

# **TERRITOIRES ET SANTE**

UNE REPONSE A L'EVOLUTION DE LA DEMOGRAPHIE DES  
PROFESSIONNELS DE SANTE ET A L'AMELIORATION DE  
L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE :  
LES MAISONS DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRES

GUIDE DE MISE EN OEUVRE



*MISSION REGIONALE DE SANTE DU LIMOUSIN*



*Liberté • Égalité • Fraternité*

**RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**

Le Limousin est confronté actuellement à deux problématiques intimement liées en termes de santé, la première concerne le vieillissement de la population et la seconde, l'aménagement sanitaire du territoire qui a pour corollaire la démographie médicale et des autres professionnels de santé.

Face à cette situation, la MRS<sup>1</sup>, composée de l'ARH<sup>2</sup> et de l'URCAM<sup>3</sup>, dont l'un des objectifs est de définir les zones déficitaires en offre de soins et de suivre leur évolution, et, le Conseil Régional du Limousin ayant compétence en matière d'aménagement du territoire, ont souhaité instaurer un partenariat afin de promouvoir le développement de **Maisons de Santé Pluridisciplinaires**.

Ces préoccupations sont mises en exergue à travers :

- le SROS<sup>4</sup> de troisième génération centré sur les territoires (arrêté le 15 mars 2006),
- le programme de la MRS (arrêté du 30 novembre 2005 relatif aux zones déficitaires en médecins généralistes),
- le Plan Régional de Santé Publique (arrêté le 30 juin 2006),
- le Rapport Stratégique intitulé «La définition de la politique du Conseil Régional du Limousin en matière de santé» adopté en Séance Plénière du 18 janvier 2007.

L

<sup>1</sup> Mission Régionale de Santé

<sup>2</sup> Agence Régionale de l'Hospitalisation

<sup>3</sup> Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

<sup>4</sup> Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire

# SOMMAIRE

## **I - CONTEXTE REGIONAL**

### I – LE LIMOUSIN, UNE POPULATION ET DES TERRITOIRES

### II – UNE OFFRE DE SOINS ET DE PREVENTION STRUCTUREE MAIS EVOLUTIVE

### III – UNE REPOSE POSSIBLE FACE AUX ENJEUX, LES MAISONS DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRES

## **II - LES MAISONS DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRES, POURQUOI, POUR QUI ET QUELLE DEMARCHE ?**

### I – OBJECTIFS PRINCIPAUX

- I.1. Améliorer la qualité de l'exercice professionnel
- I.2. Conforter l'accessibilité, la coordination, la continuité et la permanence des soins
- I.3. Développer le champ de l'exercice professionnel, notamment dans le domaine de la prévention
- I.4. Améliorer l'attractivité pour lutter contre la désertification et concourir au maintien de services publics de santé de proximité
- I.5. Améliorer la qualité de vie des professionnels de santé

### II – ELEMENTS PREALABLES A LA CREATION (Annexe 1)

### III – MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

- III.1. Les règles de fonctionnement
- III.2. L'implantation
- III.3. Le statut juridique de la maison de santé pluridisciplinaire

### IV – LES ELEMENTS POUR L'EVALUATION

## **III - ARTICULATION ENTRE LES ACTEURS CONCERNANT LE COFINANCEMENT DES MAISONS DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRES**

### I – TYPES DE DEPENSES

### II – LES CO-FINANCEURS POTENTIELS DES MAISONS DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRES

### III. LES INTERVENTIONS FINANCIERES POSSIBLES

## **CONTEXTE REGIONAL**

---

---

### **I – LE LIMOUSIN, UNE POPULATION ET DES TERRITOIRES**

Au 1<sup>er</sup> janvier 2005, la population du Limousin est estimée à 723 800 habitants, soit une hausse de 1,8% par rapport à 1999, due notamment à l'excédent migratoire qui atteint 4 300 personnes sur la période récente 1999 à 2005.

La population de la région devrait augmenter de 2% selon le scénario central de l'INSEE en 2030. L'âge moyen serait alors de 46,5 ans contre 43,5 ans aujourd'hui, ce qui se traduirait par un doublement du nombre des plus de 75 ans d'ici 2030.

Avec une population nettement plus âgée que la moyenne nationale, le Limousin a le plus fort taux de mortalité en France : 12,9 décès pour 1 000 habitants (9,2 en France). Cependant, le taux de mortalité a diminué en Limousin comme au niveau national au cours des dix dernières années et notamment la mortalité infantile.

L'espérance de vie à la naissance est identique en Limousin à celle observée en France : 75,2 ans pour les hommes et 82,9 ans pour les femmes.

