

Actes



Colloque
MAISONS
RÉGIONALES
de la **santé**

1^{ère} journée
de réflexion et d'échanges

28 février 2013 - Marseille

Région



Provence-Alpes-Côte d'Azur

1^{ère} journée de réflexion et d'échanges sur les Maisons Régionales de la Santé

Colloque du 28 février 2013, Marseille

Sommaire

Allocutions d'ouverture

Ladislav Polski, Conseiller régional, élu délégué aux Maisons régionales de la santé p. 2

Paul Castel, Directeur de l'Agence régionale de santé PACA p. 5

- Le dispositif des Maisons Régionales de la Santé : les trois volets de l'intervention régionale p. 8

Ladislav Polski, Conseiller régional, élu délégué aux Maisons régionales de la santé

- État des lieux de l'accès aux soins en région PACA : des inégalités géographiques marquées p.9

Laurent Sauze, Directeur des études, Agence Régionale de Santé PACA

- De l'idée à la création d'une Maison régionale de la santé : guide à l'intention des porteurs de projet p.22

Yolande Obadia, Directrice, Observatoire Régional de la Santé PACA

Zeina Mansour, Directrice, Comité Régional d'Éducation pour la Santé PACA p.26

Animation des tables-rondes :

Laurence Hartmann, Maître de conférences en sciences économiques, Conservatoire National des Arts et Métiers

Table-ronde n°1 : une démarche partenariale au service de l'aménagement du territoire

Jean-Luc Le Gall, Président du Conseil Régional de l'Ordre des médecins PACA p.32

Rémy Sebbah, Secrétaire, Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux PACA p.34

Garo Hovsepian, Maire, Maison régionale de la santé du 13^{ème} et 14^{ème} arrondissements de Marseille p.35

Lyazid Mezzi, Maison régionale de la santé du vallon de Malpassé, Marseille p.36

Joël Giraud, Vice-président délégué à l'action régionale pour le massif alpin, député-maire de l'Argentière p.41

Cyrille Drujon d'Astros, Président de la communauté de communes du Pays des Écrins p.42

David Damon, Vice-président de l'association Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants PACA et Corse p.43

Table-ronde n°2 : un parcours de santé optimisé : de la prévention à l'accès aux soins

Jean-Martin Cohen Solal, Directeur Général, Fédération Nationale de la Mutualité Française p.52

Zeina Mansour, Directrice, Comité Régional d'Éducation pour la Santé PACA p.53

Georges Graglia, Président du Pôle de santé pluridisciplinaire Sélience, Maison de santé d'Aiguilles p.54

Stéphanie Casanova, Coordinatrice de l'atelier santé ville de Miramas, p.55

Maison régionale de la santé de Miramas

Michel Lecarpentier, Collectif interassociatif sur la santé de la région PACA (CISS) p.59

Table-ronde n°3 : un lieu de formation, de coordination et de nouvelles pratiques professionnelles

Georges Léonetti, Doyen de la Faculté de médecine de Marseille p.63

Jean-Baptiste Sautron, Professeur à la Faculté de médecine de Nice, Collège de médecine générale p.64

Sébastien Adnot, Médecin-coordonateur de la Maison régionale de la santé de Carpentras p.64

Sylvain Derensy, Coordinateur de la Maison de santé pluriprofessionnelle de Steenvoorde p.68

Vincent Unal, Directeur-adjoint à la Direction patients, offre de soins et autonomie, ARS PACA p.69

Synthèse de la journée

Laurence Hartmann p.76

Clôture

Anne-Marie Hautant, Vice-présidente de la Région, déléguée à la santé-alimentation p.79

Ouverture du colloque

➔ **Ladislav polski**, Conseiller régional, élu délégué aux Maisons Régionales de la Santé

Mesdames et Messieurs, je vous remercie d'être nombreux dans cet hémicycle du Conseil régional.

Je voudrais tout d'abord excuser l'absence du Président Michel Vauzelle qui devait ouvrir ces débats et à qui le Président de la République a demandé de l'accompagner dans un déplacement en Russie.

Il me revient l'honneur de présider cette rencontre. Je remercie tout d'abord le Directeur général de l'Agence régionale de santé, Paul Castel, qui nous fait l'honneur d'être avec nous ce matin, ma collègue Vice-présidente Anne-Marie Hautant, les deux directrices de nos centres de ressources, l'Observatoire régional de la santé et le Comité régional d'éducation pour la santé, Yolande Obadia et Zeina Mansour, mais aussi le Dr Laurent Sauze de l'ARS et Laurence Hartmann, maître de conférences au Conservatoire National des Arts et Métiers, qui animera les débats d'aujourd'hui.

Nous sommes à deux ans du vote dans cet hémicycle par les conseillers régionaux du dispositif des Maisons régionales de la santé (MRS), un dispositif issu de la volonté du Président Michel Vauzelle de s'intéresser dans cette nouvelle mandature davantage à la santé dans notre région. En tant que Président de l'Observatoire régional de la santé, il connaît les problématiques auxquelles se heurtent nos concitoyens au quotidien et notamment les inégalités fortes d'accès à la santé, aux soins et à la prévention.

La région Provence-Alpes-Côte d'Azur est considérée comme une région largement favorisée en matière d'offre de soins. Or, vous le savez, notre région est particulièrement contrastée. Les contrastes sont très importants en effet entre la bande littorale et les territoires ruraux et alpins ou encore certains quartiers défavorisés de nos villes.

La question de la réduction des inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins s'est imposée comme un des enjeux importants de cette nouvelle mandature, avec une majorité régionale souhaitant porter la défense du modèle républicain.

Des indicateurs nationaux révèlent que le renoncement aux soins, par exemple, pour raisons financières, a augmenté. Par ailleurs, un grand nombre de mesures qui concouraient à augmenter la part restante à la charge du citoyen dans les dépenses de santé a impacté l'égal accès aux soins des individus, qui est un des fondamentaux de notre modèle républicain, profondément inscrit dans les valeurs républicaines de notre pays.

Quand nous nous sommes intéressés à cette problématique, nous n'avons pas voulu nous aventurer seuls dans ce nouveau domaine. Nous l'avons fait avec nos centres de ressources, l'Observatoire régional de la santé et le Comité régional d'éducation pour la santé, mais aussi bien entendu avec l'acteur légitime dans le domaine de la santé qu'est l'État, et l'Agence régionale de santé qui a la mission d'organiser la santé à l'échelon régional.

D'ailleurs cette vision à l'échelon régional est pertinente car elle permet une appréhension au plus près des enjeux des territoires en matière de besoins de santé.

Nous avons donc noué un partenariat avec l'Agence régionale de santé, partenariat qui a été formalisé, tout d'abord par l'inscription des Maisons régionales de santé au Contrat de Projet État Région, qui lie l'action des Conseils régionaux et de l'État à l'échelle d'une région.

Nous avons ensuite créé, ce qui a été particulièrement innovant sur le plan national, à l'initiative de l'Agence régionale de santé et sous notre coprésidence, une Commission de Coordination de l'Offre de soins de Proximité, à laquelle un grand nombre des personnes présentes aujourd'hui participent, CCOP qui permet de mettre en partage à la fois les projets mais aussi les retours d'expérience des différentes Maisons régionales de santé.

Nous avons voulu procéder selon une logique très pragmatique de l'appel à projets. Plutôt que de décider arbitrairement d'implanter ici ou là des Maisons régionales de santé, nous avons souhaité que les projets remontent des territoires, portés à la fois par des collectivités, des communes, des communautés de communes... mais aussi par des professionnels de santé, des médecins regroupés en association, des organismes de mutuelle ou des établissements de santé.

Nous avons voulu que les porteurs de projets soient le plus divers possible, pour répondre au mieux aux besoins des territoires.

Pour cette première journée de réflexion et d'échanges sur les Maisons régionales de la santé, je tiens à saluer les nombreux élus présents, mes collègues conseillers régionaux, et l'ensemble des présents, pour la pierre qu'ils apportent à cet édifice des Maisons de santé, à cette offre de soins de premier recours pluridisciplinaire et coordonné. Aujourd'hui, je crois que nous pouvons être contents du travail déjà accompli.

En deux ans, nous avons réussi à labelliser 19 Maisons régionales de la santé, et avons encore une dizaine de projets en cours pour l'année 2013. Des Maisons régionales de la santé ont été créées dans l'ensemble des départements de la région, couvrant des territoires aussi divers que les quartiers Nord de Marseille ou les vallées les plus profondes des Alpes, où les besoins existaient.

Nous entrons désormais dans une nouvelle période, tout d'abord parce que le gouvernement a changé. La volonté que nous avons de défendre le modèle républicain à une époque où il était parfois malmené, se fait aujourd'hui aux côtés d'un gouvernement qui a réaffirmé sa volonté de garantir les piliers du modèle républicain dans le domaine de la santé, aussi bien pour l'hôpital public que dans le domaine ambulatoire. La Ministre de la Santé Marisol Touraine, dans son Pacte territoire-santé, pointe des enjeux qui recoupent assez largement nos constats pour les Maisons régionales de la santé.

Nous entrons également dans une nouvelle période plus sombre, car les difficultés budgétaires auxquelles sont confrontés les pouvoirs publics ne cessent de s'aggraver, pour l'État comme pour les collectivités territoriales.

Ces contraintes budgétaires nous obligent évidemment à davantage d'exigences dans les choix qui seront faits, à la fois pour la pertinence de nos politiques publiques, pour leur utilité, pour leur efficacité, pour l'évaluation de cette efficacité. Chaque euro dépensé doit être utile au bien-être de nos concitoyens et les Maisons régionales de la santé seront soumises, comme les autres dispositifs, à un examen précis. Car au sein de l'exécutif régional, nous veillons en effet à ce que les politiques que nous menons montrent leur efficacité.

Évidemment, je ne suis pas objectif, et je défendrai le bilan des Maisons régionales de la santé auprès du Président Michel Vauzelle ; ce bilan que nous avons en partage, avec vous qui êtes présents aujourd'hui.

D'autres pistes de travail vont s'imposer à nous. Nous avons voulu en priorité proposer une offre de soins de premier recours pluridisciplinaire et coordonnée, et enrichir cette offre de prévention, d'éducation à la santé, de formation... Mais cette journée de réflexion doit aussi être un moment d'élaboration de nouvelles pistes pour nos Maisons régionales de la santé. Ces Maisons régionales de la santé ont finalement vocation à être préfiguratrices des nouvelles pratiques, des nouvelles exigences de la médecine de premier recours, de l'offre de soins ambulatoires de demain.

Je voudrais encore une fois chaleureusement remercier les participants et nous souhaiter de bons travaux.

→ **Paul Castel**, Directeur de l'Agence régionale de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur

Je tiens en premier lieu à remercier le Président Michel Vauzelle d'avoir bien voulu associer l'Agence régionale de santé, et par là-même l'État, à cette première journée de réflexion et d'échanges sur les Maisons régionales de la santé.

Vous l'avez rappelé, vous vous êtes engagés, au-delà même de vos compétences strictes, pour le bien de nos concitoyens sur le champ de l'accès à une offre de santé de proximité sur l'ensemble du territoire régional.

Je tiens à vous féliciter pour cette action volontariste qui vient compléter utilement celle conduite par les services de l'État et de l'Agence régionale de santé que j'ai la chance de diriger depuis quelques semaines.

Par la même occasion, je vous transmets les remerciements et félicitations de Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la Santé, qui n'a malheureusement pas pu répondre à votre invitation et qui me charge de vous assurer de toute son attention et de son soutien.

Nous avons, dans cette période de consultation importante, arrêté en janvier 2012 un Projet régional de santé qui contient pour la première fois un Schéma régional d'organisation des soins ambulatoires.

Comme vous le savez, ce projet est porté par une série de valeurs que j'aime à rappeler et qui sont : contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales en matière d'accès à la santé, privilégier une approche globale de la santé, mettre en synergie les différents acteurs du système de santé, promouvoir l'innovation, améliorer l'efficience du système.

Tout naturellement dans le domaine de l'offre de soins ambulatoires, ces valeurs se déclinent : intégration des politiques menées par les différents acteurs, renforcement de l'accès aux soins, modernisation des pratiques des professionnels, amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Je souhaite insister une fois de plus sur la nécessaire synergie de nos actions. Je pense que la solution aux difficultés d'accès à la santé que peuvent rencontrer certains de nos citoyens réside très certainement dans une meilleure coordination de la programmation et dans le partage d'actions bien comprises entre tous les acteurs.

C'est dans cet esprit que nous avons établi un partenariat avec la Région sur l'offre de santé de proximité, et avons créé la Commission de Coordination de l'Offre de soins de Proximité, que nous faisons fonctionner et que nous continuerons à développer.

Dans le cadre de cette commission sont examinés les différents projets de Maisons régionales de la santé, qu'ils soient portés par les élus locaux, les professionnels de santé, voire en partenariat avec des établissements de santé.

Dans une optique de partage d'expériences et d'accompagnement coordonné de projets structurants pour notre territoire, l'Agence régionale de santé s'est engagée dans la création d'une trentaine de Maisons régionales de la santé, dont plus de la moitié sont également soutenues par le Conseil régional.

C'est un partenariat exemplaire qui doit se poursuivre et la manifestation d'aujourd'hui en est la preuve vivante.

La politique de l'Agence, pour l'émergence de ces 30 projets de Maisons de santé, se caractérise par une forte volonté de mutualisation, de capitalisation des expériences. L'appui méthodologique et l'accompagnement au démarrage ont été confiés à un opérateur unique compétent et opérationnel : l'Observatoire régional des urgences (ORU PACA).

Outre l'aide à l'élaboration des projets de santé de ces structures, l'ORU PACA apporte une expertise et des outils opérants en matière de systèmes d'information et de télé médecine.

Une fois mises en place, ces Maisons de santé doivent être un lieu privilégié de formation pour les futurs professionnels de santé.

À ce titre, je tiens à souligner l'engagement de la Région dans le développement de la recherche en médecine générale au sein des Maisons régionales, par le biais de l'accompagnement financier exemplaire de deux postes de chefs de clinique.

Par ailleurs, l'exercice regroupé, le partage de l'information médicale, la coordination de différents professionnels de santé autour du parcours du patient, sont des atouts qu'il est difficile, voire impossible, de retrouver dans la pratique isolée de la médecine ambulatoire. C'est pourquoi les Maisons de santé sont des lieux privilégiés pour expérimenter de nouvelles pratiques telles que la télé médecine, la coopération entre professionnels de santé ou l'éducation thérapeutique.

Pour toutes ces raisons, je félicite le partenariat étroit qui s'est construit il y a plusieurs années maintenant avec le Conseil régional sur le développement des Maisons de santé.

Je voudrais à cet égard saluer la très grande qualité du travail des élus, notamment Anne-Marie Hautant et Ladislas Polski, ainsi que les services de la Région mobilisés sur ce sujet, et renforcer par la même occasion le mandat impératif de collaboration des agents de l'Agence qui sont à la manœuvre dans ce domaine et dont je salue également l'investissement exemplaire.

Naturellement, nous ne faisons pas tout dans ce domaine et même s'il y a lieu de se réjouir des résultats que nous avons obtenus, il ne faut pas oublier l'implication importante des autres collectivités, des Ordres professionnels, des Unions professionnelles, des partenaires de l'Université, des élus, des représentants des usagers, des professionnels de santé, des organismes mutualistes, des associations, toutes ces actions allant dans le même sens. Je constate que l'ensemble de ces partenaires sont présents aujourd'hui pour échanger autour des Maisons régionales de la santé et de l'opportunité de leur implantation sur un territoire. Sans reprendre l'ensemble des engagements proposés par Madame la Ministre dans le cadre du Pacte territoire-santé, je souhaite insister sur le fait que l'accès à la santé sur le territoire dépend effectivement de la formation et des conditions d'installation, des conditions d'exercice des professionnels de santé et de notre capacité à investir dans les territoires isolés ou socialement défavorisés.

L'accès à la santé réside également dans l'amélioration du parcours de santé et dans une optimisation des interventions, des relations entre les acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social, du social, mais également dans la sphère citoyenne et associative.

Pour ce faire, notre région est engagée dans un certain nombre d'expérimentations issues des différentes lois de financement de la sécurité sociale. Nous souhaitons mettre en œuvre ces expérimentations dans le même esprit que celui qui a présidé au développement initial des Maisons de santé, qu'elles soient pluri-professionnelles ou régionales.

C'est dans cet esprit que nous avons développé le système d'information ICARS avec le CRES qui a fourni un travail remarquable et que nous allons poursuivre. La collaboration opérationnelle au niveau le plus fin des territoires entre les différents acteurs et la mise en commun des ressources sont des démarches fondamentales au moment où précisément ces ressources se raréfient.

Je vous souhaite donc une excellente journée de travail et renouvelle mes félicitations à la Région pour le travail accompli.

Le dispositif des Maisons régionales de la santé : **les trois volets** de l'intervention régionale

➔ **Ladislav Polski**, Conseiller Régional, élu délégué aux Maisons régionales de la santé

Je reprends quelques instants la parole pour vous présenter ce dispositif des Maisons régionales de santé. Nous avons parlé de cette forte volonté des deux institutions, Agence régionale de santé et Région. Il a fallu mettre en synergie les différents dispositifs qu'étaient celui de l'État, avec les maisons de santé pluri-professionnelles, et celui de la Région avec les Maisons régionales de santé.

Il a également fallu faire en sorte que tout cela soit compréhensible et lisible pour les porteurs de projets qui souhaitent se lancer dans la création d'une Maison de santé.

Pour le Conseil régional, je voudrais saluer chaleureusement les fonctionnaires qui s'impliquent à nos côtés, notamment M. Capello, directeur et Mme Dagnet, qui ont été les chevilles ouvrières au quotidien pour l'élaboration de ce dispositif.

Je salue aussi l'Observatoire régional de la santé et le Comité régional d'éducation pour la santé qui nous ont permis d'organiser cette journée et d'élaborer un guide d'accompagnement à la création d'une Maison régionale de la santé, aujourd'hui à la disposition de tous les porteurs de projets.

Dans notre dispositif, voté il y a deux ans, l'action de la Région comprend trois volets. Dans le premier volet, nous avons voulu accompagner les Maisons de santé pluri-professionnelle là où les projets existaient déjà, dans le deuxième volet accompagner les maisons de santé pluri-professionnelles en incitant à l'innovation et dans le troisième volet accompagner de manière moins spécifique des initiatives innovantes en matière de santé.

Tout ceci est très technique et finalement le dispositif des Maisons régionales de la santé correspond au soutien à toutes les initiatives de porteurs de projets qui ont vocation à participer à la réduction des inégalités sociales et géographiques de santé sur le territoire.

Nous avons fonctionné avec cette logique de l'appel à projets avec des porteurs de projets très divers, qui ont été accompagnés par les services administratifs de la Région mais aussi par un dispositif d'appui qui repose sur l'Observatoire régional de la santé et le Comité régional d'éducation pour la santé.

Ce dispositif technique est aujourd'hui opérationnel : tous les porteurs de projets qui souhaitent créer une Maison régionale de la santé peuvent se mettre en rapport avec la Région ou avec l'Agence régionale de santé et leur dossier sera mis en partage et instruit en synergie par nos deux institutions.

État des lieux de l'accès aux soins en région PACA : des inégalités géographiques marquées

➔ **Dr Laurent Sauze**, Directeur des études, Agence régionale de santé PACA

Parler de l'accès aux soins et des inégalités géographiques en région Provence-Alpes-Côte d'Azur en 15 minutes paraît un peu présomptueux. Je vais donc plutôt mettre en lumière quelques points qui paraissent importants sur la façon de poser le diagnostic en matière d'inégalités.

Comme vous le savez, on peut faire dire beaucoup de choses aux chiffres et aux cartes, avec des messages très différents selon la façon dont on les utilise.

Dans mon intervention, je parlerai tout d'abord des territoires d'analyse, ferai ensuite quelques descriptifs des disparités de répartition de l'offre de soins en région PACA, présenterai les inégalités des besoins de santé et vous donnerai quelques exemples d'inégalités de recours aux soins, ambulatoire comme hospitaliers.

Quels territoires d'analyse ?

L'Agence régionale de santé utilise un découpage de la région fait de 133 espaces de santé de proximité (ESP). Il s'agit d'entités géographiques ayant une certaine cohérence en matière d'offre d'équipements et de recours aux soins, des zones d'en moyenne 30.000 habitants et de taille très variable.

Pour des diagnostics plus précis, nous utilisons également les territoires d'observation de proximité (TOP), 1600 micros-territoires incluant entre 2000 et 5000 habitants.

pas de maille territoriale universelle

Les « ESP »

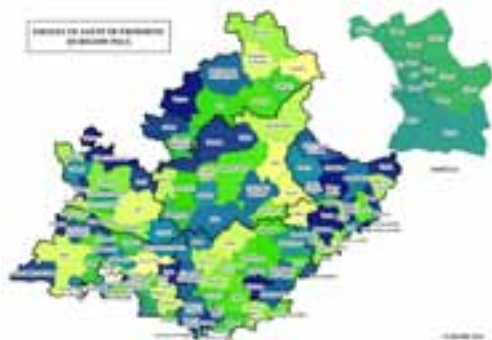
Espaces de Santé de Proximité

133 espaces ayant
une cohérence en consommation de soins
et d'accès aux équipements (moyenne 36 000 hab.)
non pertinents pour les grandes villes

Les « TOP »

Territoires d'Observation de Proximité

Communes et IRIS,
éventuellement regroupés
1 601 (en moyenne 3 000 hab.)



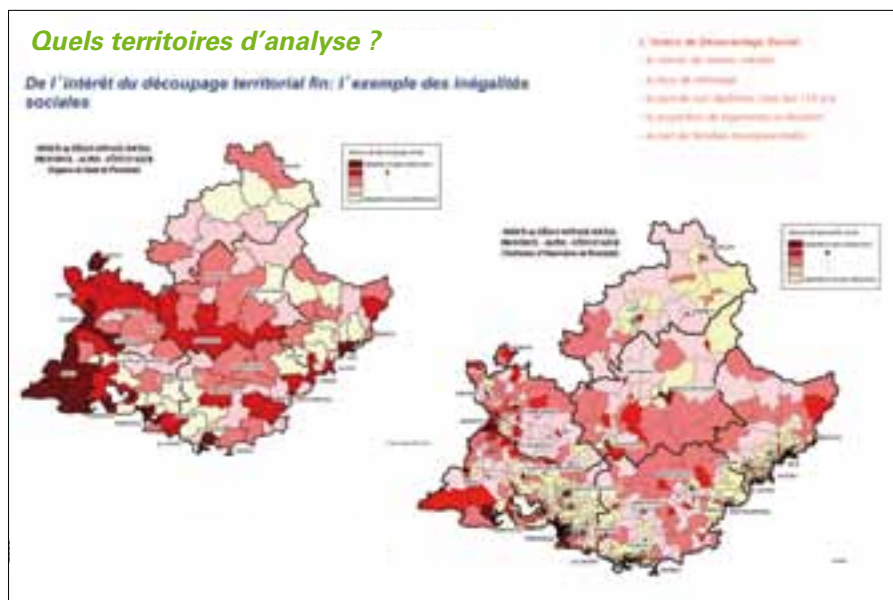
L'exemple des inégalités sociales en région PACA

La carte de gauche représente à l'ESP l'indice de désavantage social que nous utilisons, un indice assez classique, qui permet de délimiter des zones de précarité plus ou moins importantes.

Sur la droite, lorsque l'on utilise les micros-territoires, nous pouvons porter un diagnostic beaucoup plus précis.

Prenons l'exemple de Briançon : à gauche, le territoire a l'air d'avoir un niveau de précarité très moyen, mais en fait, à droite, on découvre un centre-ville qui semble beaucoup souffrir, avec en périphérie des zones beaucoup plus confortables.

C'est ainsi dans à peu près toutes les grandes villes : en région PACA, la précarité se concentre dans les grandes villes avec de grandes poches de misère et d'inégalités, le périurbain étant beaucoup moins défavorisé.



Les inégalités d'accès aux soins : le zonage

Lorsque l'Agence régionale de santé a élaboré le schéma régional d'organisation des soins ambulatoires en PACA, nous avons défini quelques territoires qui semblaient en danger. Ces territoires fragiles, où les médecins généralistes sont assez peu présents et assez âgés, sont représentés en rose.

