologue, l'orthophoniste et l'orthoptiste. Une psychomotricienne et une ergothérapeute extérieures, sont aussi intéressées.

2.2 Projet de santé et modernisation des pratiques

Selon le guide méthodologique pour l'élaboration du SROS, sa partie ambulatoire « contribue à la modernisation de l'offre, notamment par le développement de structures ou de modalités d'exercice coordonné »⁵⁷. Le fait de regrouper des personnels de santé

⁵⁷ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, *Idem*, p. 35.

au sein d'une M.S.P. ou d'un pôle de santé serait donc en soi un facteur de modernisation. Cette vision positive a priori pourrait entraîner un risque de dévoiement de la politique publique afin de financer l'existant. Néanmoins, la description du mode de fonctionnement en place dans les trois premiers sites savoyards nous montre que ce n'est pas le cas. Le passage à l'exercice coordonné entraîne une réelle modification des pratiques notamment par l'écriture du projet de santé qui entraîne une prise de recul permettant une attitude réflexive.

2.2.1 Cahier des charges contre effet d'aubaine

La lutte contre la désertification en matière de soins de premier recours par l'installation de M.S.P. est caractéristique d'une politique publique ne fonctionnant que sur un mode incitatif et sans aucune mesure coercitive⁵⁸. Cela reste surtout vrai pour l'installation des médecins généralistes. En effet, la possibilité d'implanter une officine de pharmacie dans une commune dépend depuis longtemps du nombre d'habitants⁵⁹ (2 500 habitants ou 3 500 en Guyane, en Moselle et en Alsace) et la liberté d'installation des infirmiers libéraux a été limitée en 2009⁶⁰. Les médecins libéraux résistent pour l'instant à toute volonté de réforme coercitive, ainsi « Après que l'on ait renoncé à toute coercition à l'installation des médecins, une proposition de loi, soutenue par le gouvernement, a été présentée au Sénat mi-février, visant à revenir sur les rares mesures contraignantes de la loi HPST (Hôpital, patients, santé, territoires) promulguée en 2009, en particulier les pénalités financières prévues pour les généralistes des zones sur-dotées refusant d'effectuer, en cas de besoin, des vacations dans les déserts médicaux voisins de leur lieu d'exercice. Ce "contrat santé solidarité" avait pour but de faire appel à la solidarité intergénérationnelle plutôt que de faire porter sur les seules épaules des nouvelles générations le poids de mesures coercitives à l'installation. La Confédération des syndicats médicaux français (C.S.M.F.), qui est le syndicat majoritaire chez les médecins libéraux, a eu gain de cause »⁶¹.

Une partie de l'évaluation de cette politique publique doit donc consister à déterminer dans quelle mesure elle relève de l'effet d'aubaine pour les promoteurs qui en bénéficient. Le dictionnaire d'Alternatives Economiques en ligne⁶² définit l'effet d'aubaine ainsi :

⁵⁸ COUR DES COMPTES, septembre 2011, « La répartition territoriale des médecins libéraux », in *La sécurité sociale*, p. 162-167.

⁵⁹ Disponible sur <http://vosdroits.service-public.fr/pme/F13777.xhtml?xtor=EPR-140>, [visité le 6 janvier 2011].

⁶⁰ COLLEN V., « Les infirmières perdent leur liberté d'installation », *Les Echos*, n° 20407, 17 avril 2009, p. 3.

⁶¹ CAMILLIERI J.-P., « Que sont nos médecins devenus ? », *Le monde* [en ligne], article paru le 15 mars 2011 [visité le 21 septembre 2011], disponible sur www.lemonde.fr.

⁶² Disponible sur http://www.alternatives-economiques.fr/Dictionnaire_fr_52_.html, [visité le 11 janvier 2011].

« Lorsqu'un acteur économique s'efforce d'inciter les autres acteurs à agir de telle manière, il les appâte en général en leur offrant un avantage s'ils se comportent de la façon souhaitée: par exemple baisse de prix, prime, cadeau, etc. Il y a effet d'aubaine si l'acteur qui bénéficie de cet avantage avait eu, de toute façon, l'intention d'agir ainsi même si l'avantage n'avait pas été accordé ». En commentaire il est ajouté que « L'effet d'aubaine vise essentiellement les politiques publiques. Par exemple, si, pour inciter les entreprises à embaucher, l'Etat accorde à celles qui le font une prime par embauche réalisée, cette mesure sera un effet d'aubaine pour toutes les entreprises qui étaient de toute façon sur le point d'embaucher. L'effet d'aubaine est une forme de déperdition de l'argent public, puisque, dans cet exemple, la prime aurait pu être économisée sans que le volume des embauches soit modifié ».

Il est nécessaire de s'interroger notamment dans les cas où le projet semble venir uniquement de la mairie sans concertation avec une équipe de paramédicaux. En effet, plusieurs des projets recensés par la D.T. en tant que « simple contact » correspondent à des mairies ayant déjà lancé des actions pour assurer le maintien de l'offre de soins primaire sur leur territoire. Celles-ci cherchent après coup à en limiter l'impact budgétaire en tentant de trouver des subventions extérieures. Cela est compréhensible car selon J.-P. Camillieri, « La mise à la disposition du médecin de locaux et de moyens de secrétariat, voire de logements de fonction va dans le bon sens. Mais ces mesures sont coûteuses pour les collectivités territoriales, déjà financièrement étranglées et elles ne prendront tout leur sens que si elles s'accompagnent d'une refondation profonde de l'offre de soins de proximité, avec le développement dans les bassins de vie des maisons de santé pluridisciplinaires favorisant le travail collectif, le partage des expériences et la mutualisation des moyens »⁶³. Toutefois, le manque de travail préalable avec les professionnels de santé peut amener une commune à avoir investi dans la pierre sans avoir pour autant une équipe intéressée pour la faire vivre.

Pour éviter ce genre d'écueils et s'assurer de la viabilité du projet il est donc essentiel de vérifier le respect du cahier des charges. En effet, dans son annexe 2, celui-ci va « préciser les critères « socles » minimaux requis pour les MSP ou les projets de MSP qui prétendent à un financement aussi bien pour l'investissement que pour le fonctionnement »⁶⁴. Parmi ces socles on retrouve la nécessité qu'un projet de santé soit formalisé par l'ensemble des professionnels partenaires en cohérence avec le SROS ambulatoire. L'équipe doit être composée a minima de deux médecins et d'un professionnel paramédical ayant une organisation du travail formalisée entre eux et s'engageant à accueillir et à encadrer des professionnels de santé en formation (étudiants

⁶³ CAMILLIERI J.-P., *idem*.

⁶⁴ Cahier des charges ministériel du 21 juillet 2010 DGOS/PF3/CdC MSP PF3 R2 DSS RB relatif aux maisons de santé pluri-professionnelles pouvant bénéficier d'un soutien financier, p. 1.

en médecine en stage de 2ème cycle, internes, étudiants infirmiers...). Viennent ensuite évoquées la prise en charge des patients (obligation de proposer des actions de prévention, d'orienter les patients, d'organiser des réunions pluri-professionnelles régulières et des protocoles), la coordination des soins avec les autres acteurs de santé du territoire et la continuité des soins. Enfin, « la maison de santé s'engage à mettre en place un dispositif de partage d'informations sécurisé, informatisé ou non, pour ses besoins propres de gestion et de coordination entre professionnels de la structure. Ce dispositif favorise la continuité des soins, notamment en cas d'absence d'un médecin »⁶⁵.

La cohérence avec la partie ambulatoire du SROS pourrait être un point faible pour les projets étant apparus en Savoie avant que celle-ci ne soit établie. Afin d'anticiper cette difficulté la D.T. a pris soins dans ces propositions d'établissement des zones fragiles sur le département d'inclure les communes qui portent un projet ayant besoin de financements. Ceci explique notamment que la commune de Lanslevillard ait été privilégiée par rapport à celle de Lanslebourg afin de rester cohérent avec les choix effectués par les professionnels de santé concernés. Il est donc possible de dire que dans un premier temps la logique du diagnostic a été inversée, il ne s'agit pas d'adapter les moyens mis en œuvre aux besoins analysés mais de s'assurer que des besoins soient mis en exergue là où des solutions peuvent exister rapidement.

Le cahier des charges fait de la rédaction par l'ensemble de l'équipe pluri-professionnelle d'un projet de santé décrivant le fonctionnement de la M.S.P., et par extension du pôle de santé, l'élément fondamental permettant d'attribuer des financements et donc d'évaluer la pertinence d'un projet. Celui-ci n'interdit pas à des professionnels de santé volontaires pour travailler dans un même lieu sans faire de projet de santé de le faire, ni même de baptiser leur maison « M.S.P. », il précise néanmoins qu'ils ne pourront alors bénéficier de financements d'Etat. C'est pourquoi on parle de la question de la labellisation des M.S.P. car seules celles ayant déposé un projet validé par l'A.R.S. pourraient alors le recevoir. Le projet de santé est donc le moyen permettant à la fois de mettre en valeur, par la labellisation, la modernisation des pratiques que peut engendrer l'exercice coordonné et de lutter contre l'effet d'aubaine en évaluant a priori la réelle volonté d'évolution portée par l'équipe de professionnels de santé.

2.2.2 Remise en question réelle

La question de l'effet d'aubaine se pose aussi dans les cas développés plus tôt. En effet, alors que la maison médicale de Lescheraines existe depuis 1985 sa transformation en M.S.P. lui a permis de bénéficier de subventions pour monter une extension. De même le

⁶⁵ Cahier des charges ministériel du 21 juillet 2010, annexe 2.

cabinet de la rue Bertillet regroupait déjà de nombreux professionnels de santé, médecins généraliste, gynécologue et était déjà inscrit dans la coopération pluri-professionnelle grâce à l'expérimentation ASALEE. Or, grâce à la reconnaissance du pôle de santé Chambéry-Nord la structure reçoit dans le cadre du module 1 des N.M.R. un forfait « rémunérant les missions de coordination au sein des sites expérimentateurs (management de la structure, temps de concertation interprofessionnelle) »⁶⁶. Il est donc essentiel de se pencher sur le contenu des pratiques et celui-ci se retrouve notamment dans le projet de santé.

L'étude des dossiers déposés par ces sites permet de se rendre compte que le fait de rédiger un projet de santé qui corresponde au cahier des charges entraîne par lui-même une prise de recul et une démarche réflexive. Le Docteur Gagneur expliquait donc lors de la préparation de la rédaction que celle-ci était « un motif de réflexion nous permettant une étape importante d'évolution ». Cela a permis de se questionner sur des pratiques ancrées depuis longtemps. Ce fut le cas notamment à propos des réunions pluri-professionnelles qui « entraînent une réaction de crainte de la réunionite » alors que leur mode de fonctionnement permet déjà de nombreuses réunions informelles. Celles-ci ont donc été identifiées comme des « temps de coordination médicale » et complétées par des « rencontres responsables-groupe mono-professionnel, qui permettent de régler les problèmes de manque de coordination ». En outre, le projet souligne la nécessité d'organiser les réunions avec des intervenants extérieurs : le SSIAD mensuellement, les pharmaciens, les médecins du canton hors M.S.P., etc.

La nécessité de rentrer dans le cahier des charges a eu aussi pour effet de permettre la formalisation, sous la forme de protocoles écrits et repensés, de coopération entre médecins et infirmiers. De plus, la réflexion enclenchée a permis de soulever de nouvelles questions telles que la possibilité de formaliser des coopérations interprofessionnelles entre médecins et masseurs-kinésithérapeutes, ou la nécessité d'investir dans un logement dans les combles (deux chambres et une salle de séjour-cuisine) qui serait « très utile pour faire venir des étudiants dans des zones difficiles » selon le Docteur Gagneur. Enfin, il est tout de même possible de déceler un effet d'aubaine dans le financement d'un nouveau système informatique qu'il était nécessaire de faire (le réseau datant de 2003) et alors que comme le rappelle la première version du projet de santé : « Jusqu'à maintenant nous avons toujours autofinancé nos investissements ».

