

## UNIVERSITE DE LIMOGES

### Faculté de Médecine

ANNÉE 2013

THÈSE N°

# LA DESERTIFICATION MEDICALE : LES SOLUTIONS EN CORREZE EN 2012

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 8 mars 2013

par

**Hélène TAMINAU-FONTES**

née le 16/01/1983, à Tulle

#### EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Mr le Professeur Denis VALLEIX.....Président  
Mr le Professeur Daniel BUCHON..... Juge  
Mr le Professeur Jean-Gabriel BUISSON..... Juge  
Mme le Professeur Martine PREVOST ..... Juge



Université  
de Limoges

FACULTÉ  
DE MÉDECINE

Le 01.09.2012

DOYEN DE LA FACULTE :

Monsieur le Professeur Denis VALLEIX

ASSESEURS :

Monsieur le Professeur Marc LASKAR

Monsieur le Professeur Jean-Jacques MOREAU

Monsieur le Professeur Pierre-Marie PREUX

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS :**

<b>ABOYANS</b> Victor	CARDIOLOGIE
<b>ACHARD</b> Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
<b>ADENIS</b> Jean-Paul ( <b>SUR. 31.08.2015</b> )	OPHTALMOLOGIE
<b>ALAIN</b> Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>ALDIGIER</b> Jean-Claude	NEPHROLOGIE
<b>ARCHAMBEAUD</b> Françoise (CS)	MEDECINE INTERNE
<b>ARNAUD</b> Jean-Paul	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
<b>AUBARD</b> Yves (C.S.)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>AUBRY</b> Karine	O.R.L.
<b>BEDANE</b> Christophe	DERMATOLOGIE-VENERELOGIE
<b>BERTIN</b> Philippe (CS )	THERAPEUTIQUE
<b>BESSEDE</b> Jean-Pierre (CS )	O.R.L.
<b>BONNAUD</b> François ( <b>SUR. 31.08.2015</b> )	PNEUMOLOGIE
<b>BORDESSOULE</b> Dominique (CS)	HEMATOLOGIE
<b>CHARISSOUX</b> Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
<b>CLAVERE</b> Pierre (CS)	RADIOTHERAPIE
<b>CLEMENT</b> Jean-Pierre (CS)	PSYCHIATRIE D'ADULTES
<b>COGNE</b> Michel (CS)	IMMUNOLOGIE
<b>COLOMBEAU</b> Pierre ( <b>SUR. 31.08.2014</b> )	UROLOGIE
<b>CORNU</b> Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
<b>COURATIER</b> Philippe (C.S.)	NEUROLOGIE
<b>DANTOINE</b> Thierry	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
<b>DARDE</b> Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

(C.S.)	
<b>DAVIET</b> Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>DESCAZEAUD</b> Aurélien	UROLOGIE
<b>DESSPORT</b> Jean-Claude	NUTRITION
<b>DRUET-CABANAC</b> Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
(CS)	
<b>MAGY</b> Laurent	NEUROLOGIE
<b>MARQUET</b> Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
<b>MATHONNET</b> Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>MELLONI</b> Boris	PNEUMOLOGIE
(CS)	
<b>MERLE</b> Louis ( <b>SUR. 31.08.2015</b> )	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
(CS)	
<b>MONTEIL</b> Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
(CS)	
<b>MOREAU</b> Jean-Jacques	NEUROCHIRURGIE
(C.S.)	
<b>MOULIES</b> Dominique ( <b>SUR. 31.08.2013</b> )	CHIRURGIE INFANTILE
<b>MOUNAYER</b> Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>NATHAN-DENIZOT</b> Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
(CS)	
<b>PARAF</b> François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
<b>PLOY</b> Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
(CS)	
<b>PREUX</b> Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
	OPHTALMOLOGIE
<b>ROBERT</b> Pierre-Yves	
(C.S.)	
<b>SALLE</b> Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
(C.S.)	
<b>SAUTEREAU</b> Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
(CS )	
<b>STURTZ</b> Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
(CS)	
<b>TEISSIER-CLEMENT</b> Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
	RHUMATOLOGIE
<b>TREVES</b> Richard	CANCEROLOGIE
<b>TUBIANA-MATHIEU</b> Nicole	
(CS)	
<b>VALLAT</b> Jean-Michel ( <b>SUR. 31.08.2014</b> )	NEUROLOGIE
<b>VALLEIX</b> Denis	ANATOMIE CHIRURGIE GENERALE
<b>VERGNENEGRE</b> Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE et PREVENTION
(CS)	THERAPEUTIQUE
<b>VERGNE-SALLE</b> Pascale	MEDECINE INTERNE
<b>VIDAL</b> Elisabeth	
(C.S.)	
<b>VIGNON</b> Philippe	REANIMATION
<b>VINCENT</b> François	PHYSIOLOGIE
<b>VIROT</b> Patrice	CARDIOLOGIE
(CS)	
<b>WEINBRECK</b> Pierre	MALADIES INFECTIEUSES
(C.S)	

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

<b>AJZENBERG</b> Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
<b>ANTONINI</b> Marie-Thérèse (CS)	PHYSIOLOGIE
<b>BOURTHOMIEU</b> Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
<b>BOUTEILLE</b> Bernard	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
<b>CHABLE</b> Héléne	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>DURAND-FONTANIER</b> Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
<b>ESCLAIRE</b> Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>HANTZ</b> Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>LAROCHE</b> Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
<b>LE GUYADER</b> Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
<b>MARIN</b> Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>MOUNIER</b> Marcelle	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE
<b>PICARD</b> Nicolas	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
<b>QUELVEN-BERTIN</b> Isabelle	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
<b>TERRO</b> Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE

## **PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE**

<b>CAIRE</b> François	NEUROCHIRURGIE
-----------------------	----------------

## **P.R.A.G**

<b>GAUTIER</b> Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

## **PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS**

<b>BUCHON</b> Daniel	MEDECINE GENERALE
<b>BUISSON</b> Jean-Gabriel	MEDECINE GENERALE
<b>DUMOITIER</b> Nathalie	MEDECINE GENERALE
<b>PREVOST</b> Martine	MEDECINE GENERALE

## **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS**

<b>MENARD</b> Dominique	MEDECINE GENERALE
-------------------------	-------------------

## **ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES**

<b>BELLIER</b> Rémy	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>CROS</b> Jérôme	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>COUVÉ-DEACON</b> Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE (Centre d'Investigation Clinique)
<b>FILLOUX</b> Matthieu	IMMUNOLOGIE
<b>GUILLAUDEAU</b> Angélique	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE <b>(jusqu'au 30 septembre 2012)</b>
<b>MOUSSEAU</b> Yoanne	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>PHILIPPE</b> Grégory	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>PONSONNARD</b> Sébastien	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>RIZZO</b> David	HEMATOLOGIE
<b>THOMAS</b> Céline	ANATOMIE (Service de Chirurgie Digestive, Générale et Endocrinienne)
<b>VERGNENEGRE</b> Guillaume	ANATOMIE (Service d'Orthopédie Traumatologie)
<b>WHELAN</b> Cornélia	BIOLOGIE CELLULAIRE (Assistante associée du 01-11-2011 au 31-10-2012)
<b>WOILLARD</b> Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