Mais il est clair que pour le moment la région PACA ne présente pas de déserts médicaux. L'arrondissement de Marseille le moins doté en généralistes, c'est-à-dire le 3^{ème} arrondissement, a une densité supérieure à la moyenne nationale en France.

Le zonage

SROS Ambulatoire:
pas de déserts médicaux
en Paca; mais

* des zones « fragiles »
selon les critères:
- faible effectif de médecin
généraliste avec densité inférieure
à la moyenne nationale ;
- prise en compte d'ESP
particulièrement signalés par les
groupes de travail;
- les 7 ESP retenus par le comité
régional de sélection des maisons
de santé rurales en octobre
2010.

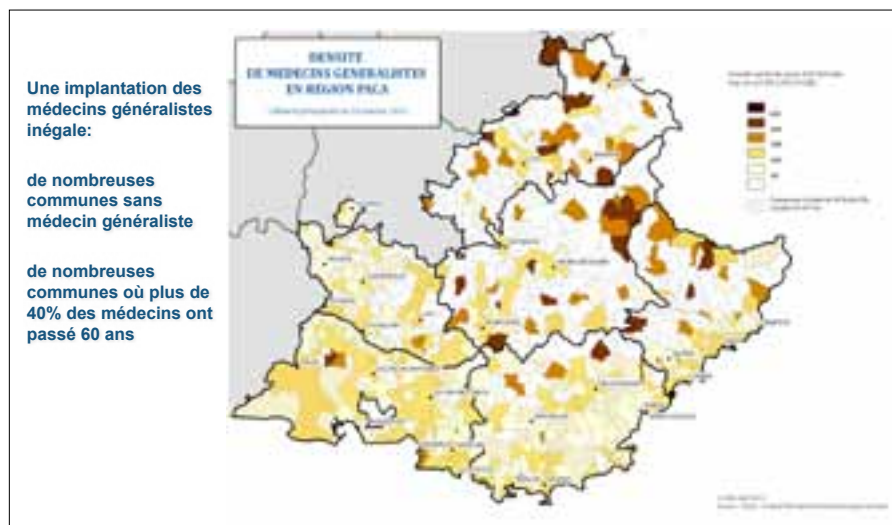
* des zones « à risques »
identifiées par les groupes de
travail



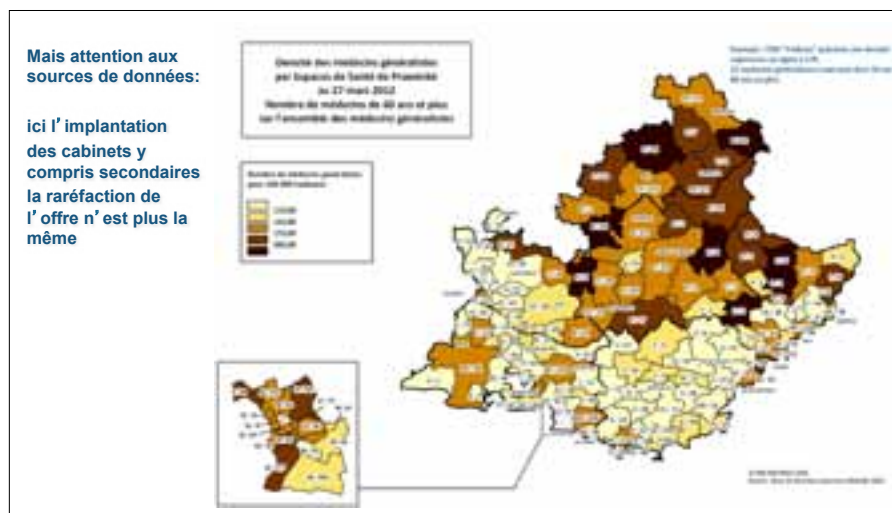
Les inégalités d'accès aux soins

Les deux cartes suivantes permettent de comprendre que selon la façon dont on présente les choses, on aboutit à des conclusions très différentes.

Sur cette première carte, dont l'unité territoriale est la commune, on distingue toute une série de zones blanches, où il n'y a pas de médecins généralistes (nous comptons ici le médecin).



Si, au contraire, nous observons à l'échelle des ESP les implantations de cabinets, y compris les cabinets secondaires où les médecins viennent de temps en temps effectuer des consultations, la notion de désert médical prend alors une tout autre allure.



Les inégalités d'offre de soins

Sur cette carte des Bouches-du-Rhône, avec en haut à droite une approximation des besoins de santé réalisée à partir de toutes les affections longue durée déclarées auprès des caisses d'assurance maladie, on voit que les malades à prendre en charge, pour des pathologies lourdes, se trouvent essentiellement autour de l'étang de Berre, dans les quartiers Nord de Marseille et à l'Est du département des Alpes-Maritimes.

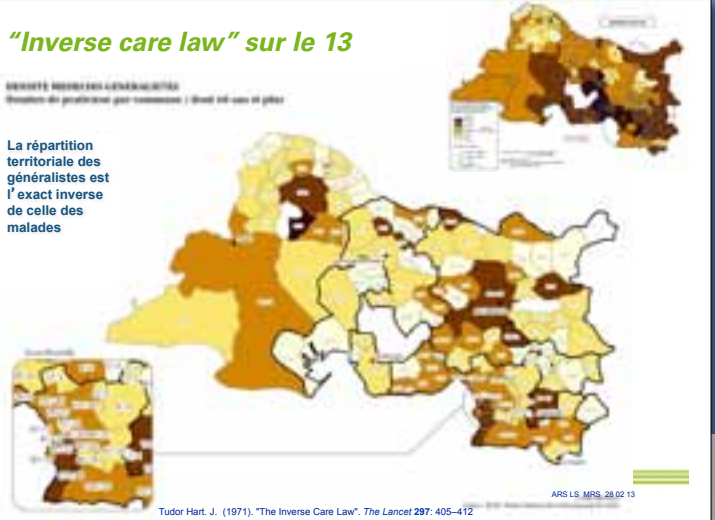
Si vous examinez à présent au centre l'implantation des médecins généralistes, on s'aperçoit à l'inverse qu'ils sont plutôt concentrés dans le Sud de Marseille, à Aix-en-Provence, Saint-Rémy, etc.

Ce phénomène a déjà été décrit il y a 42 ans dans *The Lancet* par Tudor Hart. Il l'a appelé *l'inverse care law*, la loi des prises en charge inversées, et il est toujours valable malheureusement.

"Inverse care law" sur le 13

Données de besoins en soins de santé
Données de population par commune (données 2007)

La répartition territoriale des généralistes est l'exact inverse de celle des malades



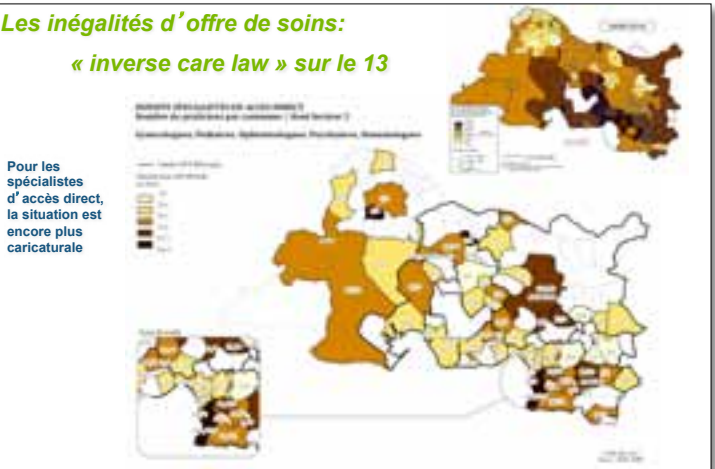
Pour les spécialistes, c'est encore pire.

Les inégalités d'offre de soins:

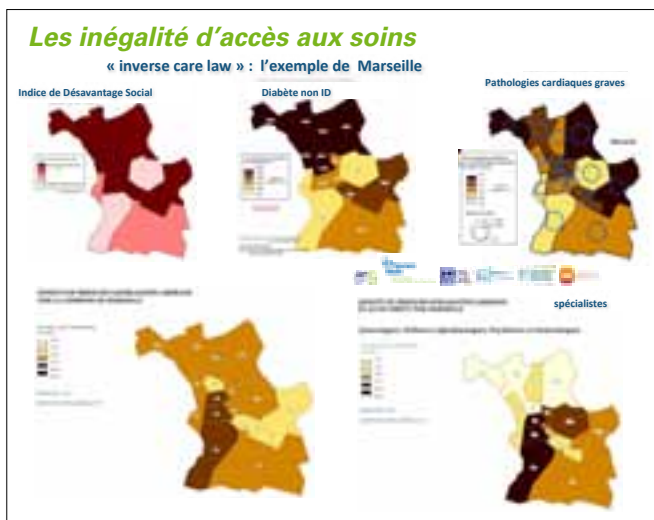
« inverse care law » sur le 13

Données de besoins en soins de santé
Données de population par commune (données 2007)

Pour les spécialistes d'accès direct, la situation est encore plus caricaturale



Et si nous prenons l'exemple de Marseille, nous nous apercevons que manifestement la répartition n'est pas parfaitement adaptée aux besoins (avec à gauche en rouge la précarité et l'indice de désavantage social, au milieu la prévalence du diabète, à droite celle des pathologies cardiaques, et en-dessous la densité des médecins généralistes et celle des spécialistes).

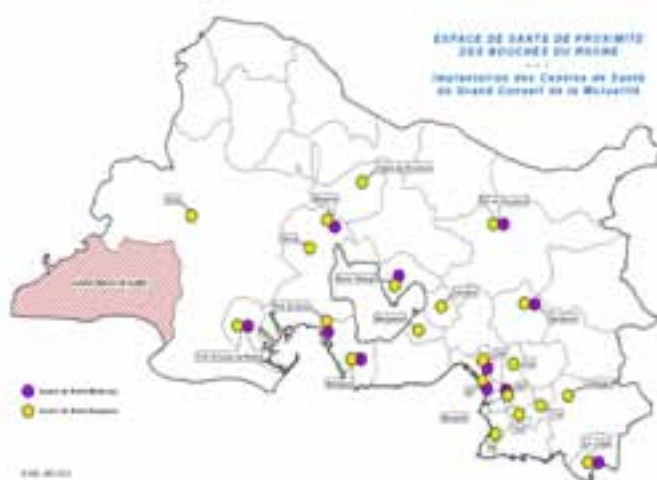


Les inégalités d'accès aux soins

À noter que les centres de santé du Grand Conseil de la Mutualité compensent en partie ce déséquilibre et cette inégalité d'offre de soins, en étant quant à eux plutôt concentrés dans les quartiers Nord de Marseille ou autour de l'étang de Berre.

Les inégalité d'accès aux soins

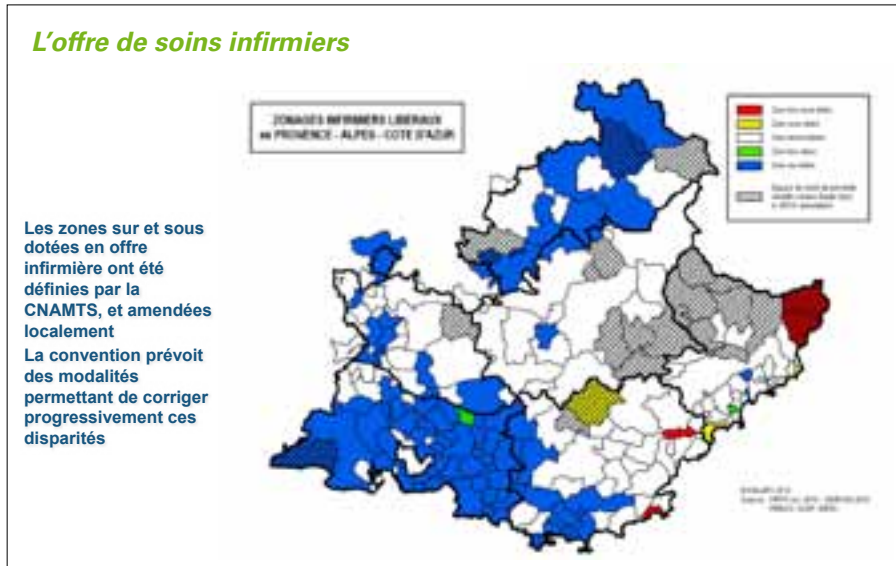
Dans les Bouches du Rhône, l'implantation des centres de santé compense en partie ce déséquilibre



L'offre de soins infirmiers

Autre exemple, celui de l'offre de soins infirmiers. La CNAM a défini des zones sur-dotées en offre de soins infirmiers (en bleu) ainsi que des zones très sous-dotées (en rouge). La liberté d'installation des médecins qui aboutit à *l'inverse care law* citée précédemment joue ici beaucoup moins, puisqu'aujourd'hui les conventions qui lient la profession aux caisses imposent des systèmes de répartition des installations qui compensent peu à peu les inégalités.

L'offre de soins infirmiers



Les inégalités de santé : où sont les malades ?

La carte suivante représente l'ensemble des affections de longue durée déclarées aux services médicaux de tous les régimes d'Assurance maladie au 31 décembre 2011.

Nous ne faisons pas ici d'épidémiologie, c'est-à-dire qu'il ne s'agit pas des nouveaux cas dans l'année qui vient de s'écouler, mais du stock de malades à soigner, du stock de certaines maladies graves, au 31 décembre 2011.

Il y en a environ 800.000, qui se répartissent autour de l'étang de Berre, des quartiers Nord de Marseille, de la zone d'Avignon ou de Toulon, avec des données un peu plus étonnantes comme à Château-Arnoux ou à Bormes-les-Mimosas où nous ne parvenons pas à expliquer cette sur-déclaration de maladies. Une seule attitude : ne jamais porter de conclusions hâtives.

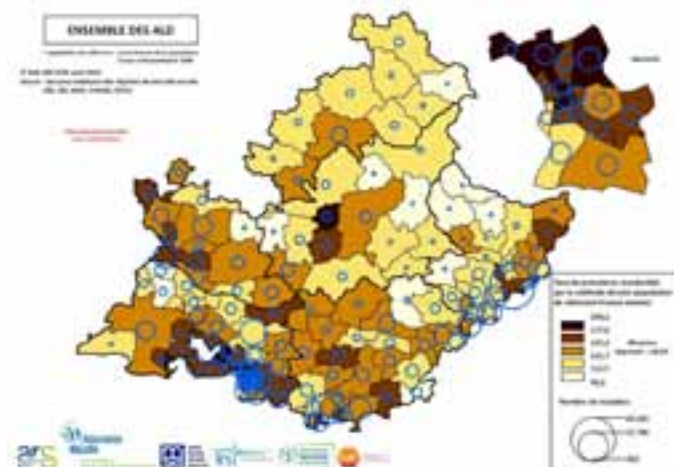
Toutes ces cartes sont bien évidemment standardisées, le sexe et l'âge ont été effacés.

Devant ce genre de difficultés, la première chose à faire est de rassembler les acteurs de terrain pour analyser ces inégalités et essayer de trouver des explications pertinentes : les médecins, les élus, les délégations territoriales de l'ARS...

Les inégalités de santé : où sont les malades ?

Approximation
des besoins de
santé:
étude commune
ARS – AM (tous
régimes)
Prévalence des
Affections de
Longue Durée
Au 31/12/2011

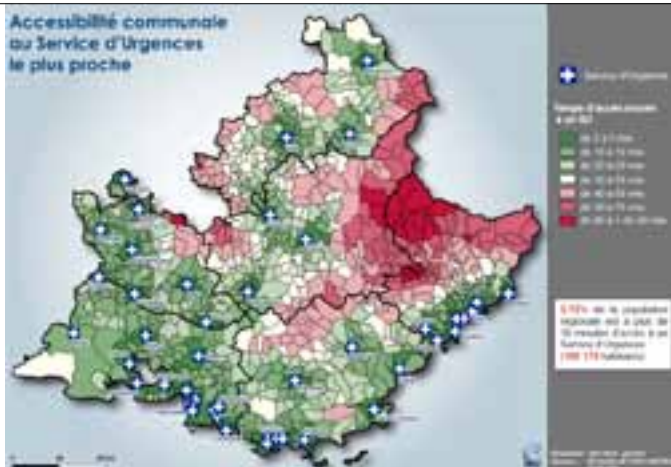
Nombreuses
limites à prendre
en compte
(déclarations,
géocodage,
pathologies,
territoires,
standardisation,
exposition)



Recours aux soins : les services d'urgence

Voici l'exemple du recours aux services d'urgence, avec une carte réalisée par l'Observatoire régional des urgences. En rose, apparaissent les territoires à plus de 30 minutes d'un service d'urgence. Nous avons notamment une importante zone géographique mais qui ne comprend qu'un petit nombre d'habitants. Des dispositifs spéciaux doivent ici être mis en œuvre.

Moins de 4% de
la population est
à plus de 30'
d'un service
d'urgence
Des dispositifs
particuliers sont
mis en œuvre
pour pallier ce
handicap



Les consommations de soins ambulatoires

En ce qui concerne le recours aux généralistes : les zones les plus claires correspondent à "moins de quatre consultations et visites par an et par bénéficiaire", les zones foncées à "six consultations et visites par an". On peut se dire qu'avec une variation de 1 à 1,5 il faut faire attention, que certains n'ont pas assez accès aux soins etc. Mais il n'y a pas que les besoins de santé qui déterminent le nombre de consultations.



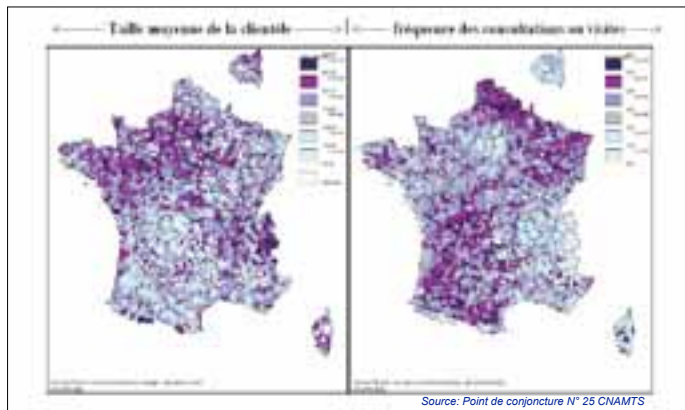
Il y a quelques années en effet, la CNAM avait publié ces deux cartes ci-dessous : à gauche, il s'agit de la taille de la patientèle par médecin, et on s'aperçoit que certains ont des patientèles beaucoup plus importantes que d'autres ; et sur la carte de droite à l'exact inverse il s'agit du nombre de consultations par bénéficiaire. On se rend alors compte que lorsqu'un médecin a de nombreux patients, il les voit peu, mais s'il en a moins, il les voit plus souvent. De façon à s'assurer une activité équilibrée.

D'autres facteurs entrent donc en compte, il ne s'agit pas seulement d'un problème d'accès aux soins ou d'offre de soins.

Le taux de recours aux soins de généralistes : des limites ++

Attention aux interprétations hâtives:

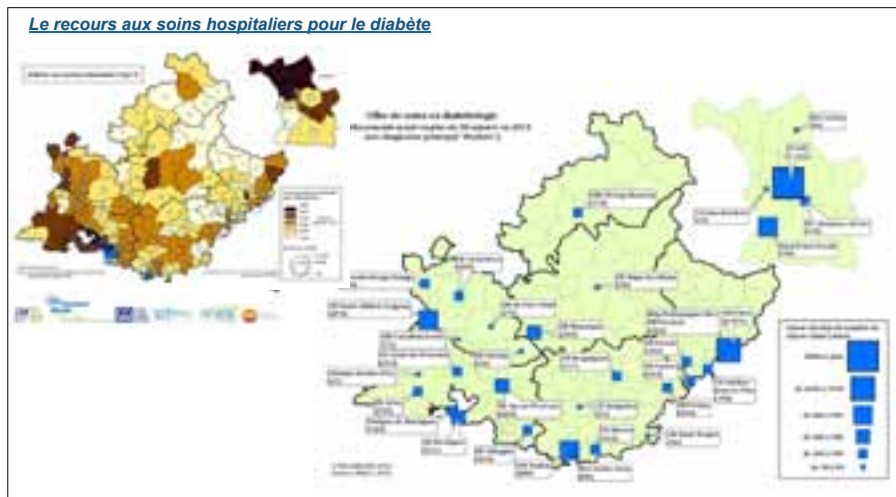
La « consommation » moyenne de consultations chez le généraliste ne dépend pas seulement des besoins de santé mais aussi de la taille de la patientèle du médecin



Inégalités de santé et recours aux soins

Voici deux exemples concernant le recours aux soins hospitaliers.

La carte du diabète indique que dans la région de Digne-les-Bains, il y a de nombreuses déclarations de diabète faites à l'assurance maladie. Sur la carte de droite, on s'aperçoit que ces diabétiques ne vont pas à l'hôpital de Digne, mais à Manosque ou à Aix-en-Provence. Ici l'offre de soins est certainement à modifier. Je ne sais pas s'il y a un endocrinologue à l'hôpital de Digne mais peut-être faudrait-il que l'Agence se pose la question de l'offre dans ce domaine.

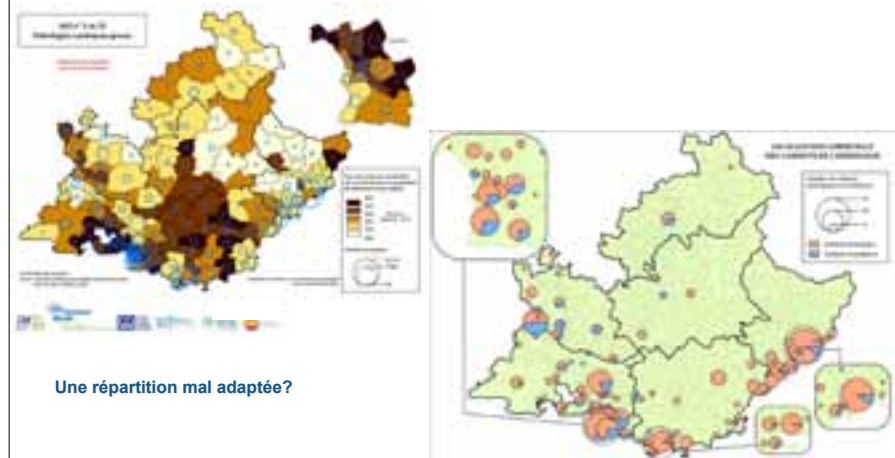


Inégalités de santé et recours aux soins

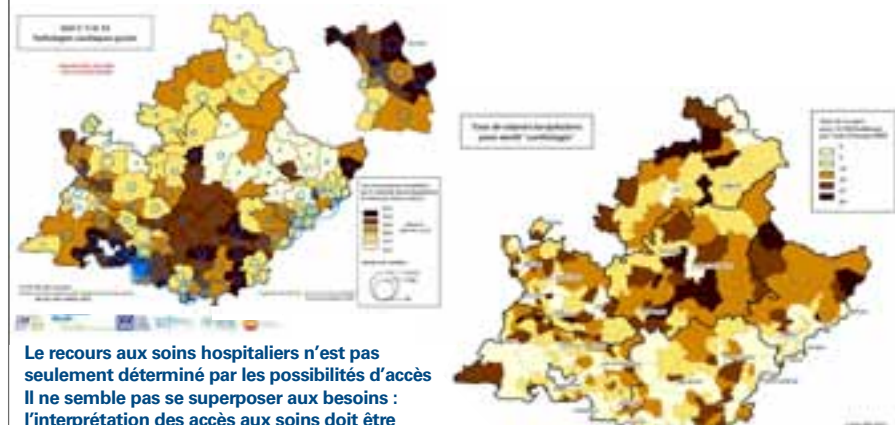
En ce qui concerne la cardiologie, dans le Nord du Var et dans le Sud des Alpes de Haute-Provence, on constate une sur-déclaration de pathologies cardiaques graves. À droite est illustrée l'implantation des cabinets de cardiologues : manifestement il pourrait s'en installer un petit peu plus dans ces zones.

