



- Expérimentation « Clips » : la coopération médecin-infirmière en marche.
- Accompagnement de 19 projets de maisons de santé pluridisciplinaires en Languedoc-Roussillon.
- Expérimentation « Pays de santé » : témoignage, en Dordogne, du Dr Claude Pouzoulet.
- Un projet pilote de promotion de la santé chez les personnes âgées en Franche-Comté.

OFFRE DE SOINS EN MILIEU RURAL

Des projets qui ont la santé

Vers de nouvelles formes de coopération

Pour répondre aux besoins sanitaires de la population du milieu rural, souvent concernée par une raréfaction des professionnels de santé, de nouveaux modes d'organisation voient le jour ou sont expérimentés. La MSA participe activement, et depuis longtemps, à la recherche de solutions durables pour maintenir, voire améliorer l'accès aux soins et l'offre en milieu rural : travail en réseau, exercice regroupé, coopération entre professionnels de santé médicaux et paramédicaux... Focus sur plusieurs initiatives.





La coopération médéc

Une nouvelle solution d'organisation des soins en milieu rural est expérimentée. Avec « Clips » (Coordination libérale pluriprofessionnelle en santé), la MSA parie sur le développement de la coopération du médecin et de l'infirmière. **Explications.**

Moins de soignants pour plus de patients. La problématique n'est pas simple à résoudre pour que chacun puisse avoir accès aux soins, particulièrement en zone rurale où la désertification médicale et la surcharge d'activité pour les médecins en exercice sont devenues une criante réalité. La MSA a toujours veillé à ce que la population agricole et rurale puisse bénéficier d'une offre de santé accessible et de qualité sur les territoires. Pour preuve les initiatives qu'elle a développées telles que les réseaux gérontologiques, les maisons de santé rurales, la prise en charge des urgences graves ou vitales en zones d'isolement sanitaire et, plus récemment, le projet « Pays de santé » (voir en page 26).

Prise en charge optimale

Pour continuer dans cette voie et enrichir les solutions déjà en marche, la MSA – avant même la publication de la loi Hôpital, patients, santé et territoires, qui encourage les nouvelles coopérations entre les professionnels de santé – a lancé une nouvelle expérimentation « Clips » (Coopération libérale pluriprofes-

sionnelle en santé) avec le Cermes (Centre de recherche médecine santé et société), responsable scientifique du projet. La volonté est de « favoriser de nouvelles formes de coopérations entre des professionnels de santé », indique Arnaud de la Seiglière, médecin conseiller technique national à la CCMSA. Concrètement, il s'agit de prévoir la délégation par le médecin de certaines tâches à une

Témoignage

Un nouveau mode d'ex



Geneviève Lasne,
médecin conseil
à la MSA Tarn-Aveyron-
Lot, sur le site
de l'Aveyron.

À Salles-Curan, en Aveyron, l'équipe « Clips » est composée de deux médecins généralistes, les D^r François Ducamp et Maria Ara Goñi, et deux infirmières, Odile Alary et Frédérique Carrière. Ils expérimentent l'action sur un site commun d'exercice, la maison de santé rurale pluridisciplinaire, construite sur la commune⁽¹⁾. Avec le D^r Fabienne Foucher, de l'Inserm, le D^r Geneviève Lasne assure un suivi proche et régulier de l'expérimentation. « Le choix s'est porté sur l'hypertension artérielle (HTA) et le diabète de type 2, parce que ce sont des maladies chroniques, fréquentes et en augmentation, qui nécessitent un traitement à vie et un suivi continu assez lourd, du fait d'une évolution possible vers des complications. En effet,

« Clips » en bref

Projet de recherche associant la MSA et le Centre de recherche médecine santé et société (Cermes).

Objectifs : améliorer la qualité de prise en charge des patients (y compris en terme de prévention et d'éducation thérapeutique), apporter une réponse à la surcharge d'activité du médecin généraliste en milieu rural, dégager les enseignements d'une pratique coopérative pour envisager d'autres modes de rémunération, c'est-à-dire une tarification alternative à la tarification traditionnelle (à l'acte).

Territoires d'expérimentation : Montbert-Geneston (Loire-Atlantique) et Salles-Curan (Aveyron).

Patients concernés : 260 personnes atteintes de deux pathologies chroniques : diabète et hypertension artérielle.

in-infirmière en marche

infirmière, formée dans ce but : dans le cadre de cette expérimentation, deux professionnels de santé aux compétences complémentaires interviennent auprès des patients atteints d'une pathologie chronique, en l'occurrence le diabète ou l'hypertension artérielle. Des protocoles et des programmes d'éducation thérapeutique sont mis en place pour la prise en charge de ces deux maladies». Le transfert de tâches à l'infirmière et l'implication de celle-ci sur l'éducation thérapeutique constituent la plus-value de ce projet (voir témoignages). Les territoires concernés sont le site de Montbert-Geneston en Loire-Atlantique, qui couvre deux communes localisées en zone semi-urbaine, et celui de Salles-Curan dans l'Aveyron, commune isolée, en altitude. Cette coopération inter-



exercice

le diabète peut avoir des effets sur de multiples organes et entraîner de graves conséquences s'il n'est pas bien équilibré. L'HTA peut aboutir à des accidents vasculaires cérébraux. Mais on peut agir sur les facteurs de risque, par un meilleur suivi médical et une éducation thérapeutique du patient. C'est ce que propose cette expérimentation qui prône la coordination des soins autour de lui, basée sur l'intervention du médecin et de l'infirmière. Il s'agit d'un nouveau mode d'exercice, s'appuyant sur les compétences plus développées de l'infirmière. C'est pour cela que j'ai insisté sur la formation accrue, totalement nécessaire dans le cadre de la coordination des soins.» C'est ainsi qu'elle a organisé et animé une session à la maison de santé : deux soirées avec un diabétologue et deux avec un cardiologue. Les infirmières en ont bénéficié aux côtés des médecins, « pour rassurer ces derniers ». Du sur-mesure, construit à partir de leurs attentes et de leurs besoins, afin de permettre aux médecins d'apprendre à déléguer certaines tâches de suivi