## **CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX**

<b>ABRAHAM</b> Julie	HEMATOLOGIE
<b>BEDIN</b> Bertrand	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
<b>BENAYOUN</b> Yohan	OPHTALMOLOGIE
<b>BENHAMI</b> Ali	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>BERGER</b> Julien	UROLOGIE
<b>BEURDELEY-GAUTHIER</b> Marion	CHIRURGIE INFANTILE
<b>BILAND</b> Guillaume	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>BONNAUD</b> Pierre	CARDIOLOGIE
<b>BOURNETON</b> Nathalie	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>BOUYGUES</b> Antoine	GASTRO-ENTEROLOGIE
<b>CALVET</b> Benjamin	PSYCHIATRIE d'ADULTES
<b>CHAMPY</b> Pauline	REANIMATION
<b>DELMAS</b> Juliette	OPHTALMOLOGIE
<b>DOFFOEL-HANTZ</b> Valérie	DERMATO-VENEREOLOGIE
<b>EGENOD</b> Thomas	PNEUMOLOGIE
<b>GARDET</b> Emmanuel	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>GARMI</b> Rachid	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE et STOMATOLOGIE
<b>GARUCHET-BIGOT</b> Angéline	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>GHEWY</b> Thierry	RADIOTHERAPIE
<b>GORY</b> Benjamin	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>GREFFE</b> Guillaume	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
<b>HAMONET TORNY</b> Julia	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>LABACH</b> Catherine	NEUROLOGIE
<b>LANOE</b> Matthieu	UROLOGIE
<b>LAUTRETTE</b> Géraldine	NEUROLOGIE ( <b>Surnombre</b> du 01-05-2012 au 09-01-2013)
<b>LAYRE</b> Brice	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>LEGROS</b> Romain	GASTRO-ENTEROLOGIE
<b>LHERITIER</b> Gwénaëlle	CARDIOLOGIE
<b>MAAZI</b> Nizar	CARDIOLOGIE
<b>MARTEL</b> Clothilde	MEDECINE INTERNE
<b>MARTIN</b> Sophie	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>MERCÉ</b> Emilie	OPHTALMOLOGIE
<b>MONNIER</b> Grég	PSYCHIATRIE d'ADULTES
<b>NASSOURI</b> Adjoa-Sika	MEDECINE INTERNE B
<b>PAGES</b> Pierre-Alain	CARDIOLOGIE
<b>PETITPAS</b> Stéphanie	OPHTALMOLOGIE ( <b>Surnombre</b> du 01-05-2012 au 17-09-2012)
<b>PICCARDO</b> Alessandro	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>PONSONNARD</b> Anne	PEDOPSYCHIATRIE
<b>QUINTARD-LACOUR</b> Céline	NEPHROLOGIE
<b>RABIN</b> Magalie	NEUROLOGIE
<b>ROUDAUT-DUMONTEIL</b> Charlotte	RHUMATOLOGIE
<b>ROUX-PALOBART</b> Sonia	RADIOTHERAPIE
<b>TCHALLA</b> Achille	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
<b>VACQUERIE</b> Virginie	CHIRURGIE INFANTILE
<b>VINCENT</b> Magalie	CANCEROLOGIE
<b>VIVENT-GIRAUD</b> Muriel	O.R.L.

## **CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE**

**LAUCHET** Nadège

A Monsieur le Professeur **Denis VALLEIX**  
Professeur des universités-Praticien Hospitalier  
Anatomie- Chirurgie générale  
Doyen de la faculté de Médecine de Limoges

Vous me faites l'honneur de présider cette soutenance de thèse.

Veillez recevoir mes plus vifs remerciements et l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur **Daniel BUCHON**  
Professeur associé à mi-temps  
Docteur en médecine générale

Votre soutien, votre patience et votre rigueur m'ont permis de mener à bien ce travail.

Veillez trouver ici l'assurance de ma profonde reconnaissance pour votre gentillesse et votre disponibilité.

A Monsieur le Professeur **Jean-Gabriel BUISSON**  
Professeur associé à mi-temps  
Docteur en Médecine Générale

Vous m'honorez en évaluant ce travail.

Veillez recevoir mes remerciements les plus sincères.

A Madame Le Professeur **Martine PREVOST**  
Professeur associé à mi-temps  
Docteur en Médecine Générale

Je suis très honorée de votre présence au sein de ce jury.

Je vous remercie d'avoir su vous rendre disponible.

A Messieurs les Docteurs **Bouilhac, Claudel, Marcus et Roger**  
Docteur en Médecine Générale

Vos précieuses réponses ont permis à ce travail de voir le jour.  
Je vous remercie pour le temps que vous m'avez consacré.

A Madame **Claire LAGARDE**  
Chargée de Mission Santé  
Conseil Régional du Limousin

Et

A Monsieur **Anthony PONTICAUD**  
Responsable du Pôle Organisation et Régulation de l'Offre  
Direction de l'Offre de Soins et de la Gestion Du Risque  
ARS Limousin

Les connaissances que vous m'avez apportées ont contribué à enrichir  
ce travail.

Soyez assuré de ma gratitude.

A ma famille,  
Pour son soutien inconditionnel et ses encouragements.

A mon mari,  
Pour son amour et sa présence.

A mes enfants Paul-Louis et Eloïse,  
Pour le bonheur et la joie qu'ils m'apportent.

A mes amis, Aurélie, Caroline, Fanny et Sonia,  
Pour leur présence et leur amitié.

# TABLES DES MATIERES

<b>LISTE DES ACRONYMES</b>	13
<b>INTRODUCTION</b>	14
<b>PARTIE 1 : DEMOGRAPHIE MEDICALE</b>	16
<b>1.1. AU NIVEAU NATIONAL</b>	17
1.1.1. Situation géographique	17
1.1.2. Répartition géographique	19
1.1.3. Cadre d'activité et mode d'exercice	20
1.1.4. Vieillesse de la population médicale	21
1.1.5. Féminisation de la profession	21
<b>1.2. AU NIVEAU REGIONAL ET DEPARTEMENTAL</b>	22
1.2.1. Rappel de la loi HPST	22
1.2.1.1. Les territoires de santé	22
1.2.1.2. L'approche territoriale des soins de premier recours	22
1.2.1.3. Définir les soins de premier recours en médecine générale	23
1.2.1.4. Les bassins de vie	23
1.2.2. Présentation de la région	24
1.2.2.1. Age des médecins généralistes	25
1.2.2.2. Répartition géographique	26
1.2.2.3. Les problèmes rencontrés	27
<b>1.3. JEUNE GENERATION ET EXERCICE LIBERAL</b>	28
1.3.1. Motivations pour exercer en secteur libéral	28
1.3.2. Freins à l'installation en libéral	29
<b>PARTIE 2 : ETAT DES LIEUX DES SOLUTIONS MIS EN PLACE EN 2012 EN CORREZE</b>	31
<b>2.1. GENERALITES</b>	34
2.1.1. Définition	34
2.1.1.1. Objectifs	34
2.1.1.2. Un cahier des charges national	34
2.1.2. Le projet de santé	35
2.1.2.1. Missions et objectifs de la MSP	35
2.1.2.2. Se rencontrer, discuter, échanger sur sa pratique	36
2.1.3. Le projet professionnel	36
2.1.3.1. Des obstacles réglementaires	37
2.1.3.2. Des obstacles techniques	38
2.1.3.3. Des obstacles humains	38
2.1.4. Le projet immobilier	39
2.1.5. Le projet financier	40
2.1.6. Le projet juridique	40