Ces mêmes malades cardiaques ont un recours à l'hôpital qui semble curieux : ils se situent autour de l'étang de Berre, au centre de la région, mais le plus important recours aux services de cardiologie ne se produit pas dans ces zones-là.

Besoins de santé et offre de soins en cardiologie libéraux



Besoins de santé et accès aux soins hospitaliers en cardiologie



Les inégalités d'accès aux soins

Voici un autre exemple d'inégalité de recours aux soins : dans les Alpes de Haute-Provence et le Vaucluse, la population a beaucoup moins recours à la coloscopie, et il y a peu de gastro-entérologues. La carte de droite indique que la mortalité par cancer colorectal est nettement supérieure dans ces deux départements.

Je n'en tire pas un lien de cause à effet, mais nous sommes quand même obligés de nous poser quelques questions avec nos confrères gastro-entérologues.

Inégalités de recours aux soins hospitaliers, l'exemple des coloscopies

Une constatation (sans conclusion hâtive):

les départements qui ont le moins recours aux coloscopies sont ceux où la mortalité par cancer colorectal est la plus élevée



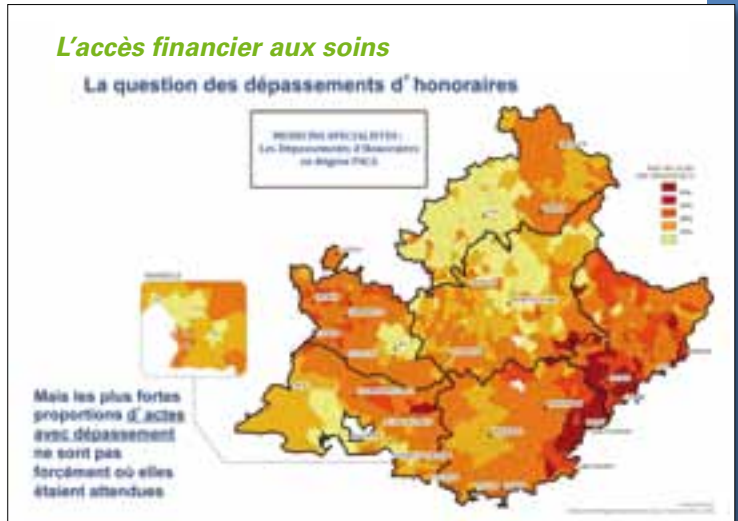
2010	département	04	84	83	05	13	06	France
taux standardisé pour 100 000 hab.		183	188	222	223	225	262	198

L'accès financier aux soins

Cette carte illustre les dépassements d'honoraires en montant : les plus importants sont en vert foncé. Cette situation est connue.



Mais sur cette carte de la représentation de la part des actes avec dépassement d'honoraires, on s'aperçoit que dans certaines zones où la précarité est importante, il y a beaucoup d'actes avec dépassements d'honoraires et cela pose un problème d'accès aux soins.



Les inégalités sociales de santé

En guise de conclusion, où sont les besoins et où faire porter les efforts ?

Ces deux cartes sont dites en "anamorphose". À gauche est représenté l'indice de désavantage social en région PACA, non plus en fonction de la surface du territoire, mais en fonction de l'intensité du phénomène. On aperçoit donc en rouge le nombre de personnes touchées par la précarité et l'intensité du niveau de précarité et vous voyez que les zones d'Avignon, des quartiers Nord et du centre-ville de Marseille écrasent le reste de la région. À droite, est représenté le nombre d'habitants touchés par une affection de longue durée. Nous avons ici une autre vision du ciblage, des territoires sur lesquels faire porter nos efforts à l'Agence régionale de santé, là où les problèmes sont les plus massifs, les plus criants.

Encore une fois, selon la carte que nous créons, le diagnostic risque d'être différent.



De l'idée à la création d'une Maison régionale de la santé : **guide** à l'intention des porteurs de projets

→ **Yolande Obadia**, Directrice de l'Observatoire régional de la santé PACA

Merci à la Région de nous avoir permis d'être en appui de ce dispositif des Maisons régionales de la santé.

Les cartes qui viennent de nous être présentées montrent bien que notre région est relativement bien dotée, mais qu'il y a des trous entre les mailles de l'offre de soins, des recoupements qui ne se font pas tout à fait bien, des recouvrements entre des populations précarisées et des territoires qui ne bénéficient pas de cette offre largement suffisante.

Cela nous renvoie à la question : comment faire vivre des dispositifs de proximité qui soient "rentables" c'est-à-dire non coûteux pour la société et qui rendent des services ?

Je pense aux anciens dispensaires, aux services de PMI du Conseil général, qui vont à la rencontre de la population et essaient de mailler les territoires... On a vu dans les années 80 certains de ces dispositifs disparaître.

Leur disparition a laissé apparaître des dysfonctionnements terribles, avec notamment une augmentation du recours aux urgences pour des motifs plus sociaux que médicaux et des hospitalisations inappropriées.

Avec ce nouveau dispositif des maisons régionales de la santé, l'offre de proximité est retravaillée, à un moment où les médecins libéraux – je pense qu'ils ne me contrediront pas – étaient à bout de souffle. La profession se féminise, les conditions d'exercice sont très difficiles, avec des temps d'activité dans les cabinets médicaux qui approchent les 55 heures par semaine etc.

Les maisons de santé apparaissent, aussi bien pour les médecins installés que pour ceux qui en ont le projet, comme des solutions permettant de conjuguer une meilleure qualité de vie, avec possibilité de délégation de tâches ; dans certaines régions, des maisons de santé ont expérimenté le principe, par exemple pour les vaccinations qui sont effectuées par les infirmières, ou pour les renouvellements d'ordonnance, ce qui permet à des médecins, notamment dans des zones rurales, d'accepter de nouveaux patients tout en déléguant le suivi d'anciens patients etc.

Les maisons de santé peuvent également mener des expérimentations sur la tarification, se donner des objectifs de santé publique sur leur territoire, ou encore déterminer des actions pour répondre à certaines demandes non stricto sensu médicales.

Lorsqu'une demande de maisons de santé est faite auprès du Conseil régional, l'ORS et le CRES proposent un accompagnement personnalisé aux porteurs de projets. Ces derniers peuvent être des élus, dans le cadre d'un atelier santé ville, des professionnels de santé, qui

ont envie d'aller vers cette démarche mais ne savent pas si elle est opportune etc. L'accompagnement propose une méthode de travail et certains outils.

L'Observatoire Régional de la Santé dispose pour cela d'un système d'information régional. Pour permettre aux partenaires de bien appréhender le territoire et éviter de refaire un énième diagnostic, nous mettons à leur disposition un kit de 60 à 90 indicateurs.

Le dispositif d'appui

- **L'ORS et le CRES mis à la disposition des porteurs de projet par la Région**
- **Un accompagnement personnalisé, prenant différentes formes :**
 - Apport d'une méthode de travail et d'outils : SIRSéPACA, SISTEPACA, OSCARS, OSCARS ETP...
 - Aide à la rédaction de documents (diagnostic, projet de santé...) et à leur valorisation
 - Aide au montage d'actions (éducation à la santé, ETP...)
 - Animation de réunions, mobilisation des professionnels

Pour monter une maison régionale de la santé, il est en effet important de bien connaître son territoire et la population qui y habite, la proportion de familles monoparentales, les jeunes, les populations fragilisées etc. Nous fournissons également des données sur l'état de santé, données qu'il est important de confronter avec les acteurs locaux, les médecins, la population, les personnes qui gravitent autour des communes et qui portent des projets.

Le diagnostic de territoire

- **Une analyse croisée de différentes dimensions**
 - Territoire, population, état de santé, offre de soins/prévention, recours aux soins
- **Permet de s'assurer de la pertinence de l'implantation d'une MRS sur le territoire, d'identifier des priorités**
- **S'appuie sur :**
 - des données statistiques (set d'indicateurs)
 - un état des lieux de la prévention/de l'ETP (CRES)
 - une recherche documentaire
 - l'expérience des acteurs locaux

Nous travaillons ainsi avec l'ensemble des personnes impliquées dans le projet de maison régionale de santé sur l'analyse, en partant des constats et en essayant de les croiser avec ce à quoi nous allons nous attendre.

Je citais tout à l'heure le cas des familles monoparentales.

Lorsqu'une zone sur laquelle nous intervenons en comprend

beaucoup, nous savons d'emblée qu'il va falloir travailler sur ces publics et envisager des programmes d'action en direction de ces familles, notamment pour les aider dans l'éducation de leurs enfants.

Les familles monoparentales sont souvent composées de femmes qui consomment de nombreux psychotropes et on se rend compte que leurs propres enfants, notamment les adolescents, sont aussi très fortement consommateurs de ce type de médicaments de façon précoce. Savoir qu'il y a dans une zone, sur une commune, de nombreuses familles monoparentales, représente un clignotant. Il en est de même pour le diabète : il faudra prendre en compte la prévention des maladies chroniques dans les maisons de santé.

Une fois que le diagnostic et la phase d'analyse sont réalisés, nous travaillons sur les axes prioritaires d'intervention, qu'il s'agit de sélectionner, avec des critères de priorisation.

Les questions classiques sont posées : "est-ce que le problème est grave, fréquent ?", "Peut-on agir de façon efficace sur le problème ?", "Peut-on mobiliser des financements ?".

Aujourd'hui, dans les maisons de santé, on incite à travailler sur des sujets qui peuvent être emblématiques.

La phase d'analyse

Constats	Analyse croisée
- Proportion importante de personnes âgées isolées, étrangers, familles monoparentales	Des publics fragiles à prendre en compte
- Prévalence de diabète traité et mortalité par cardiopathies ischémiques importantes...	Les maladies chroniques : priorité de santé
- Densité faible de médecins généralistes, d'infirmiers libéraux - Carence de certaines spécialités, délais de rendez-vous - Difficultés de déplacement	Difficultés d'accès aux soins
- Territoire étendu - Inégale répartition de l'offre de soins - Présence de poches de précarité	Inégalités sociales territoriales d'accès aux soins
- Présence d'un ASV - Partenariats	Des leviers pour agir

La définition des axes prioritaires d'intervention

➤ Processus de sélection qui s'appuie sur les principaux résultats du diagnostic

➤ Les critères de priorisation

- Le problème est-il grave, fréquent ? Perçu comme tel par les acteurs locaux ?
- Peut-on agir de façon efficace sur ce problème ?
- Dispose-t-on de ressources pour travailler sur ce thème ?
- Peut-on mobiliser des financements ?
- Le porteur du projet a-t-il l'expérience, la motivation pour travailler sur ce thème ?

Par exemple sur la question du dépistage du cancer du sein chez les femmes de plus de 50 ans (à Marseille le dépistage organisé et le dépistage individuel enregistrent une participation de 50 à 60 %, mais dans certains quartiers défavorisés de Marseille nous tournons plutôt autour de 20 %).

Ici le problème n'est pas celui de l'argent, car le dépistage est gratuit, ni de l'accès, mais c'est celui de la non-disponibilité de ces femmes qui ont peut-être d'autres préoccupations plus importantes à ce moment-là que celle du dépistage.

Il nous paraît important de choisir en priorité par exemple le dépistage du cancer du sein car on peut s'appuyer sur les dispositifs offerts par l'Institut National du Cancer pour monter des actions et expérimenter ce qui se fait dans le milieu anglo-saxon, c'est-à-dire d'aller trouver ces femmes, de travailler avec elles et de les amener au dépistage.

Nous sommes aussi là pour expliquer aux professionnels qu'ils peuvent travailler sur plusieurs sujets qui les intéressent mais qu'à un moment donné il faut être réaliste et travailler sur les thèmes prioritaires où l'argent est disponible.

On sait aujourd'hui que sur la grande dépendance, sur le cancer etc. il y a des possibilités pour monter des projets. C'est aussi cela la relation entre l'ORS et les porteurs de maisons de santé.

➡ Zeina Mansour, Directrice, Comité Régional d'Education pour la Santé PACA

La création de maisons régionales de la santé est très riche d'enseignements pour chacun d'entre nous. Effectivement, chacune d'entre elles est née et naîtra d'une conjoncture d'opportunités spécifiques et propres à chaque site. Aucune maison de santé ne ressemble à l'autre.

Nous sommes bien là dans une démarche de promotion de la santé, qui part du terrain, de l'existant, des besoins, dans un processus dit de *bottom up*, du terrain vers la prise de décision, et non pas l'inverse.

De ce constat est née l'idée de réaliser le guide à l'intention des porteurs de projet qui vous a été remis. Ce n'est pas vraiment un référentiel, mais la compilation et la restitution de la grande diversité des maisons régionales de la santé mises en place ces dernières années.

Diversité des partenariats, diversité des statuts, des ressources, des objectifs etc. C'est à partir de l'observation du terrain que ce guide a été réalisé.

Nous espérons que l'année qui vient nous apportera encore des découvertes et que la version qui sera mise en ligne dans la journée sur le site du CRES www.cres-paca.org sera enrichie d'ici l'année prochaine.

Le guide est structuré en deux parties, l'une bleue, l'autre verte.

La partie en bleu concerne les points de repères sur le dispositif :

- qu'est-ce qu'une maison régionale de la santé ?
- quelle articulation avec les maisons pluridisciplinaires de santé ?
- la présentation des deux centres ressources, l'ORS et le CRES, les outils qu'ils mettent à la disposition des acteurs,
- les parties prenantes localement, les porteurs, les partenaires à mobiliser, ce qui nécessite une coordination,
- les plus-values,
- le type de projet immobilier,
- les statuts juridiques etc.

La partie en vert concerne les phases-clés du développement d'une maison régionale de la santé.

D'abord, une lettre d'intention est envoyée à la Région, qui exprime la volonté d'engager une réflexion sur un problème d'accès aux soins. C'est l'élément déclencheur du processus.

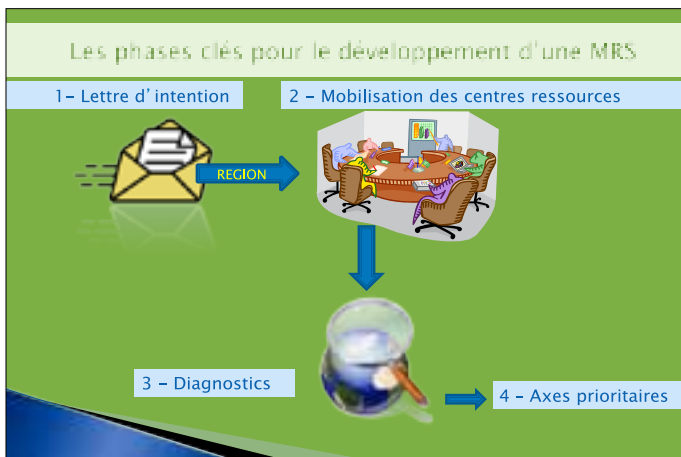
La Région analysera la lettre, la faisabilité, la légitimité et mobilisera ensuite les deux centres ressources.

On entre ensuite dans une deuxième phase de diagnostic de territoire. Yolande Obadia a parlé du diagnostic présenté par l'ORS, celui du CRES portera sur l'identification des acteurs de prévention, des actions de prévention, des programmes d'éducation thérapeutique en place, des personnes formées à l'éducation thérapeutique sur le site etc. Le diagnostic interne, qui est plus qualitatif, se fait dans la négociation, les échanges, avec les participants eux-mêmes. C'est à partir de ces échanges que seront complétés les diagnostics initiaux, en affinant les besoins des professionnels, les besoins de la population, des élus...

Tout ceci fait l'objet d'un rapport, restitué à l'ensemble des parties prenantes et à partir duquel vont émerger des axes prioritaires. Ici nous entrons dans la constitution d'un projet.



Ci-dessous, le schéma des phases-clés pour le développement d'une maison régionale de la santé : la lettre d'intention, la mobilisation des centres ressources, les diagnostics, les axes prioritaires.



Ensuite, il s'agit de définir le projet de santé, qui va porter des objectifs. Qu'est-ce qu'un objectif ? Un objectif est une amélioration par rapport à un état initial, l'amélioration portant sur plusieurs objets qui peuvent être l'accès aux soins, l'accès à la prévention, l'accès à l'éducation thérapeutique, l'amélioration des pratiques professionnelles, la formation des professionnels, l'innovation etc.

La réalisation de ces objectifs nécessitera des délais plus ou moins longs, et un calendrier ainsi qu'un planning seront définis. La participation des acteurs et les missions de chacun seront identifiées.

Tout ceci nécessitera un budget qui sera estimé dès le démarrage du projet. Un plan d'évaluation sera également proposé.

Lorsque le projet de santé dans sa globalité, pluri-professionnel, multi-partenarial, est finalisé, il fait l'objet d'une demande de subvention.



Voici les deux axes que vous trouverez dans le guide qui vous a été remis, dans lequel nous avons aussi tenu à présenter trois exemples de maisons régionales de santé, l'une implantée en milieu rural, l'autre en milieu urbain, la troisième en milieu semi-rural. Tout au long de la journée, les responsables de ces trois maisons auront la possibilité de s'exprimer et de les présenter.

➤ Questions de la salle

➤ **Annie Lépine, Directeur de la santé, Conseil général de Vaucluse**

Je m'étonne, dans tout ce qui a été présenté, que n'ait pas du tout été mentionnée la place que pouvaient avoir les Conférences de territoire sur cette articulation entre les différents niveaux.

➤ **Ladislav Polski, Région PACA**

Les Conférences de territoire sont une des instances de démocratie sanitaire prévue par la loi Hôpital, santé, patients et territoires de 2009, aux côtés d'autres instances que sont par exemple la Conférence régionale de santé et de l'autonomie. Évidemment, nos maisons régionales de santé, tout comme les maisons de santé pluri-professionnelles sont mises en débat dans toutes les instances de démocratie sanitaire mais il est vrai que la création de cette commission spécifique que je citais tout à l'heure, la CCOP, a introduit une nouvelle instance plus spécifique pour parler de ces enjeux-là.

➤ **Laurent Sauze, ARS PACA**

Il est vrai que les Conférences de territoire ne sont pas directement impliquées. Les Conférences de territoire posent plus des questions en termes d'analyse de grands problèmes, de type parcours des personnes âgées, accès à l'interruption volontaire de grossesse etc. Mais bien évidemment, elles auront à se prononcer et à donner leur avis sur d'éventuelles implantations de maisons régionales de santé et je pense que la CCOP y veillera.

➤ **Jean-Claude Bellière, Union régionale de la Mutualité Française**

Sur la question de la coordination et de la mise en commun des moyens, il faut aussi prendre en compte un chiffre qui n'a pas été abordé ce matin, produit par l'Observatoire régional de la santé, qui est l'état de paupérisation de la population. Il y a quelques années, 24 % de la population salariée gagnait moins de 850 € par mois. Je crois qu'en matière de dépassement de tarifs c'est le point qui doit nous sensibiliser. Je représente les mutuelles et on constate de plus en plus de personnes qui se démutualisent, malgré les dispositifs CMU et d'aide à la complémentaire santé. Nous avons toujours eu le soin de construire ensemble des œuvres sociales que l'on appelle aujourd'hui centres de santé, des services de soins et d'accompagnement mutualistes qui sont là pour faciliter l'accès de tous, dans le respect des tarifs de la sécurité sociale.

Aujourd'hui les centres de santé sont plus pertinents que jamais. La réflexion qui est menée en matière de maisons régionales de santé montre bien les passerelles et le maillage qui est devenu possible à partir du moment où plusieurs acteurs entrent dans un dispositif, avec la possibilité pour le médecin de sortir de la pratique isolée de la médecine et en même temps d'aller vers une meilleure prise en compte des besoins de la population. Tout cela doit se faire dans un reste à charge si possible nul vu l'état financier de nos citoyens. Je pense que cela passe par une réelle coordination et par la prise en compte de l'expérience acquise dans les centres de santé. Chacun doit pouvoir coopérer, construire, tout en ayant la garantie de sa pérennité.

› **Ladislav Polski, Région PACA**

Dans le contexte actuel de nécessité de renforcer l'offre de soins, toutes les énergies sont nécessaires et il n'y a pas lieu d'imaginer une quelconque concurrence entre les différentes expériences.

› **Yolande Obadia, ORS PACA**

La région a une très importante catégorie de travailleurs pauvres dont on ne parle jamais et qui pose problème : ce sont notamment ceux-là qui se démutualisent. Par ailleurs, ce qui a déjà été construit est très important et les maisons de santé doivent pouvoir profiter de ces expériences.

Les centres mutualistes ont vraiment eu du mal à mettre en œuvre des opérations de prévention. Il faut que nous réfléchissions sur cette limite pour avoir des actions cohérentes, originales, efficaces, et travailler sur vos acquis comme sur vos limites sera intéressant.

› **Fabrice Darietto, chef de projet politique de la Ville sur un secteur de Marseille**

Vous avez parlé des deux observatoires mais quelle est leur articulation ?

› **Ladislav Polski, Région PACA**

L'articulation est claire, j'ai voulu être bref sur les questions techniques mais j'aurais peut-être dû approfondir davantage. Comme vous le savez, il y a deux dispositifs, un dispositif d'État avec les maisons de santé pluri-professionnelles, sous la responsabilité de l'Agence régionale de santé, qui a délégué l'appui à l'Observatoire régional des urgences.

Et puis il y a le dispositif de la Région qui a délégué son appui plus particulièrement à l'Observatoire régional de la santé et au Comité régional d'éducation pour la santé.

Ces deux dispositifs, qui s'instruisent de façon indépendante, le font quand même dans une très grande synergie, concrétisée notamment par la mise en partage des dossiers au sein de la Commission de coopération de l'offre de soins de proximité.

Les attributions des uns et des autres sont assez claires mais ces considérations ne doivent pas être prioritaires pour le porteur de projet. Tout porteur de projet en région Provence-Alpes-Côte d'Azur peut aujourd'hui s'adresser indifféremment à la fois au Conseil régional et à l'Agence régionale de santé et ces deux institutions dans tous les cas mettront en partage leurs informations.

Leila Dagnet pour la Région et Nathalie Massiot pour l'Agence régionale de santé sont toutes les deux en contact quasi-quotidien pour instruire ensemble ces dossiers, dans le respect des compétences de chacune des deux institutions.

› **Michel Lecarpentier, Collectif interassociatif sur la santé (CISS)**

Pour l'organisation des maisons de santé, il est très complexe de recueillir le comportement des usagers en amont, mais il va falloir dans le diagnostic l'approcher et le comprendre. Les représentants des usagers peuvent amener une partie de la solution.

➤ **Yolande Obadia, *ORS PACA***

L'ORS a déposé un projet de recherche sur ces questions-là, dans le cadre d'un appel d'offres, pour monter une cohorte de patients notamment dans les quartiers Nord de Marseille, que nous allons interroger dès le démarrage des maisons de santé et suivre sur plusieurs années. Nous aurons alors des informations sur leur perception de la santé, des éléments qui nous manquent.

Par ailleurs, interroger les médecins sur la population qu'ils accueillent donne des éléments tout à fait pertinents et nous avons aujourd'hui à l'ORS un panel de 2000 médecins généralistes, avec une extension en région PACA, qui nous permet depuis plusieurs années sur certaines thématiques d'apporter l'information qui nous manque.

➤ **Un élu cannois**

Nous sommes en train de monter à Cannes une maison de santé pluridisciplinaire. La densité médicale n'est pas faible à Cannes mais la conférence de territoire des Alpes-Maritimes, qui a pour priorité l'égalité d'accès aux soins, a bien défini la ville de Cannes Ouest comme une zone défavorisée, avec des problèmes de dépassement d'honoraires importants.

Notre dossier est déjà très avancé mais un problème se pose : les médecins de ville engagés sur le dispositif, médecins libéraux en secteur 1, sont inquiets et se posent beaucoup de questions sur les comptes qu'ils vont devoir rendre à l'Agence régionale de santé. Ils ont la crainte d'être fonctionnarisés. Que leur répondre ?

➤ **Ladislav Polski, *Région PACA***

C'est une bonne transition avec la table-ronde qui va suivre puisque les premiers intervenants sont des médecins libéraux. Ils vont vous montrer à quel point le projet qu'ils portent répond à une problématique d'intérêt général et en même temps donne toute liberté à ces professionnels de santé libéraux d'exercer selon le mode qu'ils ont choisi.