aux infirmières et à celles-ci d'acquérir de nouvelles compétences. De plus, pendant une semaine, les infirmières se sont formées à l'éducation thérapeutique. « Cette expérimentation est aussi fondée sur la confiance réciproque. C'est très important à souligner, parce que le médecin se dessaisit d'une partie de ses actes et de la surveillance. Pour cela, il faut qu'il ait une entière confiance dans les compétences de l'infirmière. Si cette expérimentation est généralisée, il faudra nécessairement les former. En plus de la valorisation de leur rôle, apparaît un élément nouveau, qui est un temps de concertation entre le médecin et l'infirmière : se coordonner et échanger pour améliorer le suivi des patients, c'est nouveau en libéral. » Mais, à Salles-Curan, c'est d'autant plus facile qu'ils exercent au sein de la maison de santé rurale.

Anne Pichot de la Marandais

(1) Ouverte en juillet 2008, la maison de santé rurale de Salles-Curan regroupe deux médecins libéraux (à la recherche d'un troisième confrère), six infirmières, une dentiste, un pédicure podologue, une diététicienne, un kinésithérapeute, une psychologue et deux secrétaires.



➔ professionnelle doit permettre d'assurer une prise en charge optimale et de proposer une réponse supplémentaire au problème de la démographie médicale grâce à l'investissement de champs d'activité jusque-là réservés aux médecins. L'expérimentation a aussi pour objectif de dégager les enseignements de cette

pratique coopérative afin d'envisager d'autres modes de rémunération, éventuellement de type forfaitaire, en complément à la tarification « à l'acte ». Fin de l'expérimentation en février prochain ; les résultats définitifs seront disponibles à la fin du premier semestre 2010. ■

Gildas Bellet

T é m o i g n a g e



Prévenir les complications

Odile Alary, infirmière libérale à Salles-Curan (Aveyron).

« J'ai accepté d'être volontaire sur cette expérimentation, parce que cela me permettait de travailler sur des pathologies très fréquentes sur notre secteur : le diabète et l'hypertension. Et aussi parce que l'aspect prévention m'a tout de suite plu : prévenir les complications, plutôt que les soigner, est une des façons d'appréhender mon métier, précise Odile Alary. Et cela me permet de participer à une étude novatrice pour l'évolution de notre profession. Le recrutement des patients s'est fait sur la base du volontariat. 110 personnes ont accepté, soit 40 diabétiques et 70 hypertendus. » Une fois le patient inclus dans l'expérimentation, le médecin ouvre un dossier de suivi et prépare son plan de traitement (examens à faire, facteurs de risque...). Il réunit ensuite les infirmières, pour échanger sur chaque cas et finaliser les objectifs de suivi. « Avec le médecin, nous fixons les objectifs à atteindre pour chaque patient (par exemple, tension artérielle à tel chiffre) et on va essayer d'y parvenir, avec le patient, bien sûr. Habituellement, le médecin voit son patient tous les trois mois. Mais, dans le cadre de l'étude "Clip", il ne le voit, sauf urgence ou maladie intercurrente, que tous les six mois. Entre-temps, le patient bénéficie d'une visite mensuelle avec l'infirmière. Les patients, qui sont très coopérants, apprécient qu'on s'occupe d'eux et qu'on les écoute. On vérifie également si tous les examens prescrits par le médecin ont bien été faits. » Ainsi le suivi alterné est régulier et plus

fréquent. Second volet : l'éducation thérapeutique, basée sur la connaissance de la maladie, son traitement et les risques de complications, et sur des conseils hygiéno-diététiques. « Comme les médecins, on recommande aux patients hypertendus de réduire la consommation de sel et aux diabétiques d'équilibrer leurs repas. On s'assure d'une bonne observance thérapeutique et d'une bonne tolérance. On leur explique ce que sont le bon et le mauvais cholestérol, pourquoi il faut consommer moins de graisses animales et davantage de graisses végétales. Je dis aux patients de revenir à une alimentation simple. Ensuite, à eux de mettre ces recommandations en pratique. Je sais qu'on ne change pas ses habitudes du jour au lendemain, d'où l'intérêt des séances d'éducation thérapeutique individuelles ou collectives. Mais je pense que si les gens sont sensibilisés, il vont à leur tour sensibiliser leurs enfants et leurs petits-enfants. Parmi les autres conseils, on recommande de perdre du poids ou, plutôt, de maintenir la masse corporelle en dessous d'un certain indice (en expliquant comment calculer l'indice de masse corporelle) et je motive le patient à pratiquer une activité physique adaptée à son profil. Ainsi, les patients acquièrent des capacités qui vont les aider à vivre de façon optimale avec leur maladie. Des études ont d'ailleurs montré que, si on connaît mieux sa maladie, son traitement et les risques, on dédramatise la situation et on évitera des complications. »

Anne Pichot de la Marandais

Témoignage



Déléguer des tâches aux infirmières

Yves Coignac, médecin généraliste à Geneston (Loire-Atlantique).