<b>2.2. LES PROJETS DU DEPARTEMENTS DE LA CORREZE</b>	<b>42</b>
2.2.1. Les MSP à l'initiative des professionnels de santé	43
2.2.1.1. La maison médicale de Seilhac	43
2.2.1.1.1. Situation géographique	44
2.2.1.1.2. Origine	44
2.2.1.1.3. Réalisation	45
2.2.1.1.4. Originalité	46
2.2.1.1.5. Avantages	46
2.2.1.1.6. Inconvénients	46
2.2.1.1.7. Avenir	46
2.2.1.2. La maison de santé pluri professionnelle de Beynat	47
2.2.1.2.1. Situation géographique	47
2.2.1.2.2. Origine	48
2.2.1.2.3. Réalisation	49
2.2.1.2.4. Originalité	49
2.2.1.2.5. Avantages	49
2.2.1.2.6. Inconvénients	50
2.2.1.2.7. Avenir	50
2.2.2. Les MSP à l'initiative des élus du secteur : la MSP d'Egletons	51
2.2.2.1. Situation géographique	51
2.2.2.2. Origine	52
2.2.2.3. Réalisation	53
2.2.2.4. Originalité	53
2.2.2.5. Avantages	54
2.2.2.6. Inconvénients	54
2.2.2.7. Avenir	54
2.2.3. Pôle de santé	55
2.2.3.1. Définition	55
2.2.3.2. Projet de santé de territoire	55
2.2.3.3. Structure	56
2.2.3.4. Le pôle de santé de Haute-Corrèze	58
2.2.3.4.1. Son objectif	59
2.2.3.4.2. Son organisation	60
2.2.3.4.3. Sa réalisation	61
2.2.3.4.3.1. A Ussel	61
2.2.3.4.3.2. A Neuvic	61
2.2.3.4.3.3. A Bort-les-Orgues	61
2.2.3.4.4. Le contrat local de santé	62
2.2.3.4.5. Les moyens à mettre en place	62
2.2.4. Réseau de santé de la montagne limousine	64
2.2.4.1. Les objectifs	65
2.2.4.2. La réalisation	65
2.2.4.3. Les originalités	66

<b>2.3. PERMANENCE DE SOINS EN MEDECINE AMBULATOIRE</b>	<b>67</b>
2.3.1. Définition	67
2.3.2. Activité	68
2.3.2.1. L'effectif	68
2.3.2.2. La régulation médicale	68
2.3.3. Acteurs	69
2.3.4. Tableaux de permanence	69
2.3.5. Rémunération	70
2.3.5.1. Rémunération des médecins de garde	70
2.3.5.2. Rémunération des médecins régulateurs	70
2.3.6. Permanence des soins en Corrèze	70
2.3.6.1. Historique	70
2.3.6.1.1. Avant le 1 <sup>er</sup> janvier 2003	70
2.3.6.1.2. A partir de 2003	70
2.3.6.1.3. Depuis 2009	71
2.3.6.2. Nouveau dispositif effectif depuis le 1 <sup>er</sup> octobre 2012	71
2.3.6.2.1. La régulation médicale des appels	71
2.3.6.2.2. Double sectorisation	72
2.3.6.2.2.1. Activité de consultation	72
2.3.6.2.2.2. Activité de visites à domicile dites incompressibles	73
2.3.6.2.3. Rémunération	74
2.3.6.2.3.1. Médecins régulateurs	74
2.3.6.2.3.2. Consultations	74
2.3.6.2.3.3. Effecteurs mobiles	74
<b>2.4. AIDES A L'INSTALLATION</b>	<b>75</b>
2.4.1. La Plate-forme d'Appui aux Professionnels de Santé ou PAPS	75
2.4.2. Deux différents zonages	77
2.4.2.1. Zonage ZRR	77
2.4.2.2. Zonage SROS	78
2.4.3. Aides de l'Etat	80
2.4.3.1. Contrat d'engagement de service public	80
2.4.3.1.1. Le contrat	80
2.4.3.1.2. L'allocation	80
2.4.3.1.3. La rémunération	81
2.4.3.1.4. Les incidences du CESP	81
2.4.3.1.5. Les engagements du candidat	81
2.4.3.1.6. La procédure	81
2.4.3.2. Exonération d'Impôt sur le Revenu	83
2.4.3.3. Exonération des astreintes	83
2.4.3.4. Exonération des cotisations patronales	83
2.4.4. Aides des collectivités territoriales	84
2.4.4.1. Aide à l'installation ou au maintien des professionnels ou centre de santé	84

2.4.4.2.	Aide aux étudiants en médecine	84
2.4.4.2.1.	Indemnité d'études et de projet professionnel	84
2.4.4.2.2.	Indemnité de logement	84
2.4.4.2.3.	Indemnité de déplacement	84
2.4.5.	Aides de l'Assurance Maladie	85
2.4.5.1.	Nouvelle convention médicale	85
2.4.5.1.1.	Option démographie	85
2.4.5.1.2.	Option Santé Solidarité Territoire	85
2.4.5.1.3.	Moratoire médecin traitant	85
2.4.6.	Aides du Conseil Général	86
<b>2.5. UNIVERSITARISATION</b>		<b>87</b>
<b>PARTIE 3 : DISCUSSION</b>		<b>88</b>
<b>CONCLUSION</b>		<b>96</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>		<b>98</b>
<b>ANNEXE</b>		<b>102</b>
	Annexe 1	103
	Annexe 2	105
	Annexe 3	106
	Annexe 4	113
	Annexe 5	116
	Annexe 6	117
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE</b>		<b>118</b>

## LISTE DES ACRONYMES

**AMRL 19** : Association des Médecins Libéraux de la Corrèze  
**AFPA** : Association nationale pour la Formation Professionnelle des Adultes  
**ARH** : Agence Régionale de l'Hospitalisation  
**ARS** : Agence Régionale de Santé  
**CESP** : Contrat d'Engagement du Service Public  
**CLS** : Contrat Local de Santé  
**CNIL** : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés  
**CNG** : Conseil National de Gestion  
**CNOM** : Conseil National de l'Ordre des Médecins  
**CODAMUPS-TS** : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires  
**CPER** : Contrat de Projet Etat-Région  
**DASRI** : Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux  
**DES** : Diplôme d'Enseignement Supérieur  
**DESC** : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires  
**DETR** : Dotation d'Equipement des Territoires Ruraux  
**DREES** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques  
**DU** : Diplôme Universitaire  
**ECN** : Examen National Classant  
**EPHAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  
**FFMPS** : Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé  
**FIQCS** : Fond D'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins  
**HAD** : Hospitalisation A Domicile  
**HAS** : Haute Autorité de Santé  
**HPST** : Hôpital Patient Santé et Territoire  
**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques  
**IUT** : Institut Universitaire de Technologie  
**MSA** : Mutualité Sociale Agricole  
**MSP** : Maison de Santé Pluridisciplinaire  
**PDSA** : Permanence des Soins Ambulatoires  
**PRS** : Projet Régional de Santé  
**PSP** : Pole de Santé Pluridisciplinaire  
**SAMU** : Service d'Aide Médicale Urgente  
**SCI** : Société Civile Immobilière  
**SCM** : Société Civile de Moyens  
**SCP** : Société Civile Professionnelle  
**SGAR** : Secrétariat Général pour les Affaires Régionales  
**SRoS** : Schéma Régional d'Organisation des Soins  
**URCAM** : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie  
**URPS** : Union Régionale des Professionnels de Santé  
**ZRR** : Zone de Revitalisation Rurale

# **INTRODUCTION**

En 2008, près de 2.6 millions de Français rencontraient déjà des difficultés pour accéder aux soins, que ce soit pour trouver un médecin généraliste, un spécialiste ou n'importe quels autres professionnels de santé. Devant ce constat accablant, l'Etat a dû faire face à la réalité à savoir une désertification médicale massive dans les prochaines années. Il a donc pris acte du problème, et chargé le ministère de la santé en accord avec les Agences Régionales de la santé de trouver des solutions.