■ Table-ronde n°1

Une démarche partenariale au service de l'aménagement du territoire

Animation des tables-rondes

■ **Laurence Hartmann**, Maître de conférences en sciences économiques, Conservatoire National des Arts et Métiers

Cette journée de réflexion et d'échanges autour des maisons régionales de santé en région PACA prévoit trois tables-rondes au cours desquelles des enjeux d'aménagement du territoire, des enjeux en termes de prévention et des enjeux en termes de nouvelles pratiques professionnelles seront abordés.

19 maisons régionales de la santé ont été labellisées en 2011 et 2012 et 10 supplémentaires doivent l'être cette année.

L'originalité du dispositif en région PACA est de dépasser le cadre prévu par la loi HPST pour encourager toutes les initiatives susceptibles de concourir à la réduction des inégalités sociales et géographiques de santé.

Les partenariats sont fortement encouragés ; toutes les pratiques permettant de développer la prévention et l'éducation thérapeutique du patient, les pratiques professionnelles permettant de déployer les innovations seront donc évoquées.

Nombreux sont les porteurs de projets possibles de maisons régionales de la santé, nous le verrons. Cette première table-ronde est intitulée "une démarche partenariale au service de l'aménagement du territoire". Les projets de maisons régionales de la santé, qu'ils soient portés par des élus et/ou des professionnels de santé, répondent au constat d'une offre de soins insuffisante ou de difficultés d'accès aux soins et à la prévention dans un territoire donné.

Comment élus et professionnels de santé peuvent-ils travailler ensemble ? En quoi la création d'une maison régionale de la santé répond conjointement aux problématiques sanitaires de la population et aux problématiques d'exercice des professionnels de santé, ainsi qu'aux enjeux d'aménagement du territoire ?

➔ **Jean-Luc Le Gall**, *Président du Conseil régional de l'Ordre des médecins Provence-Alpes-Côte d'Azur*

Mon propos restera assez généraliste. Une maison de santé, maison régionale de la santé ou maison de santé pluri-professionnelle, va garantir une offre de soins là où elle est insuffisante, dans des territoires où offre de soins et prévention sont difficiles.

C'est une structure qui va participer à la permanence des soins, ce qui peut être compliqué parfois dans certaines zones. Dans le même temps, une maison régionale de la santé va permettre aux nouvelles générations de médecins et aux médecins en activité de travailler dans de nouvelles conditions, de respecter les nouvelles volontés des jeunes installés, c'est-à-dire

de favoriser le travail en groupe, de faciliter les conditions d'exercice, de limiter l'impact des tâches administratives, mais également d'utiliser d'autres modes de rémunération et de participer à la prévention et à l'éducation thérapeutique.

Ce dispositif des maisons de santé est amené à mon avis à se généraliser à l'ensemble du territoire dans les années à venir, compte tenu des modifications de comportements des professionnels de santé.

Je voudrais faire un bref rappel démographique. En 2007, le conseil de l'Ordre avait tiré la sonnette d'alarme en se rendant compte que 10 % seulement des jeunes installés optaient pour la médecine libérale. C'était un constat fort inquiétant, d'autant que les chiffres des deux années suivantes n'étaient pas meilleurs. Finalement on s'est aperçu en 2012 que chez ces jeunes installés, entre temps, 35 % en fait s'étaient tournés vers la médecine libérale en tant qu'exercice unique.

Dans le même temps, nous avons atteint les 10.000 remplaçants officiels inscrits, un chiffre qui nous paraissait également inquiétant, puis on s'est rendu compte en 2012 que 50 % de ces médecins remplaçants finissaient par s'installer.

D'autres critères démographiques nous inquiètent beaucoup. 23 % des médecins actuellement en activité ont plus de 60 ans et on peut imaginer de se retrouver face à des difficultés dans les 5 ans à venir.

L'enjeu de la maison de santé est un enjeu de santé publique, un enjeu d'aménagement du territoire. La démarche partenariale est nécessaire, obligatoire, quels que soient les porteurs de projets. Il est indispensable que les porteurs de projets se rapprochent des professionnels existants travaillant sur le terrain, pour tenir compte de leurs remarques, et des aspirations des jeunes confrères appelés à s'installer.

Il faut veiller à ne pas déséquilibrer des structures et des fonctionnements qui existent déjà. Ce partenariat reste à définir, il nous semble qu'il devra se faire en relation avec les représentants des URPS et des conseils départementaux de l'Ordre pour favoriser la démarche.

Quand le promoteur est un professionnel de santé, le partenariat est encore plus indispensable, car les médecins ont rarement l'expérience, la connaissance des modalités administratives nécessaires au montage de ce genre de dispositif.

Tout l'enjeu de cette table-ronde et de la discussion qui va suivre est de concevoir l'organisation de ce partenariat.

En tant que Président du conseil de l'Ordre, je me dois d'évoquer quelques craintes relatives à la déontologie. La maison de santé au départ a inquiété certains d'entre nous. C'est un nouveau mode d'exercice des praticiens, un travail en commun avec d'autres professionnels de santé, parfois avec des travailleurs sociaux... Comment garantir le respect des règles déontologiques dans ce contexte-là ?

Nous avons fait quelques remarques, comme par exemple de retirer de ces maisons de santé tout projet d'activité commerciale n'ayant aucun rapport avec le soin direct.

Deuxièmement, il faut éviter au sein des maisons de santé des professions dites paramédicales, dont les contours ne sont pas bien définis (parapsychologue, magnétiseur etc.)

Enfin, il est important que la maison de santé soit lisible par le patient et qu'elle lui garantisse

le libre choix du praticien qu'il va rencontrer, ainsi que la confidentialité des données. La maison de santé risque de poser le problème du secret médical, avec la possibilité de créer des SISA, société interprofessionnelle de soins ambulatoires, qui édictent des règles dans le partage du dossier. Les informations recueillies sont réputées confiées par le patient à un autre professionnel sous réserve du consentement éclairé du patient et sous réserve de l'adhésion des professionnels de santé au projet de santé.

En conclusion, je crois que le partenariat est déjà bien établi, nous avons eu la chance de pouvoir collaborer à la fois avec l'Agence régionale de santé et avec le Conseil régional, d'être représentés au sein de la CCOP, d'émettre un avis sur les projets... Le challenge est aujourd'hui de développer ce partenariat à l'échelon départemental et à celui des communes.

➔ **Rémy Sebbah, Secrétaire, Union Régionale des Professionnels de Santé médecins libéraux Provence-Alpes-Côte d'Azur**

Je vous demande d'accepter les excuses du président de l'URPS médecins libéraux le Dr Jean-François Giorla que je représente aujourd'hui.

Après ce tour d'horizon de Jean-Luc Le Gall, je vais dresser un rapide historique de la pratique des médecins libéraux depuis les années 1980.

Durant les années 80, l'installation des médecins était le plus souvent individuelle, nous étions corvéables à merci, travaillions 55 à 60 heures par semaine. Nous consacrons régulièrement un temps pour une formation médicale continue qui, malheureusement, n'a pas fait la preuve de son efficacité puisqu'on n'avait jamais le moyen de vérifier l'application des nouvelles connaissances dans la pratique quotidienne des médecins.

La formation médicale continue des médecins libéraux devait évoluer, c'est la raison pour laquelle nous avons instauré peu à peu l'évaluation des pratiques, qui a commencé à se mettre en place dans les années 1990. Les premiers audits de pratiques ont été créés de façon assez artisanale.

Dans les années 2000, l'évaluation des pratiques a évolué. On a pu constater que les formations amélioraient la pratique pour une meilleure qualité de soins et pour une meilleure qualité de vie du patient. Aujourd'hui, cette amélioration peut être démontrée, avec des indicateurs objectifs.

Dans les années 2002/2005, nous avons montré notre capacité à faire évoluer le système de santé en utilisant une partie de notre pratique pour faire du dépistage et de la prévention. Nous avons montré que les médecins libéraux, généralistes, gynécologue, radiologues... étaient capables de réserver du temps par exemple pour les dépistages organisés du cancer du côlon et du sein.

La médecine libérale a démontré sa capacité à aller vers une médecine complète, dans un système de santé comprenant les soins, le dépistage, la prévention.

Les cabinets libéraux sont également des lieux de recherche et d'enseignement et une réflexion est en cours avec les doyens de l'université pour que les cabinets libéraux interviennent dans le triptyque soins/enseignement/recherche.

Tout ce qui a été mis sur pied ces 30 dernières années, se voit réalisé dans ces maisons de santé, à condition que l'on se dote des moyens pour intégrer la démarche qualité.

Par ailleurs, l'URPS organise un congrès santé-environnement les 6 et 7 décembre 2013, l'idée étant de travailler sur les pathologies émergentes et de rappeler que les cabinets de médecine générale peuvent être des lieux privilégiés de surveillance des pathologies liées à l'environnement.

C'est une démarche supplémentaire que nous sommes en train de mettre sur pied et j'espère que les maisons régionales de santé pourront être des centres de vigie de la santé environnementale.

Avec l'Observatoire régional de la santé nous travaillons depuis 2000 sur le panel d'observation de la médecine générale. Faut-il envisager aujourd'hui un nouveau panel centré sur les maisons de santé pour observer la médecine qui se développe dans ce dispositif ?

Au nom de l'URPS médecins libéraux Provence-Alpes-Côte d'Azur, je voudrais dire que la médecine libérale a toujours accompagné le système de santé, et qu'elle est en première ligne pour faire évoluer ce système et permettre l'accès aux soins.

➔ **Garo Hovsepien, Maire - La maison régionale de la santé du 13^{ème} et 14^{ème} arrondissements de Marseille**

Je voudrais aujourd'hui m'exprimer non pas en tant que conseiller régional mais en tant que maire des treizième et quatorzième arrondissements de Marseille.

Marseille est une métropole aux caractéristiques bien marquées, tant au plan démographique que socio-économique et sanitaire. Marseille concentre sur son territoire un ensemble de problématiques spécifiques pour lesquelles l'engagement de tous, acteurs et institutions, est nécessaire.

De nombreuses problématiques de santé affectent les populations de ces territoires : l'insalubrité du logement, la malnutrition chez les enfants et les jeunes, la persistance de pratiques toxicomanes avec une recrudescence chez les jeunes, la question des obstacles linguistiques, culturels et sociaux, l'accessibilité au dépistage... avec un déficit en médecine spécialisée.

Dans ce contexte, la santé est un axe fort d'intervention sur ces territoires urbains. Il est pour nous impératif de développer la prévention mise en avant par la loi de santé publique, de faciliter la mise en commun des savoir-faire et des compétences, à travers le développement des réseaux de proximité, de répondre aux problématiques actuelles des populations les plus vulnérables, l'accessibilité démocratique aux structures de soins et des soins pour tous.

Je voudrais remercier le Conseil régional qui défend un véritable modèle de service public ouvert et accessible à tous et qui œuvre pour favoriser l'égalité d'accès aux soins pour tous. C'est une ambition, une politique volontariste qui est appréciée tant par les patients que par les professionnels de santé.

Deux maisons régionales de la santé sont en train ou ont vu le jour, une dans le 15^{ème} arrondissement, l'autre sur le territoire du vallon de Malpassé dans le 13^{ème} arrondissement. La ville de Marseille ne souffre pas d'un déficit de médecins spécialistes mais il existe une très mauvaise répartition entre le Nord et le Sud de la ville, ainsi que le centre. C'est à ce titre que ce projet a été mis en œuvre.

La maison régionale de la santé du vallon de Malpassé s'implante dans une cohérence globale de ce territoire, inscrite dans une programmation de rénovation urbaine. Elle aura la légitimité pour se positionner, avoir une reconnaissance d'utilité publique et permettre d'instaurer des projets, des dynamiques de travail en réseau et en partenariat pour répondre aux besoins de nos populations en grande souffrance.

La mairie d'arrondissement des 13^{ème} et 14^{ème} arrondissements a dès le début adhéré à ce projet novateur.

Par notre expertise et notre connaissance des territoires de ces arrondissements, nous participons largement au diagnostic des besoins de santé de la population et nous essayons d'apporter une aide technique pour l'élaboration du projet de santé. Nous essayons également de fédérer et de dynamiser les actions pour toujours plus de bénéficiaires parmi la population.

Je remercie tous ceux qui ont été à l'origine à la Région de cette idée de créer des maisons régionales de la santé en milieu urbain, ainsi que l'équipe des médecins pour leur engagement et leur volontarisme exemplaires.

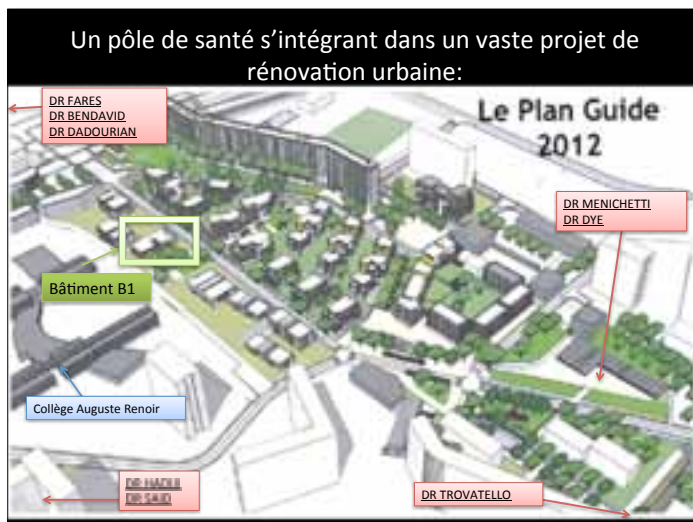
➔ **Lyazid Mezzi, *Maison régionale de la santé du vallon de Malpassé, Marseille***

Je suis l'un des représentants des nombreux médecins impliqués sur ce projet de maison régionale de la santé du vallon de Malpassé.

Notre projet se situe en plein cœur de Marseille, ce qui peut paraître paradoxal puisqu'initialement les maisons régionales de santé étaient instaurées pour équiper certaines zones rurales déficitaires. Mais on s'est aperçu que dans certains quartiers de Marseille, notamment les quartiers Nord, la densité médicale était inappropriée par rapport à la densité de la population.

La maison de santé du vallon de Malpassé est implantée au cœur du 13^{ème} arrondissement, sur un bâtiment de 700 m². Elle est constituée au rez-de-chaussée d'une permanence de soins, avec des médecins généralistes qui consulteront avec des horaires élargis, d'un laboratoire d'analyses médicales, d'une pharmacie et au premier étage d'un centre de spécialistes où de très nombreuses spécialités sont regroupées.

La maison régionale de la santé se situe à côté de quartiers difficiles et de deux grands collèges.



Le bâtiment B1 représente la structure de la maison régionale de la santé. Il s'agit d'un bâtiment moderne d'une capacité de quatre étages, à proximité de la maison des solidarités du Conseil général. Le bâtiment a été livré le 12 février et l'activité démarre le 4 mars 2013.



Voici la liste des 14 médecins généralistes du quartier impliqués dans le projet.

Médecins soutenant le projet :	
• Dr BEN DAVID	13014
• Dr FARES	13014
• Dr HADJI	13013
• Dr SAÏD	13013
• Dr DADOURIAN	13014
• Dr DINH DIA	13001
• Dr TROVATELLO	13013
• Dr KRIMI	13700
• Dr MENICCHETTI	13013
• Dr POMMAER	13015
• Dr KOURICH	13014
• Dr CHETTI	13015
• Dr DYÉ	13013
• Dr MARCELLIN	13015
• Dr CLEMENT	13014
• Dr DUKAN	13013
• Dr NEZI	13014
• Dr MERSALI	13015
• Dr PERRIER	13013

Et voici la liste des spécialistes qui vont consulter dans la structure. Tous sont en secteur 1, il n'y aura aucun dépassement d'honoraires : angiologue, cardiologue, endocrinologue, hépato-gastroentérologues, néphrologue, pneumologues, psychiatres, rhumatologue et un pôle chirurgical avec chirurgiens dentistes, ORL, chirurgien orthopédique, chirurgien urologique, ophtalmologue etc.

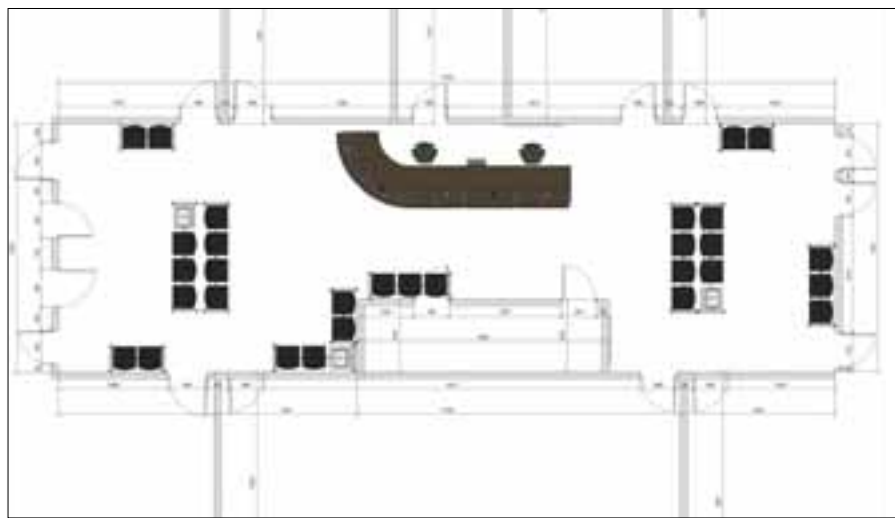
Pôle médical	
Angiologue	Dr A. Sidoti
Cardiologue	Dr F. Thoin
Endocrinologue	Dr C. Petitjean
Hépatito-Gastro-Entérologue	Dr F. Buhai Dr F. Lhomme
Médecin réanimateur	Dr W. Kneory Dr Y. Perrier
Néphrologue	Dr P. Grasse Dr A. Ollier
Pneumologue	Dr C. Bawens Dr C. Tchouadji
Psychiatre	Dr C. Brulanger Dr F. Berbon
Rhumatologue	Dr F. Ala
Neurologue	Dr E. Squarconi

Pôle chirurgical	
Chirurgie Digestive	Dr E. Charki
Chirurgie Vasculaire	Dr F. Ayari
Chirurgie O.R.L.	Dr S. Tabet Dr S. Nache
Chirurgie Orthopédique	Dr S. Segrest Dr F. Riens
Chirurgie Maxillo-Faciale	Dr F. Olin
Chirurgie Urologique	Dr A. Garneau
Oculiste	Dr K. Costa

Une douzaine d'infirmières ont rejoint l'équipe médicale.

PARAMEDICAUX IMPLIQUES DANS LE PROJET	
PARAMEDICAUX	NOMS
INFIRMIERE	ME ROSSAYSSI*
INFIRMIERE	ME MONTES*
INFIRMIERE	ME MAURIN*
INFIRMIER	M MANSOURI*
INFIRMIERE	ME AYCARD*
INFIRMIERE	ME CHEIKH*
INFIRMIER	M BOUNOUAR*
INFIRMIERE	M DI FRANCESCO*
INFIRMIERE	ME GENDOUZI*
INFIRMIERE	ME FORTUNO*
INFIRMIERE	ME DI FRANCHESCO*
INFIRMIER	M AGGOUN*
INFIRMIERE	ME TAZERART*
INFIRMIERE	ME MENICETTI*

Sont ici représentés 12 boxes, sur une surface de 360 m², tous équipés.



Voici également le plateau 1 de la maison régionale de la santé et un bureau type.



La maison régionale de la santé du Pays des Ecrins à l'Argentière-la-Bessée dans les Hautes-Alpes

➔ **Joël Giraud, Vice-président délégué à l'action régionale pour le massif alpin, député-maire de l'Argentière**

Il ne faut pas croire que la problématique du désert médical concerne forcément des endroits totalement désertifiés. Dans de nombreux endroits, le médecin part souvent avant l'épicier. Dans la commune de l'Argentière par exemple, il y avait trois médecins. Deux sont partis pour des raisons diverses et on a tenté de les remplacer. Une médecin est venue de Marseille et n'a pas supporté la météo, une autre est arrivée de Roumanie avec des méthodes de soins inadaptées.

Dans le département des Hautes-Alpes, c'est plutôt la vallée de la Guisane qui est concernée par le départ prochain de médecins à la retraite et ce n'est pas spécialement l'endroit le plus désertique du monde, où encore la commune d'Embrun, la troisième du département.

Nous sommes face à une problématique qui dépasse la simple notion de l'espace rural. Ce problème touche des espaces qui ne sont pas forcément ruraux au sens où plus personne ne vit sur le secteur.

L'Argentière est une commune de 3000 habitants, avec un supermarché, de nombreux professionnels de santé, mais les médecins ont commencé à manquer sur ce secteur, visiblement pas suffisamment attractif, avant ce projet de maison régionale de la santé.

Je dirais aussi que les maisons régionales de la santé, conçues à la fois par l'État et la Région, représentent une fantastique boîte à outils.

Ces territoires ne se ressemblent pas, les maisons de santé n'ont pas les mêmes problématiques à Rosans, à l'Argentière, dans le Queyras etc. Mais la boîte à outils mise en place est adaptable à tous les territoires.

Le Queyras et les Ecrins, où les deux premières maisons de santé ont vu le jour, disposaient de réseaux de service public, mis en place depuis très longtemps, avec une certaine culture de la maison de santé. Il s'agissait de territoires qui avaient anticipé le départ d'un certain nombre de services à la population, qui ont créé des réseaux et sont devenus des espaces très fréquentés.

Il faut en effet un terreau favorable, ce qui implique des intercommunalités solides, qui vont investir sur le sujet, il faut un réseau, afin que ces médecins ne se sentent pas seuls, proposent des consultations sans rendez-vous dans la maison de santé et parallèlement une orientation vers des professions paramédicales classiques. Peu à peu ce réseau s'est mis en place dans les Hautes-Alpes, pour nos deux centres. Je crois beaucoup à la volonté politique conjointe avec ici une logique de boîte à outils adaptable.

Ces maisons de santé ont également pour vocation, à terme, d'être des relais efficaces de ces spécialités que sont par exemple l'ophtalmologie ou la gynécologie pour lesquelles, dans nos territoires, le délai d'attente peut dépasser un an et demi.

Enfin, l'accès aux services à la population doit être le plus large possible, la problématique de la santé publique n'étant qu'un des problèmes plus globaux de l'accès aux services à la population que nous devons avoir sur nos territoires.

➔ **Cyrille Drujon d'Astros, Président de la communauté de communes du Pays des Ecrins**

Je vais compléter les propos de Joël Giraud. Nous avons dans le Pays des Ecrins une maison de santé répartie en deux pôles. La raison principale est l'étendue de notre territoire. La population y est faible - 7000 habitants - mais les espaces importants. Nous sommes également soumis à une saisonnalité, avec des périodes où les besoins se font plus pressants. Le pôle Durance est donc construit et en fonction à l'Argentière ; un autre est en préparation dans le secteur de la Vallouise, le cœur plus touristique de notre territoire.

Plusieurs objectifs ont été poursuivis.

En premier lieu, une réaction à une situation : le départ rapide de deux médecins sur trois. Et puis une anticipation car sur la Vallouise la problématique n'est pas la même : il y a des médecins, relativement jeunes, installés depuis peu, mais nous avons le souhait de préparer l'avenir dans le cas où ils seraient amenés à partir.

Les objectifs sont atteints pour l'Argentière puisque le bâtiment est construit et a été aménagé. Les médecins se sont installés naturellement, assez rapidement. Cela a été aussi l'occasion de moderniser le bâtiment, donc c'est une grande satisfaction.

Nous souhaitons également amener d'autres praticiens, d'autres pratiques qui n'existaient pas, sur notre territoire.

Un bureau nomade a ainsi été créé et accueille depuis peu une psychologue, une diététicienne très bientôt. Des permanences de prévention sont proposées - notamment dépistage du cancer du col et du sein - avec également la présence de la maison des adolescents pour recevoir les jeunes en difficulté.

Autre objectif auquel nous nous sommes attachés de répondre, c'est la question de l'urgence, sur des activités de montagne qui nous sont spécifiques : le ski alpin, le ski nordique, les activités d'été... Une radiologie a donc été prévue sur le pôle de Vallouise.