Sur le site de Geneston-Montbert, l'équipe « Clips » est composée de quatre professionnels de santé : trois médecins généralistes (les D^r Yves Coignac, Sophie Nocet et Nathalie Probst) et une infirmière (Céline Andréani), exerçant en libéral, dans des cabinets médicaux indépendants. En octobre, les médecins se regroupent, avec un secrétaire, au sein d'une maison médicale et organiseront des réunions de concertation pluridisciplinaire régulière avec des professionnels de santé (infirmière, kinésithérapeute, orthophoniste). « Par cette expérimentation, indique le D^r Yves Coignac, on veut essayer de montrer que l'intervention d'une infirmière peut améliorer la prise en charge globale de ces maladies. Par exemple, Céline Andréani a détecté une anomalie, une arythmie, chez un patient, ou des tensions trop élevées chez d'autres. Elle m'a appelé pour me les signaler. J'ai alors revu les patients. Si elle a un doute sur quoi que ce soit, elle nous contacte. Nous passons beaucoup de temps en coordination. L'infirmière, qui fait également de l'éducation thérapeutique de groupe, intervient sur les aspects thérapeutiques de la maladie, sa connaissance, ses complications possibles. Elle veille à optimiser l'observance du traitement, parce que beaucoup de patients ne le suivent pas correctement. Or ce sont des traitements au long cours et plus ils sont pris régulièrement, plus il y a de chance qu'ils soient efficaces. Elle cherche comment modifier les habitudes alimentaires des patients sans trop de contraintes et les incite à se prendre en charge. » Il tire déjà quelques enseignements. « La formation suivie avec les infirmières m'a permis de mieux appliquer les recommandations officielles de la Haute autorité de santé (HAS) et de bien respecter les prises en charge de chacune des deux patholo-



gies. Les patients sont très contents et apprécient l'alternance médecin-infirmière, puisqu'ils bénéficient d'un double contact. C'est l'infirmière qui a la charge de travail la plus lourde, avec plus de 150 dossiers à gérer : elle ne pensait pas avoir un tel surplus d'activité. Nous travaillons en concertation. Cela permet de nous former les uns les autres et d'harmoniser nos pratiques. C'est très positif. Pour un médecin, c'est très porteur pour l'avenir de ne pas travailler seul dans son coin, mais en relation avec d'autres professionnels de santé. Il me paraît évident qu'on ne peut plus tout assumer tout seul, comme je l'ai fait pendant longtemps. Ce que l'on expérimente se rapproche un peu du mode de fonctionnement hospitalier, où le médecin n'effectue pas tous les actes auprès des patients, mais en délègue une partie à l'infirmière (pansements, électrocardiogramme, tests visuels...). Je pense que cette délégation de tâches pourra trouver beaucoup d'applications futures. » Il souhaite que les pouvoirs publics la développent sur tout le territoire et qu'elle débouche sur l'exercice médical pluridisciplinaire.

Anne Pichot de la Marandais

À l'échelle d'une région

L'Aromsa (Association régionale des organismes de MSA) de Languedoc-Roussillon a été missionnée par l'ARH (Agence régionale de l'hospitalisation) et l'Urcam (Union régionale des caisses d'assurance maladie) pour accompagner le développement de l'offre de soins dans l'arrière-pays. 19 maisons de santé pluridisciplinaires sont envisagées sur la région.

Explications et témoignages.

Le Languedoc-Roussillon manque-t-il de médecins ? « Si les zones urbaines et le bord de mer sont bien dotés, pointe le docteur François Lebrun, médecin coordonnateur de l'Aromsa (Association régionale des organismes de MSA) de Languedoc-Roussillon,

le département de la Lozère par exemple ne compte plus qu'une cinquantaine de médecins généralistes – dont 12 % ont plus de 60 ans – pour une population d'environ 75.000 personnes. De plus, tous n'assurent pas la permanence des soins et certaines situations se





Sur plusieurs fronts

L'Aromsa de Languedoc-Roussillon est impliquée sur l'arrière-pays depuis plusieurs années :

- animation d'un réseau des hôpitaux locaux de la région (17 établissements);
- création de réseaux de médecins libéraux correspondants du Samu installés à plus de 30 mn d'un Smur (Gard, Pyrénées-Orientales);
- mise en place de maisons médicales de garde à Langogne et Uzès (et prochainement Marvejols);
- création de réseaux d'appui de médecins libéraux « urbains » pour aider les médecins libéraux de l'arrière-pays qui ne peuvent plus faire face à leur garde (l'été à Florac en Lozère et toute l'année en Haut-Vallespir dans les Pyrénées-Orientales);
- contribution au développement de la télémédecine en Lozère (transfert d'images de Langogne vers le CHU de Nîmes, visioconférence dans les hôpitaux locaux de la Lozère, équipement des médecins libéraux avec un ECG portable).

➔ *révèlent donc particulièrement fragiles.» Sur le Languedoc-Roussillon, 300 médecins sur 3.000 généralistes exercent sur des territoires isolés. « Nous les avons pratiquement tous rencontrés et avons tissé un réseau avec eux, précise Françoise Vidal-Borrossi, chargée de mission à l'Aromsa. Mais nous voyons leur nombre se réduire sans que la relève soit assurée. »*

Un ensemble de pistes

La MSA s'est donc saisie de cette question depuis plusieurs années. Forte de sa connaissance des territoires concernés et de son implication auprès des acteurs de santé locaux, l'Aromsa s'est vu confier par l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et l'Union régionale des caisses d'assurance-maladie (Urcam) une mission d'ingénierie sanitaire à l'échelle de l'arrière-pays, conduite par un binôme médico-administratif : le docteur Jean-Michel Savarit, médecin conseil, et Françoise Vidal-Borrossi. Pour que l'offre de soins soit mieux structurée sur la région, les secteurs en voie de désertification médicale ont été mis à jour. Il ne s'agit pas d'apporter une réponse uniforme; un ensemble de pistes est envisagé en fonction des réalités



Témoignages



© Gildas Bellet

Magali Blanc, agent de développement local à Tuchan (Aude).