La première réaction dans les années 2000 a été d'augmenter très significativement mais progressivement le *numerus clausus* du concours d'entrée (4000 en 2000 à 7500 en 2012). Malheureusement, la durée de formation d'un médecin étant de 9 ans minimum (cas des médecins généralistes), les répercussions de cette hausse ne se feront sentir que trop tardivement. Il a donc fallu envisager d'autres solutions pour pallier aux zones déficitaires dès à présent. Mesures incitatives ou coercitives n'ont jamais été aussi débattues en politique et au sein de la communauté médicale.

Depuis quelques années maintenant, une idée fixe semble s'être diffusée : rassembler les professionnels dans un même lieu d'exercice, favoriser le travail de groupe, améliorer la coopération avec les hôpitaux, donc les autres spécialistes et les universités. Voilà comment à émerger l'idée des maisons de santé pluri-professionnelles. Du temps et de nombreuses réunions et concertations ont été nécessaires pour aboutir à une définition précise de ces futurs lieux d'exercices. Celle-ci évolue et s'affine d'ailleurs constamment avec le recul des premières MSP mises en place ; l'expérience des uns profitant aux autres. Il a fallu adapter le concept en fonction de la localisation, des professionnels...

Tout cela étant très récent, au sein des promotions, les étudiants sont très peu informés des différentes possibilités qui s'offrent à eux pour leur future carrière. Les réponses à la multitude d'interrogations qu'ils se posent ne sont pas faciles à trouver car éparpillées aux quatre coins des différentes administrations, dans un méandre de textes de lois et de décrets. Face à tous ces problèmes, de nombreux futurs médecins choisissent la sécurité : le salariat au détriment du libéral.

Il nous est donc apparu comme pertinent de rassembler toutes ces informations au sein d'un même document afin de faciliter leurs recherches et ainsi nous l'espérons, rassurer la jeune génération sur une éventuelle installation en libéral.

Après avoir, dans une première partie, fait un point sur la démographie médicale des médecins en 2012 et sur les attentes des médecins de demain, nous nous sommes attachés à décrire les différentes structures, systèmes d'organisation de l'offre de soins et aides financières que le département de la Corrèze offrait à ses futurs professionnels de santé courant de l'année 2012 ( La Corrèze offrant un panel assez représentatif de ce qui se fait sur l'ensemble du territoire).

Enfin, dans une troisième partie, nous nous interrogerons de l'évolution du mode d'exercice de la future génération de médecin généraliste mais également des éventuelles solutions actuellement à l'étude (nouveaux modes de rémunération, forfaits, délégations de soins, éducation thérapeutique...)

# **PARTIE 1**

## **DEMOGRAPHIE MEDICALE**

## 1.1. AU NIVEAU NATIONAL

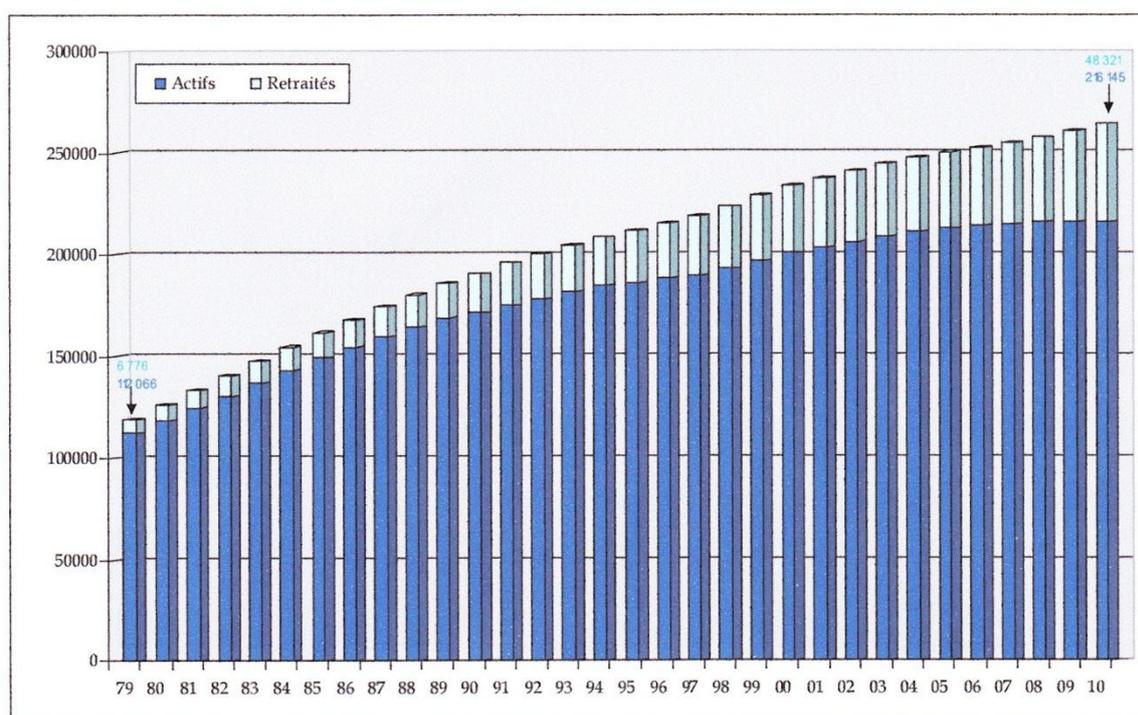
### 1.1.1. Situation démographique

Au 1er janvier 2011, le tableau de l'Ordre recense 264 466 médecins inscrits dont 216 145 actifs et 48 321 retraités, toutes spécialités confondues.

Les effectifs des médecins inscrits au Tableau de l'Ordre continuent de croître très légèrement (+1,2% en un an) ; mais plus particulièrement chez les médecins retraités actifs (+30,6%).

Ces six dernières années, les médecins retraités enregistrent un accroissement de 35% de leurs effectifs tandis que le nombre d'actifs n'a augmenté, sur la même période, que de 3,5%.