Celle qui existe actuellement dans la station du Puy-Saint-Vincent va fermer car elle n'est plus aux normes et parce que le médecin va prendre sa retraite. Mais nous avons la volonté de garder une radiologie pour proposer un espace tampon, une interface entre les stations de ski en cas d'accident et les urgences, avec la possibilité de traiter un certain nombre de patients sans engorger le service des urgences de Briançon ou de Gap.

En ce qui concerne le mode de fonctionnement, élus et professionnels de santé ont été associés dès le début du projet. Aujourd'hui, les professionnels de santé des deux pôles se sont constitués en association et gèrent l'ensemble des problématiques, qu'elles soient administratives ou de présence. Une synergie existe puisque les médecins calent leurs permanences entre les deux pôles.

Nous, élus, avons eu une place dès le départ puisque nous étions à l'initiative de ce projet, mais aujourd'hui nous restons présents pour ce qui concerne la gestion de l'association et de la maison de santé. Un partenariat très étroit s'est établi et 90 % des professionnels de santé y participent.

L'un de nos derniers objectifs est la question de la télé-médecine. Cela a été prévu dès le départ mais n'est pas simple à mettre en place.

Le dispositif existe en partie pour des services médicaux de secours puisque les deux stations de ski sont équipées pour permettre un certain nombre de relevés, permettre aux médecins référents d'orienter les pathologies notamment cardiaques... Nous y travaillons donc déjà pour anticiper l'orientation et pouvoir, à terme, utiliser notamment à l'Argentière des services de télémedecine pour les suivis postopératoires etc.

En conclusion, je voudrais dire que l'un des points positifs du projet c'est évidemment la gouvernance. Et aujourd'hui on peut se féliciter que l'ensemble des professionnels de santé du territoire, des neuf communes, soient associés, participent régulièrement aux réunions de travail, avec une vision commune à la fois des élus et des professionnels de santé sur ce territoire.

■ Laurence Hartmann

Je précise que cette maison de santé du Pays des Ecrins bénéficie d'une présentation dans le guide des maisons régionales de santé.

David Darmon, au cours des précédentes années, nous avons vu la profession de médecine générale évoluer vers une spécialité et cela se concrétise par la création de postes de chefs de clinique. Deux postes de chef de clinique sont spécialement créés auprès des maisons de santé de la région PACA.

Chefs de clinique de médecine générale

➔ **Dr David Darmon, Vice-président de l'association Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse, REAGJIR**

Je suis actuellement chef de clinique de médecine générale à l'université de Nice Sophia-Antipolis et intervins aujourd'hui au nom de REAGJIR, le regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants.

À l'heure où le Sénat, de nombreux concitoyens ainsi que les instances se préoccupent de la répartition de l'installation des jeunes médecins, je vais vous parler d'un processus de valorisation de l'installation au travers de la filière de médecine générale et au travers du clinicat en particulier.

Rapide historique

Qu'est-ce que la filière universitaire de médecine générale ? Comme vous le savez, depuis 2005, la médecine générale est devenue une spécialité. Elle est encadrée par des enseignants composés de deux corps, le corps des associés et celui des titulaires.

Les internes de médecine générale, pour se former, ont accès, pour les six semestres qui composent leur maquette, à un seul stage minimum en médecine générale et à maximum deux semestres. Ceci pose déjà un problème : on se demande pourquoi les jeunes médecins ne veulent pas s'installer, mais c'est aussi parce qu'ils ne connaissent pas la spécialité à laquelle ils sont formés.

Le clinicat existe depuis 2007. Il est venu compléter un trou générationnel. Les enseignants qui ont monté la filière universitaire de médecine générale sont issus de la formation continue et sont revenus vers l'Université pour mettre en avant les déficits de formation en médecine générale.

La loi HPST de 2009 avait établi qu'il devait y avoir 50 chefs de clinique formés par an pendant quatre ans, de 2009 à 2012. La réalité est toute autre.

Actuellement, on compte seulement 75 chefs de clinique en poste, ce qui représente seulement 2,5 % pour plus de 50 % des internes formés.

Historique

Le clinicat

- Depuis 2007
- Loi HPST : 50 chefs/an pendant 4 ans (2009/2012)
- La réalité :



Le clinicat de médecine générale est réglementé par différents textes.

Les chefs de clinique font partie des personnels non titulaires de la filière de médecine générale. Ils doivent avoir passé leur thèse et validé leur diplôme d'études spécialisées en médecine générale. Les intéressés peuvent présenter leur candidature dans les quatre années suivant l'obtention de leur diplôme d'études spécialisées.

Les chefs de clinique de médecine générale sont nommés pour une période de deux ans avec possibilité de renouvellement d'une année chacun.

Le statut

Textes réglementaires

- Loi du 8 février 2008 relative aux personnels enseignants de médecine générale
 - Création de la FUMG
- Décret du 28 juillet 2008 relatif aux personnels enseignants des universités, titulaires et non titulaires de médecine générale
 - Statuts des PU, MCU et CCA

Les missions du chef de clinique

Le chef de clinique a des missions d'enseignement de formation initiale et continue, des fonctions de recherche, des fonctions de soins exercées en médecine générale et en ambulatoire, des tâches de gestion.

Il se trouve donc à mi-temps sur des missions d'enseignement et de recherche et à mi-temps sur des fonctions de soins.

Le clinicat, la part soins

Pour la part soins, les statuts possibles sont : le statut de collaborateur (66 %), le statut d'installé (14 %), de remplaçant (10 %), de salarié (6 %), mixte (2 %) et autre (2 %).

La majeure partie des chefs de clinique exerce en tant que collaborateur. On voit bien l'intérêt que le clinicat représente pour renforcer l'offre de soins puisque les collaborateurs s'adossent à des médecins déjà installés.

Le clinicat : la part universitaire

Les activités sont régies par la loi.

Les textes...

Décret n°2008-744 du 28 juillet 2008 portant dispositions relatives aux personnels enseignants des universités, titulaires et non titulaires de médecine générale

□ TITRE III : DISPOSITIONS APPLICABLES AUX CHEFS DE CLINIQUE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Article 31:

« Le présent titre fixe les conditions dans lesquelles les universités peuvent faire appel à des chefs de clinique des universités de médecine générale pour exercer des fonctions dans les unités de formation et de recherche de médecine ou, le cas échéant, dans les départements qui assurent les formations médicales. »

→ Uniquement technique, pas de texte sur les missions précises, le volume horaire et la répartition entre les activités « conjointes » d'enseignement et de recherche

Code de l'éducation

Partie législative

Quatrième partie : Les personnels

Livre IX : Les personnels de l'éducation

Titre V : Les personnels de l'enseignement supérieur

Chapitre II : Les enseignants-chercheurs, les enseignants et les chercheurs

Section 3 bis : Dispositions propres aux personnels enseignants de médecine générale

□ Article L952-23-1: Dispo

□ Créé par LOI n°2008-112 du 8 février 2008 - art. 1

□ Les membres du personnel enseignant titulaire et non titulaire de médecine générale exercent conjointement les fonctions d'enseignement, de recherche et de soins en médecine générale.

Ils consacrent à leurs fonctions de soins en médecine générale, à l'enseignement et à la recherche la totalité de leur activité professionnelle, sous réserve des dérogations qui peuvent être prévues par leur statut. Ils exercent leur activité de soins en médecine générale et ambulatoire.

Pour leur activité d'enseignement et de recherche, ils sont soumis à la juridiction disciplinaire mentionnée à l'article L. 952-22.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application de la présente section, et notamment le statut des personnels enseignants de médecine générale, les conditions de leur recrutement et d'exercice de leurs fonctions ainsi que les mesures transitoires et les conditions dans lesquelles les enseignants associés de médecine générale peuvent être recrutés ou demander à être intégrés dans les nouveaux corps

Pendant le clinicat de médecine générale, les chefs de clinique doivent se former à la pédagogie et à la recherche pour assumer leurs fonctions.

L'enseignement

Ils enseignent dans le troisième cycle, dans le deuxième cycle, dans la formation médicale continue et peuvent aussi, après trois ans d'exercice, devenir maîtres de stage, c'est-à-dire accueillir des internes ou des externes au sein du cabinet où ils exercent leur part soins. Ils interviennent également dans l'enseignement des paramédicaux.

Cursus universitaire

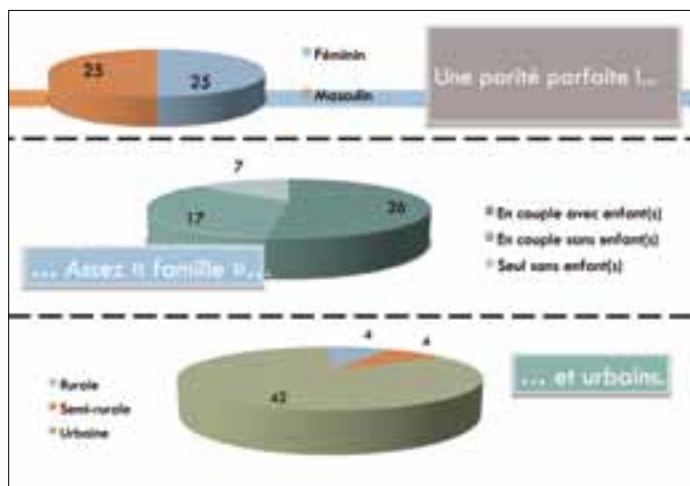
Il s'agit de médecins qui ont validé tout leur cursus de médecine, qui ont aussi validé des masters I et II. 34 % des chefs de clinique de médecine générale ont également une thèse de science validée.

Cursus universitaire des CCU-MG

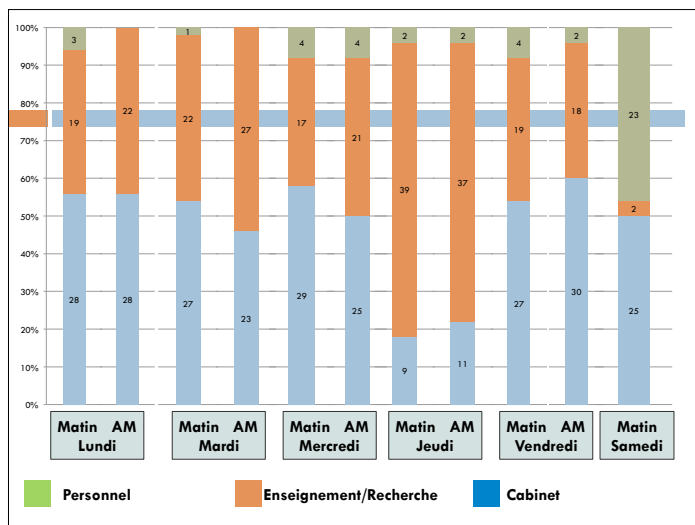
- **Master 1 validé** **66%** 2% en cours
- **Master 2 validé** **60%** 18% en cours
12% santé publique, 12% évaluation/recherche clinique
- **Thèse de science validée** : 0
34% en cours

Le profil des chefs de clinique

On enregistre 50 % de femmes pour 50 % d'hommes, une vie de famille bien établie (26 % sont en couple avec enfants et 17 % en couple sans enfants) et un exercice plutôt en milieu urbain (42 %).



Voici la répartition d'une semaine de chef de clinique, en orange l'enseignement/recherche et en bleu l'activité en cabinet.



Démarche partenariale

Au niveau national

En ce qui concerne le partenariat, une convention est établie avec l'Université de Marseille pour le financement de deux postes de chef de clinique.

Il s'agit d'un dispositif assez ancien en fait, notamment dans la région Nord-Pas-de-Calais, où le Conseil régional finance des postes de chefs de clinique en médecine générale mais aussi dans d'autres spécialités et pas forcément dans des endroits sous-dotés.

Le fait que le clinicat soit un facteur qui favorise l'installation a été mis en évidence, car il valorise une discipline. D'autres collectivités locales peuvent également être impliquées dans le financement de ces postes. Leur financement intervient principalement sur la part enseignement/recherche. Comme les chefs de clinique exercent uniquement à mi-temps sur la part soins, ils sont contraints à des charges très importantes. Il faut en effet dépasser un certain niveau de revenus pour que cela soit viable et donc, pour pouvoir pérenniser ce dispositif de clinicat, l'Agence régionale de santé a développé un contrat pour compléter les revenus et essayer de subvenir au paiement des charges engendrées par le forfait retraite CARMF et URSSAF.

En région PACA

En région PACA, nous avons actuellement deux projets de financement de postes de chefs de clinique. L'un est actuellement installé à Roquesteron, dans les Alpes-Maritimes, une commune fragile où il n'y avait plus du tout de médecin depuis 6 mois.

Une médecin généraliste est venue du Nord-Pas-de-Calais s'y installer comme chef de clinique. Elle participe actuellement au projet de maison de santé et a contribué à établir une permanence de soins qui n'existait pas, en faisant intervenir des remplaçants sur les plages horaires où elle ne travaille pas. Cela a redynamisé le secteur.

Il faut tout de même être vigilant avec ces dispositifs-là : le clinicat en lui-même est un facteur de promotion de l'installation des jeunes médecins, mais il ne faudrait pas que le clinicat devienne la solution à tous les déserts médicaux. C'est un peu le risque.

Je suis ici pour porter cette parole : les chefs de clinique ne sont pas des moines pèlerins que l'on va installer aux quatre coins de la région, très loin de leur Université, où ils ne pourront pas exercer leurs activités d'enseignement et de recherche.

En ce qui concerne les perspectives, le plus intéressant reste la réelle concertation entre les collectivités locales, le potentiel candidat au clinicat et les départements de médecine générale, instance qui va pouvoir décider du projet de recherche, de la cohérence avec les collectivités locales, de l'installation du chef de clinique.

Au-delà de ce contrat, limité à quatre ans, l'idée est quand même que le chef de clinique reste en poste et développe l'activité où il a été installé. S'il part une fois le contrat terminé cela n'a pas vraiment d'intérêt. Une vraie réflexion doit être engagée entre les différents partenaires.

Cette initiative autour des chefs de clinique en médecine générale a aussi inspiré ce qui a été mis en place par Marisol Touraine au travers des praticiens territoriaux.

Enfin, il est essentiel que les médecins généralistes accueillent des internes en formation. On se demande pourquoi les jeunes médecins ne veulent pas s'installer, c'est parce qu'ils ont très peu de contacts avec la médecine libérale, vous l'avez compris. Le contexte est différent de celui des années 80 où il y avait pléthore de médecins, prêts à s'installer voire à accepter toutes les demandes des patients.

Dans un contexte de ressources financières ou organisationnelles limitées, il faut apporter plus de cohérence et je pense que les maisons de santé sont là pour cela.

Je terminerai en vous citant une étude que nous avons menée au niveau national avec l'intersyndicale des internes de médecine générale : les pôles et maisons de santé sont un mode d'exercice qui est plébiscité par les jeunes. Il n'est plus question d'exercer de façon isolée. Les internes sont formés à l'hôpital au sein d'équipes pour apporter des soins de qualité à leurs patients, de façon coordonnée, et les pôles et maisons de santé sont des pendants de cette organisation. Cela sécurise l'installation, et c'est là-dessus qu'il faut investir, pas seulement dans les endroits où l'on manque de médecins mais aussi dans les villes, et pas seulement dans les zones urbaines sensibles. Il s'agit d'un nouveau mode qui améliore la qualité et tous les citoyens ont droit à la qualité.

➔ Questions de la salle

➤ **Jean-Jacques Ferrero, élu dans une communauté de communes du département des Hautes-Alpes**

Merci à la Région pour ce dispositif des maisons régionales de santé qui nous concerne notamment dans notre département.

Dans un département comme le nôtre les inégalités sociales sont très fortes. Dans ma petite commune, le revenu annuel moyen est de seulement 10 000 €. Et puis il y a les problèmes géographiques. Je voudrais poser une question : a-t-on le droit de vivre dans notre terroir, en campagne, en montagne ? La question du désert médical et de l'implantation de maisons de santé est de même importance que la présence de la poste ou de l'école.

Si l'on est convaincu que notre territoire doit exister, même s'il ne pèse pas grand-chose en termes d'habitants, il est nécessaire d'avoir un service public et une couverture médicale. Dans ma commune nous avons un médecin de 59 ans pour 24 communes et une population de plus de 2000 personnes. Nous nous posons avec beaucoup d'inquiétude la question de notre devenir, d'autant plus si nous ajoutons à cela une population vieillissante, des contraintes géographiques et climatiques.

Se pose la question de l'installation des médecins chez nous. Nous allons tout faire pour favoriser cette implantation, nous avons envoyé notre lettre d'intention et décidé de bâtir.

La question de l'installation des jeunes médecins est une vraie question et il est vrai que nous ne pouvons pas leur assurer qu'ils auront les mêmes services que près d'une grande cité urbaine.

➤ **Rémy Sebbah, URPS-ML**

Nous tenons à affirmer ici que l'URPS est favorable au développement de ces maisons dans certaines conditions. Nous allons mettre à la disposition des professionnels intéressés notre expertise. J'incite tous les partenaires à nous contacter et les jeunes médecins à venir nous rencontrer.

➤ **David Darmon, REAGJIR**

Les jeunes médecins, dans leur formation, ont très peu à faire avec l'exercice libéral. Ils optent pour l'exercice en tant que remplaçants, avec beaucoup moins de contraintes en termes de gestion, de charges de personnel etc.

Actuellement, on veut faire porter une charge de service public à des professionnels libéraux, sans les avantages. Si les collectivités locales mettent tout en place pour que le libéral puisse exercer correctement, il y aura plus de candidats.

Autre réalité à prendre en compte : les jeunes médecins sont prêts à prendre en charge leurs patients à 100 %, mais pas à 100 % de leur temps comme les médecins à l'ancienne. Une notion d'éducation des patients est à mettre en place et c'est l'affaire de tous. À Roquesteron par exemple, en milieu rural, les patients ont compris qu'ils ne pouvaient pas épuiser le médecin parce que sinon il s'en allait. C'est peut-être à des groupements de médecins qu'il faut demander de s'installer et pas à des médecins isolés.

➤ **Joël Giraud, député-maire de l'Argentières**

Il est vrai que la situation est complètement différente dans les pays fédéraux ou à tendance fédérale, comme en Allemagne ou en Suisse, où l'État fait en sorte qu'on aménage des territoires pour qu'il n'y ait pas de désert.

Face à cette situation d'étudiants qui ne veulent pas s'installer dans ce qu'ils appellent des "trous pareils", des solutions existent, comme celle du réseau Seliance qui sera présentée tout à l'heure.

➤ **Jean-Luc Le Gall, *Ordre des médecins***

Il s'agit d'une question de société. Il faut se rendre à l'évidence, on ne trouvera plus, ou de façon exceptionnelle, de médecins qui acceptent de couvrir seul des territoires de 24 communes 24h/24. On ne trouve pas non plus de remplaçant, de collaborateurs qui acceptent de telles conditions. Il s'agit d'une évolution de société, il faut trouver des solutions. Je crois que ce qui se fait dans le Queyras est un bon exemple.

Je voudrais m'adresser aux représentants des maisons de santé qui se sont exprimés : comment avez-vous fait pour obtenir l'assentiment des confrères ?

➤ **Cyrille Drujon d'Astros, *communauté de communes du Pays des Ecrins***

Chez nous cela a été relativement facile car il y avait une volonté naissante de regroupement de la part des médecins. Ils se sont associés au projet de manière tout à fait naturelle. L'un des facteurs importants est de pouvoir associer l'ensemble des professionnels de santé le plus tôt possible, en amont.

➤ **Jean-Claude Bellière, *Mutualité française***

Nous sommes en train d'évoquer la difficulté de la pratique médicale liée à la pénurie de médecins. Comment peut-on s'organiser pour que le numerus clausus disparaisse ou que l'on puisse avoir davantage de médecins ?

➤ **David Darmon**

Je crois que c'est l'écueil dans lequel il ne faut pas tomber. En réalité, il faut prendre cela comme une opportunité de réorganisation du système. Un médecin doit-il se charger de la vaccination ? De tâches qui ne sont pas au niveau de sa formation ? Etc.

Je n'ai pas forcément la réponse mais j'en ai une petite idée. Dans de nombreux systèmes la délégation de tâches existe.

Il faut se saisir de cette opportunité pour réorganiser le système autrement et améliorer la formation des médecins, augmenter les compétences des généralistes pour assurer le meilleur service aux patients.

➤ **Rémy Sebbah, *URPS-ML***

Ce n'est peut-être pas utile d'augmenter de façon importante le nombre de médecins, on pourrait aussi dire qu'il faut mieux les rémunérer car 23 € la consultation c'est peu !

Le médecin libéral a besoin de pouvoir déléguer certaines tâches. Pour que les généralistes aient ce confort d'exercice, il faudrait peut-être créer des professions intermédiaires.

Dans les maisons de santé on pourrait envisager que le médecin puisse être suppléé par une profession intermédiaire, pour assurer des travaux de recherche et d'enseignement à côté de ses travaux de soins.

Il faut une meilleure répartition du monde médical dans la région, peut-être augmenter légèrement le *numerus clausus* mais surtout envisager une délégation afin que le médecin puisse se consacrer à son cœur de métier.

► Jean-Luc Le Gall

Il n'y a jamais eu autant de médecins en France qu'aujourd'hui. Mais à peine un médecin sur deux inscrit au Conseil de l'Ordre sort d'une faculté française. Le reste, ce sont des médecins européens, des médecins autorisés d'exercer par des nouvelles procédures. Je crois que ces médecins-là ne se dirigent pas vers la médecine libérale ou vers la médecine rurale. La plupart du temps ils ne restent pas, on a l'impression qu'ils viennent chercher quelque chose qu'ils ne trouvent pas.

Nous sommes un peu tous responsables de ce rejet de la médecine générale qu'ont les étudiants à la fin des études, avec notre *ras-le-bol*, nous n'avons pas véhiculé une image de la médecine suffisamment flatteuse. Certains s'installent après une longue période de remplacements. Peut-être faut-il travailler sur ces aspects-là également.

► Yolande Obadia

Des études montrent que les patients qui viennent de zones rurales sont aussi bien pris en charge qu'en zone urbaine, par exemple pour les cancers. Le problème se situe en zone périurbaine, comme autour de l'agglomération marseillaise. Quand un patient arrive avec un problème en zone rurale, il est envoyé dans un centre de référence, dans une grande ville et donc les délais de prise en charge du cancer au moment du diagnostic sont moins longs. C'est assez contre-intuitif mais dans les zones rurales on obtient de très bons pronostics de délais et de prise en charge, par rapport à des zones périurbaines.

► Un médecin généraliste des Hautes-Alpes

Nous sommes en train de mettre en place trois maisons de santé pluridisciplinaires. Je suis conseiller général dans le canton du Valgaudemar.

Sur notre territoire, chaque canton étant trop petit pour gérer la problématique des maisons de santé, nous avons décidé de mettre en place un pôle de santé qui regroupe tous les libéraux (90 % veulent participer) de façon à s'accaparer les nouvelles méthodes de travail, la prévention, le dépistage, l'éducation thérapeutique et l'accueil des stagiaires. Ce pôle de santé regroupe plusieurs maisons pluridisciplinaires qui s'adaptent à un territoire, celui de la prochaine intercommunalité chez nous.

■ Table-ronde n°2

Un parcours de santé optimisé : de la prévention à l'accès aux soins

■ **Laurence Hartmann, Maître de conférences en sciences économiques, Conservatoire National des Arts et Métiers**

Pour la seconde table-ronde présidée par Jean-Martin Cohen-Solal et Zeina Mansour, nous accueillons le Dr Georges Graglia, Président du pôle de santé pluridisciplinaire Séliance, qui représente la maison de santé du Queyras ; Stéphanie Casanova, coordinatrice de l'atelier santé ville de Miramas, qui présentera la maison régionale de la santé et ses dispositifs de prévention et enfin Michel Lecarpentier, Président du Collectif interassociatif sur la santé de la région PACA (CISS).

Les thématiques traitées dans cette table-ronde sont : l'éloignement géographique ou la précarité socio-économique contribuent aux difficultés d'accès aux soins mais aussi à un moindre bénéfice de la prévention ou du dépistage. Les maisons régionales de la santé pourraient inverser cette tendance en mettant en œuvre des dispositifs de proximité. Quelles expériences innovantes ont été menées ? Comment mieux lier l'accès aux soins et la prévention ?