La répartition de la population sur les territoires se caractérise par une poursuite de l'urbanisation et la rurbanisation. Un limousin sur deux réside en Haute-Vienne, un sur trois en Corrèze et un sur six en Creuse. <sup>5</sup>

### **II – UNE OFFRE DE SOINS ET DE PREVENTION STRUCTUREE MAIS EVOLUTIVE**

Le Limousin compte **40 établissements de santé publics et privés** au 1<sup>er</sup> janvier 2005 (22 établissements publics et 18 établissements privés) soit **6 298 lits et places d'hospitalisation** (3638 lits de court séjour, 1107 en soins de suite et réadaptation, 1553 en psychiatrie).

Le Limousin bénéficie également de 5 services d'Hospitalisation à Domicile (HAD) et de 1901 lits en soins de longue durée. Ces données ne comprennent pas les places en maisons de retraite, en logement foyer, en hébergement temporaire, en accueil de jour et en SSIAD<sup>6</sup>. Néanmoins, le maillage du territoire est presque complet en matière de SSIAD. <sup>7</sup>

L'offre de prévention en Limousin est portée par le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) en partenariat avec de nombreux intervenants :

- les associations qui œuvrent dans le domaine des préventions primaire et secondaire,
- les services de prévention à destination de certaines populations (PMI<sup>8</sup>), ...

L

<sup>5</sup> Sources : INSEE

<sup>6</sup> Services de Soins Infirmiers à Domicile

<sup>7</sup> Sources : STATISS

<sup>8</sup> Protection Maternelle et Infantile

- l'Assurance Maladie,
- les structures de dépistage et de prise en charge de certains risques (centres de dépistage anonyme et gratuit VIH et hépatites virales),
- les dispositifs de surveillance et de veille sanitaire,
- les établissements de santé
- les centres de santé ...

Au 1<sup>er</sup> janvier 2006, environ 13 000 professionnels de santé exercent leur activité en Limousin, à titre libéral ou salarié. Plus de la moitié (56%) exercent en Haute-Vienne, 30% en Corrèze et 14 % en Creuse.

Les situations sont disparates tant au niveau des catégories de professionnels de santé représentés que de leur répartition territoriale :

#### ⇨ Les médecins

La densité au 1<sup>er</sup> janvier 2007 est de 130 pour 100 000 habitants pour les médecins généralistes (95 en France).

Alors que dans les zones rurales, la densité des médecins généralistes est plus faible et leur moyenne d'âge plus élevée, les jeunes médecins ont tendance à s'installer dans les zones urbaines et périurbaines.

46% des médecins limousins sont des spécialistes (hospitaliers et libéraux). Le Limousin est globalement sous doté en spécialistes : 152 pour 100 000 habitants contre 174 en France. Cette situation masque des disparités départementales fortes. Comme pour les généralistes, la moyenne d'âge des spécialistes est élevée (48,6 ans) et fait craindre des difficultés majeures dans les années à venir, surtout en Creuse.

#### ⇨ Les infirmiers

Au 1er janvier 2006, les infirmiers libéraux représentent 13,6 % de la population des infirmiers dans la région Limousin.

Au 1er janvier 2007, leur densité est de 150 pour 100 000 habitants contre 107 en France. Les professionnels sont plus présents en milieu rural.

Il faut ajouter à cet effectif de professionnels libéraux les centres de soins infirmiers (CPAM<sup>9</sup>, MSA<sup>10</sup> et Croix Rouge) et un maillage des SSIAD complet en Haute-Vienne et en Creuse et qui se développe en Corrèze.

Le taux de départ à la retraite en Infirmières Diplômées d'Etat (IDE) hospitalier à effectif constant est de 33% entre 2000 et 2010. Il peut impacter sur la densité des infirmiers libéraux. 75% des étudiants formés en Limousin s'installent dans la région.

L

<sup>9</sup> Caisse Primaire d'Assurance Maladie

<sup>10</sup> Mutualité Sociale Agricole

#### ⇨ Les masseurs Kinésithérapeutes

La densité est de 70 pour 100 000 habitants en Limousin contre 80 en France au 1<sup>er</sup> janvier 2007. Le nombre de professionnels est plus faible en Creuse. Le taux de départ à la retraite des Masseurs Kinésithérapeutes en secteur hospitalier à effectif constant est de 42,9% entre 2000 et 2010.

**Peu d'étudiants formés en Limousin exercent ensuite dans la région.**

#### ⇨ Les chirurgiens dentistes

Au 1<sup>er</sup> janvier 2007, la densité de chirurgiens dentistes est de 48 pour 100 000 habitants (France 62), avec un fort déficit sur la partie Est de la région.

#### ⇨ Les pharmacies d'officine

La densité de pharmacie est importante en Limousin, 50 pour 100 000 habitants (38 en France) au 1<sup>er</sup> janvier 2007 et encore plus forte en milieu rural.