« La communauté de communes des Hautes-Corbières – 9 communes et 2.000 habitants – s'est fortement investie dans ce projet de maison de santé, pour lequel une réflexion a été entamée depuis près de trois ans. La population y est plutôt âgée et a des besoins importants en terme de consultations médicales, soins infirmiers et services de soins à domicile. Or, après le départ d'un jeune médecin et avec l'avancée en âge d'un autre qui indiquait qu'il ne tiendrait pas le rythme, il fallait agir. Le conseiller général du secteur m'a chargé de conduire le projet, qui a exigé un accompagnement régulier. La mise en place d'une méthodologie de conduite de projet et d'une animation locale a permis d'avancer rapidement sur le projet de soins et d'assurer son

appropriation par tous. Une dizaine de réunions ont été organisées sur un an pour envisager la structure, son fonctionnement, plancher sur le projet de soins – nous travaillons notamment sur des protocoles de soins pour le diabète, la prévention cardiovasculaire, et sur la permanence des soins –, puis formaliser l'ensemble. Ici, nous sommes dans un projet collectif de santé, qui va bien au-delà d'un cabinet médical, avec une démarche venant des professionnels pour une réalisation correspondant aux besoins du territoire. Dans l'intérêt de ce territoire d'ailleurs, nous travaillons en partenariat avec une collectivité voisine afin d'organiser un pôle médical avec un autre cabinet. À terme, trois médecins devraient exercer dans la maison de santé, avec un cabinet infirmier et un dentiste. Le kinésithérapeute et la pharmacie – qui ne sont pas intégrés – sont néanmoins partie prenante du projet

de soins. Des consultations avancées sont prévues (podologue, diététicienne, cardiologue, dermatologue, angiologue, psychologue), ainsi qu'un appartement pour loger un médecin remplaçant ou un stagiaire. La pose symbolique de la première pierre a eu lieu pour une ouverture prévue vers mai/juin 2010. Pendant la période de la construction, nous continuons à travailler sur la structuration juridique et les répartitions de charges entre les professionnels de santé. »



© Gildas Bellet

Françoise Luchoire, infirmière libérale au Bousquet-d'Orb (Hérault).

Infirmière depuis 30 ans, Françoise Luchoire exerce au Bousquet-d'Orb. Dans cette zone de « petites montagnes » où les temps de déplacement peuvent se révéler pénalisants, la population vieillit,



rencontrées sur le terrain. Les maisons de santé pluridisciplinaires – structures d'exercice regroupé de professionnels de santé médicaux et paramédicaux – apparaissent comme l'une des solutions adaptées au maintien, voire au développement de l'offre de soins sur de nombreux territoires. Dix-neuf projets, bénéficiant de l'accompagnement de l'Aromsa, sont ainsi

en gestation en Languedoc-Roussillon. Dans le cadre d'une convention liant le Conseil régional, l'Urcam et l'ARH, la région s'est également engagée et financera à hauteur de 50 % (dans la limite de 300.000 €) les travaux de construction et d'aménagement intérieur de bâtiments destinés à accueillir des professionnels de santé.

Les promoteurs de ces projets – médecins, paramédicaux, collectivités territoriales – ont dans un premier temps été réunis par l'Aromsa afin de mieux appréhender la philosophie des maisons de santé et de s'informer sur l'accompagnement possible, notamment sur le projet de soins, sur les volets juridique et administratif et sur la recherche de financements. « Dans notre conception, insiste François Lebrun, la maison de santé n'est pas un cabinet de groupe, mais un mode d'exercice de professionnels de santé autour d'un projet coordonné de soins. Ensuite, on optera pour des moyens architecturaux, juridiques... afin de servir cette philosophie. De plus, se réunir au sein d'une maison de santé n'est pas un choix économique mais peut souvent générer une augmentation des dépenses de fonctionnement – standard, secrétariat, réseau informatique, salle de réunion... C'est donc la volonté



© Aromsa Languedoc-Roussillon

Françoise Vidal-Borrossi, chargée de mission à l'Aromsa.



© Aromsa Languedoc-Roussillon

François Lebrun, médecin coordonnateur de l'Aromsa.



de même que les médecins qui y sont installés. « L'une des généralistes s'est inquiétée du devenir de la profession médicale sur ce secteur, situé à 70 Km de Montpellier. Elle cherchait à trouver des partenaires.

Les remplaçants ne voulaient pas s'installer ici; il fallait donc envisager des conditions de travail optimales pour rendre le territoire plus attrayant. D'où l'idée de nous regrouper pour fédérer les énergies autour de la maison de santé. Nous avons bénéficié de l'écoute de nos décideurs, qui nous ont soutenus en faisant un choix politique courageux pour le mieux-être des habitants. Une quinzaine de réunions ont déjà été nécessaires pour élaborer notre projet; la MSA nous a bien "tutorés", guidés en nous expliquant comment procéder et où nous adresser.

Pour nous, la difficulté sera de mettre en place le volet juridique de l'affaire. En matière de soins, les professionnels

de santé du territoire sont rôlés au travail en collaboration. Outre les médecins et les infirmiers, tous les partenaires paramédicaux – kinésithérapeute, pédicure-podologue, diététicienne – prendront part à la maison de santé.