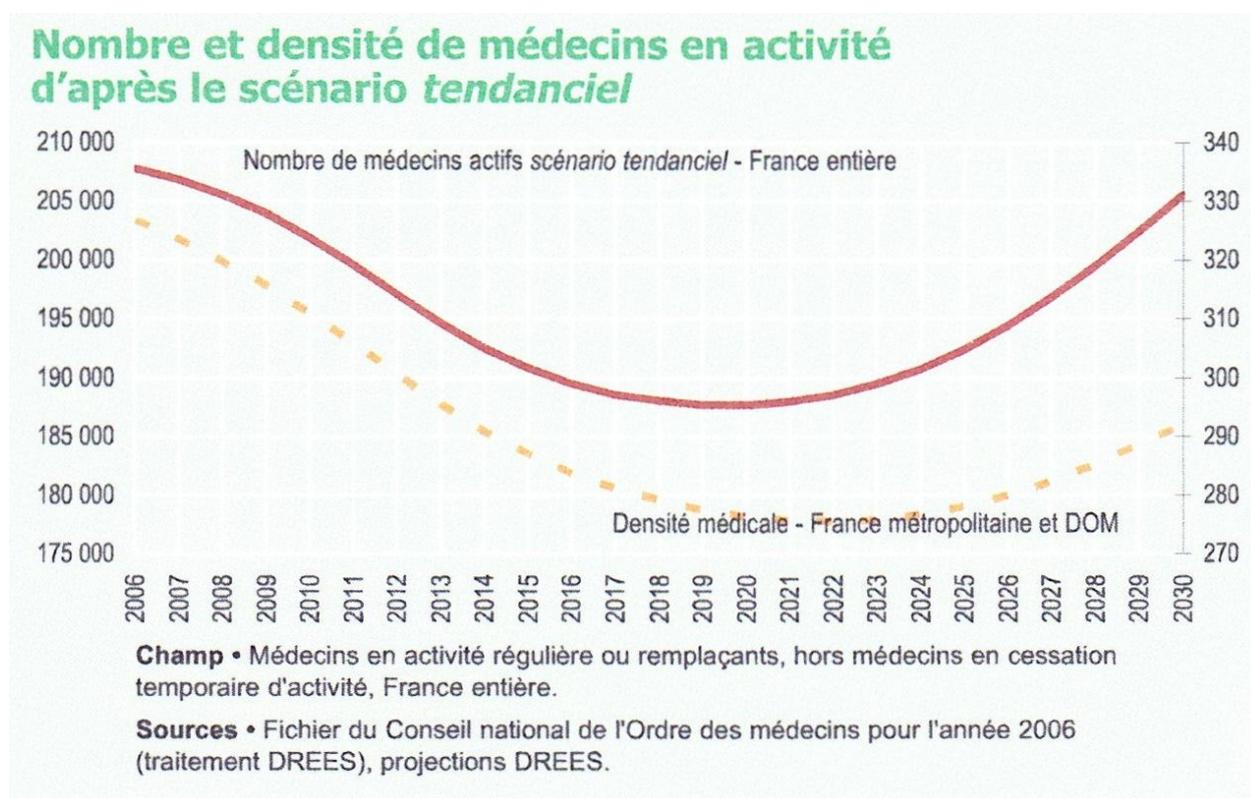
Graphique n°1 : Les effectifs des médecins inscrits au Tableau de l'Ordre de 1979 à 2010



Source : Conseil National de l'Ordre des Médecins, *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2011*.

En trente et un ans, le nombre de médecins actifs est passé de 112 066 à 216 145 soit une augmentation de 92,9%. Les médecins retraités enregistrent une augmentation de 613,1% de leurs effectifs entre 1979 et 2010.

Un scénario de référence, dit *tendanciel*, a été réalisé supposant un maintien des choix individuels des médecins à long terme. Dans ce scénario malgré un fort relèvement du *numerus clausus* jusqu'à 8000 en 2012, le nombre de médecins en activité ne retrouverait son niveau actuel qu'en 2030 mais avec une densité médicale plus faible qu'aujourd'hui (rapport entre le nombre de médecins et le nombre d'habitants sur un territoire donné).

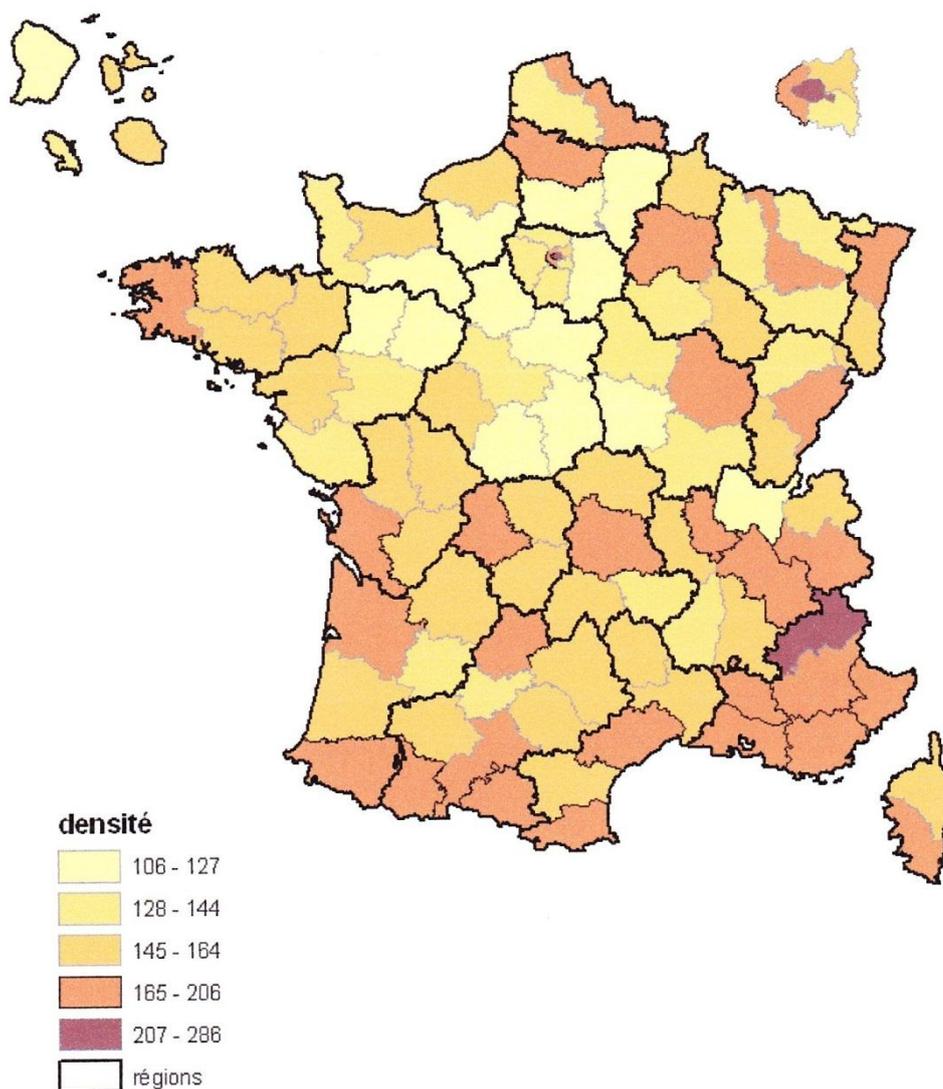


### 1.1.2. Répartition géographique

Non seulement, la densité médicale ne fait que diminuer mais de plus nous remarquons de fortes inégalités dans la répartition de ces médecins au niveau du territoire national.

Prenons l'exemple des médecins généralistes, sur cette carte, on constate une forte attractivité des omnipraticiens libéraux pour le Sud de la France métropolitaine. C'est ce que l'on qualifie d'héliotropisme.

Densité des généralistes par département au 1<sup>er</sup> janvier 2011



© IGN -DREES 2011

Sources : DREES - Répertoire Adeli, INSEE - estimations de population

Densité : nombre de professionnels en activité pour 100 000 habitants

### 1.1.3. Cadre d'activité et mode d'exercice

Au 1er janvier 2011, le tableau de l'Ordre recense 199 987 médecins inscrits en activité régulière, toutes spécialités confondues ; soit une légère baisse de 0,03% en un an.