### **III – UNE REPONSE POSSIBLE FACE AUX ENJEUX, LES MAISONS DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRES**

Le travail en groupe, pour les professionnels de santé, renforce l'attractivité d'un exercice professionnel en zone fragile ou déficitaire.

La nécessaire couverture des besoins de santé dans une zone où la densité de la population principalement vieillie diminue, où les conditions d'exercice des médecins deviennent de plus en plus difficiles amène à renforcer les modes de pratiques coopératives entre professionnels de santé (médecins entre eux, médecins et auxiliaires médicaux) et entre médecine de ville et hôpital (pratique en réseaux, hôpital de proximité). Ces modes de pratiques ont pour but de permettre de rompre l'isolement des médecins, de limiter la charge des contraintes (gardes et congés alternés) et de favoriser, dans le souci de continuité des soins, une prise en charge coordonnée des patients. C'est le concept de la Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP).

Mais, pour aboutir, le concept nécessite la rencontre et la mobilisation à la fois des professionnels de santé, mais aussi des acteurs locaux et tout particulièrement des élus. Il s'agit de concevoir un équipement et un service à la population avec un portage public là où l'initiative privée fait défaut. Ces maisons doivent donc répondre à un besoin avéré en termes de carence sanitaire et s'inscrire dans un bassin de population suffisant.

C'est pourquoi, il a semblé pertinent que ces structures puissent être réfléchies et élaborées dans le cadre de territoires de projet que sont les pays et portées par les Communautés de Communes du Pays. De fait, la loi n°2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux donne la possibilité aux collectivités de se saisir de cette question.

Dans ce cadre, **l'incitation à l'implantation ou au maintien de professionnels de santé en zones rurales trouve donc sa place dans les projets d'aménagement du territoire et de politique d'accueil des contrats de territoires.**

Compte tenu de ces éléments, le dialogue avec les élus locaux (ou de terrain) est un facteur incontournable de tout projet de mise en place de mesures incitatives à un niveau local pour favoriser l'installation des professionnels de santé dans une Maison de Santé Pluridisciplinaire. Le rôle de la Mission Régionale de Santé pour orienter l'installation des médecins est naturellement complémentaire de l'action des collectivités locales et de l'Etat.

*Une maison de santé est avant tout un lieu physique de regroupement, dans les zones fragiles et déficitaires en offre de soins, pour les professionnels de santé issus de disciplines différentes (médicales, paramédicales voire sociales) offrant des soins courants, à la population. Elle vise à maintenir une offre de soins ambulatoire suffisante et de qualité dans les zones fragiles et déficitaires et à assurer une continuité des soins.*

# **LES MAISONS DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRES, POURQUOI, POUR QUI ET QUELLE DEMARCHE ?**

---

## **I – OBJECTIFS PRINCIPAUX**

Pour assurer les soins ambulatoires courants, certains médecins et paramédicaux n'exercent plus seuls en cabinet individuel mais partagent des locaux et travaillent ensemble pour mieux s'organiser. Cette évolution est nettement exprimée par les jeunes générations de médecins généralistes notamment les femmes, majoritaires dans les dernières promotions. Les principaux avantages de ce nouveau mode d'organisation qui concernent à la fois les professionnels de santé et les patients peuvent être formulés à travers les objectifs principaux suivants :

### **I.1. AMELIORER LA QUALITE DE L'EXERCICE PROFESSIONNEL**

*En se regroupant pour mieux gérer son temps, diversifier son activité et améliorer ses compétences :*

- ✚ diversification de l'activité professionnelle facilitée : hôpital, expertise, prévention...
- ✚ échanges des pratiques dans un cadre multi-professionnel ;
- ✚ évaluation des pratiques professionnelles ;
- ✚ formation (Téléenseignement).

*En partageant les coûts relatifs au :*

- ✚ secrétariat, accueil, entretien : embauche facilitée et décharge pour les professionnels de santé de nombreuses tâches non directement médicales ;
- ✚ locaux partagés, transmission de la clientèle et des locaux facilitée ;
- ✚ investissement matériel : la mutualisation des coûts et éventuellement des compétences permet d'avoir une offre plus complète et de réinvestir certains domaines d'activités : petites urgences (pansements, plâtres, sutures autres matériels à usage unique...), ECG, défibrillateur, Doppler, tests divers (urinaires...).