Il est donc possible de constater que même pour une structure bientôt trentenaire la reconnaissance d'un statut pour les M.S.P., si elle ne chamboule pas toutes les pratiques, permet une réorientation et un approfondissement de la coordination des tâches. Cela est

⁶⁶ AGENCE REGIONALE DE SANTE DE RHONE-ALPES, De nouvelles pratiques avec de nouveaux modes de rémunérations, p.5.

confirmé par l'étude du projet de santé du pôle de santé Chambéry-Nord où plusieurs pratiques ont évolué grâce à la rédaction du projet de santé. Ainsi, pour les patients nécessitant une prise en charge coordonnée entre médecins et infirmières un cahier de liaison que détient le patient est rempli par les intervenants au fur et à mesure du suivi et les ordonnances de prescription de soins de kinésithérapie sont accompagnées d'un mot de présentation clinique de la situation et des objectifs

En ce qui concerne la collaboration interprofessionnelle il a été jugé important de forger une culture commune, entre l'ensemble des adhérents du pôle. Cela se fait notamment par l'organisation trimestriellement de réunions thématiques conviviales autour d'un buffet afin de faire un état des lieux. La première a eu lieu le 16 septembre sur le thème de la diététique : « Comment intervenir sans nuire ». La suivante a permis de présenter les outils élaborés par le groupe de travail sur les protocoles A.V.K. et la fiche d'information au patient. En effet, des groupes de travail interdisciplinaires fonctionnent autour des quatre axes que sont la production des protocoles A.V.K (entre I.D.E., médecins et pharmaciens), la sortie d'hospitalisation (entre I.D.E., diététiciennes, masseurs-kinésithérapeutes et pharmaciens), le lien médico-social (entre médecins, I.D.E. et diététicienne) et le dépistage des risques cardio-vasculaires en officine de pharmacie (entre I.D.E., médecins et pharmaciens). Enfin, le pôle déclare vouloir solliciter l'association MG ADESA pour élaborer un projet de formation pluridisciplinaire dans le cadre du développement professionnel continu (D.P.C.) de chaque professionnel de santé sur l'exercice coordonné et protocolisé dans le cadre du Pôle de santé.

Finalement, si le module 1 des N.M.R. permet de rémunérer des pratiques existantes il permet également de les formaliser et de les pérenniser. Cela nous éloigne donc de l'effet d'aubaine tout en confirmant l'effet modernisateur sur les soins de premier recours que peut avoir le passage à l'exercice coordonné. Il est aussi nécessaire de souligner que le pôle de santé Chambéry Nord expérimente aussi le module 2 des N.M.R. avec la mise en place de deux programmes d'éducation thérapeutique : diabète et risques cardiovasculaires. Sont ainsi rémunérées la création du programme, la formation des professionnels et chaque étape des programmes (diagnostic, séances individuelles et collectives, évaluation) « dans le but d'aider les patients ou leur entourage à acquérir ou maintenir les compétences nécessaires pour gérer leur maladie de façon plus autonome »⁶⁷.

De nombreux projets de pôles ou de M.S.P. sont présents sur le territoire de la Savoie et répondent en grande partie à des besoins, même si ceux-ci ne sont a priori pas

⁶⁷ AGENCE REGIONALE DE SANTE DE RHONE-ALPES, op. cit., p.8.

sanctionnés par un statut de zones fragiles. Dans ce contexte il est nécessaire d'étudier quel rôle proactif peut avoir un IASS dans la lutte contre la désertification médicale. Celui-ci passe, au niveau départemental, par l'accompagnement de proximité et la mobilisation transversale des partenaires institutionnels.

2.3 Accompagnement de proximité

Les outils traditionnels de planification, qui ont été appliqués au champ sanitaire, ne sont pas transposables à l'organisation de l'offre de soins ambulatoires. Il s'agit donc surtout de mettre en place une méthodologie et un accompagnement des projets. Selon Philippe Guetat⁶⁸, il faut « constituer un outil de concertation à même de mobiliser les professionnels de santé libéraux autour de priorités régionales en matière de santé publique ». Il s'agit de la PAPS qui regroupe les partenaires institutionnels travaillant sur le sujet (ARS, Ordres professionnels, U.R.P.S., Assurance maladie, mutualité sociale agricole (M.S.A.), Conseil régional, Conseils généraux, Préfectures, Fédération des maisons de santé, Facultés de médecine). La PAPS a des instances régionales et départementales. Au cours de mon stage j'ai été amené à organiser la première réunion effective de l'espace de concertation départemental de la PAPS en Savoie.

2.3.1 Espace de concertation départemental

Au sein de chaque département de la région Rhône-Alpes la volonté de l'A.R.S. est d'organiser un « espace de concertation départemental » de la PAPS, aussi appelé cellule « territoire et santé »⁶⁹. En Savoie, une première réunion de cet espace a eu lieu le 27 mai 2011 à l'initiative de la D.T. A.R.S.. Il s'agissait d'une réunion de mise en place rassemblant pour la première fois tous les partenaires départementaux concernés par le sujet de l'offre de soins de premier recours en général et par les modes d'exercice coordonné en particulier. Ainsi, étaient représentés : l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, le Conseil général de la Savoie, la FEMASRA, l'Ordre des infirmiers, la Caisse primaire d'assurance maladie, la M.S.A. des Alpes du Nord, le Conseil départemental de l'Ordre des médecins et l'association Diabète 73 au titre de la représentation des usagers. Enfin, les représentants de l'Ordre départemental des sages femmes et des chirurgiens dentistes et de l'U.R.P.S. médecins étaient excusés.

Cette première réunion a permis de présenter la démarche et les instances de la PAPS à tous les partenaires ainsi qu'un premier échange entre eux sur les attentes qu'ils avaient

⁶⁸ Déclaration effectuée le 22 septembre 2011 à Bron.

⁶⁹ Cahier des charges ministériel du 21 juillet 2010, p. 2.

par rapport à l'instance départementale de celle-ci. Plusieurs tâches lui sont confiées : recueillir des informations pour le site internet (déclinaison régionale d'une trame nationale comme pour les sites des A.R.S.), assurer le suivi des demandes d'aide à l'installation individuelle des professionnels de santé de premier recours, des contrats d'engagement de service public (C.E.S.P.), des médecins maîtres de stage. Enfin, plus spécifiquement sur le champ des M.S.P. l'espace de concertation départemental doit assurer le suivi de l'ensemble des sites et projets, étudier les différentes sources de financement et présélectionner des projets à présenter dans le cadre de plan nationaux.

Ainsi, la mise en place de la PAPS permettrait de rendre le SROS ambulatoire opérationnel en rendant la concertation effective tout en assurant un suivi réel des projets et actions menées. C'est pourquoi la deuxième réunion a eu lieu le 8 novembre 2011 avec comme objectif la mise en place d'un dispositif souple d'appui et d'accompagnement. Le premier point de l'ordre du jour reste celui de faire le bilan des projets de pôles et M.S.P. du département. Il est en effet indispensable pour mobiliser l'ensemble des partenaires autour du suivi dans la durée des projets de revenir lors de chaque réunion sur l'Etat d'avancement de ceux-ci. Cela passe par une présentation menée par les agents de la D.T. qui sont chargés de l'animation de l'espace de concertation départemental. La préparation de cette réunion a impliqué de contacter tous les porteurs de projets du département afin de faire le point sur leur état d'avancement. Une fiche de synthèse actualisée de chacun des 21 projets a été fournie à l'ensemble des partenaires. Néanmoins, c'est aussi et surtout l'occasion pour tous les partenaires autour de la table d'apporter des corrections selon les informations différentes dont ils peuvent disposer. C'est pourquoi il pourrait être nécessaire d'inviter des représentants des maires, ou des communautés de communes, à participer à cet espace car ce sont en général les premiers informés des projets et des difficultés rencontrées par les porteurs de projets.

Le second objectif de cette réunion était d'obtenir la mise en place d'un dispositif souple d'appui et d'accompagnement. Cela correspond à la volonté de concrétiser le « guichet unique » pour « tous les professionnels de santé qui voudraient créer un pôle de santé avec les élus »⁷⁰ annoncé par Monsieur le Président de la République. Dans chaque D.T. de Rhône-Alpes deux référents PAPS ont été désignés, il s'agit en règle général d'un MISPP et d'un IASS, et leurs coordonnées sont diffusées sur le site internet⁷¹. Leur rôle au sein de ce nouveau dispositif est d'assurer l'interface entre un promoteur de projet et le partenaire le plus à même de répondre à ces questions du moment. Cela souligne l'importance de bien déterminer quelles sont les compétences de chacun et à quel moment il est le plus opportun d'intervenir. Le rôle de l'IASS est alors d'être disponible

⁷⁰ Déclaration faite à Orbec (Calvados), le 1er décembre 2010 au cours d'une table-ronde sur la médecine de proximité

⁷¹ Disponible sur <http://www.rhonealpes.paps.sante.fr/La-demarche.114347.0.html>, [visité le 15 janvier 2011].

pour répondre aux personnels de santé, compétent pour savoir vers qui il vaut mieux répercuter ses demandes et animateur pour faire en sorte que le partenaire adéquat réponde efficacement aux personnels de santé ayant contacté la plate-forme. Les réponses, en revanche ne doivent pas passer par le référent de la D.T. mais par celui qui maîtrise le mieux le sujet afin de ne pas occasionner de déperdition d'information.

Un autre dossier devrait être suivi par l'espace de concertation départementale dans le cadre de la lutte contre la désertification médicale : les premiers étudiants en médecine ayant signé un C.E.S.P. dans le département. « Instauré par l'article 46 de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009, il est à destination des étudiants admis à poursuivre des études médicales à l'issue de la première année du premier cycle ou ultérieurement. Les étudiants bénéficiaires se voient verser une allocation mensuelle de 1 200€ bruts et imposables jusqu'à la fin de leurs études. En contrepartie, les bénéficiaires s'engagent à exercer leurs fonctions, à compter de la fin de leur formation, dans des lieux d'exercice spécifiques proposés par les A.R.S. dans des zones où la continuité des soins fait défaut. La durée de leur engagement est égale à celle correspondant au versement de l'allocation et ne peut être inférieure à deux ans »⁷². Néanmoins, en Savoie, un seul lieu d'exercice prioritaire est pour le moment inscrit (il y en a neuf pour la région Rhône-Alpes, un par département et deux dans le Rhône). Il s'agit du canton de Saint-Jean-de-Maurienne et aucun étudiant en médecine ne s'est porté candidat pour s'y installer. Il faut dire qu'au niveau national la montée en charge de ce dispositif a été lente et n'a pas atteint ses objectifs.

Reste toutefois à travailler sur le rôle de maître de stage des médecins généralistes libéraux du département afin que ceux-ci encouragent les futures installations. Ce rôle correspond pourtant plus à l'échelon régional de la PAPS dans lequel se réunissent en plus des partenaires que l'on retrouve au niveau départemental, les facultés de médecine et les représentants des étudiants. Le fait d'aborder ce sujet au cours de la deuxième réunion de la PAPS a d'ailleurs suscité un rejet de la part des partenaires qui « ne comprenaient ce que l'A.R.S. avait à voir là-dedans, c'est le problème des facultés qui s'en chargent déjà ». Cette déclaration est aussi intéressante car elle démontre que l'espace de concertation départemental est vu comme ne concernant que l'A.R.S. et pas l'ensemble des partenaires qui le composent. Cela pose question sur la dynamique mise en place et sa pérennité dans le temps.