La pharmacie sera associée à notre projet de soins. De plus, il existe deux associations d'aide à domicile, pourquoi ne pas les intégrer? Nous continuons d'y réfléchir. Pour la prise en charge de malades lourds – diabète, hémiplegie... – notre projet intègre un suivi pluridisciplinaire concerté, facilité par un partage de responsabilités et une confiance mutuelle. L'avantage de la maison de santé est là! Elle insuffle une intelligence du travail et permet d'envisager de faire de la prévention sur des pathologies ciblées... et le patient y gagne. Le confort fait partie du soin; et, s'il y a un mieux-être de la personne, c'est également bien pour nous. »

« Les maisons de santé pluridisciplinaires apparaissent comme l'une des solutions adaptées au maintien de l'offre de soins »





➔ d'un exercice partagé qui doit animer les professionnels. » Pour s'imprégner de la réalité de ce type de structure, les promoteurs de projets ont d'abord visité la maison de santé de Salles-Curan (Aveyron), ouverte depuis juillet 2008, opportunité pour eux d'échanger avec les professionnels de santé qui y exercent. « Puis, périodiquement, précise Françoise

Vidal-Borrossi, des rencontres ont lieu sur les territoires pour avancer sur chaque projet, donner des conseils méthodologiques, faire le point sur l'ensemble des éléments à étudier – secrétariat, horaires d'ouverture, standard téléphonique commun... Dès le démarrage, nous les invitons aussi à travailler sur la répartition des charges, à prévoir le départ éventuel de l'un d'entre eux ou l'arrivée d'un nouveau professionnel. Sur le projet de soins, ils ont beaucoup d'idées, mais les interrogations se multiplient quand il s'agit du montage effectif du projet. Ils ont d'ailleurs exprimé le souhait de disposer d'informations complémentaires sur le plan juridique, comptable et fiscal et l'Aromsa a donc organisé une journée, financée par l'Urcam, pour leur apporter cette expertise. » Les professionnels rencontrés à l'issue de cette réunion (voir ci-après le témoignage de certains d'entre eux) précisent qu'elle leur permet de « concrétiser peu à peu leur projet, en sachant où aller », « faire sauter les craintes », « partager une culture, une dynamique qui se met en place », « se poser les bonnes questions », et aussi s'enrichir de l'expérience et de la pratique des autres. Un accompagnement apprécié donc. Mais, sur des territoires peu peuplés, ou sur des zones où un seul médecin est présent, la maison de santé ne sera pas la recette miracle. D'où la volonté pour l'Aromsa de faire émerger aussi d'autres

Témoignages



© Gildas Bellet

Jean Fleury, médecin généraliste à Durban-Corbières (Aude).

« Mon prédécesseur était un visionnaire, affiche d'emblée Jean Fleury, médecin. Avec 25 ans d'avance sur tout le monde, il a créé un centre médical. Lorsque je suis arrivé dans la région, j'ai ainsi bénéficié d'entrée d'un travail en équipe avec les professionnels de santé locaux et d'un contact étroit avec le cabinet infirmier. Immédiatement, nous nous sommes préoccupés de la médecine d'urgence et nous sommes formés à la prise en charge de l'urgence vitale. Ici, trois médecins travaillent en permanence pendant trois semaines consécutives, puis prennent une semaine de vacances juste après une semaine de garde. Mais, après 18 ans, nous

sommes exsangues, assurant de front continuité des soins, permanence des soins et aide médicale d'urgence. Nous travaillons en partage d'honoraires – dans le cadre d'un contrat d'exercice en commun. Si l'ambiance est conviviale, le travail est dur et pas forcément payé à sa juste valeur : la permanence des soins est certes revalorisée aujourd'hui, mais la médecine d'urgence n'est pas encore reconnue, pas rémunérée. Notre challenge est de poursuivre nos trois missions : continuité des soins, permanence des soins et prise en charge de l'urgence. Une maison de santé pluridisciplinaire garantit avant tout la continuité ; les maisons médicales de garde prennent le relais pour la permanence. Nous, nous voulons offrir tous les services au sein de la structure. Tout notre projet

de soins est fondé là-dessus et il faut donc que nous gagnions notre pari d'organisation. Il y a 25 ans, nous avons financé l'équivalent d'une maison de santé ; il en est résulté une démarche de coordination des soins déjà efficace. Nous avons aujourd'hui le désir d'évoluer et de transmettre. Ce qui nous freine toutefois, c'est le côté financier ; nous ne voulons pas nous lancer dans un projet générant loyers et charges trop importants. »



© Gildas Bellet

Magali Noiraud, infirmière à Durban-Corbières (Aude).

« En exerçant déjà dans les mêmes locaux, nous nous connaissons bien, faisons un travail d'équipe, pratiquons l'échange d'informations et nous voyons

solutions: « C'est à chaque fois du cousu main, indique François Lebrun, en fonction des populations, des besoins, des moyens, de la volonté que l'on trouve sur place. »

Le recours aux médecins urbains

Parmi les solutions étudiées ou déjà déployées : l'ouverture de cabinets multisites à partir des maisons de santé (un médecin exerce ainsi dans différentes communes au sein de cabinets « satellites » et assure régulièrement une présence médicale dans de petites communes), le recours à des médecins urbains envoyés en mission sur les zones rurales – solution en laquelle l'Aromsa croit beaucoup : « Ces praticiens peuvent intervenir en appui (pour un remplacement) ou en renfort (par exemple en période d'affluence touristique), explique Françoise Vidal-Borrossi. Ce montage existe depuis quelques années à Florac, en Lozère, où des médecins urbains d'une maison médicale de garde interviennent en renfort pendant la période estivale. Idem depuis dix-huit mois dans le Haut-Vallespir (Pyrénées-Orientales) pour pallier la sous-densité médicale. Les médecins "en appui" continuent de vivre en milieu urbain mais consacrent du temps aux zones rurales. D'autres organisations de ce type – dont les modalités restent à définir – sont actuellement à l'étude

sur la région. » L'incitation à des stages dans l'arrière-pays pour les étudiants en médecine peut aussi donner à certains « le goût de l'exercice rural, qu'ils n'ont pas approché dans le cadre de leurs études ». C'est à une large palette d'ingrédients que l'Aromsa a recours pour gommer les difficultés d'accès aux soins et la raréfaction de l'offre sur l'arrière-pays. Une palette comptant aussi avec les hôpitaux locaux, qui ont de fait une communauté de destin avec les professionnels de santé libéraux. « Historiquement, dès 1998, l'ARH de Languedoc-Roussillon a missionné l'Aromsa sur les hôpitaux locaux », rappelle Pierre Chabas, directeur délégué de l'Aromsa, qui a collaboré étroitement avec les directions d'établissements pour « formaliser des projets médicaux, notamment sur la gériatrie, sur des consultations avancées, sur des réseaux de télémédecine... Notre volonté est que l'hôpital local sorte de ses murs et réponde aux attentes de la population ». Avec pour toile de fond la constitution d'un maillage régional pour le renforcement d'une offre de proximité, l'hôpital local constitue aussi un point d'appui pour les professionnels libéraux, un lieu de coordination des soins, auquel peut se trouver adossée une maison médicale pluridisciplinaire (c'est le cas pour quatre des projets en Languedoc-Roussillon), un lieu de développement de la télémédecine... Avec sa position de catalyseur, de facilitateur, l'Aromsa a,