### **I.2. CONFORTER L'ACCESSIBILITE, LA COORDINATION, LA CONTINUTE ET LA PERMANENCE DES SOINS**

*En mettant en place différents modes de pratiques coopératives :*

- ✚ dossiers médicaux partagés (facilitant la publication dans le DMP<sup>11</sup> en cours de mise en œuvre), mise en réseau informatique des différents professionnels de santé (télémédecine par exemple),

L

<sup>11</sup> Dossier Médical Personnel

- ✚ réunions de concertation ;
- ✚ meilleur lien médical-paramédical-social autour du patient primordial dans le contexte actuel de prédominance des maladies chroniques et de développement des soins à domicile (SSIAD, HAD...);
- ✚ meilleure organisation autorisée par le nombre, permettant d'optimiser les plages d'ouverture du cabinet et d'assurer la permanence des soins ;
- ✚ possibilité de développer des consultations avancées régulières de spécialistes médicaux et non médicaux (cardiologue, diététicien par exemple).

### **I.3. DEVELOPPER LE CHAMP DE L'EXERCICE PROFESSIONNEL, NOTAMMENT DANS LE DOMAINE DE LA PREVENTION**

*En facilitant le travail en équipe et/ou dans le cadre d'un projet et les interventions d'acteurs de la prévention et du champ social :*

- ✚ participation à des programmes de santé publique : dépistage des cancers, études épidémiologiques, veille sanitaire, relais des campagnes nationales ou locales... ;
- ✚ éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques (diabète, cardiovasculaires, asthme...) : possibilité de développement de l'éducation individuelle ou collective en petits groupes dans un cadre multidisciplinaire et multi-professionnel (médecins, infirmières, diététiciens, psychologues... ) ;
- ✚ participation à des réseaux de santé (diabète, soins palliatifs, obésité, gérontologie..).
- ✚ intervention de la protection maternelle et infantile, du service social, du CLIC<sup>12</sup>...

### **I.4. AMELIORER L'ATTRACTIVITE POUR LUTTER CONTRE LA DESERTIFICATION ET CONCOURIR AU MAINTIEN DE SERVICES PUBLICS DE SANTE DE PROXIMITE**

- ✚ En maintenant les professionnels de santé en place et donc l'offre de soins de proximité, en développant et en améliorant les services de santé.
- ✚ En attirant de nouveaux professionnels (l'exercice en groupe et en maison de santé pluridisciplinaire a fait la preuve dans de nombreuses régions de son intérêt).
- ✚ En mobilisant des dispositifs et des outils d'accompagnement spécifiques (aide à l'installation, cotation majorée en zone déficitaire, aide à l'investissement...).

### **I.5. AMELIORER LA QUALITE DE VIE DES PROFESSIONNELS DE SANTE**

- ✚ En luttant contre l'isolement (facteur principal de stress et d'épuisement professionnel - burn out-), création d'une dynamique de groupe.
- ✚ En facilitant le remplacement, la prise de congés (périodes de décompression indispensables), le relais en cas d'absence imprévue.

L

<sup>12</sup> Centre Local d'Information et de Coordination

9/20

- ✚ En dégageant du temps libre pour les autres activités : équilibre vie professionnelle/vie privée.

## **II – ELEMENTS PREALABLES A LA CREATION**

Une étude préalable s'attachant à examiner les conditions d'opportunité et de faisabilité est indispensable. Elle a pour objet la mise en place éventuelle d'une maison de santé pluridisciplinaire selon les attentes des professionnels de santé, des institutions, des élus locaux, des patients et de la population locale. Elle a pour but de montrer si le projet répond à un besoin. Elle est réalisée en lien avec l'ensemble des acteurs et partenaires du projet qui devront au préalable se réunir pour manifester leur volonté de s'engager dans une telle démarche. En tout état de cause, cette étude devra respecter les dispositions du cahier des charges spécifique (Annexe n°1).

## **III – MODALITES DE MISE EN ŒUVRE**

### **III.1. LES REGLES DE FONCTIONNEMENT**

La maison de santé pluridisciplinaire ne peut être la juxtaposition de cabinets médicaux individuels. Elle apporte une plus-value dans les conditions de travail des professionnels de santé et dans la coordination autour du patient. Elle doit être attractive pour de nouveaux professionnels.

- ▶ Un « noyau dur » constitué de professionnels de santé de premier recours :

Les MSP ont vocation à réunir un «noyau dur» de professionnels de santé constitué de médecins généralistes et d'infirmières et, si possible de masseurs kinésithérapeutes.

En fonction des opportunités, pourront également intervenir dans le cadre de la MSP orthophoniste, sage-femme, pédicure-podologue, diététicienne, chirurgien dentiste ...

- ▶ Un lieu d'accueil pour :

- des consultations avancées de spécialistes,
- des séances d'éducation thérapeutique organisées sur un mode pluridisciplinaire (le cas échéant, dans le cadre d'un réseau de santé pour les patients atteints de pathologies chroniques),
- les acteurs de la prévention (PMI...)
- une permanence des services sociaux, du CLIC,...
- les stagiaires, ce qui implique qu'au moins un des médecins soit formé au tutorat de médecine générale.