⁷² Disponible sur <http://www.rhonealpes.paps.sante.fr/Le-Contrat-d-Engagement-de-Ser.114384.0.html>, [visité le 15 janvier 2011].

2.3.2 Engagement volontaire et dynamique partenariale

Pour le moment toutes les démarches entreprises autour des M.S.P. et de l'offre de soins ambulatoires en général semblent susciter l'enthousiasme des parties prenantes. Néanmoins, cela ne va pas sans difficultés car pour la plupart des membres de l'espace de concertation il s'agit d'une démarche volontariste. Le dossier de l'exercice coordonné ne correspond, en effet, pas forcément à un temps de travail dédié par leur structure. En dehors de l'A.R.S. il semble que ce soit une tâche en plus dont ont été chargés les agents ou les individus montrant le plus d'appétence pour le sujet. C'est pourquoi, afin de favoriser leur implication tout en professionnalisant le niveau des réponses apportées, des formations sur la problématique du développement de l'exercice coordonné leur sont offertes par l'A.R.S.. Selon Lilian Brosse, référent PAPS au sein de la DEOS de l'A.R.S. Rhône-Alpes, il s'agit de « développer une culture commune sur la question des M.S.P. ».

L'objectif d'accompagnement qui dépend pour le moment en grande partie de l'implication individuelle des agents en charge du sujet et des partenaires qui sont souvent eux-mêmes concernés. Ainsi, au sein de l'espace de concertation départemental de la Savoie, trois des partenaires présents lors de la réunion du 8 novembre 2011 sont des médecins coordonateurs de projets de MSP ou de pôle de santé. Il s'agit du Docteur Gagneur de la M.S.P. de Lescheraines présent au nom de la FEMASRA, le Docteur Ledoux, de la M.S.P. de Flumet-Val d'Arly représentant de l'U.R.P.S. médecins et le Docteur Vignoulle du pôle de santé Chambéry Nord, Président de la M.R.S.S. Chacun des partenaires vient d'un univers différent et il est important pour l'efficacité de la cellule territoire et santé que tout le monde soit d'accord sur la définition des termes, les objectifs à atteindre et la nécessité de garder une vue d'ensemble plutôt que de discuter de cas individuels.

La question des outils communs et de la cohérence départementale est importante. En effet, en région Rhône-Alpes tous les départements ne partent pas du même point. La désertification médicale mobilise par exemple l'Ain et son Conseil général depuis plusieurs années. Une cellule de coordination existait entre celui-ci et la Délégation départementale des affaires sociales (DDAS)⁷³, il reste encore à voir comment ce mécanisme peut s'insérer dans la nouvelle logique régionale. En effet, comme pour les autres dispositifs suivis par les A.R.S., un effort de mutualisation et d'harmonisation des outils est mené en interne. Par la suite l'ensemble des outils et supports d'information sera mis en ligne sur un espace internet collaboratif, ce qui permettra à chaque partenaire d'avoir une information à jour et en temps réel. Toutefois, cette non uniformisation des pratiques a aussi l'avantage de laisser plus de places aux initiatives locales. C'est

⁷³ Une politique d'aide financière aux étudiants internes en médecine générale en stage dans l'Ain y était portée.

caractéristique du changement de mentalité qu'implique l'instauration d'un volet ambulatoire dans le SROS. Il s'agit de mener des actions en partenariat, sur le mode du volontariat pour les participants en dehors des horaires d'ouverture de l'A.R.S..

Ainsi, en parallèle au lancement de la plate-forme, une autre initiative a été menée en Savoie pour soutenir la dynamique de création de M.S.P. et pôles de santé. Il s'agit de « mini-séminaires » regroupant les porteurs de projets, le plus souvent des médecins mais cela peut-aussi être un professionnel de santé paramédical ou un élu local, et leurs équipes. Ces rencontres sont co-organisées par la FEMASRA, la M.R.S.S. et la D.T. A.R.S. Le 3 décembre 2011 a eu lieu la deuxième édition de ces rencontres. Cette date fut retenue car c'était un samedi après-midi de début décembre. Le faire un autre jour n'aurait pas permis à un maximum de professionnels de santé d'être présents. En effet, il était nécessaire pour assurer une audience maximale d'éviter les horaires dédiés à la continuité des soins (8h-20h la semaine et 8h-12h le samedi) et de prendre en compte les dates de la saison hivernale. Le programme prévoyait trois interventions mais surtout de longs temps d'échange formels et informels, l'objectif étant de libérer la parole.

La première présentation a été assurée par l'équipe de la D.T., elle avait pour but de présenter aux promoteurs la PAPS, son espace de concertation départementale et son site internet qui permet de répondre à la plupart de leurs questions. Ce fut aussi l'occasion de faire le point sur les évolutions juridiques annoncées par la loi Fourcade⁷⁴ dont l'objet initial était de rendre plus effective l'application de la loi H.P.S.T. et notamment sur la très attendue société interprofessionnelle de soins ambulatoire (SISA). Celle-ci doit venir clarifier la question des statuts juridiques d'une structure d'exercice coordonnée. Elle vient préciser qui peut en faire partie (et précise par la même occasion quels professionnels de santé sont admis dans une M.S.P.) et répond surtout à la nécessité de mise en commun de moyens. En effet, un décret devrait venir préciser les activités (de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coordination) dont l'exercice en commun est permis. La rémunération de ces activités constituera les recettes de la société qui pourra ensuite les rediriger vers ses membres, ce que le statut d'une association à but non lucratif (loi de 1901) ne permet pas. Les statuts types des SISA feront l'objet d'un décret en Conseil d'Etat.

La deuxième présentation était menée par le Docteur Beley, Médecin responsable de la Maison de Santé d'Ambérieu-en-Bugey (Ain), sur le thème : « Pôle de santé, comment travailler ensemble sans être sur le même site ». L'idée maîtresse qui en ressort est l'importance de la formalisation. La première de ces formalisations est selon lui celle du projet de santé qui doit reposer sur la complémentarité des compétences des différents

⁷⁴ LOI n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

membres de l'équipe. Cette étape a duré, dans leur cas, entre deux et trois ans et a été l'occasion de lancer la coopération (avec des groupes d'échange formels hebdomadaires) et de travailler sur l'homogénéisation des pratiques et des outils (dossier médical informatisé). L'autre type essentiel de formalisation concerne les protocoles qui ont demandé d'autant plus d'efforts que le cadre n'existait pas et qu'ils étaient précurseurs. Ils concernent les binômes médecins-I.D.E., médecins-masseurs-kinésithérapeutes et médecins-pharmaciens (sur les risques iatrogènes).

La troisième présentation était un retour d'expérience animé par le Docteur Durafour à propos du montage du projet de M.S.P. et de pôle de santé à Saint-Genix-sur-Guiers. Il insista notamment sur les différents modes de financement accessibles, sur la question des statuts juridiques et surtout sur les négociations à propos de l'investissement immobilier. Nous le verrons par la suite il s'agit en effet là des principaux obstacles qu'une équipe s'engageant dans un projet de M.S.P. peut rencontrer. Effectivement, pour déterminer quels sont les atouts et les limites des M.S.P. et pôles de santé dans la réponse apportée aux problèmes de démographie des personnels de santé en Savoie nous avons repris les éléments de diagnostics et vérifié que les besoins correspondaient aux projets existants. Par la suite nous avons vu l'accompagnement dont bénéficient ces derniers et qui permet de prendre du recul sur les premières expériences et leurs difficultés.

3 Freins, obstacles et leviers

Il est possible d'affirmer que les M.S.P. et pôles de santé peuvent mener à une réelle modernisation des pratiques tout en mobilisant les personnels de santé (voire en provoquant de nouvelles installations) afin de maintenir une offre de premier recours au sein des zones fragiles. Afin de faciliter l'émergence de projets il est donc important de faire le point sur les obstacles les plus communs et sur les leviers permettant de les dépasser. Cela est possible grâce aux différents retours d'expérience des premiers projets aboutis et au suivi régulier sur le long terme effectué par la D.T.

3.1 La constitution d'une équipe de professionnels de santé

Nous avons vu que la première étape vers la concrétisation d'un projet, celle qui justement permet de passer de la qualification " en réflexion " à la qualification " en projet ", est la constitution d'une équipe de professionnels de santé, correspondant aux critères du cahier des charges et s'engageant dans la rédaction d'un projet de santé. C'est le premier point d'achoppement, notamment pour les projets initiés par des élus locaux, et il souligne l'importance de l'émergence d'un porteur de projet coordonnateur d'équipe.

3.1.1 Critères d'une équipe pluri-professionnelle

L'article L.6323-3 du C.S.P. dispose qu'une maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. De plus, le cahier des charges affirme que les M.S.P. « diffèrent entre elles à plusieurs égards » et notamment le « nombre et types de professionnels associés »⁷⁵. La seule précision apportée en tant que socle minimal est la suivante : « L'exercice est pluri-professionnel : la structure ou le projet doivent comprendre au minimum deux médecins et un professionnel paramédical (infirmier, masseur kinésithérapeute, ...) »⁷⁶. Au sens du C.S.P. les professionnels médicaux⁷⁷ recouvrent les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes. Les auxiliaires médicaux sont les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures-podologues, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les orthophonistes, les orthoptistes, les manipulateurs d'électroradiologie médicale, les

⁷⁵ Cahier des charges ministériel du 21 juillet 2010, annexe 2.

⁷⁶ Idem.

⁷⁷ Articles L4111-1 à L4111-8 du C.S.P.

techniciens de laboratoire médical, les audioprothésistes, les opticiens-lunetiers, les prothésistes et orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées et les diététiciens⁷⁸.

Ce manque de précision, qui pourrait être corrigé dans le décret établissant les statuts type d'une SISA, provoque plusieurs types de difficultés. Aussi, plusieurs arbitrages ont dû être apportés avec le temps mais sans base juridique solide. Ainsi, les deux médecins sont entendus comme étant deux médecins généralistes (puisqu'il s'agit de premier recours) mais la question de l'acceptation des médecins à mode d'exercice particulier (MEP) se pose. Un médecin ayant un mode d'exercice particulier est un médecin dont la spécialité n'est pas reconnue par la sécurité sociale (ex : homéopathie, acupuncture, etc.). Le critère du conventionnement avec la sécurité sociale semble important pour permettre de refuser aux médecines parallèles l'autorisation d'exercer dans un cadre financé en partie par l'A.R.S.. Il ne peut cependant être suffisant car les actes des ergothérapeutes ou des diététiciens ne sont pas remboursés.

Néanmoins, selon une position du conseil national des médecins de décembre 2008, deux exceptions sont faites afin de pouvoir accueillir dans les locaux les cabinets professionnels de psychologues et d'assistantes sociales. Une autre exception est demandée par les porteurs de projets en Savoie, il s'agit de l'acceptation des ostéopathes (pour ceux qui n'ont pas de diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute). Il est possible de défendre cette position nonobstant le non remboursement des actes ostéopathiques par l'Assurance maladie car « l'article 75 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé pose le principe d'une reconnaissance de l'usage professionnel du titre d'ostéopathe »⁷⁹. « L'autorisation d'user du titre d'ostéopathe accordée aux praticiens en exercice et l'agrément délivré aux établissements de formation en ostéopathie répondent à ces préoccupations »⁸⁰. Sur le terrain les ostéopathes semblent d'ailleurs reconnus par les autres professionnels de santé qui les ont invités à collaborer au projet de santé (c'est le cas pour la M.S.P. de Lescheraines, celle de Saint-Pierre-D'albigny, ou encore pour le pôle de santé de Chindrieux).