- Une expérience inédite en Cerdagne-Capcir pour la prise en charge des urgences (Le Bimsa de mai 2002).
- Des soins de qualité à toute heure : permanence médicale à Langogne, en Lozère (Le Bimsa d'août-septembre 2003).
- Après le centre médical, la télémédecine (Le Bimsa de juin-juillet 2004).
- Maisons de santé rurales. Tous gagnants. (Le Bimsa d'octobre 2006).

régulièrement. Mais nous voulons aller plus loin. Une association loi 1901 – association des professionnels de santé de Durban-Corbières – a été créée par tous les membres potentiels de la future maison de santé (infirmières, médecins, kinés, dentiste). Nous sommes tous réunis autour de ce projet qui permettra la standardisation, la protocolisation, le partage des informations et donc une rationalisation des prises en charge, dans des locaux adaptés. Nous exerçons à l'étroit aujourd'hui, et avons besoin de nous ouvrir. Cette nouvelle organisation apportera des avantages à tous et les patients bénéficieront d'un suivi encore meilleur. Nous pourrions également intervenir plus efficacement sur des questions de santé publique – notamment pour le diabète

et l'hypertension artérielle. Notre volonté est de construire une filière pour les soins, une véritable chaîne; nous espérons pouvoir ouvrir un box pour la vacation de spécialistes (dermatologue, diététicienne...), envisageons aussi une vacation de l'association de soins à domicile, et souhaitons développer des actions de prévention et d'information de santé en organisant des journées à thème – avec l'appui par exemple d'un spécialiste extérieur – et en faisant de l'éducation thérapeutique. Avec notre projet de soins, nous savons bien où nous allons. Reste à résoudre des questions liées à la future organisation: choix de la structure juridique, souci de ne pas léser une corporation par rapport aux autres... »



Notre volonté est que l'hôpital local sorte de ses murs et réponde aux attentes de la population



➔ au fil des missions confiées par l'ARH et l'Urcam, impulsé une organisation de l'offre de soins avec «une implication médicale, humaine et administrative forte», souligne Marc Héliers, directeur général de la MSA du Languedoc. Ce mandat a été donné par l'interrégime parce que notre présence sur les territoires et notre capacité d'ingénierie de projets d'offre de soins sont appréciées et reconnues: nos intervenants apportent une expertise pour que les acteurs locaux puissent se prendre en charge; ils leur apportent les éléments de méthode sur des terrains qui ne sont pas les leurs». Avec la reconfiguration prochaine de l'organisation de la santé et la création des Agences régionales de santé (ARS), «l'enjeu sera de pérenniser cette logique d'ensemble, bâtie pour le développement de l'offre de soins sur les territoires de l'arrière-pays. La MSA est la seule à le faire sur les territoires isolés et il faut que les projets puissent continuer». La place accordée au sein de ces agences à l'assurance maladie suscite des inquiétudes: «Nous aurons certes une place au niveau du conseil de surveillance, pointe Jack Gauffre, président de la MSA de l'Hérault et de l'Aromsa Languedoc-Roussillon. Mais celui-ci surveille a posteriori et

c'est en amont qu'il faut faire part des besoins observés et défendre notre vue de l'organisation des soins sur les territoires. Comment le fera-t-on valoir? Sur cette question, l'assurance maladie est partie prenante et financeur, elle devrait bénéficier de plus d'égards. La MSA, habituée à travailler sur les zones rurales, s'est préoccupée très tôt de la situation de l'offre de soins, d'autant que des inquiétudes sont remontées de la part de la population et de nos élus. Nous avons mis en relief des zones blanches, cherché des solutions pour l'organisation des gardes, tiré le signal d'alarme à propos de la pénurie de professionnels de santé sur certains territoires. À ces problèmes, il n'y a pas de réponse unique mais, proche du terrain, la MSA est devenue un intervenant majeur en faisant des propositions adaptées, du cousu main. Allumer la mèche en apportant un soutien à des professionnels de santé débordés suffit parfois pour que la dynamique s'amorce.» La preuve: sur les dix-neuf projets de maisons de santé, cinq au moins – Le Bousquet-d'Orb, Tuchan, Saint-Paul-de-Fenouillet, Le Vigan, Langogne – devraient déjà aboutir d'ici à 2010. ■

Gildas Bellet

Interview

« Un projet réaliste »



© MSA Dordogne

Claude Pouzoulet, médecin conseil chef de service à la MSA de Dordogne (Fédération MSA Dordogne/Lot-et-Garonne), responsable de l'expérimentation «Pays de Santé».

Quel territoire a été choisi pour l'expérimentation Pays de Santé et selon quels critères ?