Les différents modes d'exercice sont :

- l'exercice libéral,
- mixte (c'est-à-dire libéral et salarié),
- salarié (décomposé en médecine salariée, hospitalière, médecine salariée et hospitalière),
- une catégorie « divers » en référence aux médecins dont la forme de rémunération (salaires ou honoraires) n'est pas connue. Ce sont notamment les médecins travaillant au sein de laboratoires pharmaceutiques, réalisant des expertises, des missions pour les sociétés d'assurances privées...
- une catégorie sans exercice déclaré.

Les 199 987 médecins en activité régulière (dont 41% de femmes) sont repartis comme suit :

- 46% de médecins libéraux exclusifs,
- 42.5% de médecins salariés dont 64,8% d'hospitaliers,
- 11.5% de médecins ont un exercice mixte dont 68,1% de libéraux hospitaliers,

67 médecins n'ont pas d'exercice déclaré (cela inclut les médecins remplaçants) et 74 médecins ont d'autres activités, salariées ou libérales classés dans la catégorie « divers ».

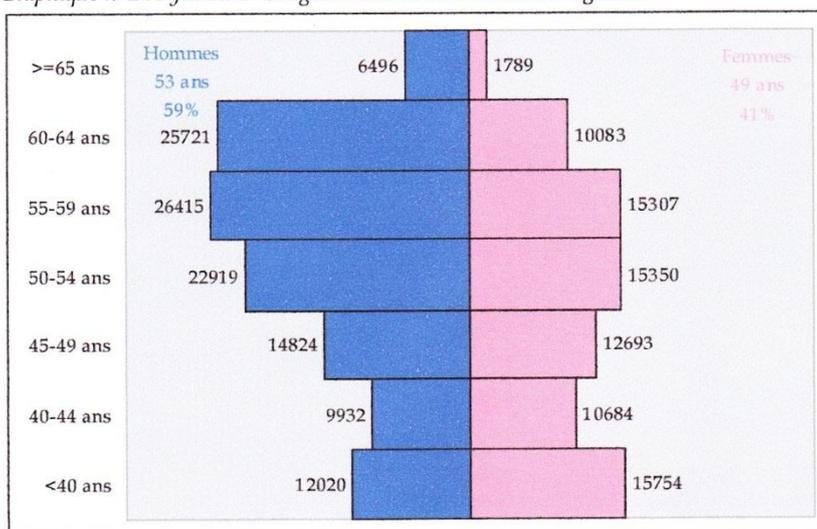
Depuis une dizaine d'années, l'exercice libéral souffre d'un désintérêt croissant au profit de l'exercice salarié et, plus particulièrement, hospitalier, aussi bien chez les médecins généralistes que chez les médecins spécialistes. En effet, parmi les 5392 médecins nouvellement inscrits au tableau de l'Ordre au cours de l'année 2010, 70% privilégient l'exercice salarial tandis que seulement 9.4 % choisissent un mode d'exercice libéral.

### 1.1.4. Vieillesse de la population médicale

L'âge moyen des médecins en activité régulière, toutes spécialités confondues, est de 51,4 ans (respectivement 53 ans pour les hommes et 49 ans pour les femmes).

Les médecins âgés de 55 ans et plus représentent 42,9% des effectifs tandis que les moins de 40 ans comptabilisent 13,9% des effectifs.

Graphique n°2 : Pyramide des âges des médecins en activité régulière



### 1.1.5. Féminisation de la profession

Parallèlement à ce vieillissement, les femmes sont de plus en plus nombreuses dans la profession : elles représentent désormais 41 % de l'ensemble des médecins, contre 30 % seulement en 1990. Elles sont notamment majoritaires parmi les médecins actifs âgés de moins de 45 ans (56 %). Les femmes sont ainsi plus jeunes que leurs homologues masculins (âges médians respectifs de 49 ans et 54 ans en 2012). Cette féminisation des effectifs est appelée à se poursuivre, les femmes représentant en 2010 plus de six internes en formation sur dix. À partir de 2022, selon les projections démographiques de la DREES (qui supposent le maintien des tendances récentes), les femmes médecins deviendraient plus nombreuses que leurs confrères masculins (Attal- Toubert et Vanderschelden, 2009).

## **1.2. AU NIVEAU REGIONAL ET DEPARTEMENTAL**

### **1.2.1. Rappel de la loi HPST**

Selon la loi HPST du 21 juillet 2009, *chapitre Ier Bis – Organisation des soins*, l'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité.

La loi HPST, dans son article 118, crée les Agences Régionales de Santé, à qui elle confie deux grandes missions :

1 - L'ARS est chargée de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique : prévention, promotion et éducation à la santé, mais aussi veille et sécurité sanitaires. Elle se voit confier par la loi les missions suivantes :

- Organiser la veille et la sécurité sanitaires, ainsi que l'observation de la santé ;
- Définir, financer et évaluer les actions de prévention et de promotion de la santé ;
- Contribuer à l'anticipation, la préparation et la gestion des crises sanitaires, en liaison avec le préfet.

2 - L'ARS est chargée de la régulation de l'offre de santé en région, pour mieux répondre aux besoins et garantir l'efficacité du système de santé.

#### **1.2.1.1. Les territoires de santé**

Les territoires de santé sont issus de la suppression de la carte sanitaire par l'Ordonnance de simplification administrative du 4 septembre 2003.

Pour les définir, les régions ont emprunté des voies diverses :

- création spécifique de territoires de santé à partir de données démographiques et statistiques ;
- échelle départementale devient un territoire de santé ;
- combinaison de bassins de vie pour délimiter un territoire de santé.

#### **1.2.1.2. L'approche territoriale des soins de premier recours**

Selon la loi HPST, le territoire des soins de premier recours doit être envisagé comme une zone d'organisation graduée et fonctionnelle de l'offre de soins. Cet espace doit :

- permettre de répondre aux besoins de la population tant sur le plan sanitaire, médical que médico-social ;
- correspondre à un exercice concerté et coordonné, collaboratif et interprofessionnel sur lequel doivent s'organiser la continuité et la permanence de soins.

D'après l'article L1411-11 du Code de la Santé publique, l'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité.

### **1.2.1.3. Définir les soins de premiers recours en médecine générale**

Selon l'article L.4130.1 de la loi HPST, les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :

«1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour les patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou les centres médico-sociaux.

«2° Orienter les patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social.

«3° S'assurer de la coordination des soins nécessaires.

«4° Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient.

«5° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé.

«6° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage.

«7° Participer à la mission de service public de la permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1.

«8° Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.

### **1.2.1.4. Les bassins de vie**

D'après les nombreuses études quantitatives et qualitatives de démographie médicale que le Conseil National de l'Ordre des Médecins a pu mener ces dernières années, nous proposons que les soins de premier recours soient abordés à l'échelle des bassins de vie.

Selon l'INSEE « le bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès à la fois aux équipements et à l'emploi ».

Il s'agit d'un espace géographique des pratiques spatiales de la vie quotidienne où les populations vivent et se déplacent (hypermarchés, magasins, gendarmerie, bureau de poste, écoles, équipements sportifs...).

Dans le domaine de la santé, on y trouve des médecins, infirmiers, dentistes, hôpitaux, services d'urgences...