► Des locaux adaptés :

La maison de santé pluridisciplinaire respecte les normes/référentiels en vigueur relatives à la confidentialité, l'hygiène (DASRI<sup>13</sup>), la sécurité, l'environnement, l'ergonomie, la protection incendie, l'accessibilité et la sécurité sanitaire.

Les locaux seront en particulier facilement accessibles aux personnes âgées et à mobilité réduite. Outre les locaux nécessaires à l'exercice professionnel (cabinets pour les professionnels de santé, salle de soins pour la petite chirurgie, accueil/secrétariat, sanitaires, salles d'attente...), le projet immobilier intègre :

- une salle de réunion équipée (présentation de dossiers médicaux, formation, information/éducation des patients,...),
- éventuellement, un logement permettant d'accueillir des remplaçants et des étudiants (accueil de stagiaires dans la perspective d'inciter les futurs médecins à s'installer dans les zones fragiles ou déficitaires).

► Organisation du travail :

Elle est accessible aux heures d'ouverture des cabinets de soins et doit obligatoirement s'intégrer dans l'organisation de la permanence des soins sur la zone. La permanence des soins s'entend au sens des articles L. 6313-1 et L. 6315-1 du code de la santé publique et des cahiers des charges départementaux arrêtés par les Préfets.

Le projet prévoit obligatoirement un planning des horaires d'ouverture quotidien et hebdomadaire de la maison de santé pluridisciplinaire.

► Beaucoup plus qu'un projet immobilier, **elle est basée sur des projets communs d'action en direction de la population** (prise en charge coordonnée des soins, prévention, éducation du patient...) dans une zone fragile ou déficitaire.

Elle se coordonne avec son environnement notamment avec les établissements de santé et médico-sociaux, les pharmacies, les LABM<sup>14</sup>, les SSIAD, les services des urgences, les équipes de secteur psychiatrique en participant à la permanence des soins sur la zone d'implantation.

En tout état de cause, le projet de maison de santé pluridisciplinaire étant assis sur des engagements collectifs des membres, ces derniers doivent à travers une « charte de qualité » préciser leurs engagements réciproques :

- ✚ Organisation de la prise en charge des patients lors de l'absence du professionnel de santé (congrés, formation, absences non programmées...),
- ✚ Partage des informations utiles à une prise en charge coordonnée (réunions de concertation autour de dossiers de patients, conditions d'accès à un volet partagé au dossier médical des patients...),

L

<sup>13</sup> Déchets d'activité de soins à risques infectieux

<sup>14</sup> Laboratoires d'analyses biologiques et médicales

- ✚ -Mise en œuvre de pratiques protocolées définissant dans le respect des recommandations de bonnes pratiques et des règles déontologiques, le rôle de chacun des professionnels de santé de la MSP dans le suivi des patients de pathologies chroniques.

### **III.2. L'IMPLANTATION**

Le choix du lieu d'implantation de la maison de santé pluridisciplinaire doit prendre en compte les difficultés dans l'offre de soins (actuelles et/ou prévisibles), la cohérence de zone de recrutement des patients et la notion d'accessibilité.

En tout état de cause, à la lumière de certaines expériences, l'opportunité de création d'une maison de santé pluridisciplinaire doit s'apprécier dans le cadre d'une approche globale d'aménagement du territoire en tenant compte de la place d'une MSP dans un ensemble de mesures destinées à l'aménagement ou à la revitalisation des secteurs concernés. De fait, dans des territoires sous-équipés où le sort professionnel du conjoint est incertain et les conditions de scolarisation des enfants difficiles, les incitations financières ont pu montrer leurs limites.

**D'un point de vue régional, les porteurs de projet devront inscrire prioritairement leurs projets dans les zones déficitaires telles qu'elles ont été arrêtées par les Directeurs de l'URCAM et de l'ARH (article L. 162-47 du code de la sécurité sociale) et les zones identifiées comme fragiles (anticipation des situations de rupture) ou susceptibles de le devenir<sup>15</sup>. Le choix du lieu d'implantation doit également être fait en concertation avec les acteurs de terrain et décideurs locaux car la réussite du projet repose essentiellement sur la motivation et l'implication de l'ensemble de ces acteurs. La maison de santé pluridisciplinaire doit être le fruit d'une réflexion partagée et concertée.**

### **III.3. LE STATUT JURIDIQUE DE LA MAISON DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRE**

#### **► Maîtrise d'ouvrage de l'investissement :**

La maison de santé pluridisciplinaire ayant vocation à s'inscrire dans un projet d'aménagement sanitaire équilibré du territoire et à être intégrée dans les prochains contrats de territoires, l'investissement immobilier sera porté par un Groupement de Communes ou une Commune.

