



ReAGJIR

Regroupement Autonome des Généralistes
Jeunes Installés et Remplaçants

Développement des maisons de santé en France

Contribution écrite à la mission interministérielle

Validée par le Conseil d'Administration

Rennes – 17 octobre 2009

1. Cadre général

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les maisons de santé devront comprendre des professionnels de santé :

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

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

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

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

2. Organisation du territoire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Statut et financement

3.1. Quels financements vous semblent être nécessaires ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Territoires spécifiques

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Autres points que vous aimeriez souligner

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

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