Jean-Martin Cohen-Solal, Directeur général de la Fédération nationale de la Mutualité française

Je suis ravi d'intervenir dans votre journée car en tant que Directeur général de la Mutualité française et médecin généraliste, tout ce qui touche à la médecine de premier recours et aux maisons de santé me passionne. Depuis plus de 30 ans, j'œuvre pour une vision plus globale de la médecine et je suis satisfait de voir qu'aujourd'hui, nous sommes entendus. La médecine a changé, la science médicale a changé, les patients ont changé, ils sont mieux éduqués et plus compétents. Mais l'organisation de la médecine ne s'est pas adaptée.

Dans le cadre de ma fonction à la Mutualité, je défends une vision globale de la prise en charge des patients. Aujourd'hui, nous parlons de prise en charge globale et de médecine de premier recours, ce n'était pas si évident il y a encore quelques années. Le système de santé est déséquilibré, avec trop de médecins à l'hôpital, trop de spécialistes par rapport aux généralistes, trop de médecins par rapport aux infirmiers.

Aujourd'hui, nous sommes satisfaits que le gouvernement mette en place une nouvelle stratégie nationale de santé basée sur le parcours de santé, selon une vision moderne qui consiste à répondre aux besoins des patients. Pour s'adapter aux besoins des malades, il faut travailler sur toute la chaîne de santé : prévention, soins, suivi, dépendance.

Lors du congrès de la Mutualité, du 18 au 20 octobre 2012 à Nice, nous avons réaffirmé le développement des soins de premier recours avec trois objectifs :

- favoriser l'entrée dans le système de soins pour le diagnostic, l'orientation et le traitement
- organiser le suivi du patient et la coordination de son parcours de santé
- être le relais des politiques de santé publique en matière de prévention et d'éducation à la santé.

La réorganisation des soins de premier recours appelle des mutations pour répondre aux aspirations nouvelles des patients mais aussi aux aspirations des équipes soignantes.

Nous proposons un pacte solidaire qui associe les patients, les professionnels et les pouvoirs publics. Nous avons entendu nos adhérents qui veulent :

- une meilleure répartition des professionnels de santé sur le territoire
 - un accompagnement au dialogue entre professionnels de santé et patients
 - plus de prévention et de promotion de la santé
 - une vraie coopération entre professionnels du secteur sanitaire et avec ceux du médico-social
 - une vraie accessibilité financière : les inégalités sont à la fois géographiques et financières.
- Nous préconisons pour les soins de premier recours, le tiers payant et la diminution du reste à charge. Il existe aussi de fortes inégalités en matière de prévention. J'ai dirigé le Comité français d'éducation pour la santé, il y a une trentaine d'années et déjà l'inégalité face à la prévention était un problème de fond qui reste à traiter.

Il faut enfin instaurer un système de santé efficient et les mutuelles doivent répondre aux professionnels et aux patients pour mettre en place un réel parcours de santé. Nous sommes très favorables avec ce qui s'élabore depuis quelques années : travailler au niveau des territoires car "la cohésion sociale se tricote à ce niveau-là".

Réfléchissons au système de santé avec le patient comme fil rouge et développons la prévention ! Voilà le message de la Mutualité française en introduction de cette table-ronde.

➔ **Zeina Mansour, Directrice du Comité régional d'éducation pour la santé PACA**

Étant à côté d'un ancien Délégué national du Comité français d'éducation pour la santé, c'est avec beaucoup d'humilité que je prendrai la parole pour évoquer la place de la prévention dans les maisons régionales de la santé.

C'est bien l'individu dans son parcours de vie et dans son parcours de soins qui nous préoccupe aujourd'hui.

Si l'objectif du soin est d'assurer la prise en charge d'un patient, d'une personne touchée par une pathologie, celui de la prévention est d'aider l'individu à préserver sa santé, sa qualité de vie et éviter ou différer les maladies évitables.

Les acteurs de la promotion de la santé sont nombreux dans notre région, l'Assurance maladie, les Conseils généraux, les villes, l'Éducation nationale, la Mutualité, le Cres, les CoDES, le Crips, le Mouvement français du planning familial... La prévention rencontre les mêmes problèmes que le soin : des acteurs nombreux, des moyens qui diminuent, une activité dispersée, juxtaposée, avec peu de coordination.

Les maisons régionales de la santé vont nous donner l'opportunité de promouvoir des programmes de prévention et de promotion de la santé en leur sein, avec leurs équipes, ou en partenariat avec des acteurs locaux.

En fonction des besoins locaux, nous allons développer des programmes adaptés : l'hygiène bucco-dentaire, le surpoids, les accidents de la vie courante, les accidents de la route, la chute de la personne âgée, le tabagisme, l'alcool, les maladies sexuellement transmissibles...

Que pouvons-nous proposer en termes d'activité au sein d'une maison régionale de la santé ?

• la mise à disposition de documents

Il est envisagé de doter les maisons régionales de la santé de l'ensemble des publications de l'Inpes et d'autres structures de manière à relayer localement les campagnes nationales. Je vous invite à vous rapprocher des CoDES et des autres centres de ressources de votre département de manière à développer ces partenariats de mise à disposition de supports de diffusion.

• **l'éducation pour la santé** : apporter au public les compétences nécessaires pour faire des choix éclairés, organiser des séances, des rencontres, des débats, des ateliers, prendre le temps de faire évoluer les comportements.

• la prévention médicalisée :

- la région PACA est une région sous-vaccinée : organiser au sein des maisons régionales de la santé le contrôle des carnets de vaccination, inciter à la vaccination, organiser des séances de vaccination, associer les maisons régionales de la santé à la semaine de la vaccination
- les dépistages organisés des différents cancers : inciter, expliquer et mettre à la disposition du public des temps de dépistage pour certaines pathologies.

• **l'éducation thérapeutique du patient** : des programmes visent à améliorer la qualité de vie de personnes atteintes de maladies chroniques. L'intégration de ces programmes au sein des maisons régionales de la santé est un plus. Encore faut-il pouvoir former les personnels qui prendront en charge ces programmes. Le CRES a été très souvent amené à former des professionnels, plus de 500 personnes en trois ans. Aujourd'hui, à l'initiative du Conseil régional, le CRES propose des programmes de formation à l'éducation thérapeutique du patient destinés uniquement aux professionnels des maisons régionales de la santé. Deux sont programmés pour l'année 2013. Ces formations de 40 heures respectent le cahier des charges national et permettront l'éclosion de programmes d'éducation thérapeutique du patient autorisés par l'ARS.

La mise en place de l'ARS avait pour objectif de décloisonner le soin, la prévention et le médico-social. Aujourd'hui, avec les maisons régionales de la santé, nous pouvons témoigner du rapprochement effectif sur le terrain de ces trois domaines d'intervention. Le soin et la prévention sont deux mondes qui se sont très longtemps côtoyés, un peu ignorés, et aujourd'hui qui travaillent ensemble. La preuve est dans cette salle aujourd'hui.

➡ **Dr Georges Graglia, Président du Pôle de santé pluridisciplinaire Séliance, Maison de santé d'Aiguilles**

En 2005, une dizaine de médecins généralistes réfléchissent à se regrouper pour mieux organiser leur travail et mieux s'occuper de leurs patients.

En 2007, onze médecins généralistes se regroupent sur Gap dans une SELARL, une SARL pour les médecins.

À partir de 2007, d'autres médecins nous demandent de les aider à s'installer et nous ouvrons quatre autres sites à Gap, Chorges, Epinasses et Laragne.

Nous nous sommes posés la question de nous associer avec d'autres professionnels de santé, infirmiers, diététiciens et kinésithérapeutes, et s'est créé ce pôle de santé pluridisciplinaire, début 2011. Puis, nous avons créé la maison régionale de la santé à Aiguilles, dans le Queyras, en 2011.

La communauté de communes (Com Com) du Queyras était à la recherche de médecin car il était prévu qu'il n'y ait plus de médecin dans le Queyras en septembre 2011.

La Com Com du Queyras nous a sollicités et avec l'aide de la Région et de l'ARS, nous avons mis en place cette maison régionale de la santé à Aiguilles. Des médecins de Gap et de Chorges viennent à tour de rôle dans le Queyras, passer une semaine et assurer la permanence des soins. Ils travaillent 5 jours sur 7 hors vacances scolaires. Il y a deux médecins pendant les périodes d'affluence touristique (janvier, février, mars et juillet, août).

C'est un exercice particulier avec beaucoup de traumatologie.

La maison régionale de la santé a été pensée en 2011 avec un projet immobilier qui devrait voir le jour en 2013.

La maison régionale de la santé d'Aiguilles comporte :

- le regroupement de 3 kinésithérapeutes : 1 est parti à la retraite, 3 nouveaux se sont installés
- le cabinet d'infirmier : l'infirmier en poste va partir à la retraite, deux jeunes infirmiers viennent de s'installer
- un partenariat avec l'hôpital local d'Aiguilles, avec l'association d'aide aux personnes du Queyras.

Nous avons créé une association pôle de santé du Queyras où se regroupent toutes les associations de santé et d'aide du Queyras.

Le pôle de santé multidisciplinaire Séliance est un pôle sur cinq sites qui regroupe des médecins, des infirmiers, des kinésithérapeutes, des diététiciens, une psychologue, une podologue...

Nous avons un programme d'éducation thérapeutique du patient pour les diabétiques qui fonctionne depuis avril 2012 et concerne 120 personnes.

Nous sommes en train de créer une SISA, société interprofessionnelle de soins ambulatoires, forme qui nous permettra de mieux gérer notre structure.

Nous avons obtenu en 2012 l'ENMR (Expérimentation sur les nouveaux modes de rémunération), mode de rémunération expérimental qui, pour la première fois, propose un forfait à une structure en tant que telle, selon quatre modules :

- 1- coordination : une somme est allouée à la structure en fonction de critères (nombre de médecins, de kinésithérapeutes, de patients, la qualité de service etc.)
- 2- nouveaux services : l'éducation thérapeutique du patient (projet accepté par l'ARS financé en fonction du nombre de patients) ou ESPREC, équipe de soins de premier recours, 3 professionnels de santé, 1 médecin généraliste, 1 infirmière, 1 pharmacien, pour prendre en charge les cas complexes de diabète, d'hypertension, de patient âgé...
- 3- coopération : délégation de tâche que nous n'avons pas mise en place dans notre maison régionale de la santé
- 4- capitation.

Les ENMR représentent pour nous 100 à 110 000 euros, ce qui nous permet de fonctionner, de financer les réunions entre l'équipe de soins primaires, de se rencontrer, d'échanger et de financer l'éducation thérapeutique du patient.

La coordination a permis :

- la mise en place d'un dossier patient informatisé et partagé
- la réalisation d'une fiche de synthèse pour les dossiers complexes pour aider le professionnel de santé qui accède au dossier
- de déléguer notre maintenance informatique
- d'intégrer des outils de télémedecine, comme la mise en place d'une télé-expertise pour la lecture des radios en zone de ski.

La coordination et le secrétariat sont indispensables au bon fonctionnement de la maison régionale de la santé.

La coordination doit être tenue par un coordinateur professionnel, formé, reconnu et indemnisé. Le secrétariat est important pour libérer les professionnels des tâches administratives.

L'organisation territoriale est elle aussi importante. Il faut bien définir le territoire. Dans notre exemple, le territoire est vaste, il concerne Gap, le Queyras, Chorges, Espinasses et Laragne. Le territoire doit être l'espace de clientèle des médecins et des professionnels de santé et non le territoire en termes de cantons.

Il faut évoluer de la prise en charge d'une patientèle vers celle de la population d'un territoire. C'est le rôle de médecin de santé, mais un rôle non financé.

Quand je suis à Gap, je reçois 23 €, ce qui ne me permet pas de prendre en charge le dépistage, la prévention, de réfléchir à la prise en charge des yeux, à l'éducation thérapeutique. Quand un médecin s'engage dans un groupement, au final, il gagne moins d'argent. C'est un frein pour les libéraux qui peuvent se demander ce qu'ils y gagnent. Ils gagnent du confort, du travail de qualité mais rien financièrement. Il faut qu'un système de forfaitisation soit mis en place, en évitant de tomber dans l'excès inverse où l'on ne serait payé qu'à la fonction. Il n'y a pas actuellement de modèle économique clair, chaque équipe fait sa propre expérience. Pour nous, c'est une réussite. Mais l'expérimentation des EMNR se termine en 2013, si aucun financement ne les remplace, notre pôle de santé risque de se retrouver dans un équilibre économique instable.

➔ **Stéphanie Casanova, coordinatrice de l'atelier santé ville de Miramas**

En tant que coordonnatrice de l'atelier santé ville de Miramas, j'ai participé à la mise en place de la maison régionale de la santé. Je vais vous présenter : le contexte et l'origine du projet, le cadre mis en œuvre, les actions spécifiques d'accès aux soins, de prévention et de promotion de la santé et enfin ce qui a favorisé cette coopération sur le territoire de Miramas.

1- Contexte et origine du projet

En 2009, la ville s'est dotée d'un atelier santé ville (ASV), dispositif de coordination des politiques de santé publique implanté sur les territoires en contrat urbain de cohésion sociale (CUCS). L'ASV a réalisé un diagnostic territorial de santé qui a permis l'élaboration d'un plan local de santé publique et le développement et le suivi des actions planifiées.

Les constats de l'ASV ont été les suivants :

- Miramas constitue une poche de précarité importante avec le cumul des situations de rupture, des difficultés économiques et sociales qui engendrent des situations de précarité ayant un impact direct sur la santé, l'accès aux droits et aux soins
- Des besoins conséquents concernant le faible recours aux soins et le suivi pour les addictions, la santé mentale et les maladies chroniques, notamment le diabète, des difficultés d'accès aux droits et, de la part des professionnels, une moindre prise en compte de la souffrance psychique liée à la précarité
- Des freins à l'accès à la prévention et aux soins de nature différente :

- des freins importants liés à la précarité

La santé revêt un aspect secondaire pour certains publics, ce qui engendre un recours tardif aux soins et des difficultés d'accès aux droits

- des freins liés à l'accessibilité de l'offre

La densité de médecins est très faible et en baisse constante : 18 médecins en 2011 pour 26 000 habitants, ce qui représente 71,3 médecins pour 100 000 habitants contre 93 à Istres et 128 pour les Bouches-du-Rhône. En 2013, il est prévu la perte de 6 médecins, ce qui ramènera la densité à 12 médecins pour 26 000 habitants. Les Miramas-séens consultent plus qu'ailleurs les médecins généralistes ; le recours à la médecine spécialisée et aux dentistes y est plus faible. Les structures de prévention et de soins sont hors de Miramas et notamment sur Salon-de-Provence et Istres pour le médico-social.

- des freins liés à des logiques d'action territoriale complexes

Miramas s'inscrit dans une appartenance territoriale complexe, à l'extrémité du territoire de santé et de la communauté d'agglomération, à cheval sur Istres et sur Salon-de-Provence.

- enfin, des freins sociologiques et anthropologiques liés aux comportements, attitudes et croyances communautaires ou individuels, y compris des professionnels

Miramas prend en charge des publics spécifiques : demandeurs d'asiles, populations d'origine étrangère avec différentes communautés représentées.

Dans ce contexte et sur la base de ces constats, la ville de Miramas a souhaité s'engager dans le dispositif des maisons régionales de la santé.

Après un complément de diagnostic réalisé par l'ORS, le projet de maison régionale de la santé est élaboré en partenariat avec le centre de santé mutualiste de Miramas et le CRES.

En 2011, le projet est intégré au plan local de santé publique et devient une priorité de santé publique pour la ville. Il s'inscrit dans le dispositif maison régionale de la santé et bénéficie d'une aide au démarrage pour trois ans.

Les objectifs sont de :

- maintenir et développer l'offre de soin de premier recours
- favoriser l'accès à la prévention et aux soins
- fluidifier les parcours de soins.

2- Cadre et organisation de la mise en œuvre

Le projet de la maison régionale de la santé est porté par la ville et la coordination technique est confiée à l'ASV, avec l'appui du CRES et de l'ORS. Le développement du projet se fait en partenariat avec le centre de santé mutualiste qui constitue le pôle de soins de premier recours auquel sont adossées les actions de prévention et d'accès aux soins.

Deux instances sont constituées :

- une équipe projet avec les trois médecins généralistes du centre de santé dont la direction médicale, la direction administrative et la coordinatrice ASV. Je suis plus particulièrement chargée d'appuyer l'équipe dans le montage des dossiers, la recherche de financement et l'articulation des dispositifs entre les institutions ainsi que de la partie accès aux soins, prévention et promotion de la santé.
- un comité de pilotage avec l'équipe projet, le CRES et le service Santé alimentation du Conseil régional.

Le projet comporte trois volets :

- le maintien et le développement de l'offre de soins avec l'installation de nouveaux médecins, l'organisation de la permanence des soins et des gardes
- la formation des professionnels, l'accueil des professionnels en formation particulièrement sur l'accès aux soins
- la prévention et la promotion de la santé, en étroite articulation avec certaines actions du plan local de santé publique développées par l'ASV sur l'ensemble des axes prioritaires : santé des enfants et des jeunes (sexualité contraception), lutte contre les addictions, accès aux soins des publics précarisés, alimentation et activité physique, santé et environnement.

3- Les expériences et les actions développées

- **L'implantation du réseau DIABAIX (diabète et maladies chroniques liées à l'alimentation)**

Les médecins du centre font partie du réseau et la présence sur site favorise l'orientation, l'accompagnement et l'accueil pour les soins. Ce réseau est implanté dans le centre de santé mais il propose des actions de prévention hors les murs de la maison régionale de la santé. Des actions de dépistage sont organisées, ce qui permet l'orientation vers les soins. Des actions d'éducation nutritionnelle et des séances d'activité physique sont proposées dans les centres sociaux. Des séances d'éducation thérapeutique sont proposées au centre de santé.

- **L'implantation d'une microstructure de soins en addictologie au centre de santé**

Le réseau de soin le Cabanon Canebière à Marseille met à disposition un travailleur social et un psychologue au sein du cabinet des médecins généralistes pour permettre une prise en charge pluridisciplinaire des addictions. Les médecins du centre ont adhéré au réseau et se sont engagés à suivre les réunions du réseau.

- **Des permanences avancées du Centre de cure ambulatoire en alcoologie** sont prévues avec la mise à disposition de temps de travailleurs sociaux pour créer une première approche avec les usagers afin de favoriser la consultation au centre de soins sur Salon-de-Provence.

- **Concernant la sexualité et la contraception**, il est prévu d'articuler les actions de prévention de la Maison des adolescents 13 Nord mises en œuvre sur le territoire auprès des jeunes sur les questions de sexualité contraception IST, avec l'activité d'IVG médicamenteuse du centre de santé.
- **Concernant l'accès aux droits**, une réflexion est en cours pour le développement d'un pôle accès aux droits avec les acteurs du territoire : permanences avancées de travailleurs sociaux au sein de la maison régionale de la santé pour faciliter l'accueil, l'accompagnement et l'engagement des démarches des usagers. Le centre de santé a de nombreuses spécialités, ce qui facilite la prise en charge globale de l'utilisateur.
- **Développement en cours d'un dispositif de consultations transculturelles**
L'ASV a développé un projet de médiation et de consultations transculturelles destinées aux publics spécifiques demandeurs d'asile et population migrante, de manière à négocier les différentes conceptions et approches du soin de certaines communautés.
- **En réflexion un projet expérimental** : projet d'une microstructure de soins "souffrance psychique-précarité" pour accueillir les personnes en situation de violence ou de mal-être.

4- Comment optimiser l'articulation de l'accès aux soins et de la prévention ?

Le dispositif ASV est un facteur favorable sur le territoire de Miramas car son cœur de métier est l'analyse des besoins, la coordination et l'articulation des dispositifs.

L'articulation des objectifs et des financements de dispositifs existants est également porteuse : articulation de l'ASV, du CUCS, du Schéma régional de prévention, de la maison régionale de la santé et d'autres dispositifs régionaux d'actions de prévention.

Il faut également mobiliser et impliquer les ressources locales par une animation territoriale et partenariale, dans le but de rapprocher les professionnels de l'action sanitaire, éducative et sociale et développer des modalités de travail en réseau, comme ce fut le cas notamment sur la santé des enfants et des jeunes et comme cela se profile sur la question des addictions.

➔ Michel Lecarpentier, *Collectif interassociatif sur la santé de la région PACA (CISS)*

Je remercie le Conseil régional de nous donner la parole aujourd'hui.

Né en 2008, le Collectif interassociatif sur la santé rassemble plus de 40 associations. Il constitue un grand pôle d'associations de malades, de familles et de consommateurs.

Pourquoi se rassembler ? Pour être plus fort, pour porter une parole unique, pour être acteur en matière de politique de santé.

L'objectif majeur du collectif est le respect du droit des usagers. Cela se décline par les actions suivantes :

- représenter les usagers
- donner un avis sur les projets
- organiser la formation des représentants d'usagers.

Sur la région, cela représente plus de 1700 postes de représentants d'usagers.

Les maisons régionales de la santé émergent dans un cadre de changement rapide : moins d'argent, moins de médecins, mal-repartis, émergence de la notion de parcours de soin, lien entre la prévention, le soin et le médico-social, les maladies longues qui représentent une grande part des malades d'où alternance entre l'hôpital et le domicile, changement social du travail etc. L'usager doit être de plus en plus acteur. La loi lui donne une place mais c'est une place en construction par des représentants d'usagers, mieux formés, intermédiaires entre l'usager et le soignant. Nous avons des associations de plus en plus engagées dans la connaissance des maladies, des patients experts qui ont une connaissance réelle de ce qui entoure la maladie.

Il existe différentes maisons de santé, du simple regroupement d'une spécialité médicale à un regroupement pluridisciplinaire. C'est une réflexion de fond pour les maisons régionales de la santé car elles apportent une meilleure réponse quand elles sont pluridisciplinaires, entre généralistes et spécialistes.

Nous connaissons de nouvelles orientations territoriales avec des pôles de santé, des territoires de santé, des espaces de santé ; le projet régional de santé devrait être décliné territorialement. Nous avons à disposition de nouveaux outils : la notion de parcours de soins, l'éducation thérapeutique du patient.

Nous souhaitons être associés le plus possible en amont et participer au fonctionnement des maisons régionales de la santé. Nous souhaitons qu'il y ait un représentant d'usager dans les maisons régionales de la santé et nous nous engageons à ce que ce représentant soit formé et accompagné. Nos prochaines assises à Nice le 7 novembre 2013 aborderont la question des nouveaux espaces et des nouvelles organisations en matière de santé.

■ Laurence Hartmann

Merci pour cette synthèse du rôle du CISS et de son partenariat avec les maisons régionales de la santé.

Faut-il considérer les centres de santé et les maisons régionales de la santé comme des concurrentes ou des entités complémentaires ? L'expérience montre que cela peut être des entités complémentaires mais la Mutualité peut-elle nous donner un point de vue plus détaillé sur cette question ?

■ Un représentant de la Mutualité française

Le travail réalisé dans les maisons régionales de la santé existe aussi dans les centres de santé et ceci depuis les premiers centres de santé mutualistes dans les années 50. Les actions de prévention et d'éducation pour la santé sont des axes de travail qui ont été expérimentés, rodés, qui fonctionnent bien. Le paiement à l'acte médical ne permet pas de financer l'informatique, l'accompagnement social, la prévention. Les centres de santé mutualistes les financent par la cotisation des mutualistes. Dans 3 ans, les maisons régionales de la santé seront dans la même situation que les centres de santé. Il est nécessaire de réfléchir à des financements pérennes, qui s'adressent à tous les dispositifs et pas seulement aux maisons régionales de la santé, à tous les modes pluridisciplinaires groupés, afin de mettre l'ensemble des dispositifs en cohérence.

➔ Questions de la salle

➤ Un intervenant

Le projet que nous menons sur le Rosanais est une initiative citoyenne. Nous en sommes à l'étape de réunir les professionnels de santé.

En tant que diabétique, j'ai besoin de moins de médicaments quand je fais une heure de sport par jour. Il faudrait orienter le patient vers d'autres prises en charge que le médicament.