Pour les soins de premier recours, la notion de bassins de vie nous semble être la plus appropriée pour répondre aux besoins d'accès aux soins de santé des populations, envisagée dans une zone d'organisation graduée et fonctionnelle de l'offre de soins correspondant à un exercice concerté – coordonné – collaboratif et interprofessionnel sur lequel peut s'organiser la continuité et la permanence des soins.

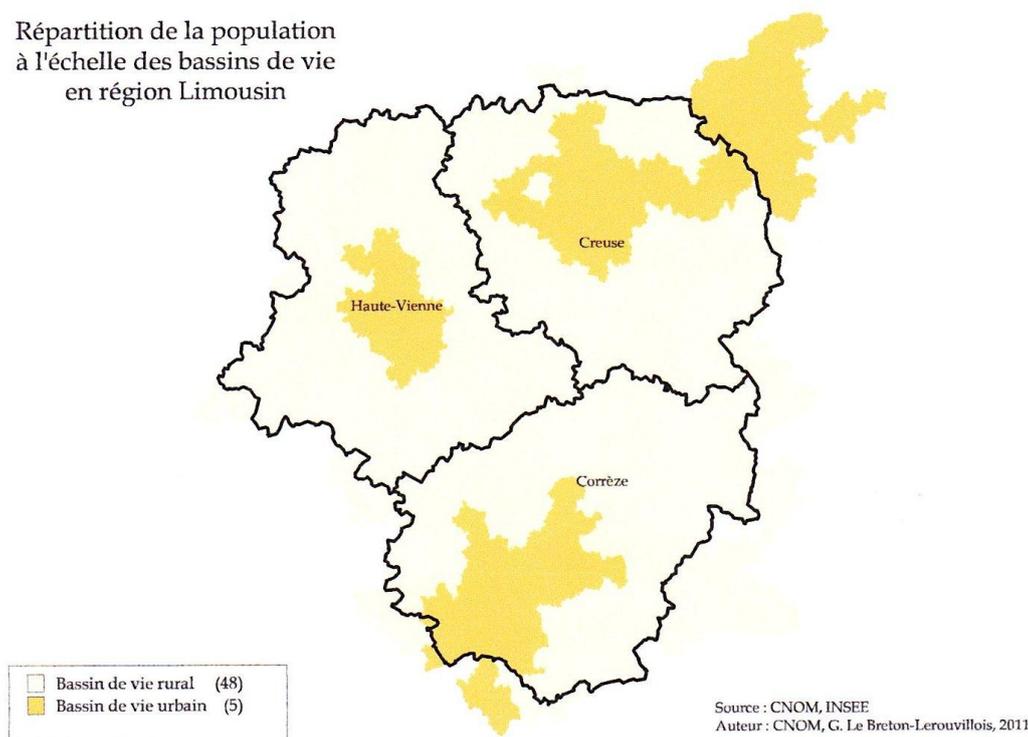
### 1.2.2. Présentation de la région

La région du Limousin regroupe trois départements : la Corrèze, la Creuse et la Haute-Vienne. Son chef-lieu est Limoges.

Au 1er janvier 2010, la population de la région du Limousin était estimée à 759 414 habitants, soit 1,2% de la population de la France métropolitaine. C'est la deuxième région la moins peuplée de France métropolitaine après la Corse.

La région Limousin est composée de 53 bassins de vie. 91% des bassins de vie dénombrent moins de 30 000 habitants et sont considérés, d'après l'INSEE, comme étant des bassins de vie ruraux.

Répartition de la population  
à l'échelle des bassins de vie  
en région Limousin



La région Limousin recense 3009 médecins inscrits dont 82.2% actifs et 17.8% retraités. Avec une densité moyenne de 306 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants, la région Limousin se situe dans la moyenne nationale.

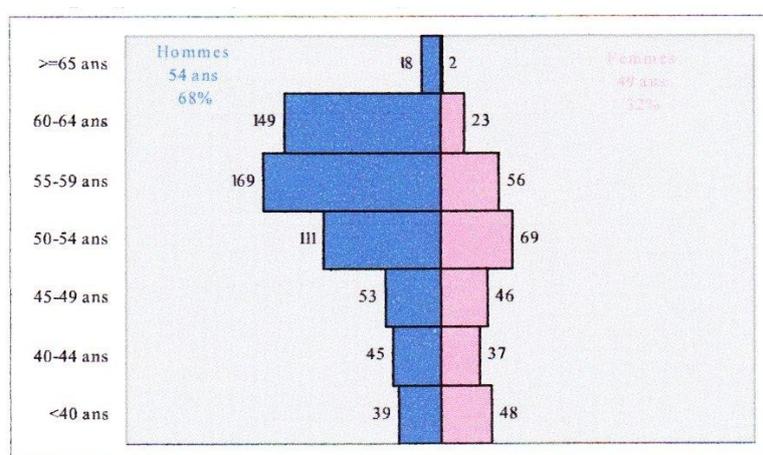
### 1.2.2.1. Ages des médecins généralistes

Les bassins de vie sont composés en moyenne de 16 médecins généralistes libéraux et mixtes.

Agés en moyenne de 53 ans, les hommes représentent 68% des 865 médecins généralistes libéraux et mixtes de la région Limousin.

53% des bassins de vie de la région Limousin sont composés de médecins généralistes libéraux et mixtes âgés de plus de 53 ans.

Pyramide des âges des médecins généralistes en région Limousin



- 20% des généralistes libéraux et mixtes sont âgés de moins de 45 ans et 22% sont âgés de 60 ans et plus

- Parmi les médecins généralistes âgés de moins de 40 ans, 55% sont des femmes.

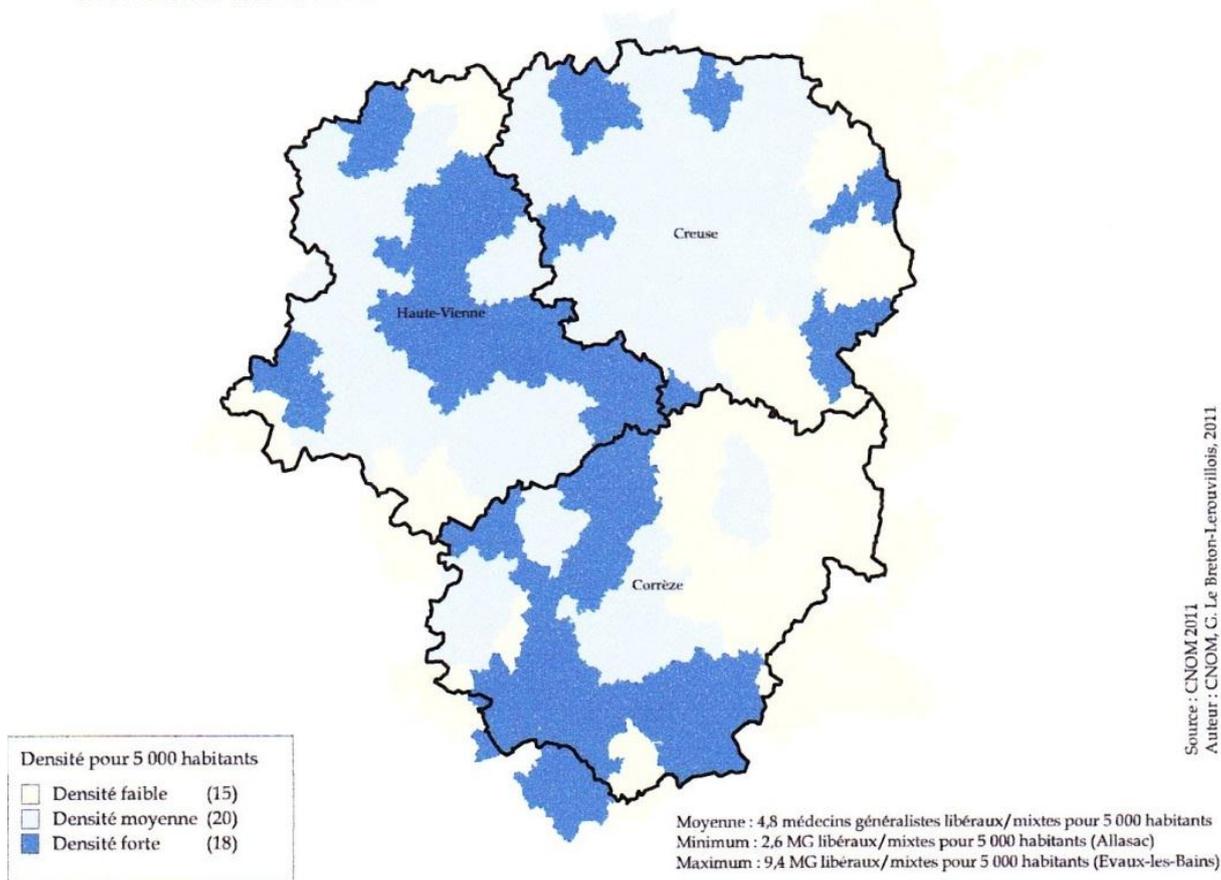
Source : Conseil National de l'Ordre des Médecins, *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1<sup>er</sup> janvier 2011* ; *La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Limousin : la situation au 1<sup>er</sup> juin 2011*.