On peut formuler des recommandations en direction des porteurs de projet :

- impliquer les acteurs de la santé d'un territoire donné dès le début du projet dans une approche pluridisciplinaire ;

L

<sup>15</sup> Cf Annexe 5 : Cartes des zones déficitaires et fragiles

- rechercher le soutien des partenaires institutionnels (DDASS-DRASS<sup>16</sup>, ARH, URCAM, Conseil Régional, Conseil Général, Municipalités, URML<sup>17</sup>) ;
- prévoir une réflexion de fond sur l'organisation, le fonctionnement et des objectifs clairement définis (objectifs médicaux, mécanismes de coopération...), car un projet immobilier ne peut pas suffire ;
- prévoir une articulation avec des dispositifs de coordination des acteurs de santé déjà existants (réseaux, Centres locaux d'information et de coordination CLIC).

► Gestion de la Maison de Santé Pluridisciplinaires :

Le mode de gestion de la MSP peut varier selon les particularités de chaque projet, société civile de moyens, société civile de professionnels, association de professionnels de santé, groupement de coopération sanitaire. Le statut juridique pourra conditionner la mobilisation ou non de certaines aides.

#### **IV – LES ELEMENTS POUR L'EVALUATION**

Le champ et la portée de l'évaluation sont adaptés en fonction de la nature et de l'importance de l'aide accordée.

L'évaluation a pour objectif de répondre aux questions suivantes :

- en quoi la création de la maison de santé pluridisciplinaire a-t-elle contribué à l'installation ou au maintien des professionnels de santé dans la zone déficitaire où elle a été créée ?
- quelles sont les mesures prises au sein de la MSP en faveur de la qualité du service rendu aux patients ?
- quel est le coût réel de la prise en charge des soins au sein de la maison médicale en distinguant l'ensemble des coûts directs de la MSP, la part couverte par les financements alloués et le coût de soins médicaux ?

Une première évaluation intermédiaire devra être réalisée au plus tard au terme de 3 années de fonctionnement. Cette évaluation permettra d'adapter si besoin les modalités de la poursuite d'un financement au delà de cette période.

Outre les indicateurs, le porteur fournira trimestriellement les noms, numéros ADELI<sup>18</sup> et périodes d'exercice des professionnels intervenant au sein de la MSP afin de permettre aux financeurs de compléter l'évaluation fournie par le promoteur, sur l'impact de la maison médicale sur la consommation et l'organisation des soins sur la zone d'installation de la structure.

L

<sup>16</sup> Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales – Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

<sup>17</sup> Union Régionale des Médecins Libéraux

<sup>18</sup> Automatisation des listes : Système d'information national sur les professionnels de santé, du social et les psychologues

L'ensemble des questions auxquelles doit répondre l'évaluation ainsi que les indicateurs correspondants sont précisés en annexes 2, 3 et 4.

Les indicateurs à fournir précisés dans le présent référentiel constituent la base de l'évaluation. En fonction de la spécificité du projet, des indicateurs complémentaires pourront être prévus. Il appartiendra au promoteur de préciser dans son dossier de demande de financement les conditions de recueil, de validation et de transmission des informations prévues dans le référentiel d'évaluation joint en annexe 2, 3 et 4.

# **ARTICULATION ENTRE LES ACTEURS CONCERNANT LE COFINANCEMENT DES MAISONS DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRES**

---

## **I – TYPES DE DEPENSES**

Les grands postes financiers qui s'attachent à un projet de maison de santé peuvent être identifiés comme suit :

- étude préalable d'opportunité et de faisabilité (enquête auprès de la population, coûts estimatifs...),
- investissement : travaux de construction ou de réhabilitation, équipement en matériel (informatique, bureautique...),
- frais de fonctionnement : personnel médical, salarié de la structure (secrétaire, femmes de ménage), frais de formation des professionnels de santé, frais de coordination (réunions...),
- évaluation : comité de suivi interne, recours à un prestataire extérieur pour l'évaluation finale.

## **II – LES CO-FINANCEURS POTENTIELS DES MAISONS DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRES**

Les co-financeurs potentiels des Maisons de Santé pourront être :

- L'Assurance Maladie,
- L'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH),
- La Mission Régionale de Santé,
- L'Etat,
- Le Conseil Régional du Limousin,
- Les Conseils Généraux,
- L'Europe,
- Les Communautés de Communes et/ou les Communes.