Il a été établi que dans l'hypothèse où une équipe de "professionnels M.S.P." voudrait faire venir des professionnels d'une autre catégorie, ils doivent prévoir une entrée distincte afin que les structures ne puissent être confondues. Enfin, ils ne pourront pas leur proposer d'adhérer à leur statut juridique. Cela s'adresse notamment à des projets

⁷⁸ Article L4311-1 et suivants du C.S.P.

⁷⁹ Réponse du Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative publiée dans le JO Sénat du 11/09/2008 - page 1838.

⁸⁰ Idem.

hybrides ne correspondant pas entièrement à l'esprit qui préside à l'établissement des MSP à savoir la consolidation de l'offre de soins de premier recours. Le projet déposé sur la commune de Challes-les-Eaux a provoqué à ce propos une polémique au sein de l'espace de concertation départemental. Ce projet rassemble 13 masseurs kinésithérapeutes, 5 médecins du sport, et 5 chirurgiens du Médipôle de Savoie (clinique privée située sur Challes-les-Eaux) dans le cadre de consultations externes, un podologue et une diététicienne. Il ciblait initialement des patients particuliers : sportifs de haut niveau, traumatismes liés à la pratique de sports. Dans le cadre d'une recherche de financements l'A.R.S. lui a conseillé plusieurs pistes d'élargissement telles que l'école du dos, la cancérologie et l'obésité morbide. Ce sont en effet des actes qui entrent dans le cadre du premier recours et correspondent à des priorités du SROS. Toutefois, au-delà des professions de santé, ce centre baptisé « Terre de soins » accueillera des entreprises de service (coiffeur, ongles, esthétique,...). Leur installation dans les locaux se fera avec des entrées clairement séparées.

Un autre versant problématique dans la constitution d'une équipe concerne les zones déjà particulièrement fragilisées au niveau de la démographie médicale. Ainsi plusieurs M.S.P. du département restent « en réflexion » car elles n'arrivent pas à recruter un deuxième médecin généraliste prêt à s'engager autour d'un projet de santé. Cela rappelle que la méthodologie nationale déconseille de fournir des efforts dans les zones de désert médical⁸¹. Lorsqu'un canton a été déjà abandonné par ses professionnels de santé en faire revenir est toujours des plus compliqué.

A cela s'ajoute le fait qu'il est recommandé que dans le territoire couvert par une M.S.P. on trouve au moins 2 000 habitants par médecin généraliste. Ainsi le projet de Chindrieux espère attirer un nouveau médecin sur le canton car, parmi les trois médecins présents, un se dit trop proche de la retraite pour s'engager et un deuxième se concentre sur son MEP. Le projet de Grignon est en revanche limité par la population de la commune (1 994 habitants) qui a pourtant déjà lancé la construction d'un bâtiment. Toutefois, une réorientation du projet afin de prendre en compte les autres communes du canton d'Albertville-Sud (hors Albertville) permettrait de couvrir une population totale de 6 911 habitants, soit largement de quoi assurer à un deuxième médecin de se créer sa patientèle rapidement. D'autant plus qu'il bénéficierait de l'attrait qu'exercent les M.S.P. notamment grâce à leur amplitude horaire élargie, leur obligation de recevoir en partie sans rendez-vous et la hausse de la qualité des soins qu'offre une prise en charge globale et coordonnée.

⁸¹ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, op.cit., p. 95.

3.1.2 Engagement et rôle du porteur de projet

Ce qu'il est possible de retirer des premières expériences est l'importance que joue durant toute la phase de préparation le coordonnateur du projet. C'est en effet à lui qu'incombe le devoir de fédérer une équipe qui sera par la suite amenée à travailler ensemble. Ce rôle incombe dans la majorité des cas à un des médecins mais des exceptions existent. C'est le cas pour le pôle de santé de Chindrieux où la responsable du projet est la pharmacienne (cela s'explique aussi par la difficulté à voir un médecin s'installer dans le canton) ou pour le projet de Challes-les-Eaux où le coordonnateur du projet est le masseur-kinésithérapeute de l'équipe de handball de Chambéry-Savoie (quadruple vice-champion de France). Dans certains cas le montage du projet repose aussi sur un référent administratif (les secrétaires de mairie de Grignon, Aime ou Tignes) qui peuvent par la suite passer la main à un référent médical (ce fut le cas à Frontenex).

En outre, l'animation d'une équipe de professionnels peut aussi reposer sur un petit groupe de personnes. Ainsi, pour le projet des Marches, le Docteur Gaboreau annonçait en juillet que « trois jeunes médecins généralistes porteurs du projet en association avec la mairie collaborent activement afin de monter un projet cohérent aux attentes de la population et des besoins de santé locaux ». Cette idée d'un comité de pilotage se retrouve aussi dans le projet de Chindrieux qui pour améliorer la mobilisation réunit autour de la porteuse de projet des élus locaux, des professionnels de santé paramédicaux (I.D.E., sage-femme) et des médecins salariés présents sur le secteur. Enfin, pour le projet de Lanslevillard le Docteur Lecarme s'est fait accompagner par un cabinet de consultants externes. Cela permet de dégager du temps par rapport à la masse de travail que représentent l'animation et la coordination d'une équipe depuis le lancement de l'initiative jusqu'à la livraison des travaux, en passant par la rédaction du projet de santé. D'autant plus que contrairement à la compensation que peut apporter par la suite le module 1 des N.M.R. ce temps, vu comme administratif, n'est pas rémunéré.

En règle générale il est important qu'il y ait une clarification des tâches de chacun dans le montage du projet. En effet, l'ambiguïté peut faire apparaître des tensions. Ce peut-être le cas notamment lorsque les médecins refusent de prendre à leur compte la rédaction du projet de santé. La multiplication des réunions à effectuer et les nombreuses pratiques à restituer sous forme écrite peuvent en effet donner l'impression aux professionnels de santé de s'éloigner de leur cœur de métier. Cela alors même que comme le déclarait un des participants au mini-séminaire du 3 décembre 2011 : « je m'affole de la demande en temps que cela me prendra alors qu'on a la pression due au manque de démographie ». Or, si une partie de ces tâches peut-être déléguée à un référent administratif ou à un

cabinet il est impossible de se passer d'un temps de concertation et d'investissement des médecins avec les autres professionnels de santé. Néanmoins un des docteurs responsable de projet rencontré a exprimé une « certaine exaspération » de devoir préciser dans un dossier « des détails ahurissants au vu du temps passé sur ce projet...car il me semble avoir répondu plusieurs fois à ces questions qui pour la plupart tombent sous le sens ». De même, s'il est important pour les agents de la D.T. chargés de l'accompagnement des projets de clarifier ce qui est demandé dans les dossiers de financement ce ne peut être leur rôle que de les rédiger.

De plus, il faut rappeler que le rôle de coordonateur d'équipe est plutôt étranger à la logique du professionnel de santé libéral. Le Docteur De Haas, président de la F.F.M.P.S. dit par exemple que « l'exercice libéral est marqué par son isolement – Quelles que soient les méthodes de travail et de production de biens ou de services, la modernisation des activités professionnelles se fait dans le partage des savoirs et dans de nouvelles manières de travailler en équipe »⁸². De ce constat il déduit la nécessité d'une ouverture des libéraux sur le travail en équipe avec d'autres libéraux et la nécessité pour ceux-ci d'être formés au management de la santé. En effet, selon lui, « le médecin libéral français à ce jour s'il est un excellent soignant, est aussi le plus souvent un piètre manager. Le « burn out » des généralistes démontre leur difficulté à s'organiser et à organiser les soins des populations autour d'eux »⁸³.

Enfin, pour lancer une dynamique où chacun trouve sa place il faut s'assurer que tous les membres de l'équipe soient associés à la progression du projet de santé. En effet, dans certains projets, l'investissement personnel du porteur de projet fait qu'il saisit mieux que le reste de son équipe ce que signifie travailler dans une M.S.P. C'est alors son rôle de rassurer ses partenaires sur leurs peurs classiques. L'importance et le niveau de détail demandé par le dossier type de demande de financements peut réveiller chez le professionnel de santé libéral de vieux démons : « peur de l'engagement, des contraintes de l'A.R.S. », chacun veut rester maître de ses pratiques. Aussi, parler à une équipe qui n'a pas encore atteint ce niveau de réflexion de protocoles, de partage des dossiers médicaux ou encore des nouveaux modes de rémunération et des indicateurs et objectifs qui vont avec peut être contre-productif et éveiller la suspicion des autres membres de l'équipe.

⁸² DE HAAS P., « A propos de la refondation de la médecine libérale », article paru le 13 mars 2010, [visité le 8 novembre 2011] disponible sur <http://www.ffmps.fr>.

⁸³ Idem.

3.2 Trappe immobilière

Si la constitution de l'équipe est la première étape déterminante dans la démarche de création d'une M.S.P. la question immobilière est de loin celle qui crée le plus de tensions. Entre rejet de l'engagement et recherche d'équité financière entre les membres, il est important de ne pas perdre de vue les bénéfices d'un tel projet sur les conditions de travail et surtout sur la prise en charge du patient.

3.2.1 Engagement effrayant

La question immobilière est un point essentiel à cause de son importance sur le plan financier mais aussi sur le plan symbolique. En effet, les plans d'investissement pour la construction d'un bâtiment neuf ont été estimés sur le département entre 1 500 000 € et 2 000 000 €. C'est d'ailleurs pour cela que la plupart des subventions portent sur l'immobilier et sont liées au lieu d'implantation (en dehors des N.M.R. et du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins – FICQS – qui permet de financer des dépenses de fonctionnement et d'ingénierie). En règle générale il est possible d'obtenir une subvention dans le cadre du fonds national d'aménagement et de développement du territoire (F.N.A.D.T.), géré au niveau national, avec un montant forfaitaire de 100.000 € versé uniquement si la M.S.P. est portée par une collectivité territoriale ; on trouve aussi des financements européens (Fonds européen agricole pour le développement rural - FEADER - ou Fonds social européen - FSE). Les collectivités territoriales peuvent aussi mettre en place leur subvention, c'est le cas du Conseil régional de Rhône-Alpes pour les M.S.P. situées en zones rurales ou de montagne – cette subtilité démontre une prise en compte de la réalité des besoins locaux – (jusqu'à 100 000 €) et dans les ZUS (jusqu'à 200 000€)⁸⁴. La sélection des projets à financer se fait désormais dans le cadre de la PAPS en se basant sur le diagnostic du SROS ambulatoire et sur les éléments du projet de santé.

Il existe ensuite des financements spécifiques pour les zones rurales. Ces différentes sources de financement sont la dotation d'équipement des territoires ruraux (D.E.T.R.), attribuée par le Préfet de département, dans la limite de 25% du montant de l'investissement (35% en zones fragiles ou en Z.R.R.) ou encore le financement dans le cadre d'un pôle d'excellence rural (P.E.R.). Ce financement est exclusif des financements accordés dans le cadre de la D.E.T.R. ou d'un contrat de projet Etat-Région. De plus, on trouve un financement spécifique des projets portés dans les ZUS via l'Agence nationale

⁸⁴ Disponible sur <http://www.rhonealpes.fr> [visité le 16 janvier 2011].

pour la rénovation urbaine (ANRU). Cette aide financière s'applique aux dépenses d'investissement lors de la création d'une M.S.P. sous condition de l'obtention préalable d'un financement de droit commun⁸⁵.