➤ Hervé Meur, *ARS PACA*

En tant que pilote régional au service prévention et promotion de la santé de l'ARS, je voudrais faire deux remarques concernant les dépistages organisés des cancers. Le dépistage organisé des cancers colorectal, sein et utérus est confié à des structures de gestion qui devraient être associées en amont aux projets de prévention et de dépistage des maisons régionales de la santé. Actuellement, un Comité de pilotage régional organisé par l'ARS réunit l'ensemble des acteurs du dépistage organisé. Je proposerai d'inscrire à l'ordre du jour d'un des prochains comités de pilotage la participation de représentants des maisons régionales de la santé.

➤ Zeina Mansour, *CRES PACA*

Je vais dans votre sens car je pense que les maisons régionales de la santé peuvent être des points de relais des dépistages. On verra effectivement quelle représentation elles peuvent avoir au niveau du comité de pilotage régional.

Concernant la remarque sur l'activité physique, agir sur les comportements individuels est efficace à la condition d'agir également sur les milieux. Nous avons fait une analyse de notre base de données OSCARS pour voir sur quel déterminant on agit globalement en région PACA dans le champ de la nutrition. J'ai encore les chiffres à l'esprit : sur environ 850 actions de prévention concernant la nutrition, 49 seulement portaient sur l'activité physique pour faire évoluer les comportements individuels vers une activité physique adaptée ; 35 portaient sur l'évolution de l'environnement social pour développer une culture de la nutrition, et 820 sur les comportements individuels. Nous sommes encore très focalisés sur l'évolution des comportements individuels mais peu sur la possibilité de faire évoluer l'environnement. J'espère que dans les années futures, on identifiera mieux toutes les actions qui agissent sur l'évolution de l'environnement physique.

➤ David Darmon

Pour compléter le sujet de l'activité physique, si au niveau des collectivités locales, il n'y a pas d'endroit pour faire de l'activité physique, les comportements n'évolueront pas. Je suis dans une commune assez aisée où il n'y a pas de trottoir, où les gens ne peuvent pas marcher. C'est un problème sociétal, tout ne peut pas reposer sur le système de santé et les soignants. On promeut de plus en plus le modèle de santé intégré, pour modifier les indicateurs de santé, il faut une coordination des politiques locales, des acteurs de santé et des usagers.

› **Omar Kpodar, ASV de Martigues, service santé**

La prévention est censée être une des plus-values des maisons régionales de la santé, c'était la partie défailante des centres de santé. Selon l'ARS, est-il possible d'articuler les différents financements du Schéma régional de prévention pour financer les acteurs locaux à intervenir dans les maisons régionales de la santé ou est-ce que les maisons régionales de la santé peuvent elles-mêmes solliciter ces intervenants ?

› **Nathalie Massiot, ARS PACA**

Je m'occupe des maisons pluridisciplinaires. L'objectif est de réunir tous les professionnels qui agissent sur la vie quotidienne des patients.

› **Hervé Meur, ARS PACA**

L'appel à projet prévention et promotion de la santé repose sur des plans d'action issus de la déclinaison du Schéma régional de prévention. Si l'action entre dans des plans d'actions prévus dans l'appel à projet, l'action sera candidate au même titre qu'une autre action. C'est pourquoi il est intéressant d'associer cette réflexion en amont du projet pour mettre des actions en adéquation avec le schéma.

› **Laurence Hartmann**

Pourra-t-on bientôt interroger OSCARS sur l'évaluation des programmes de prévention et d'éducation thérapeutique du patient ?

› **Zeina Mansour**

Toutes les actions versées dans OSCARS sont saisies dans un premier temps au moment de la demande de subvention puis elles sont révisées avec les éléments d'évaluation livrés par le porteur. Les actions d'OSCARS comportent un volet évaluation fourni 6 mois après le terme de l'action.

› **Emilie Gazzaniga, CoDES 05, diététicienne et éducatrice de santé**

Le CoDES 05 a signé une convention avec la maison régionale de la santé d'Aiguilles et de l'Argentière pour mettre à disposition des brochures, de la documentation, gratuitement, dans le cadre du projet européen Alcotra.

› **Michel Lecarpentier, CISS PACA**

Le projet régional de santé va être suivi par un plan d'évaluation qui a été présenté à la Conférence régionale de santé et de l'autonomie, il y a peu de temps.

■ Table-ronde n°3

Un lieu de formation, de coordination et de nouvelles pratiques professionnelles

Les Maisons régionales de la santé constituent un cadre facilitant l'exercice médical et paramédical et la coopération entre professionnels de santé. Ce cadre favorise également l'installation de jeunes professionnels. Les Maisons régionales de la santé sont aussi un lieu idéal pour le développement de pratiques pluriprofessionnelles autour du suivi de cas cliniques difficiles et de pathologies particulières. Elles sont enfin des lieux d'expérimentations de pratiques de coopération.

Quelles sont les expériences en cours dans la région ? Quels sont les freins et les opportunités qu'elles rencontrent ? Quels appuis doivent mobiliser ces expériences innovantes pour mieux répondre aux objectifs d'accès aux soins et de prévention ?



Georges Léonetti, Doyen de la Faculté de médecine de Marseille

Je remercie la Région de m'avoir invité à présider cette table-ronde avec le Pr Jean-Baptiste Sautron. Notre propos va se centrer sur la formation et la pratique professionnelle en médecine générale. Le lieu de formation en ambulatoire en médecine générale n'est pas nouveau. Dès la mise en place de la formation plus spécifique à la médecine générale, des lieux de stage en ambulatoire se sont définis comme lieu de formation pratique. Ces lieux de formation pratique où les internes sont accueillis par des maîtres de stage peuvent prendre une dimension nouvelle avec les maisons régionales de la santé. À quel niveau et comment ? Pour ceux d'entre vous qui ont connu les débuts de la formation en médecine générale, dans les années 80, vous vous souvenez certainement des unités pédagogiques décentralisées, des lieux de formation décentralisés par rapport à l'unité centrale que constituait la faculté. Puis le phénomène s'est arrêté car les effectifs ont diminué et la formation s'est recentralisée auprès de la faculté. Les effectifs augmentant à nouveau, nous devons mener une réflexion sur des lieux de formation en dehors de la faculté. Depuis, les techniques de l'information et la communication sont venues s'ajouter à l'arsenal pédagogique.

Parallèlement, se pose le problème de la démographie médicale. Les maisons régionales de la santé constituent la pratique de demain. Les internes doivent intégrer l'idée que travailler en collaboration au sein d'une maison régionale de la santé et en lien avec les structures environnantes sera sans doute la médecine de demain.

À la faculté de Marseille, nous innovons avec la Région et l'ARS par la mise en place d'îlots de formation. Pendant trois semestres, un interne a la possibilité de choisir un stage hospitalier ou un stage chez un maître de stage et de créer un réseau autour d'une entité géographique, ce qui permettra d'apporter une réponse susceptible de s'ajouter à toutes les autres pour lutter contre la désertification médicale.

Avec la Région, à Nice et à Marseille, nous avons financé deux postes de chefs de clinique de médecine générale affectés dans des maisons régionales de la santé, dans des zones où la densité de médecins est faible.

Nous avons déjà là une universitarisation des maisons régionales de la santé. C'est un début. Les enseignants de médecine générale ont établi une charte d'universitarisation des maisons régionales de la santé.

➔ **Jean-Baptiste Sautron, professeur à la Faculté de médecine de Nice, Collège de médecine générale**

Je représente ici le doyen de l'Université de Nice. Je propose de vous livrer quelques réflexions sur la participation du département de médecine générale dont je suis directeur, à la création des maisons de santé.

La faculté de médecine de Nice forme 75 internes par an pour lesquels nous essayons de trouver des lieux de stage auprès de 130 maîtres de stage. Le département de médecine générale a contribué à l'installation d'un médecin au Valdeblorre, à la création d'un pôle de chef de clinique à Roquesteron, au financement d'un poste de chef de clinique dans une zone niçoise déshéritée et d'un poste de chef de clinique dans la région grasseoise.

Nous sommes très favorables à cette pratique, les jeunes ne veulent plus exercer isolément. 60 à 70 % des internes sont des femmes qui n'iront pas s'isoler dans un village sans école, sans boulangerie.

Nous sommes impliqués dans plusieurs projets, certains de nos enseignants sont formés à l'éducation thérapeutique du patient, nous formons nos internes, les médecins locaux et les autres professionnels.

Les maîtres de stage doivent donner envie de s'installer dans des zones défavorisées mais les pouvoirs publics doivent accepter de financer le déplacement des internes sur leurs lieux de stage, parfois reculés, comme cela se fait en Corse par les Conseils généraux.

Concernant l'universitarisation, toutes les maisons régionales de la santé ne pourront pas être universitaires mais si elles souhaitent accueillir des chefs de clinique ou des maîtres de stage, nous sommes prêts à les aider à avancer dans leurs projets.

➔ **Sébastien Adnot, Directeur de la maison régionale de la santé de Carpentras**

Je suis le porteur de projet de la maison de santé de Carpentras et également maître de conférences associé au département de médecine générale de Marseille. Je vais illustrer par l'exemple ce qui a été dit précédemment.

La maison régionale de la santé donne en premier lieu la possibilité de développer un réseau et permet aux différents acteurs de santé d'un territoire de se connaître, de travailler ensemble et d'améliorer la prise en charge de la population dont ils sont les garants.

La maison régionale de la santé de Carpentras a été inaugurée le 5 octobre 2012.

Inauguration le vendredi 5 octobre 2012



Cette photo illustre bien la notion de partenariat et de réseau car elle représente de droite à gauche le sous-préfet chargé des affaires de santé dans le département, les représentants de la Région, les représentants de la municipalité de Carpentras et la représentante de l'ARS.

La maison régionale de la santé est issue de ce partenariat. L'équipe est constituée d'une douzaine de personnes, des médecins généralistes, une psychologue clinicienne, un psychothérapeute, qui va bientôt être rejoint par un second, une chirurgien-dentiste, trois infirmiers libéraux, une diététicienne spécialisée en éducation thérapeutique du patient chargée de la mission de prévention et d'éducation thérapeutique, une secrétaire, un interne en maîtrise de stage.

Nos partenaires et nos soutiens



Cette diapositive illustre le réseau tissé par la maison régionale de la santé dans le territoire, avec le soutien logistique et financier de la Région, de l'ACSE, de la municipalité, de l'ARS, du CRES PACA, des associations locales qui aident actuellement à développer des actions au sein de la maison.

La maison régionale de la santé de Carpentras propose plusieurs types d'activités :

- le soin avec 13 000 consultations au second semestre 2012 toutes spécialités confondues.
- une consultation gratuite pour des populations très précaires au sein des locaux de l'association RHESO (association départementale de réinsertion locale), pour la population migrante sans papier et SDF en partenariat avec la pharmacie humanitaire internationale
- la gestion médicale par la maison régionale de la santé des lits halte-soins-santé en collaboration avec l'association RHESO (lits de convalescence de personnes très précaires sortant de l'hôpital)
- des séances de thérapie de groupe avec la psychologue clinicienne.

Au niveau de l'éducation thérapeutique, nous avons mis en place des groupes motivationnels à l'arrêt du tabac.

Nous avons également déposé, avec l'aide du CRES, deux programmes concernant les groupes de paroles d'aidants des malades chroniques et de prévention de l'ostéoporose et des chutes. Nous sommes aussi en train de formaliser un partenariat avec la MSA pour un programme de prévention des risques cardio-vasculaires.

La maison régionale de la santé a également le but de faciliter la vie de ses partenaires en leur permettant d'organiser des réunions : sur la thématique des violences conjugales pour RHESO, pour leur Assemblée générale, pour une réunion des médecins généralistes de Carpentras sur la thématique de la permanence des soins...

Elle a également été financée par le fonds de dotation ARARD⁽¹⁾ pour mettre en place un dépistage de la bronchite chronique chez les populations précaires de l'association RHESO.

Au niveau de l'activité de formation médicale initiale, enseignement et recherche, la maison régionale est un lieu d'accueil en stage d'internes de médecine générale à la fois dans le cadre de la maîtrise de stage et dans le cadre du stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée : deux internes par semestre découvrent l'activité de soins en consultation mais aussi les actions de prise en charge des populations précaires, les actions de prévention et d'éducation thérapeutique du patient.

La maison régionale de la santé est également l'occasion de réunir les groupes d'échanges de pratiques, les GePECA, qui réunissent les maîtres de stage des universités du secteur d'Avignon et les internes de médecine générale.

C'est aussi l'occasion pour les internes de démarrer leur projet de thèse d'exercice, en particulier sur les populations migrantes et précaires à la consultation RHESO, pour essayer de mettre en évidence les motifs de consultation de ces personnes.

La maison régionale de la santé est l'un des sites pilotes de l'étude de faisabilité du programme de recherche de télé-dermatologie lancé par le département de médecine générale de Marseille ; les premiers résultats sont plutôt encourageants. Ce programme de recherche a obtenu le Grand prix RuralITIC 2012 lors du Forum européen de l'innovation territoriale.

⁽¹⁾ <http://fondsdedotation.arard.asso.fr/>

Le Fonds de Dotation a pour objet :

- de soutenir et de conduire toute mission d'intérêt général à caractère sanitaire, social, familial ou philanthropique, en vue, notamment de favoriser toute aide des patients qui suivent un traitement à domicile ou en établissement et d'apporter à ces personnes un soulagement moral et physique.
- la promotion et le développement de l'enseignement, de la formation, de la recherche et de l'évaluation des compétences dans le domaine sanitaire, social ou médico-social.

Projets et perspectives pour 2013

- concernant les soins : ouverture d'une seconde demi-journée de consultation RHESO et mise en place d'un dépistage de la BPCO chez les populations très précaires
- en termes de prévention et d'éducation thérapeutique du patient : mise en place des ateliers prévention des chutes et lutte contre l'ostéoporose ; formalisation d'un partenariat avec le réseau DIABAIX pour décliner un programme d'éducation thérapeutique des patients diabétiques ; formation d'une partie des professionnels par le CRES PACA à l'éducation thérapeutique du patient ; recrutement d'un pharmacien et d'une diététicienne pour renforcer le pool d'éducateurs pour la santé
- formalisation des réunions de coordination RETOX84 pour une file active de la maison régionale de la santé en tabacologie et alcoologie
- en termes d'organisation des soins : on étudie la possibilité de porter l'atelier santé ville de Carpentras, ce qui induirait le recrutement d'une coordinatrice
- projet de partenariat avec la maison de vie de Mazan, qui accueille des malades porteurs du HIV
- réflexion en cours pour un projet de demande de label universitaire.

Les besoins pour 2013 et les années suivantes

- recherche de financement pérenne pour les projets d'éducation thérapeutique du patient et de prévention (pistes de cofinancement)
- Accueil d'un chef de clinique en médecine générale.

■ Laurence Hartmann

Cette maison régionale de la santé est un bel exemple de maison qui s'inscrit dans le volet 2 de l'appel à projet de la Région puisqu'elle correspond à presque tous les critères qui caractérisent le développement de pratiques innovantes : des actions de prévention et d'éducation à la santé, des actions du champ médico-social, l'accueil de professionnels en formation.

Qu'en est-il de l'expérimentation de modes de rémunération alternatifs ou complémentaires, de la création de nouveaux métiers de coordination et médiation, de l'accueil par des consultations de télémedecine, en voie d'expérimentation, de la participation des usagers à la gouvernance de la structure ?

■ Sébastien Adnot

Outre le fait que tout se met en place au niveau du développement professionnel continu, nous rencontrons des difficultés dans certains secteurs pour mobiliser les professionnels. Notre maison de santé est partie d'un projet des professionnels du secteur et elle est autofinancée. Cet autofinancement à 90% nous permet d'avoir une visibilité dans l'avenir et une sérénité.

➔ **Sylvain Derensy, *coordinateur de la maison de santé pluriprofessionnelle de Steenvoorde***

En tant que coordinateur de la maison régionale de la santé, j'incarne le nouveau métier de coordinateur.

Je vais vous présenter la maison régionale de la santé de Steenvoorde, commune du Nord, qui se situe à 30 minutes de Lille et à 30 minutes de Dunkerque, dans une zone semi-rurale de 4 000 habitants, au cœur d'un canton de 9 communes qui regroupent 13 000 habitants. La maison régionale de la santé comprend 5 médecins généralistes, 4 kinésithérapeutes, 3 infirmiers, des hôtesse d'accueil et un coordinateur en charge des tâches administratives. J'assume aussi le rôle de coordination entre les professionnels de la maison régionale de la santé et les élus. 4 900 patients sont inscrits avec un médecin traitant au sein de la maison régionale de la santé.

Le centre médical de la Bergerie de Steenvoorde, créé en 1976, a d'emblée été pluriprofessionnel, avec 2 médecins généralistes, 2 kinésithérapeutes, 2 infirmiers. A l'origine, l'idée était de se réunir et de créer une société civile de moyens (SCM). Puis, en 2006, la Région, l'URCAM et l'ARH ont déclaré notre canton sous-doté en offre médicale.

Cela nous a donné certaines possibilités, celles de moderniser notre exercice et d'acquiescer un logiciel métier partagé par les professionnels.

Nous avons une superficie de 280 m², une partie date de 2002 alors que le bâtiment initial date de 1976.

Pourquoi une maison régionale de la santé ?

Elle s'inscrit dans des problématiques de territoire. Sur les 5 médecins, 2 vont partir à la retraite, les plus jeunes ont alerté les collectivités locales sur cette situation et sur la nécessité de trouver des remplaçants.

Au-delà de la nécessité de répondre aux besoins de la population en termes d'offre de soins, il y a la volonté de sortir de la rémunération à l'acte pour nous permettre d'avoir d'autres tâches et d'en partager certaines.

Nous sommes entrés dans l'expérimentation des nouveaux modes de rémunérations en 2011.

Avec les conditions à remplir suivantes :

- la permanence des soins : historiquement, nous avions des créneaux d'accueil sans rendez-vous mais dans ce cas, partager un cabinet est difficile en raison des dépassements d'horaires. Quand le 4^{ème} puis le 5^{ème} médecin sont arrivés, nous avons agrandi pour que chacun ait son cabinet et tous les médecins sont passés à la consultation sur rendez-vous.
- la coordination : une fois par semaine, tous les professionnels sont convoqués en réunion ; une fois par mois, une réunion est organisée par les professionnels qui rencontrent des difficultés dans la prise en charge de certains patients ; ces réunions rassemblent l'ensemble des professionnels qui s'occupent des patients, les réseaux de soins, l'HAD, les ressources médico-sociales etc.
- pour le module 2, en 2011, nous avons organisé une formation de 40 heures à l'éducation thérapeutique du patient pour toute l'équipe ; en 2013, nous proposons une formation

pour les volontaires pour atteindre le niveau 2 en éducation thérapeutique du patient et devenir formateur. Nous organisons des sessions toute l'année pour les diabétiques : mon rôle est de repérer les patients concernés et les convoquer, faire des files actives dans les patientèles des médecins, organiser la logistique pour les ateliers. Ce sont des sessions de 5 ateliers de 2 heures pour 5 à 10 patients sur la maladie, les traitements, la diététique, le pied diabétique et l'activité physique. Elles ont pour but de transmettre certaines compétences au patient pour qu'il devienne autonome dans sa prise en charge.

- pour le module 3, nous avons déposé un dossier pour que les masseurs-kinésithérapeutes exécutent de la spirométrie, sous la supervision du médecin.

Nous proposons aussi des actions d'éducation pour la santé financées dans le cadre des appels à projets lancés par l'ARS. Ces actions sont des ateliers de sevrage tabagique.

Le but est d'avoir une autre façon de travailler, la forfaitisation des rémunérations nous permet de dégager du temps pour asseoir une démarche qualité par l'élaboration de file active. Tous les trimestres, nous sommes en capacité de dire combien de personnes ont été vaccinées, combien ont fait le test Hémocult, combien ont passé leur mammographie etc.

Nous créons des actions avec les structures de gestion du dépistage organisé du cancer dans le cadre de "mars bleu" : on a extrait de la liste des patients qui n'ont pas fait d'Hémocult, avec la structure de gestion, nous avons envoyé un courrier cosigné aux patients pour leur rappeler qu'ils peuvent retirer leur test à la maison régionale de la santé.

En 2006, nous n'avions pas conscience d'être dans une zone sous-dotée, les médecins recevaient déjà sur rendez-vous, avec 30 à 40 patients par jour, ils avaient de plus en plus de difficultés à aller en visite. Il était devenu difficile de voir régulièrement les patients atteints de maladies chroniques. La communauté de communes, des professionnels et des élus se sont mobilisés : avec l'aide d'un cabinet conseil financé par la Région et l'ARS, un projet de santé a été élaboré. Il contient un ensemble de fiches action qui permettent de mobiliser les partenaires du territoire pour répondre aux problématiques repérées.

Pour formaliser l'implication des collectivités locales, un contrat local de santé a été signé en décembre 2012 entre le Conseil général, l'ARS, l'intercommunalité de Steenvoorde et une ville voisine de 13 000 habitants qui ne dispose pas d'une maison régionale de la santé mais où les professionnels de santé sont déjà dans un processus de regroupement.

Mener un tel projet demande de la motivation, du dynamisme et l'implication de tous les partenaires et des usagers.

➡ Vincent Unal, *Directeur-adjoint à la Direction patients, offre de soins et autonomie, ARS PACA*

Le Pacte territoire-santé présenté par la ministre, Marisol Touraine, fin décembre 2012, fixe un cap à la réponse aux difficultés territoriales.

Face à un certain nombre de territoires en difficulté, il faut anticiper la désertification.

Ce pacte vise trois objectifs qui se déclinent en douze engagements :

1. Changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins

Engagement 1 : un stage en médecine générale pour 100% des étudiants

Engagement 2 : 1 500 bourses d'engagement de service public d'ici 2017, pour permettre de garantir un revenu à des médecins qui s'impliquent dans une approche territoriale dans une zone désertifiée, par anticipation

Engagement 3 : 200 praticiens territoriaux de médecine générale dès 2013

Engagement 4 : un "référént installation" unique dans chaque région

2. Transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé

Engagement 5 : développer le travail en équipe

Engagement 6 : rapprocher les maisons de santé des universités

Engagement 7 : développer la télémédecine

Engagement 8 : accélérer les transferts de compétences pour une réponse plus logique, plus coordonnée, plus adaptée aux besoins de santé de la population

3. Investir dans les territoires isolés

Engagement 9 : garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes d'ici 2015

Engagement 10 : permettre aux professionnels hospitaliers et salariés d'appuyer les structures ambulatoires

Engagement 11 : adapter les hôpitaux de proximité et responsabiliser les centres hospitaliers de niveau régional à l'égard de leur territoire

Engagement 12 : conforter les centres de santé

Vous le voyez, les préoccupations régionales abordées aujourd'hui sont des préoccupations nationales.

Qu'en est-il de la région PACA ?

La région PACA se caractérise par la densité médicale la plus élevée de France pour les généralistes et spécialistes. Ce point positif est nuancé par un certain nombre de constats :

- un vieillissement des professionnels de santé plus accentué que dans d'autres régions, et ceci dans des zones déjà problématiques
- la nécessité de procéder à des recrutements de maîtres de stage pour la formation en médecine générale
- une inégalité de répartition géographique des professionnels de santé dans la région
 - la nécessité d'améliorer l'accès géographique dans les zones rurales
 - l'inégalité d'accès économique et socioculturel dans les zones urbaines défavorisées
 - la nécessité de mettre en place des projets territoriaux
- des territoires en difficulté : 18 zones fragiles ont été identifiées dans le SROS ambulatoire et ce zonage est complété par une classe de zones dites "à risques" qui concerne 23 zones rurales et 282 quartiers prioritaires de la politique de la ville.

1. Changer la formation et faciliter l'installation de jeunes médecins

- Un stage en médecine générale pour 100% des étudiants d'ici 2017

Pour y parvenir, il convient de revoir l'encadrement réglementaire des stages dans les centres de santé et d'accélérer la recherche des maîtres de stage.