### **III – LES INTERVENTIONS FINANCIERES POSSIBLES**

#### **Pour l'Assurance Maladie :**

\* une incitation financière à un exercice regroupé dans des zones rurales ou urbaines où un déficit de l'offre est constaté : avenant n°20 à la convention nationale des médecins libéraux : Il s'agit d'une option conventionnelle à laquelle le médecin généraliste qui exerce sous Convention peut adhérer, sous réserve de répondre aux conditions posées par le texte.

Cette option est destinée à favoriser l'installation et le maintien des médecins généralistes libéraux conventionnés dans les zones déficitaires, en les incitant à :

- s'installer ou exercer en cabinet de groupe ou en maisons médicales pluridisciplinaires.
- recourir à des collaborations libérales et des remplacements dans les zones déficitaires, ce qui permet d'alléger la charge de travail et également de s'absenter plus facilement, notamment dans le cadre de la formation médicale continue.

C'est un dispositif qui s'applique dans les zones déficitaires en médecine générale définies par la MRS.

Par son adhésion à l'option conventionnelle, il prend les engagements de :

- rester en exercice dans la zone éligible à l'option pendant 3 ans
- participer à la Permanence des Soins
- favoriser les collaborations libérales
- recourir à des remplaçants pour assurer la continuité des soins
- permettre des vacances de médecins spécialistes ou auxiliaires médicaux
- participer avec l'Assurance Maladie au projet d'évolution de la démographie de la zone.

L'aide à l'installation ou au maintien dans la zone éligible est de deux ordres :

- Le médecin qui adhère à l'option bénéficie d'un accompagnement personnalisé par un correspondant identifié au sein de la CPAM.
- L'aide est aussi financière et prend la forme d'un forfait annuel représentant 20 % de l'activité (C+V) du professionnel dans la zone concernée.

\* des aides au remplacement pour les médecins généralistes : par adhésion du médecin généraliste au Contrat de Bonne Pratique (CBP), sous condition d'exercice en zone rurale : L'adhésion à ces contrats concerne les médecins généralistes qui :

- exercent dans un cabinet éloigné de plus de 20 minutes d'un service d'urgence et,
- exercent dans un canton dont la densité de médecins généralistes est inférieure à 3 pour 5 000 habitants.

Ces zones sont déterminées par l'Union Régionale des Caisses d' Assurance Maladie (URCAM).

\* Dérogation au parcours de soins : Installation dans une zone déficitaire en offre de soins définis par la MRS : Pendant 5 ans, les consultations réalisées par un médecin généraliste sont exonérées des pénalités financières qui s'appliquent au patient hors parcours de soins : Art. L 162-5-4 du Code Sécurité Sociale; Décret du 2 janv. 2006; Article D 162-1-8 du Code Sécurité Sociale ; Art. 72 LFSS pour 2007.

#### **Pour l'Agence Régionale de l'Hospitalisation :**

- la prise en compte de la participation des établissements de santé, à une maison de santé pluridisciplinaire, dans leur Contrat d'Objectifs et de Moyens.
- l'ARH peut, à travers les aides à la contractualisation, participer au fonctionnement des maisons de santé pluridisciplinaires. Ainsi, dans le cas des maisons de santé pluridisciplinaires rurales, l'articulation avec un hôpital local est indispensable.

L'ARH peut également participer au financement des maisons de santé pluridisciplinaires situées à proximité de services d'urgences.

#### **Pour la Mission Régionale de Santé :**

\* L'article 94 de la LFSS pour 2007<sup>19</sup> a créé un **Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins**<sup>20</sup>.

« Le Fonds finance des actions et des expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville, par **l'octroi d'aides** à des professionnels de santé exerçant en ville, **à des regroupements de ces mêmes professionnels ou à des centres de santé**.».

Il finance des actions ou des structures concourant à l'amélioration de la permanence des soins et notamment les maisons médicales de garde». **«Il concourt à des actions ou à des structures visant au maintien de l'activité et à l'installation de professionnels de santé pour favoriser un égal accès aux soins sur le territoire».**

L

<sup>19</sup> Loi du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007

<sup>20</sup> FIQCS

**«Il finance des actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé».**

«L'attribution des aides peut être déconcentrée et confiée aux Missions Régionales de Santé».

Le décret d'application du FIQCS est paru au Journal Officiel du 16 mai 2007<sup>21</sup>. Il précise que les dispositions du présent décret entrent en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet 2007. La dotation nationale de développement des réseaux<sup>22</sup> et la dotation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville<sup>23</sup> doivent être transférées au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

En tout état de cause, compte tenu de la multiplicité des enjeux, le FIQCS ne saurait être le seul financeur du projet.