Claude Pouzoulet: Cette expérimentation couvre trois cantons du département de la Dordogne, ceux de Nontron, de Saint-Pardoux la Rivière et de Bussière-Badil. Le choix a été fait en fonction d'un objectif, celui d'organiser le système de santé dans des zones où commencent à se manifester des problèmes de démographie médicale, mais où ce n'est pas encore catastrophique. Il s'agit donc d'une proposition de solution pour une zone fragile. Sans être totalement dépourvue, elle a perdu des médecins, puisque leur nombre est passé de seize à douze depuis le début du projet. Étant donné la difficulté à en faire venir de nouveaux, il s'agit de soulager ceux

qui exercent sur ce territoire de tâches qui peuvent être déléguées. En parallèle, les besoins médicaux sont importants. Ce sont des cantons ruraux éloignés des centres urbains, où la population a des problèmes de déplacement et est âgée. Ensuite, il fallait que ce soit une zone où le projet soit réaliste, donc comprise entre 15.000 et 20.000 habitants. Nous devons enfin avoir une bonne connaissance du terrain, et celui-ci devait présenter des éléments moteurs pour le projet, en particulier une bonne entente entre les professionnels de santé et les élus.

Comment avez-vous procédé ?

C.P.: Nous avons rencontré les médecins un par un, avec la participation de notre parte-



naire Groupama, et nous avons fait un bilan des besoins. Nous avons organisé de nombreuses réunions avec les délégués MSA et Groupama, ainsi qu'avec les politiques locaux, notamment des représentants du Conseil général et une députée. Nous avons réuni les médecins, les infirmiers et les pharmaciens séparément, car tous ces professionnels ne sont pas libres aux mêmes horaires. En juin 2009, nous avons créé le conseil Pays de santé, qui va se réunir dès la rentrée pour avancer sur ce projet. Un bilan des besoins en matière d'offre de services a été fait et présenté aux médecins. Cette restitution a été faite en juin également, pour qu'ils soient au clair sur la palette des services qui leurs seront proposés.

Quels sont ces services ?

C.P.: Les premiers sont liés aux tâches administratives et au soutien : recherche de médecins remplaçants, de spécialistes sur demande des généralistes, remplissage de dossiers médico-administratifs, assistance pour la gestion du cabinet, regroupement d'achats, assistance et mutualisation des tâches, gestion des déchets, soutien psychologique et prévention du stress. En second lieu, des services liés aux soins : suivi infirmier des patients chroniques (diabète, asthme et hypertension), mais uniquement pour des patients qui ont un strict protocole de soins, réalisation par des infir-

miers de certains examens complémentaires, éducation thérapeutique, éducation pour la santé.

Par qui seront-ils assurés ?

C.P.: Par un conseiller que nous sommes en train de recruter. Nous souhaitons un professionnel paramédical ayant une formation de cadre infirmier, disposant de connaissances paramédicales et de capacités de management, d'une bonne connaissance des milieux hospitalier et libéral et bien sûr du secteur géographique.

Êtes-vous satisfait du démarrage du projet ?

C.P.: Le démarrage effectif se fera en septembre-octobre, pour une mise en place progressive, après avoir hiérarchisé les offres. Le conseiller devra assurer plusieurs types de permanences. Sur les cantons, à Nontron où se trouve l'hôpital local, et enfin à la MSA pour travailler avec nous. Pour assurer le suivi, les conseils local et national se réunissent périodiquement, sans compter les réunions entre confrères et avec la direction. Nous avons reçu un accueil favorable, car on a pu constater la participation des 12 médecins généralistes, d'un fort pourcentage d'infirmières. Les élus MSA et Groupama et les élus politiques l'ont eux aussi bien reçu. C'est donc un bon démarrage. ■

Propos recueillis par Thomas Bousquet

LU
dans
BIMSA

Le projet « Pays de santé », a été présenté dans le numéro de février 2009 du *Bimsa*. Élaboré en partenariat avec Groupama, il a pour objectif d'expérimenter une réponse à la problématique de la diminution de l'offre de soins en zone rurale, avec la participation de la population et des professionnels de santé de quelques cantons sur deux départements : la Dordogne et les Ardennes.



Fédérer les énergies

En Franche-Comté, la future mise en place des agences régionales de santé a donné lieu à une expérimentation sur le thème des territoires de santé. Son objet : apprendre à mieux travailler ensemble au plus près de la population. Présentation de ce projet piloté par la MSA de la région.

Avec la création des ARS (agences régionales de santé), la configuration de l'offre de santé va être modifiée. Pour mieux répondre aux besoins de la population sur un territoire donné et lui offrir des services plus performants, elle s'appuiera sur le décloisonnement des secteurs ambulatoire (médecin généraliste infirmières libérales... prévention), du médico-social et de l'hôpital sur une plus grande coopération entre tous les acteurs. Mais concrètement comment ces nouvelles formes de collaboration vont-elles se mettre en place ? Pour éprouver l'organisation à venir, le secrétariat général des ministères chargés des Affaires sociales a souhaité initier en régions, sur l'année 2009, un certain nombre d'expérimentations préfigurant le mode de fonctionnement en ARS, dont une en Franche-Comté sur la question des « territoires de santé ». La thématique de la promotion de la santé chez les personnes âgées a été retenue par les acteurs franc-comtois. But poursuivi : tester la méthodologie à suivre pour bâtir une initiative locale en matière de santé publique qui puisse se développer dans le cadre d'un schéma régional en faisant participer tous les acteurs concernés, vérifier si le champ d'action retenu est pertinent, voir comment s'opèrent les modalités de dialogue entre partenaires institutionnels et avec les partenaires locaux...