Les critères de financements (cohérence avec le SROS ambulatoire, projet de santé respectant le cahier des charges, portage du projet par une collectivité territoriale) sont présentés sur le site internet de la PAPS et sont donnés par les agents de la D.T. dès les premiers contacts. En effet, certains projets par manque d'information préalable se sont vu refuser des financements. C'est le cas par exemple du projet de Yenne qui, de par son antériorité, s'est construit en méconnaissance du cahier des charges. De plus, la plupart des financements à l'investissement ne sont accordés qu'à condition que les travaux ne soient pas encore entamés afin, justement, de vérifier que les plans des bâtiments correspondent à la fois au cahier des charges et aux pratiques annoncées dans le projet de santé. C'est pourquoi cette question est traitée avec beaucoup d'anticipation et prend une grande place dans les réunions de concertation autour du projet.

Sur le plan symbolique, l'investissement financier met en exergue à la fois les tiraillements entre les collectivités territoriales et les professionnels de santé, entre les différentes professions de santé elles-mêmes mais aussi entre les générations. Cela se ressent sous plusieurs angles qui furent longuement évoqués lors du mini-séminaire du 3 décembre 2011 (ce qui en souligne l'importance pour les porteurs de projets), à savoir : le financement et la propriété finale sur le bâtiment, l'espace consacré à chacun et la clé de répartition des frais et des loyers. La question du financement se pose souvent au niveau des collectivités territoriales, surtout les mairies et les communautés de communes. Celles-ci sont effectivement les premières à s'inquiéter de la fragilisation de l'offre de soins de premier recours et sont souvent à l'initiative des projets de M.S.P. dans les zones fragiles.

Cependant, à moins de s'y prendre assez tôt, en collaboration avec des professionnels de santé encore présents et investis, les collectivités territoriales se retrouvent en position de demandeuses. La nécessité pour elles d'être porteuses du projet pour recevoir des financements est un argument supplémentaire pour voir ces équipements financés sur les deniers publics. Dans un contexte financier difficile elles empruntent, donc, afin d'assurer la construction du bâtiment. Dans certains cas cet investissement a pu être qualifié " d'opération blanche ", les loyers payés par les professionnels de santé au travers d'une société civile de moyens (S.C.M.) couvrant les traites de l'emprunt. Néanmoins, dans d'autres situations les professionnels de santé demandent le même montage agrément

⁸⁵ Cf. annexe 5.

d'un transfert de propriété, une fois l'emprunt remboursé, vers une société civile immobilière (S.C.I.). La S.C.I. peut alors être réservée à des professionnels de santé de manière à garantir la vocation du bâtiment. Enfin, à Saint-Pierre-D'albigny, en dehors du terrain fourni par la Mairie, le financement des locaux destinés aux professionnels de santé repose sur leurs fonds propres.

La question de la clé de répartition est le nœud gordien des négociations entre professionnels de santé sur la question immobilière. La première proposition est celle, assez classique, d'une répartition par m². Chacun choisit l'espace dont il a besoin et paye en conséquence. Néanmoins, il faut prendre en considération les différences de besoin et de moyens. Ainsi, les masseurs-kinésithérapeutes ont besoin de plus de place que les médecins généralistes qui eux-mêmes demandent en général plus d'espace que les I.D.E. (qui partagent un cabinet mais font l'essentiel de leur activité en visites). Or, en 2008, « les médecins ont perçu 92 500 € en moyenne, après déduction des charges professionnelles et de leurs cotisations sociales personnelles »⁸⁶ (71 690 € pour les omnipraticiens), contre 43 160 € pour les I.D.E. et 38 920 € pour les masseurs-kinésithérapeutes⁸⁷. Une mesure de correction peut donc être mise en place avec la prise en charge des locaux communs par les médecins. La question se pose aussi pour les fluides, notamment pour les projets construits avec un chirurgien-dentiste. Dans ce cas, l'installation de compteurs particuliers semble apporter une réponse satisfaisante pour tous. Lors du mini-séminaire du 3 décembre 2011 le Docteur Beley soulignait néanmoins que « pour une question d'ambiance de travail il vaut mieux ne pas se faire la guerre à qui paie moins en clé de répartition. Il faut aussi accepter de payer plus pour une amélioration des conditions de travail ».

Enfin, ces discussions sont particulièrement révélatrices du conflit de génération qui existe entre les médecins généralistes. Le Docteur J.-N. Ledoux souligne ces problématiques : « Moi quand j'ai commencé je me suis endetté sur 30 ans pour acheter mon cabinet, les jeunes d'aujourd'hui ils attendent qu'on leur donne tout et n'envisagent pas une seconde de faire un emprunt ». Une critique d'ordre général qu'il n'est pas rare d'entendre de la part des médecins installés à propos des médecins de la nouvelle génération est qu'ils veulent avoir le même niveau de vie que le leur sans en accepter les contraintes. Cette question était traitée lors du colloque du 22 septembre 2011 sur les soins de premier recours avec deux interventions sur le thème « Les jeunes installés, quel monde désirent-ils ? ». Le Docteur Benoit Otton, en cours d'installation dans le bassin Roannais dit notamment « Ce qui m'importe dans mon projet d'installation est la

⁸⁶ BELLAMY V., « Les revenus libéraux des médecins en 2007 et 2008 », *études et résultats*, DREES, n°735, juillet 2010, p. 1

⁸⁷ Idem, p.8.

possibilité d'un travail en équipe centré sur le patient et un équilibre entre vie privée et vie professionnelle. L'exercice libéral " traditionnel " (gestion d'un cabinet et paiement à l'acte) est clairement pour moi un frein à l'installation en médecine générale ambulatoire »⁸⁸ . Il ajoutera qu'il attend de l'A.R.S. des financements pérennes pour salarier des auxiliaires de santé. Le Docteur Vignoulle qui concluait cette journée commença son intervention sur « la place des réseaux dans la nouvelle organisation des soins de premier recours » en rappelant que la participation aux réseaux de santé se fait sur le mode du volontariat et bénévolement car le niveau de vie des médecins permet de s'investir dans la santé publique sans être forcément rémunéré.

3.2.2 Solution pôle de santé

Avec tous ces éléments il est clair que la question immobilière peut monopoliser toutes les énergies d'une équipe de professionnels de santé au départ volontaires pour travailler en collaboration. De plus si les négociations ne se passent pas bien elles peuvent créer des tensions qui risquent de détériorer durablement les relations entre les partenaires du soin de premier recours. La souplesse offerte à ce niveau par l'organisation en pôle de santé apparaît donc comme une solution intéressante à encourager. Nous avons vu que le pôle de santé s'adapte parfaitement à une offre de soins préexistante. C'est le cas aussi bien en milieu urbain, avec l'exemple de Chambéry Nord, que dans un habitat rural et dispersé, comme dans le projet de Chindrieux. Il peut alors être un aboutissement en soi permettant une prise en charge pluri-professionnelle des patients et bénéficiant de financement au titre du FICQS et des N.M.R.

Toutefois, il est aussi possible de considérer le pôle de santé comme une première étape sur le chemin d'une M.S.P. Effectivement, si les négociations sur l'immobilier peuvent prendre du temps et sont anxiogènes, se recentrer sur le cœur de métier en travaillant d'ores et déjà sur le projet de santé peut permettre de relancer une dynamique. Il s'agit de rendre concrètes les améliorations des conditions de travail et de prise en charge des patients que l'on peut attendre de l'exercice coordonné. Cela passe par exemple par la mise en place des premiers protocoles de collaboration pluri-professionnelle, les premières réunions de concertation sur les patients difficiles qui rompent l'isolement ou, comme à Saint-Genix-sur-Guiers, par un travail collaboratif sur un projet nouveau de prise en charge (sur les troubles de l'apprentissage). De plus, en formalisant leur coopération sous la forme d'un pôle de santé en attendant la construction de leur M.S.P. les

⁸⁸ AGENCE REGIONALE DE SANTE DE RHONE-ALPES, *Dossier du participant*, colloque « Les soins de premier recours en Rhône-Alpes > Enjeux & perspectives », 22 septembre 2011, Bron, p. 15.

professionnels de santé de Saint-Genix-sur-Guiers ont pu bénéficier du module 1 des N.M.R. “ missions coordonnées ”.

Un autre avantage du pôle de santé est qu'il peut permettre à la M.S.P. de s'insérer de manière non conflictuelle dans son environnement. Dans le cas où une M.S.P. se monterait sans inclure tous des professionnels de santé de la zone, celle-ci doit au maximum tenter d'instaurer des collaborations avec eux. Les deux structures peuvent être compatibles en permettant d'inclure dans le travail collaboratif des professionnels de santé qui ne souhaitent pas se séparer de leur cabinet individuel. C'est ce vers quoi tend le projet de Saint-Pierre-D'albigny. De plus, l'ouverture d'une M.S.P. sur l'extérieur est un élément essentiel de son projet de santé et lui adosser un pôle de santé en est un indicateur fiable. Dans le même ordre d'idée, il est bon que les projets de santé mettent en place des actions de prévention et d'éducation thérapeutiques en s'appuyant sur l'expérience et l'expertise des réseaux de santé. De fait, « les réseaux de santé se sont constitués autour des problématiques complexes qui nécessitent l'intervention de plusieurs professionnels de santé et parfois de professionnels sociaux. ». Ils peuvent donc assurer « la formation pluri-professionnelle multidisciplinaire avec des protocoles collaboratifs de bonnes pratiques »⁸⁹.

3.3 Projet de santé et bureaucratisation du métier

« Par lettre en date du 1^{er} février 2010, Monsieur le Président de la République a demandé au Docteur Michel LEGMANN⁹⁰ de mener une réflexion concernant la définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale qui prenne en compte les aspirations des futurs médecins et permette de répondre de façon plus efficiente à la demande de soins de la population »⁹¹. Un des titres du rapport qui en est ressorti est « Un sentiment de « bureaucratisation » du métier »⁹². C'est une plainte que l'on retrouve en effet fréquemment chez les professionnels de santé libéraux qui regrettent d'être trop éloignés de leur cœur de métier, le soin, par des tâches administratives. Cela freine paradoxalement le passage au mode d'exercice coordonné.

⁸⁹ AGENCE REGIONALE DE SANTE DE RHONE-ALPES, idem, p. 24.

⁹⁰ Président du Conseil national de l'Ordre des médecins.

⁹¹ LEGMANN M., Rapport remis à l'Elysée sur la définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale, avril 2010, p.4.

⁹² Idem, p. 11.

3.3.1 Lourdeur des dossiers

Selon le Docteur De Haas, « Le regroupement de médecins, comme celui des autres professionnels de santé, pose les bonnes questions d'organisation du travail. L'embauche de personnel de secrétariat aboutit à un recentrage des professionnels sur leur travail de soignant »⁹³. Il fait donc de la diminution de la prégnance des tâches « administratives » dans le temps de travail des professionnels de santé une des raisons de l'engouement des médecins libéraux pour les M.S.P. et les pôles de santé. Toutefois, pour bénéficier des financements pérennes (dans le cadre du FICQS ou des N.M.R.) permettant ces embauches, il faut remplir des dossiers types de demande de financement. Celui élaboré au sein de l'A.R.S. Rhône-Alpes reprend les items du cahier des charges sous la forme d'une trame de projet de santé faite pour expliciter et simplifier la démarche. Néanmoins, les porteurs de projets continuent à se plaindre de la lourdeur de la procédure.