Compte tenu de ses finalités, l'intervention du FIQCS concerne prioritairement les projets dont les objectifs principaux visent :

- à répondre aux difficultés que rencontrent les zones rurales ou péri-urbaines en matière de démographie médicale,
- à renforcer les modes de pratiques coopératives entre professionnels de santé, entre médecine de ville et hôpital et de contribuer ainsi à rompre l'isolement des médecins, à limiter la charge de leurs contraintes (gardes et congés alternés)
- à développer l'innovation dans les modes de prise en charge à des fins de meilleure efficacité du système.

Pour des projets s'inscrivant dans ces objectifs, l'appui financier de l'Assurance Maladie peut concerner :

► L'aide à la conception du projet : études préalables ...

► Une participation aux équipements :

- investissements contribuant à des pratiques coopératives : mise en réseau informatique, standard téléphonique adapté,...
- aménagement de locaux collectifs destinés à l'organisation de réunions, l'accueil de stagiaires,
- acquisition de matériel de communication et d'animation (vidéo projecteur, ...).

L

<sup>21</sup> Décret n°2007-973 du 15 mai 2007 relatif au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins

<sup>22</sup> DNDR

<sup>23</sup> FAQSV

► Une aide au démarrage, limitée dans le temps et dégressive, pour les frais de fonctionnement en lien direct avec l'exercice pluriprofessionnel : rémunération de personnel d'accueil partagé entre les professionnels intervenant au sein de la MPS par exemple.

► Une participation aux dépenses d'évaluation du dispositif.

### **Pour le Conseil Régional du Limousin :**

La loi relative au développement des territoires ruraux<sup>24</sup> permet aux collectivités locales d'attribuer certaines aides. Le Conseil Régional du Limousin a acté lors de son assemblée plénière du 18 janvier 2007, le principe de soutenir le développement des maisons de santé pluridisciplinaires dans des territoires déficitaires, fragiles ou susceptibles de le devenir.

- Concernant le volet immobilier :

La Région pourra participer au financement (construction et aménagement) des locaux regroupant les professionnels de santé y compris les investissements relatif aux logements du personnel. Ce financement se fera via les contrats de territoire 2008-2013 au titre du volet territorial du CpPER.

- Concernant le volet formation,

La Région pourra contribuer aux frais de transport des étudiants effectuant un stage dans une maison de santé pluridisciplinaire. Cette contribution fera l'objet d'une convention entre la Région et l'Université (Faculté de Médecine). Les frais pris en charge sont ceux qui concernent des déplacements entre le lieu de formation et le lieu de stage, dans la limite d'un aller-retour par semaine.

### **Pour les Communes et Communautés de communes :**

\* Les Groupements de Communes et/ou les Communes, en tant que maîtres d'ouvrages des opérations d'investissements participent directement au projet immobilier et peuvent également mettre à disposition des locaux ou des terrains pour les maisons de santé.

\* Enfin, les investissements immobiliers réalisés par les Groupements de Communes et/ou les Communes, destinés à l'installation de professionnels de santé et/ou à l'action sanitaire et sociale, sont éligibles au fonds de compensation pour la TVA sous réserve de «pallier l'absence ou l'insuffisance locale d'offre en prestation de santé ou d'action sanitaire et sociale».

L

<sup>24</sup> Loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux.

### **Pour l'Union Européenne :**

#### **\* LE FEADER**

Dans le cadre du volet Limousin du PDRH<sup>25</sup>, le FEADER<sup>26</sup> peut être mobilisé pour le financement des études de faisabilité, des investissements et pour les dépenses matérielles liées au développement des activités des Maisons de santé pluridisciplinaires.

Au titre des programmes européens pour la période 2007-2013, un des dispositifs du FEADER concerne les services à la population et prévoit notamment le soutien à l'amélioration de l'accès aux soins dans les territoires ruraux défavorisés en matière d'offre de soins par la création de maisons de santé pluridisciplinaires. Le FEADER peut être mobilisé pour :

- les études de faisabilité des maisons de santé pluridisciplinaires (avec un montant maximum de dépense subventionnable de 40 000 €),
- les investissements et pour les dépenses matérielles liées au développement des activités des maisons de santé pluridisciplinaires (avec un montant maximum de dépense subventionnable de 300 000 €).

### **Pour l'Etat :**

- \* Les demandes seront examinées au cas par cas au moment de la négociation des contrats territoriaux.

### **Pour les Conseils Généraux de la Corrèze, de la Creuse et de la Haute-Vienne :**

- \* Accord donné par le Conseil Général de la Corrèze pour s'inscrire dans la démarche proposée.
- \* En attente d'un positionnement définitif des Conseils Généraux de la Haute-Vienne et de la Creuse.

L

<sup>25</sup> Programme de Développement Rural Hexagonal

<sup>26</sup> Fonds Européen Agricole pour le Développement Rural