Associer tous les acteurs

Sur les six territoires de santé que compte la Franche-Comté, c'est celui de Pontarlier qui a été retenu pour cette action pilote. De petite taille et de caractère rural avec un habitat dispersé, il compte 77.000 habitants et s'étend sur deux départements, cinq cantons situés dans le Haut Doubs (Pontarlier, Montbenoit, Morteau, Levier, Mouthe), et un dans le Jura (Nozeroy). Pour la population de ces communes, l'hôpital de Pontarlier – dont la MSA est caisse pivot – est l'établissement de recours

en médecine, chirurgie et obstétrique. Pourquoi avoir choisi cette zone géographique ? Pour plusieurs raisons. Ses caractéristiques démographiques évoluent et on prévoit une hausse supérieure à 40% de la population des 80 ans et plus entre 2005 et 2015, même si globalement aujourd'hui la population est légèrement plus jeune qu'au niveau national. Au plan sanitaire, elle présente des atouts : elle dispose, outre l'hôpital de Pontarlier (qui héberge aussi des personnes âgées), de trois hôpitaux locaux, à Morteau, Mouthe et Nozeroy, et d'une maison de retraite à Levier, d'une clinique, d'un Ssiad... et des partenariats ou coopérations sont déjà établis entre les institutions, les établissements et certains



sur un territoire

professionnels de santé. Ont été créés sur le secteur, un réseau de santé GASSAE (Groupement des acteurs de santé pour le soutien, l'accompagnement et l'éducation des patients) et des maisons de santé pluridisciplinaires. Seul bémol, l'offre de soins en médecine ambulatoire est inférieure à la moyenne nationale : on y compte 82 médecins généralistes pour 100.000 habitants⁽¹⁾ contre 113 en France entière, 62 infirmiers pour 100.000 contre 104 en France et 55 kinésithérapeutes pour 100.000 contre 79 en France. Autre facteur favorable, la présence de personnalités fortement impliquées dans les orientations de l'offre de santé : élus locaux, directeurs d'hôpitaux, présidente de la Conférence régionale de santé, élus MSA... pour qui le thème de la qualité de vie et de la préservation de l'autonomie des personnes âgées constitue une préoccupation importante, partagée par la population.

Chacun est convaincu que si diverses initiatives en faveur des personnes âgées existent déjà, de nombreux défis restent à relever en matière de prévention et de maintien à domicile, et ils le seront d'autant plus facilement qu'il existera davantage de passerelles et de concertation entre les différents acteurs impliqués.

« En février, le projet a été présenté aux institutions qui vont constituer demain l'ARS (ARH, Urcam, Drass, Ddass⁽²⁾) qui ont décidé d'emblée de s'y investir conjointement, ce qui a été facilité par la préexistence d'un partenariat fort sur la région, et de travailler avec l'ensemble des partenaires existants ou potentiels : professionnels de la santé et du médico-social, secteurs ambulatoire et hospitalier, représentants du monde associatif et usagers, explique Jean-Jacques Laplante, chef de projet et directeur de la santé à la MSA de Franche-Comté. Puis mi-avril, la conférence de santé du territoire de Pontarlier, que nous

avons choisi d'associer pleinement au pilotage, a été informée et a décidé son élargissement pour passer d'un fonctionnement de type "ancienne formule" vers un fonctionnement de type ARS ». Le 3 juin, c'est donc une séance élargie aux conseils généraux et aux acteurs de l'ambulatoire et du médico-social de la conférence de territoire qui s'est tenue. À l'issue de la rencontre, au cours de laquelle la démarche nationale a été présentée ainsi que le diagnostic de territoire, un groupe de travail local a été constitué. Composé de quinze personnes volontaires, il a pour mission de faire des propositions d'actions de proximité à mettre en œuvre localement à partir du dernier trimestre et pour ce faire, il s'est réuni trois fois cet été.

Un thème d'action à sélectionner

Parallèlement pour établir un état des lieux le plus complet possible, des interviews ont été menées par Christine Raguin, gériatre et médecin généraliste, embauchée à mi-temps comme coordonnatrice de territoire, et Daphné Roy, assistante administrative au sein de l'Asept. « Nous avons pris des rendez-vous avec un maximum d'intervenants sur le terrain, dans de multiples lieux, depuis le mois de mai, explique Christine Raguin : des médecins, kinésithérapeutes, infirmiers, présidents des clubs du 3^e âge, représentants de l'ADMR, du Ssiad, des maires... pour collecter des informations sur ce qui existe, ce qu'il faudrait faire, ce qu'on peut faire. La synthèse des données recueillies nous a permis de dégager des pistes nous permettant de sélectionner trois thèmes – la diététique, la prévention des chutes, les médicaments et l'observance des traitements – proposés à la conférence de territoire du 9 septembre. » Maintenant c'est elle qui va choisir la thématique sur laquelle portera le plan d'actions à mettre en place localement. Un projet à suivre avec beaucoup d'attention, de sa concrétisation jusqu'à son évaluation. La MSA de Franche-Comté et ses partenaires voient dans cette action l'illustration de la place de la démocratie sanitaire dans les futures ARS. C'est aussi la question du poids de la proximité dans les agences qui a motivé ce travail...

Marie-Luce Gazé Desjardins

Le projet pilote en 5 points

- **Intitulé :**
« accompagnement d'une action d'initiative territoriale de développement ou d'amélioration de l'offre de services en santé » ;
- **Objectif :** expérimenter le fonctionnement en mode ARS en décloisonnant les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social et en faisant travailler ensemble tous les acteurs concernés par un projet à mener sur un territoire ;
- **Thématique retenue :** la promotion de la santé chez les personnes âgées ;
- **Territoire concerné :** il s'étend sur les deux départements du Doubs (cantons de Levier, Mouthe, Pontarlier, Morteau et Montbenoit) et du Jura (canton de Nozeroy) ;
- **Moyens humains :** une coordonnatrice de territoire et une assistante administrative sont chargées de faciliter le travail et de relever les freins et les leviers de l'action. Elles ont été recrutées sur des budgets sollicités par la MSA auprès du FNPEISA (Fonds national de prévention, d'éducation, et d'information sanitaire agricole).

(1) Données 2005.

(2) Fabien Pereira, directeur de la Ddass du Doubs est chef de projet associé.