La préparation de ce dossier implique, il est vrai, un travail préparatoire en équipe qui prend du temps. Cependant, ce travail est nécessaire et permet aux différents membres de l'équipe de se connaître. Ainsi, un médecin coordonateur d'un projet de pôle de santé interrogé sur les collaborations envisagées entre médecins et masseurs-kinésithérapeutes répondait « J'ai déjà écrit ça pour les infirmières et maintenant il faut que je le fasse pour les kinés ? Mais encore faudrait-il que je sache ce qu'ils font réellement les kinés ! Allez, encore une réunion... ». Cette citation met en valeur à la fois l'agacement des médecins libéraux devant ces dossiers et leur nécessité afin de permettre un réel changement des pratiques. Il est sûrement possible de simplifier encore les procédures et les dossiers, notamment les dossiers d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutiques qui sont les mêmes que pour les réseaux de santé alors que les moyens humains ne sont pas les mêmes. Il est pourtant important de ne pas relâcher les exigences en matière de projet de santé.

D'autre part, un autre versant de la bureaucratisation est « celui d'un contrôle par les organismes de protection sociale des pratiques (et de leur conformité aux recommandations des sociétés savantes) vécu comme de plus en plus tatillon et rapproché. Le désagrément est ressenti avec d'autant plus d'acuité qu'il est interprété comme la manifestation d'un soupçon permanent des institutions publiques envers la profession médicale »⁹⁴. Les dossiers de demande de financements des M.S.P. font craindre aux professionnels de santé que l'A.R.S. rejoigne l'Assurance maladie dans ce genre de contrôle. Ils insistent, en effet, sur l'évaluation de la qualité des soins et ce de manière encore plus importante lorsqu'il s'agit des dossiers de N.M.R.. Dès la deuxième année le versement du forfait est « conditionné à l'atteinte d'objectifs » auxquels les

⁹³ DE HAAS, idem, p. 1

⁹⁴ LEGMANN M., idem, p. 11.

professionnels de santé souscrivent par convention avec l'A.R.S.. « Les objectifs visent à évaluer l'apport de l'exercice coordonné à la qualité des soins et à l'efficacité des pratiques. Ils sont donc calculés sur les résultats agrégés de tous les professionnels de la structure et non, professionnel par professionnel. Ces objectifs, au nombre de 16, s'articulent autour de 3 axes :

- * la qualité des soins ;
- * le travail coordonné pluri-professionnel ;
- * l'efficacité définie comme le bon rapport entre la dépense engagée et la pertinence médicale de l'intervention »⁹⁵.

3.3.2 Projet professionnel

Au sein du projet de santé on retrouve le projet professionnel : « Certains acteurs ne parlent que de projet de santé. Considérant en effet que le projet professionnel représente un moyen d'appliquer les objectifs définis en direction de la population, ils l'intègrent comme partie du projet de santé. D'autres différencient projet de santé (s'appliquant à la population) et projet professionnel (s'appliquant à l'organisation) »⁹⁶. La trame du projet de santé mise à disposition par l'A.R.S. Rhône-Alpes prend en compte le projet professionnel et notamment l'organisation du travail entre les différents professionnels de la structure via les réunions pluri-professionnelles. C'est un autre élément qui effraie les professionnels libéraux qui ont peur de la « réunionite ». Ce point est à relativiser car, si ces réunions sont nécessaires à une réelle coordination, elles peuvent avoir lieu de manière informelle et à un rythme variable en fonction des besoins.

Toutefois, le travail sur le projet professionnel permet de poser à plat, grâce à la formalisation, les relations des professionnels entre eux. Une I.D.E. du pôle de santé d'Ambérieu-en-Bugey signalait, lors du mini-séminaire, que l'une de ses principales craintes au moment de la réflexion sur les premiers protocoles était de devenir « exécutante dans un dispensaire ». La rédaction du projet professionnel a permis de rappeler que les différents protocoles n'engageaient pas tous les membres du pôle et que l'on n'était pas attaché à tout ce qui était mis en place. Cette idée de géométrie variable permet aussi de diminuer le nombre de réunions de chacun, il n'est en effet nécessaire d'être présent qu'aux réunions qui nous concernent.

⁹⁵ AGENCE REGIONALE DE SANTE DE RHONE-ALPES, De nouvelles pratiques avec de nouveaux modes de rémunérations, p.6.

⁹⁶ JUILHARD J.-M., CROCHEMORE B., VALLANCIEN G., et al., *Le Bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement*, Ministère de la Santé et des Sports, secrétariat d'Etat à la politique de la ville, secrétariat d'Etat à l'aménagement du territoire, janvier 2010, p.14.

Conclusion

Les problèmes de démographie des personnels de santé en Savoie sont un point de vigilance à surveiller pour les années à venir. Pour permettre d'affiner ce diagnostic il faudrait proposer que l'évaluation des besoins au sein de la région Rhône-Alpes se fasse à partir de la population moyenne et non de la population permanente. Cela permettrait de tenir compte de manière objectivée des flux touristiques qui impactent fortement les besoins de soins en premier recours dans les zones de montagne. Il s'agirait, de plus, de renouveler cette évaluation fréquemment, les installations et départs de professionnels de santé modifient effectivement rapidement la réalité du terrain. Ce suivi entrerait parfaitement dans le rôle d'animateur territorial qu'est entrain de devenir celui d'un IASS en D.T.. Toutefois, il serait essentiel que cette évaluation soit prise en compte par le siège, par la suite, et qu'elle se fasse en collaboration avec les partenaires extérieurs. L'accompagnement de proximité mis en place pour soutenir les professionnels de santé semble en effet être le cadre le plus adapté pour ce faire.

La PAPS est un outil intéressant de concertation mais qui repose fortement sur le volontariat et risque donc de s'essouffler faute de progrès concrets lors des premières réunions. Chacun des membres attend en effet de pouvoir prioriser les projets dans le cadre des plans nationaux or, jusqu'à présent, faute de financement, cela n'a pas été nécessaire. Une réorientation semble possible, dans le cadre des tâches dévolues à la cellule « territoire et santé » en travaillant à ce rôle d'alerte sur les zones se fragilisant (il pourrait être proposé d'associer des représentants des maires à cette instance) mais, aussi, afin de faire remonter et consolider les données concernant les installations encouragées par les projets de M.S.P. et de pôle de santé. D'autre part il pourrait être envisagé la rédaction d'un guide pratique, qui serait mis à disposition sur le site internet de la PAPS, donnant des pistes de réponse et des exemples à propos des problématiques classiques des porteurs de projets (outil permettant de déterminer à quels financements on a droit selon où l'on se situe, exemple de clés de répartition des loyers, etc.).

La question de la formation des partenaires de la PAPS offerte par l'A.R.S. pourrait ensuite être élargie par le fait d'assurer des formations en management de la santé aux porteurs de projets. En Savoie, cela pourrait être proposé dans le cadre de la collaboration entre la D.T., la FEMASRA et la M.R.S.S. et financé soit dans le cadre du FICQS soit par adaptation d'un dossier de N.M.R. C'est aussi dans ce cadre que les dossiers, notamment ceux de validation des programmes d'éducation thérapeutique,

pourraient être retravaillés afin d'être simplifiés. Associer les partenaires semble être pertinent pour s'assurer à la fois que les dossiers ne soient pas lourds au point de rebuter de potentiels porteurs de projets et qu'ils permettent toujours de vérifier le respect du cahier des charges et la modernisation envisagée des pratiques.

En ce qui concerne la priorisation des aides, la réaction des partenaires à propos du projet de Challes-les-Eaux soulève une difficulté. Certes, la modernisation des pratiques que permet l'exercice coordonné ne peut-être interdite à un projet qui ne correspond pas aux priorités du SROS ambulatoire. Il serait donc logique, dans un contexte de budget restreint, qu'un projet vu comme " commercial " ne profite pas des aides prioritaires. Toutefois, cela permet aussi de souligner la nécessité de créer finalement un label M.S.P., préconisé dès le rapport Juilhard de 2007⁹⁷, il permettrait de clarifier pour la population l'offre de soins offerts par la maison de santé du canton. De plus, il faudrait que la notion de pôle de santé soit reconnue institutionnellement dans le sens qu'il lui est donné sur le terrain : une M.S.P. correspondant à tous les critères du cahier des charges non relatifs à l'immobilier. Enfin, d'autres recommandations sont à porter au niveau national : accélérer la sortie des décrets d'application de la SISA, clarifier les professions pouvant y adhérer en y incluant notamment les ostéopathes, les psychologues et les assistantes sociales.

Une dernière question, plus polémique, est à trancher pour le législateur : la mise en place de mesures coercitives pour contraindre les médecins libéraux à s'installer dans les zones fragiles. Nous avons vu que ce pas a été franchi pour les infirmiers libéraux, ouvrant la voix et donnant un modèle. Cela éviterait de faire face à des initiatives telles que celle de Françoise Tenenbaum, élue dijonnaise, qui « propose de faire appel aux vétérinaires pour remplacer les médecins dans les communes rurales où ils sont absents »⁹⁸.

⁹⁷ JUILHARD J.-M., 2007-2008, Rapport d'information à la Commission des affaires sociales du Sénat n°14 sur la démographie médicale, p.43.

⁹⁸ DE LA CHESNAIS E., « Remplacer les médecins par les vétérinaires en milieu rural », *Le Figaro* [en ligne] article paru le 14 décembre 2011, [visité le 20 janvier 2012], disponible sur www.lefigaro.fr.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

LOI n° 85-30 du 9 janvier 1985 relative au développement et à la protection de la montagne version consolidée au 13 janvier 2009.

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

LOI n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Arrêté NOR: SJSS0830505A du 29 décembre 2008 relatif aux critères de classification de zones des infirmiers libéraux prévus à l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale.

Circulaire NOR N°EATV 1018866C du 27 juillet 2010 relative au lancement d'un plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural.

Circulaire DGOS/PF3/IM/Financements MSP/29 04 11 du 29 avril 2011 relative aux financements des maisons de santé pluri-professionnelles.

Cahier des charges ministériel du 21 juillet 2010 DGOS/PF3/CdC MSP PF3 R2 DSS RB relatif aux maisons de santé pluri-professionnelles pouvant bénéficier d'un soutien financier.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Guide méthodologique pour l'élaboration du SROS-PRS version 2, Paris, 2011, 110 p.

AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION RHONE-ALPES, SROS 2006-2010, synthèse des livres 1 à 4 [en ligne], [visité le 12 février 2011], disponible sur : <http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/Le-SROS-3.92514.0.html>

AGENCE REGIONALE DE SANTE DE RHONE-ALPES, De nouvelles pratiques avec de nouveaux modes de rémunérations, Fiches 1 à 7, 13 p.

MISSION REGIONALE DE SANTE DE RHONE-ALPES, Décision n° 2006-RA-276 du 19 juillet 2006 fixant les zones déficitaires en médecins généralistes.

PREFECTURE DE LA REGION RHONE-ALPES, Décision n° 2009-01 du 24 avril 2009 fixant le classement des zones en fonction de leur dotation en infirmiers libéraux.

Ouvrages

BLOY G., SCHWEYER F.-X., 2010, *Singuliers généralistes, Sociologie de la médecine générale*, Rennes : Presses de l'EHESP, 424 p.

CONSEIL GENERAL DE LA SAVOIE, *La Savoie en chiffres*, 2010, 23 p.

DAGAN H., 2010, *Les collectivités partenaires de l'offre locale de santé – Quels moyens d'actions ?*, éditions Etd, 86 p.

DE HAAS P., 2010, *Monter et faire vivre une maison de santé*, collection partage d'expérience, Brignais : Le Coudrier, 173 p.

LAXALT J.-M., 2009, *Et si demain... La sécurité sociale éclatait ?*, collection planète sociale, Paris : 175 p. éditions Jacob-Duvernet,

Articles

BELLAMY V., « Les revenus libéraux des médecins en 2007 et 2008 », *études et résultats*, DREES, n°735, juillet 2010, pp 1 à 8.