Les indicateurs proposés par l'ARS pour suivre cet engagement sont :

- le pourcentage de stagiaires
En PACA aujourd'hui : 50% des étudiants du 2^{ème} cycle à Marseille et 20% à Nice
- le nombre de maîtres de stage / nombre d'internes en médecine générale
En PACA aujourd'hui : 315 maîtres de stage / 754 internes en médecine générale
- le nombre de maîtres de stage en zone fragile
L'idée d'îlot de formation pour permettre à un praticien de découvrir un territoire avant de s'y installer s'avère difficile dans les zones fragiles car il n'y a que 7 maîtres de stage en PACA (1 dans le 05, 5 dans le 06).
- 1 500 bourses d'engagement de service public d'ici 2017
C'est une priorité dès 2013 pour arriver à une organisation généralisée d'ici 2017. La disposition est assouplie et étendue aux chirurgiens-dentistes. Il s'agit de verser une bourse aux étudiants en contrepartie d'un engagement à s'installer en zone démedicalisée.

Indicateur proposé par l'ARS pour suivre cet engagement :

Nombre de contrats signés annuellement au regard du quota autorisé.

En PACA aujourd'hui : 7 contrats signés pour 25 autorisés en 2012 (subdivision de Nice : 4 signés sur 5 autorisés et subdivision de Marseille : 3 signés sur 20 autorisés)

- 200 praticiens territoriaux de médecine générale dès 2013
Il s'agit de proposer une garantie financière pendant deux ans aux jeunes médecins en contrepartie d'une installation dans une zone en voie de démedicalisation. Les textes d'application sont encore en attente. C'est une mesure particulièrement importante.
- Un référent installation unique dans chaque région afin de faciliter les démarches d'installation
En PACA, la Région et l'ARS travaillent de façon collégiale au sein de la commission de coordination de l'offre de proximité.

2. Transformer les conditions d'exercice

- Développer le travail en équipe
Cet engagement concerne la rémunération des équipes de soins en contrepartie d'actions de prévention, d'éducation thérapeutique, de coopération et de coordination territoriale. Ces activités rémunérées jusqu'à présent par les nouveaux modes de rémunération feront demain l'objet d'une négociation inter-professionnelle.



Indicateurs proposés par l'ARS pour suivre cet engagement :

- nombre de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ouvertes : 2 (Aiguilles et l'Argentière)
- nombre de pôles de santé ouverts : 1 dans les Hautes-Alpes
- nombre de médecins et paramédicaux y exerçant : 22 médecins généralistes, 21 paramédicaux et 6 pharmacies
- nombre de projets de maisons de santé ou de pôles de santé en cours : 24 et bientôt 27
- nombre de structures bénéficiant des nouveaux modes de rémunération : 1 (pôle de santé dans les Hautes-Alpes dans le cadre de la coordination et l'éducation thérapeutique)

• Rapprocher les maisons de santé des universités

Nous avons besoin d'engager une réflexion sur les maisons de santé comme lieu de formation, qui ont vocation à accueillir des chefs de clinique.

Indicateurs proposés par l'ARS pour suivre cet engagement :

- nombre de chefs de cliniques universitaires dans les maisons de santé : 1 chef de clinique installé sur le futur site d'une maison de santé
- nombre de maisons de santé comme terrains de stage : tous les projets de maison de santé ont vocation à être terrains de stage. 2 maisons de santé pluridisciplinaires sur 26 sont ouvertes.

En PACA, il existe 3 modalités de financement des postes de chef de clinique universitaire en médecine générale :

- le dispositif de droit commun: 4 en PACA (2 à Marseille et 2 à Nice)
- un dispositif financé par le Conseil régional : 2 postes sont prévus avec un exercice en maisons de santé pluridisciplinaires
- un dispositif financé par le Conseil Général des Alpes-Maritimes : ce professionnel interviendra dans la future maison de santé pluridisciplinaire implantée à Roquesteron

• Développer la télé médecine et plus particulièrement dans le domaine de la dermatologie

Nous avons vu l'exemple de télé-radiologie dans le Queyras pour aider les médecins dans leur diagnostic en traumatologie.

Indicateurs proposés par l'ARS pour suivre cet engagement :

- nombre de contrats dans le cadre des 5 engagements ministériels pour la prise en charge de l'accident cérébral, la prise en compte des maladies chroniques, dans la filière médico-sociale, la prise en charge pénitentiaire et enfin en dermatologie.
En PACA : 1 contrat signé, 10 en cours de signature, 4 en cours d'élaboration mais aucun ne concerne la filière dermatologique.

• Accélérer les transferts de compétence et plus particulièrement dans la filière ophtalmologie

Indicateurs proposés par l'ARS pour suivre cet engagement :

- nombre de protocoles signés, dont les protocoles relatifs à la filière ophtalmologie : 2 protocoles signés dont 1 est opérationnel (1 en cours pour la filière ophtalmologie)
- nombre de médecins adhérents : 1
- nombre de paramédicaux adhérents : 3

3. Investir dans les territoires isolés

- Garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes d'ici 2015

Indicateurs proposés par l'ARS pour suivre cet engagement :

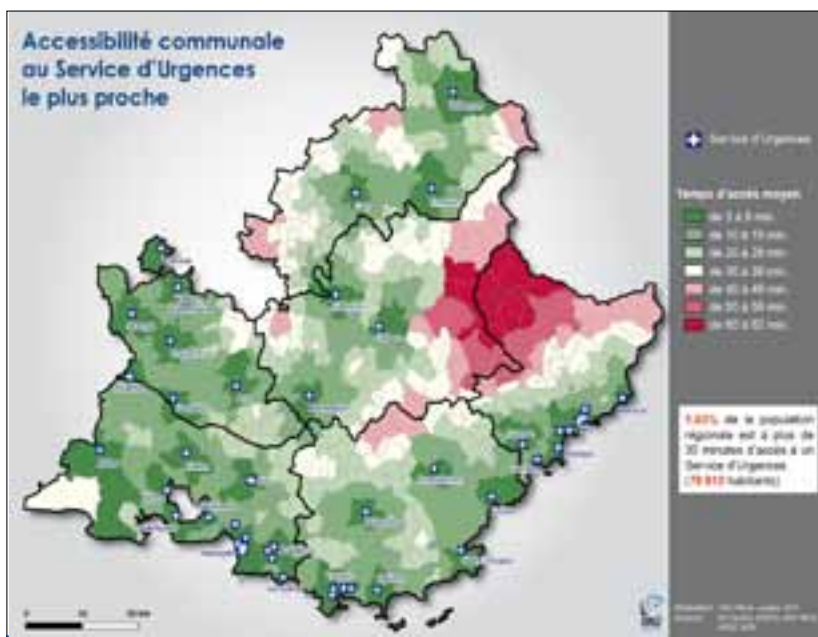
- pourcentage de la population à moins de 30 minutes d'un service d'urgence

En PACA : 98%

- nombre de "médecins correspondants du SAMU"

En PACA : 19 médecins correspondants exercent dans 11 communes réparties dans les Hautes-Alpes et les Alpes-Maritimes.

Les médecins correspondants du Samu sont des médecins qui disposent d'une formation spécifique, d'un lien permanent avec le Samu, d'un équipement médical spécifique installé dans leur véhicule.



Sur cette image, on s'aperçoit qu'avec ce dispositif, 1,63% de la population régionale soit 79 900 habitants sont à plus de 30 minutes d'un service d'urgence, au lieu de 3% de la population, soit 190 000 habitants qui pourraient être concernés sans ce dispositif. C'est donc un dispositif à développer.

- Permettre aux professionnels hospitaliers et salariés d'appuyer les structures ambulatoires

Il s'agit de signer des conventions entre les ARS et les établissements hospitaliers, les centres de santé et les organismes mutualistes prévoyant la mise à disposition de médecins salariés qui iront exercer en ambulatoire dans les territoires les plus fragiles. Ces dispositifs sont en cours de finalisation pour apporter une offre complémentaire aux maisons régionales de la santé ou aux centres de santé défavorisés.

Indicateur proposé par l'ARS pour suivre cet engagement :

- nombre de conventions signées entre les ARS et les établissements hospitaliers, les centres de santé et les organismes mutualistes.

En PACA : attente des textes d'application.

- Adapter les hôpitaux de proximité et responsabiliser les centres hospitaliers de niveau régional à l'égard de leur territoire pour qu'ils soient un pivot de la santé

Indicateurs proposés par l'ARS pour suivre cet engagement :

- nombre de maisons de santé adossées aux centres hospitaliers (ex hôpitaux locaux) : 5 maisons de santé pluridisciplinaires adossées à des hôpitaux de proximité (24 ex hôpitaux locaux en région PACA)
- nombre de consultations avancées de spécialistes dans les centres hospitaliers
- nombre de maisons médicales de garde (MMG) adossées aux services d'urgence : 17 MMG adossées aux urgences (4 dans le 06, 5 dans le 13, 6 dans le 83, 2 dans le 84)

- Conforter les centres de santé

Ce dispositif est important dans les zones défavorisées. Une mission de l'IGAS a été lancée pour rénover leur modèle économique.

Indicateur proposé par l'ARS pour suivre cet engagement :

- nombre de centres de santé : 101 en PACA dont 75 mutualistes (55 centres de santé dentaires, 21 centres de santé médicaux et 12 centres de santé polyvalents)
5 centres dans les Alpes de Haute-Provence, 4 dans les Hautes-Alpes, 20 dans les Alpes-Maritimes, 50 dans les Bouches-du-Rhône, 12 dans le Var et 10 dans le Vaucluse.

➔ Questions de la salle

➤ **Michel Lecarpentier, CISS PACA**

Parler de désertification signifie le plus souvent absence ou présence de médecins mais, pour le CISS, la question est plus complexe. Nous soulevons aussi la notion d'urgence relative, un mal de dent ne peut pas attendre une réponse dans deux jours, dans certains cas, une réponse ophtalmologique prend six mois, ce qui peut empêcher le malade de travailler etc. Le calcul de la densité médicale, en PACA, ne prend pas en compte l'augmentation de la population, soit 40 000 personnes par an, le type de population, le temps d'accès aux soins et les conditions d'accès, l'hiver par exemple.

Nous souhaitons mener une réflexion pour élargir cette notion d'offre de soins.

➤ **Une question à Sébastien Adnot**

Avez-vous pensé à un dispositif d'évaluation des pratiques ou des prescriptions des dispositifs que vous avez mis en place à Carpentras ?

➤ **Sébastien Adnot**

C'est indispensable mais la MRS est ouverte seulement depuis septembre 2012. Pour l'instant, nous ne recueillons que le nombre de personnes qui consultent. La maison se situe au croisement de trois quartiers de cohésion sociale et notre première analyse aura pour objectif de voir si l'existence de notre structure favorise l'accès aux soins des publics de ces quartiers.

De plus, on a du mal à trouver un outil informatique qui convienne à nos pratiques. Il semblerait que des outils seront bientôt disponibles.

Synthèse de la journée

► Laurence Hartmann

En synthèse, je vais relever les éléments marquants de cette journée. Je voudrais d'abord évoquer le rapport écrit en 2005 par le commissariat général au Plan sur la régionalisation du système de santé, à l'horizon 2025⁽²⁾. Ce rapport, auquel j'ai participé, proposait des saynètes dans lesquelles nous essayions de faire des prospectives et d'imaginer le système de santé en 2025.

Aujourd'hui, nous sommes à mi-parcours de cette prospective. Nous avons écrit un volet concernant les maisons du bien-être telles qu'elles pourraient être créées d'ici une dizaine d'années.

Il est intéressant de voir combien les maisons régionales de la santé à l'heure actuelle ressemblent à ce que préfigurait ce rapport en particulier pour un certain nombre de parti pris : des structures de soins de premier recours offrant une gamme de services très larges, des professionnels de santé ne prenant pas en charge les tâches administratives mais déléguées à des personnels venant en renfort, une politique soutenant ces maisons très orientée vers la prévention.

Par ailleurs, les comparaisons internationales permettent d'analyser l'organisation des centres de soins primaires. En fait, la France avait un système de santé original par rapport aux pays européens où les centres de soins primaires existent depuis un certain temps. Il ne s'agit pas d'évoluer vers un système public de santé mais ces centres de santé ont quelques avantages et l'intérêt des comparaisons internationales est de mettre en perspective ces avantages, notamment en matière de lutte contre les inégalités sociales de santé ou encore pour pallier les problèmes relatifs à l'installation des médecins sur le territoire. Cette littérature vous est proposée dans le guide qui vous a été remis.

Les tables-rondes de cette journée ont permis d'observer la recomposition importante de l'offre de soins de premier recours qui s'opère sous nos yeux. C'est une petite révolution qui prend forme et qui devrait permettre de dépasser à terme les problématiques que l'on connaît bien de fragmentation des parcours de soins, de l'offre de soins, de la scission entre les secteurs hospitalier et ambulatoire, du problème crucial des inégalités sociales de santé et de l'accessibilité géographique et financière de l'accès aux soins. Ces problématiques constituent le soubassement de la création des maisons régionales de la santé.

Ces dispositifs permettent véritablement de penser la santé de manière solidaire sur le territoire. Ce point a été abordé lors de la première table-ronde qui a mis en perspective la question de l'aménagement du territoire. Elle a été consacrée à la démarche partenariale d'aménagement du territoire qui revêt un caractère innovant dans la mesure où les maisons régionales de la santé sont une occasion de réunir les professionnels de santé et les élus

⁽²⁾ CHAMBARETAUD Sandrine, PERICARD Benoît, TIBERGHEN Frédéric, *Pour une régionalisation du système de santé en 2025 : offre, régulation, acteurs : essai de prospective*, Commissariat général du plan-groupe Pôles, 2005, 124 p.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/054000747/index.shtml> [10 avril 2013]

autour de problématiques convergentes, soit des problématiques relatives à l'offre de soins, la désertification qui peut toucher les territoires ruraux, urbains ou semi-urbains comme nous l'avons vu à Carpentras, Marseille ou encore dans les Écrins, soit des problématiques relatives à la demande, d'accessibilité géographique ou financière à l'offre.

Dans le cas de Marseille, nous avons vu qu'une collaboration étroite avec les élus et les professionnels de santé a permis l'élaboration d'un projet de grande ampleur, avec un réaménagement physique du territoire touchant le réseau routier et les transports pour acheminer la population vers la maison régionale de la santé.

Par ailleurs, les spécialités médicales et chirurgicales proposées sont toutes inscrites en secteur 1, ce qui est un point-clé obligatoire pour obtenir le soutien du Conseil régional.

Pour les Ecrins, la collaboration étroite entre les professionnels et les élus a été renforcée par des financements européens.

Il est intéressant également de voir émerger cette idée qu'il n'existe pas *la* maison de santé mais bien *des* maisons de santé au pluriel avec des incarnations étroitement liées aux caractéristiques de santé du territoire. Effectivement, dans les Ecrins, il y a des variations saisonnières d'activités à prendre en considération, avec un besoin plus important en masseurs-kinésithérapeutes.

Nous avons pu voir combien l'évolution de la médecine générale comme nouvelle spécialité peut contribuer véritablement à rendre attractives ces maisons régionales de la santé bien que nous ayons vu aussi ses limites. Cette évolution autorise la mise en place de parcours de santé, de la prévention aux soins ; les expérimentations en matière de télémédecine sont certainement synonymes de modernité en termes de technologies de l'information, ce qui peut être susceptible d'attirer les jeunes médecins au sein des maisons régionales de la santé.

Les deux expériences de Malpassé et des Ecrins ont illustré les difficultés d'accès géographiques aux soins et à la prévention. Le travail collaboratif des équipes locales et la collaboration avec les élus ont permis de faire surgir des projets vraiment intéressants et originaux. Il s'agit aussi véritablement d'une implication des professionnels pour lutter contre les inégalités sociales de santé car ils sont porteurs de considérations et de valeurs déontologiques et citoyennes.

L'implication des professionnels a semblé déterminante, tout au long des trois tables-rondes. Enfin, cette synergie peut s'inscrire dans des territoires diversifiés et illustre un type de redistribution de la conception dominante de l'aménagement des territoires, à l'heure actuelle vécue comme le dirait Louis-André Gérard-Varet, figure emblématique de la recherche à Marseille, comme la "facette territoriale de la solidarité nationale". Cette première table-ronde a permis de le démontrer.

La seconde table-ronde était consacrée au parcours de soins dans le sens d'une prise en charge globale qui intègre prévention et soins. La dimension déterminante de la prévention dans une politique de santé publique a été remise au premier plan. Au cœur de l'action, il faut agir pour des populations jeunes touchées par l'obésité, les addictions, en situation de fragilité psychologique, pour limiter les risques liés à l'environnement, la précarité, le travail,

l'alimentation. Les actions de proximité pour les populations à risques sont déterminantes en termes de gain en efficacité et en équité. Des actions de prévention menées pour des publics caractérisés par des problèmes de santé majeurs auront des gains en termes d'investissement.

Plus précisément, Georges Graglia a évoqué l'expérience de la région d'Aiguilles dans le Queyras avec le regroupement qui s'est opéré et avec le déploiement de nouvelles activités de soins et de prévention, tout en soulignant qu'il est urgent de repenser un nouveau mode de rémunération des professionnels et des nouveaux métiers de la coordination.

De même, Stéphanie Casanova nous a présenté l'expérience originale de la maison régionale de la santé de Miramas et le rôle que peut jouer un ASV, en termes d'appui pour porter un diagnostic sur un territoire et pour porter un projet de maison régionale de la santé. Ce qui m'intéresse dans la situation de Miramas est la problématique de la grande précarité du pourtour de l'étang de Berre. L'originalité de ce dispositif est aussi l'adossement au centre de santé mutualiste.

Enfin, Michel Lecarpentier a rappelé dans quelle mesure les patients pouvaient contribuer aussi à un véritable parcours de soins, notamment les patients atteints de maladies chroniques, et la nécessité de promouvoir les dispositifs d'éducation thérapeutique du patient. Il me semble que les éléments transversaux de cette table-ronde renvoient à quelques points-clés. Définir un projet de santé est nécessaire pour éviter que la maison régionale de la santé ne ressemble à un simple regroupement de professionnels libéraux. Le projet de santé s'appuyant sur une politique de prévention donne du sens à la maison régionale de la santé. Il me semble aussi que le patient doit être conçu comme le fil rouge de ces expérimentations de programmes de prévention. Ce qui était intéressant dans le propos de Georges Graglia est qu'il n'y a pas de modèle économique clair. Cela pose problème. Il convient de se pencher sur cette question car le financement peut remettre en cause la pérennité des actions lancées grâce au soutien de l'ARS et de la Région. Les nouveaux métiers de coordination sont indispensables pour libérer le temps des professionnels de santé autour du soin, de la prévention, de l'éducation thérapeutique du patient, de la formation qu'ils doivent suivre régulièrement pour pouvoir mener ces actions. Cela renvoie aussi aux compétences qu'il convient de déployer.

Enfin, la troisième table-ronde était consacrée à la maison régionale de la santé comme lieu de formation, de coordination et de nouvelles pratiques professionnelles. Il ressort des interventions que la maison régionale de la santé peut être considérée comme un lieu innovant susceptible de répondre aux problématiques des professionnels de santé et des inégalités sociales de santé mais aussi d'inventer la prise en charge de demain, à la croisée de la définition des contours professionnels, au recours à la médecine numérique et virtuelle, à la création d'une nouvelle image du médecin généraliste comme spécialiste de médecine générale. Cette recomposition ne peut s'effectuer sans mesure incitative et sans innovation en médecine. Ces innovations doivent être portées par les médecins eux-mêmes, les doyens des facultés sont emblématiques pour représenter les changements de culture du corps médical.

Dans cette table-ronde, Sébastien Adnot a montré combien la maison de Carpentras était

la résultante d'une étroite collaboration avec la ville et l'ASV. C'est un lieu d'accueil des internes en médecine générale.

La présentation de Sylvain Derenzy nous a permis de voyager dans le département du Nord pour y puiser quelques enseignements utiles en particulier sur des expérimentations de transfert de tâches telles que le dépistage des onco-pneumopathies chroniques obstructives par les masseurs-kinésithérapeutes.

Il m'a semblé opportun de voir avec Vincent Unal combien le Pacte territoire-santé semble être prometteur en termes d'engagement puisqu'il répond à une grande partie des questions posées dans les différentes tables-rondes concernant le financement et l'évolution des maisons régionales de la santé, la formation des médecins généralistes, les incitations financières à l'installation, le rapprochement avec les universités, l'intégration ambulatoire / hospitalier... Nous avons vu que les facultés de médecine sont porteuses d'innovation organisationnelle et représentent des partenaires importants.

Pour conclure cette synthèse, je tiens à reprendre les éléments sur la déclinaison plurielle des maisons régionales de la santé et l'aspect prometteur des expériences présentées aujourd'hui. Cette journée a été organisée conjointement par le service santé-alimentation de la Région, l'ORS et le CRES, deux centres de ressources investis de la mission d'accompagnement des projets de maison régionale de la santé.

Je laisse la parole à Anne-Marie Hautant, Vice-présidente de la Région PACA, déléguée à la santé et à l'alimentation.

Clôture

► Anne-Marie Hautant, *Vice-présidente de la Région, déléguée à la santé-alimentation*

Je vous remercie pour l'animation des tables-rondes de cette après-midi et pour la synthèse brillante que vous en avez faite. Toutes les expériences qui nous ont été présentées illustrent bien la variabilité des projets en fonction du territoire et de la population.

J'espère que vous rentrerez tous enrichis par ces échanges pour qu'autour de vous naissent sur vos territoires, ces nouveaux modes de présence auprès du citoyen, cet accès libre et égal à la santé pour tous dans les meilleures conditions.

La délégation santé et alimentation poursuit trois grandes politiques :

- les maisons régionales de la santé
- le "Pass santé + " : lancé le 14 mars 2013, il permet l'accès à une contraception libre, gratuite et anonyme pour tous les jeunes de moins de 25 ans de la région
- le programme "mieux manger au lycée" qui vise à apporter aux jeunes les moyens de bien s'alimenter, bouger et devenir maître de leur corps.

Tous les exposés entendus aujourd'hui sont naturellement très techniques car ils abordent l'organisation d'un territoire et l'organisation d'un système mais le patient est là et sans doute faut-il lui rendre son autonomie.

Un nouveau modèle est en train d'émerger, une nouvelle relation est aussi en train de naître entre le professionnel, le spécialiste et le patient, la population. Personnellement, je l'appelle de mes vœux.

Notre politique est une politique de soutien à l'émergence des maisons régionales de la santé, une politique volontariste que nous avons mise en place sous l'impulsion de Michel Vauzelle dès 2010.

Aujourd'hui, 19 maisons régionales de la santé ont été labellisées en 2 ans et 10 sont en cours d'instruction. Ce dispositif a été mis en place car nous sentions sa nécessité. La fin d'un système a été amplifiée par la politique de la précédente mandature présidentielle qui réduisait très fortement l'accès à la santé sans avoir eu le temps, les moyens ou la volonté de mettre en place des outils de transition.

Aujourd'hui, le gouvernement a changé, nous avons vu dans la présentation du projet de Marisol Touraine combien il y a de convergences entre ce projet et ce que vous expérimentez. C'est la confirmation que le chemin qui a été ouvert était le bon.

Vous avez certainement entendu parler des difficultés financières qui nous obligent à des choix drastiques dans les politiques que nous menons. Pourtant nous pensons que nous devons continuer à confirmer notre présence sur ces territoires identifiés comme fragiles et à appuyer toutes les initiatives qui émergeront.

Cela se fera sans doute avec moins de facilités financières. En 2011, nous avons investi 1,4 millions d'euros dans les premières maisons régionales de la santé, 2,4 millions d'euros en 2012.

Cet effort se poursuivra en 2013 avec plus d'acuité dans nos choix, de précisions dans les soutiens, de souhait d'avoir des convergences plus affirmées sur le partage, mais nous souhaitons continuer cette politique et nous pouvons vous assurer que le Conseil régional, les élus que nous sommes, conscients des difficultés rencontrées, resteront à la main d'œuvre auprès de vous, en vous écoutant et en étant le plus réactif possible.



**Comité Régional d'Éducation
pour la Santé**

Provence - Alpes - Côte d'Azur

178 cours Lieutaud - 13006 Marseille

Tél. 04 91 36 56 95

Fax 04 91 36 56 99

e-mail cres-paca@cres-paca.org

site Internet <http://www.cres-paca.org>