BILLAUT A., « Les cessations d'activité des médecins », *études et résultats*, DREES, n°484, avril 2006, 4 p.

BOUCHAN, L., « Territoires de Rhône-Alpes : à l'horizon 2040, cinq profils d'évolution démographique », INSEE Région Rhône-Alpes, *La Lettre*, N°144 - mai 2011, 6 p.

BOURGUEIL Y., CLEMENT M.-C., COURALET P.-E., et al., « Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, 2009/10, n°147.

CAMILLIERI J.-P., « Que sont nos médecins devenus ? », *Le monde* [en ligne], article paru le 15 mars 2011 [visité le 21 septembre 2011], disponible sur www.lemonde.fr

COLDEFY M., COM-RUELLE L., LUCAS-GABRIELLI V., « Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine », *études et résultats*, DREES, n°764, juin 2011, pp 1 à 8.

COLLEN V., « Les infirmières perdent leur liberté d'installation », *Les Echos*, n° 20407, 17 avril 2009, p. 3.

DE HAAS P., « A propos de la refondation de la médecine libérale », article paru le 13 mars 2010, [visité le 8 novembre 2011] disponible sur <http://www.ffmps.fr>.

DE LA CHESNAIS E., « Remplacer les médecins par les vétérinaires en milieu rural », *Le Figaro* [en ligne] article paru le 14 décembre 2011, [visité le 20 janvier 2012], disponible sur www.lefigaro.fr.

FAUVET L., « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2010 », *études et résultats*, DREES, n°767, juin 2011, pp 1 à 8.

LAURENT S., « Les timides propositions de l'UMP pour les zones rurales », *Le monde* [en ligne], article paru le 15 juin 2011 [visité le 21 septembre 2011], disponible sur www.lemonde.fr.

POLSKY L., 2010, « Un rapport sur la médecine de proximité qui se fait attendre », *Le monde* [en ligne], article paru le 23 novembre 2010 [visité le 21 septembre 2011], disponible sur www.lemonde.fr.

Rapports

BRUGUIERE M.-T., 2010-2011, Rapport d'information à la Délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation du Sénat n°600 sur les territoires et la santé, 81 p.

COUR DES COMPTES, septembre 2011, *La sécurité sociale*, 575 p.

HUBERT E., PICARD S., IMBAUD D., Rapport remis à l'Elysée sur la mission de concertation sur la médecine de proximité, novembre 2010, 183p.

JUILHARD J.-M., 2007-2008, Rapport d'information à la Commission des affaires sociales du Sénat n°14 sur la démographie médicale, 86 p.

JUILHARD J.-M., CROCHEMORE B., VALLANCIEN G., et al., *Le Bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement*, Ministère de la Santé et des Sports, secrétariat d'Etat à la politique de la ville, secrétariat d'Etat à l'aménagement du territoire, janvier 2010, 52p.

LEGMANN M., Rapport remis à l'Elysée sur la définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale, avril 2010, 46p.

PICARD M., Rapport du Conseil économique et social sur aménagement du territoire et établissements de santé, 2004, 246p.

Conférences

AGENCE REGIONALE DE SANTE DE RHONE-ALPES, *Dossier du participant*, colloque « Les soins de premier recours en Rhône-Alpes > Enjeux & perspectives », 22 septembre 2011, Bron, 26 p.

DIRECTION DE LA RECHERCHE DES ETUDES DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES, *Colloque Politiques et organisation des soins primaires : concepts, outils et pratiques en Europe et aux États-Unis. Quels enseignements pour la France ?* [en ligne], 21 octobre 2009, Paris. Disponible sur <http://irdes.fr/EspaceRecherche/Colloques/Prospere/index.htm>

GAGNEUR J.-M., « la maison médicale 73340 LESCHERAINES », XXVIIème congrès du syndicat national de la médecine de groupe, Du 11 au 13 Décembre 1986, Paris, 29 p.

Site internet

CartoS@nté : <http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/CartoSante.92758.0.html>

Conseil général de Savoie : www.cg73.fr

Conseil régional de Rhône-Alpes : <http://www.rhonealpes.fr>

Fédération française des maisons et pôles de santé : <http://www.ffmps.fr>

Site de la M.S.A. sur les M.S.P. : <http://maisonsdesanterurales.msa.fr/>

Plateforme d'appui aux professionnels de santé : <http://www.rhonealpes.paps.sante.fr>

Liste des annexes

Annexe I : Où seront demain les populations et donc les besoins ?

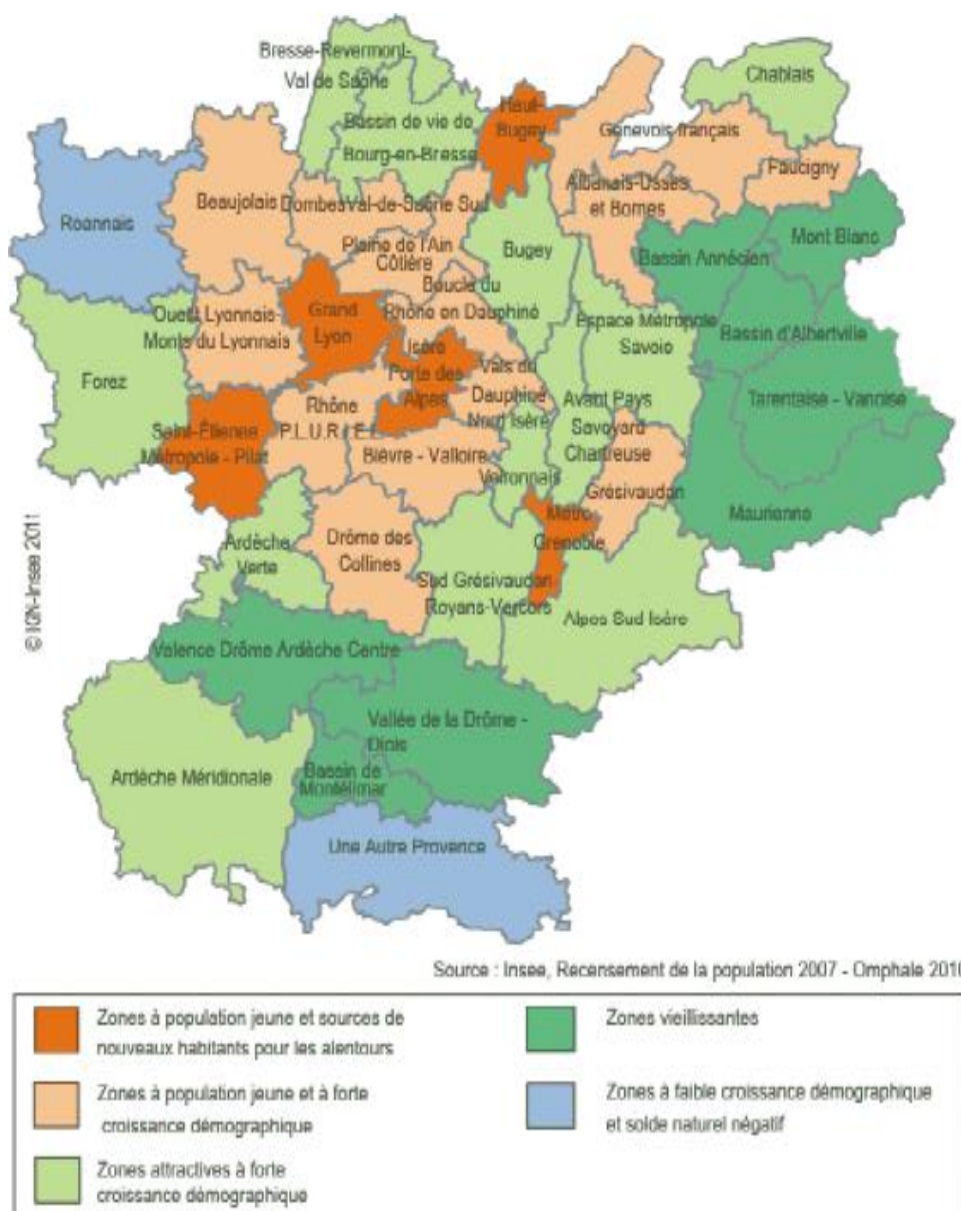
Annexe II : L'intensité des besoins en offre de santé sur la région Rhône-Alpes.

Annexe III : Les pôles de proximité en Rhône Alpes.

Annexe IV : Zones agricoles défavorisées et indemnités compensatoires de handicaps naturels.

Annexe V : Tableau de synthèse des financements.

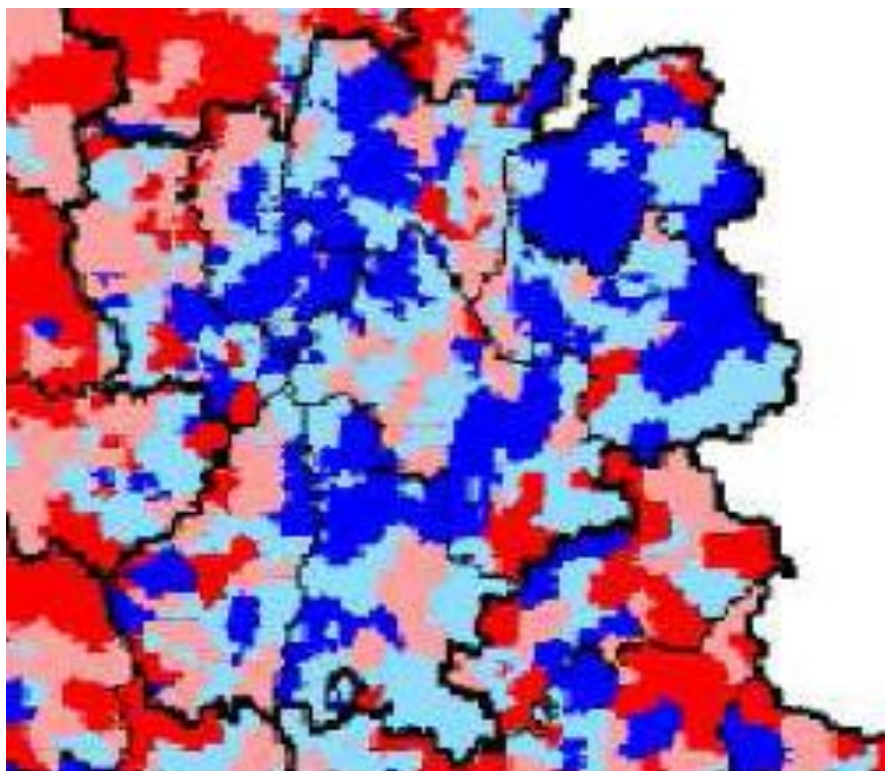
Où seront demain les populations et donc les besoins ?



Source : INSEE Région

Rhône-Alpes La Lettre N°144 - mai 2011 : Territoires de Rhône-Alpes : à l'horizon 2040, cinq profils d'évolution démographique – Laetitia Bouchan

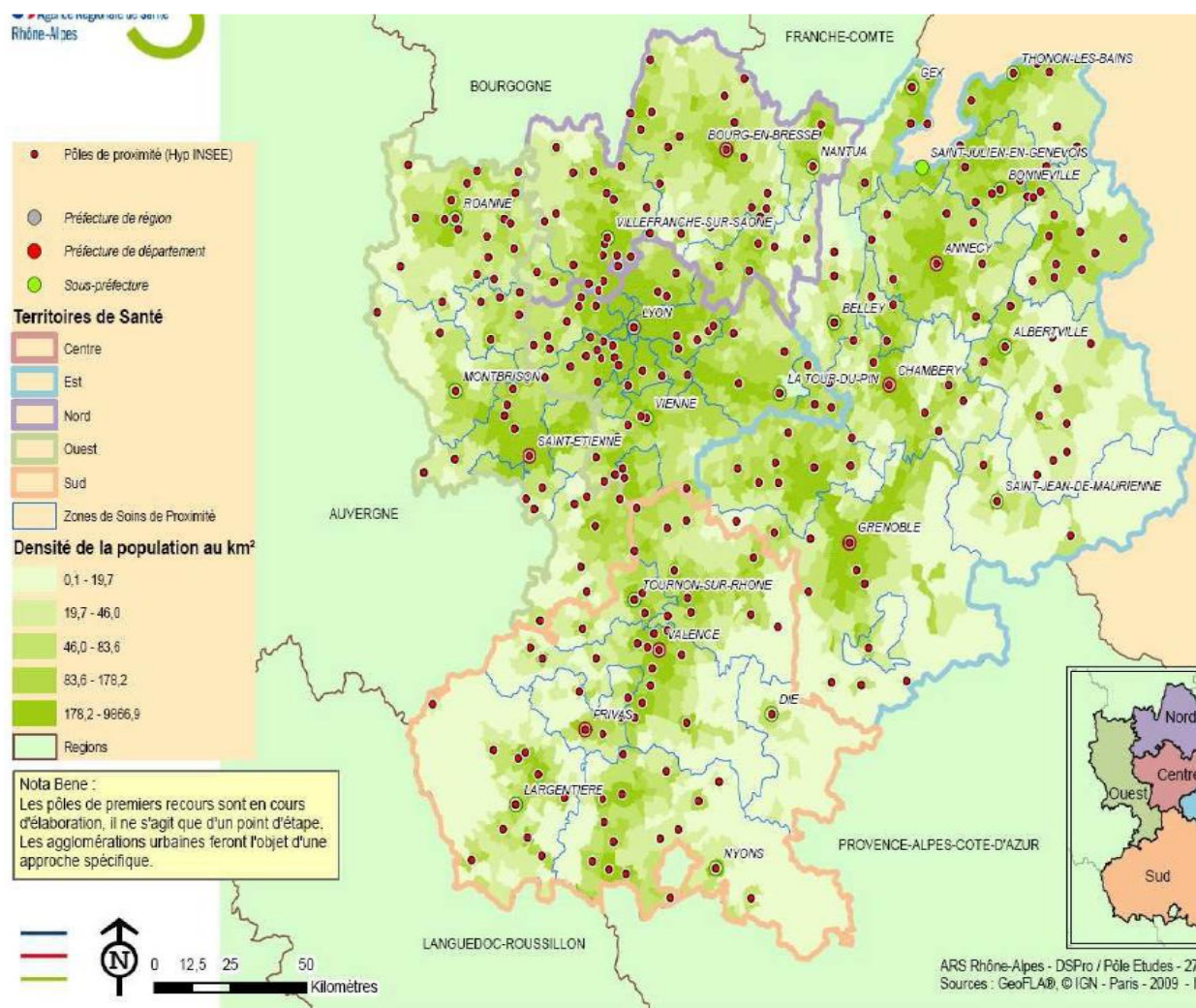
L'intensité des besoins en offre de santé sur la région Rhône-Alpes



Méthodologie Datar: Indicateur global de besoins par commune recoupant :

- le taux de natalité,
- le taux d'hospitalisation,
- le taux de mortalité standardisée,
- le poids des personnes seules de plus de 75 ans

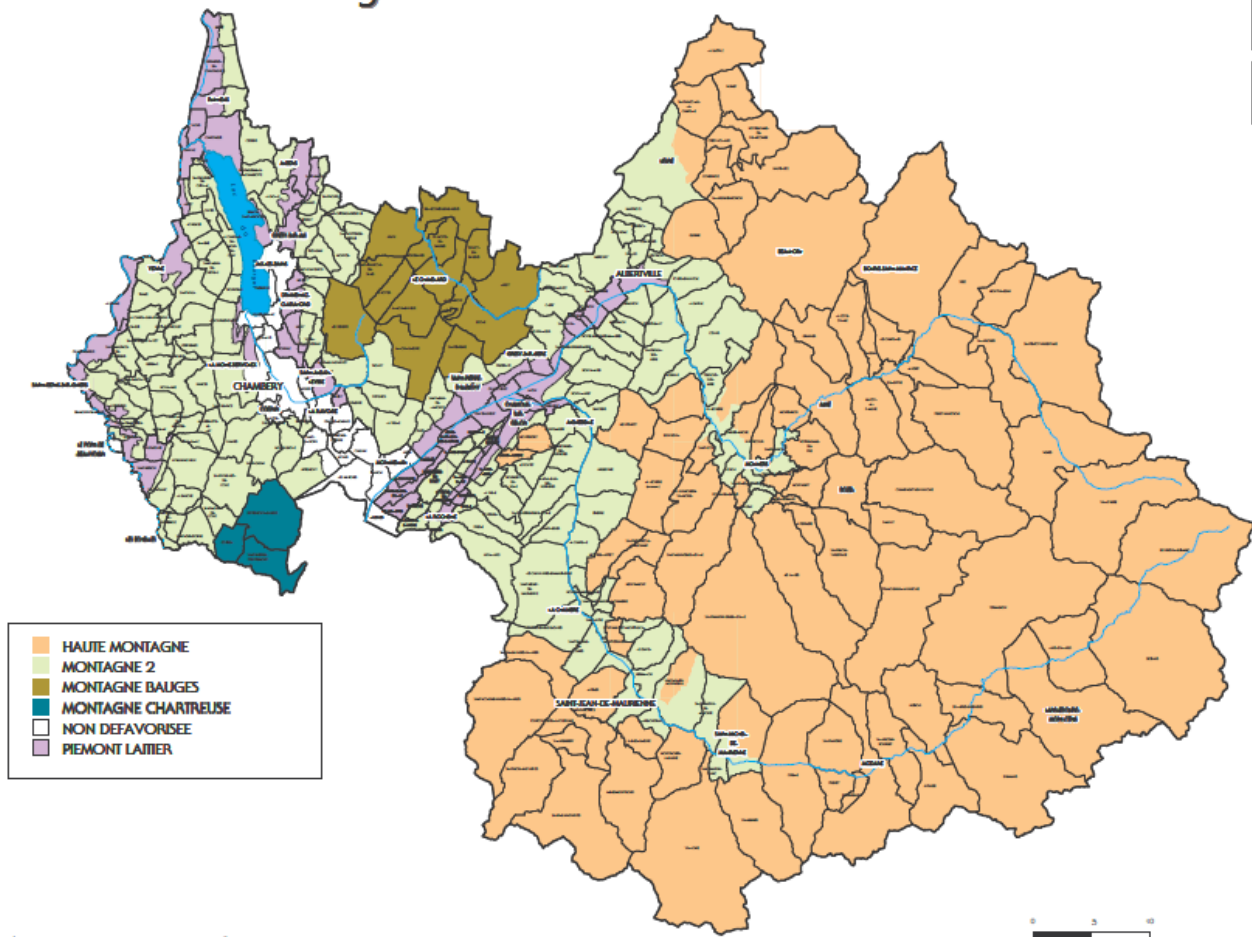
Les pôles de proximité en Rhône Alpes.



Source : ARS Rhône Alpes, DEOS.

Zones agricoles défavorisées et indemnités compensatoires
de handicaps naturels.

Zones agricoles défavorisées : ICHN



Fond : IGN BDcartho 2002 Données : DDAF73, CNASEA, 2006

3.23



Cartographie : DDAF 73 Edition : novembre 2006

Tableau de synthèse des financements

RESUME DES FINANCEMENTS DES MSP CONDITIONS PREALABLES A TOUT TYPE DE FINANCEMENTS Respect du cahier des charges des MSP	
<p>Etre une structure pluri professionnelle de premier recours dotée d'un projet de santé en cohérence avec le volet ambulatoire du SROS (dans l'intervalle, s'inscrire dans un territoire où l'offre de soins nécessite d'être confortée)</p>	
<p>FINANCEMENTS POSSIBLE POUR TOUTE MSP</p> <p>FINANCEMENTS ESSENTIELLEMENT D'INGENIERIE ET DE FONCTIONNEMENT, PONCTUELS OU PERENNES</p> <p>Financement ponctuel via le FIQCS national Financement des études, de l'ingénierie (+ investissements ponctuels à titre exceptionnel) 50.000€/projet (100.000€ si DEB)</p> <p>Financement ponctuel via le FIQCS régional à l'appréciation des DGARS</p> <p>Financement pérenne via les NMR Alternative au financement à l'acte pour financement de nouveaux modes organisationnels ou des formes de prises en charge innovantes => financement d'une partie du fonctionnement</p> <p>FINANCEMENTS PONCTUELS DE DEPENSES D'INVESTISSEMENT</p> <p>Financement des conseils régionaux et généraux</p> <p>Financement des communes et groupements de communes.</p> <p>Financement du FIQCS national (à titre exceptionnel) TOUS CES FINANCEMENTS SONT CUMULABLES ENTRE EUX ET AVEC LES AUTRES SOURCES</p>	<p>AUTRES SOURCES DE FINANCEMENT</p> <p>FINANCEMENTS PONCTUELS DE DEPENSES D'INVESTISSEMENT</p> <p>I / POUR LES STRUCTURES EN MILIEU RURAL Financement dans le cadre du plan de déploiement de 250 MSP en milieu rural (2010-2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Financement entre 25% et 35% via la DETR des dépenses d'investissement - éventuellement complété par des financements FNADT national (100.000 € / projet) et européens (FEADER...) - Projets sélectionnés en concertation ARS/Préfectures/Conseils régional et généraux /URPS/etc.), validés par le Préfet de région et le directeur de l'ARS. <p>Financement dans le cadre d'un PER Financement dans le cadre d'un CPER (2007-2013)</p> <p>A L'EXCLUSION DES PER, CES FINANCEMENTS SONT CUMULABLES ENTRE EUX ET LE SONT AVEC TOUTES LES AUTRES SOURCES DE FINANCEMENT</p> <p>II / POUR LES STRUCTURES DANS LES ZUS Financement de l'ANRU Conditions de financements spécifiques FINANCEMENT SUBORDONNE AUX FINANCEMENTS DE DROIT COMMUN</p>

SARLANDIE

Guilhem

Mars 2012

INSPECTEUR DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

Promotion 2010-2012

L'amélioration de l'offre de soins de premier recours en Savoie

L'implantation de maisons et pôles de santé pluri- professionnels

Résumé :

La démographie médicale est touchée, en Savoie aussi, par le vieillissement et la crainte de la désertification. La solution de l'exercice coordonné sous la forme de maisons de santé pluridisciplinaires ou de pôles de santé est privilégiée. Le diagnostic effectué, en concertation, dans le cadre du SROS ambulatoire détermine les zones fragiles mais tient peu compte des spécificités de la Savoie (montagnes et tourisme hivernal). Le développement des projets de M.S.P. est variable et seuls certains projets ont abouti. Les premiers projets aboutis permettent de vérifier la modernisation des pratiques. Les porteurs de projets sont accompagnés par l'ensemble des partenaires institutionnels réunis au sein de l'espace de concertation départemental de la plateforme d'appui aux professionnels de santé (PAPS). Les principaux obstacles identifiés sont liés à la constitution de l'équipe, à la construction du bâtiment (répartition des charges financières) et à la lourdeur des dossiers.

Mots clés :

Maison santé, Travail pluridisciplinaire, Démographie médicale, SROS, Soins ambulatoires, Professionnel de la santé, Savoie, IASS, Exercice libéral. Partenariat.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.