### 1.2.2.2. Répartition géographique

Un bassin de vie compte en moyenne 4,8 médecins généralistes pour 5 000 habitants. 28% des bassins de vie de la région Limousin sont caractérisés par une densité faible (inférieure à la moyenne).

En théorie, les médecins généralistes de ces bassins de vie sont susceptibles de prendre leur retraite dans les cinq années à venir.

Densité des médecins généralistes libéraux et mixtes pour 5 000 habitants à l'échelle des bassins de vie



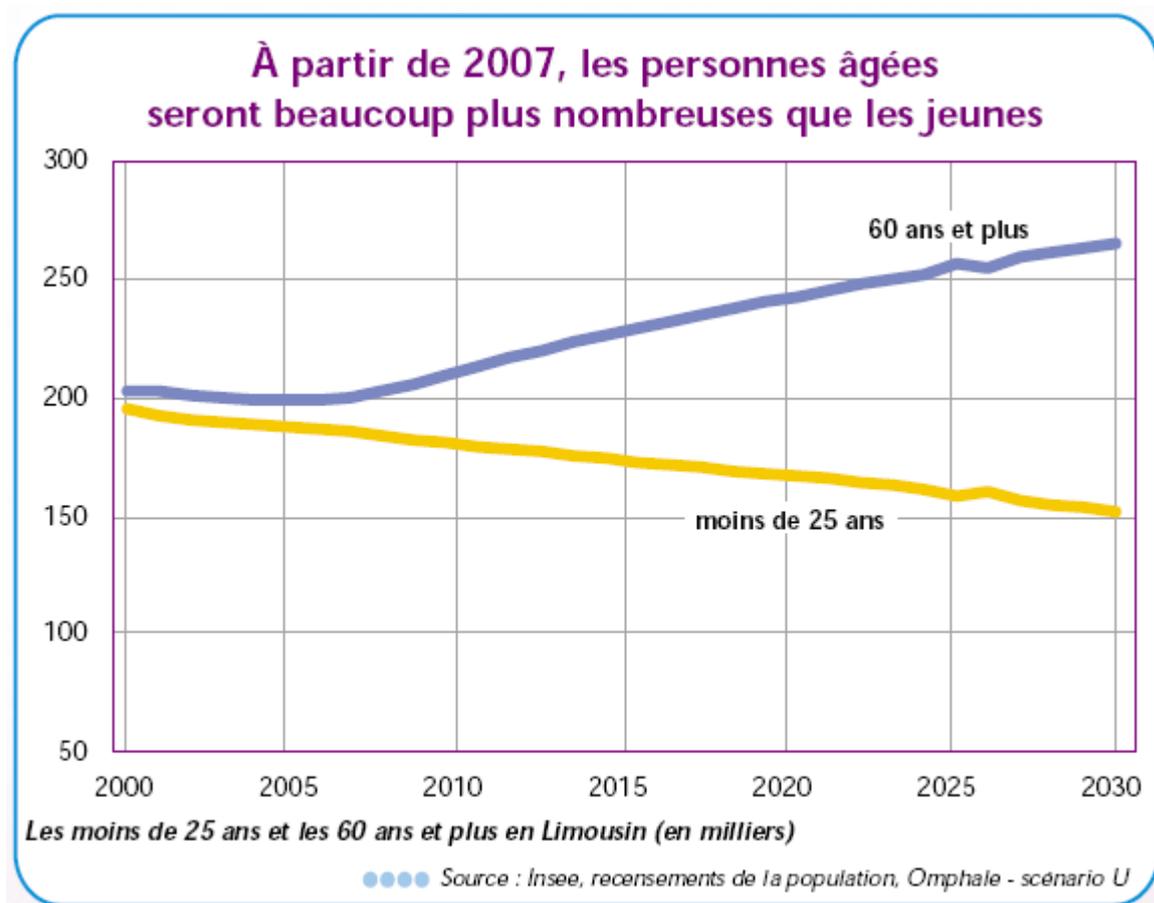
### 1.2.2.3. Les problèmes rencontrés

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

Pour cette région de 723.800 habitants nous pouvons constater les phénomènes suivants :

- Un doublement prévisionnel du nombre d'habitants de 75 ans et plus à l'horizon 2030.
- Une poursuite de l'urbanisation et de la rurbanisation.
- Des professionnels de santé inégalement répartis sur le territoire.
- Une densité de médecins généralistes supérieure à la moyenne nationale mais plus faible en zone rurale avec une moyenne d'âge plus élevée.
- Installation des jeunes médecins de préférence en zone urbaine et périurbaine. Le Limousin est proportionnellement la région la plus âgée de France 11,5% des limousins ont plus de 75 ans pour une moyenne nationale de 7,6%.

Près de 85 000 personnes ont plus de 75 ans en Limousin et les estimations tablent sur un doublement du nombre d'habitants de 75 ans et plus à l'horizon 2030.



### **1.3. JEUNE GENERATION ET EXERCICE LIBERAL**

Les jeunes médecins généralistes fraîchement diplômés boudent ostensiblement le secteur libéral. Voilà le fléau qui accentue la désertification médicale.

Alors qu'à peine un nouvel inscrit sur dix au tableau de l'Ordre souhaite exercer sa spécialité en secteur libéral, pour les années 2009 et 2010, 1 211 médecins sont recensés, nouvellement inscrits pratiquant leur exercice médical en secteur libéral exclusif. Les 1 211 médecins nouvellement inscrits, au tableau de l'Ordre en 2009 et 2010, en secteur libéral, se répartissent équitablement les effectifs entre les hommes (50%) et les femmes (50%). Désormais, le choix du mode d'exercice n'est plus une question de genre et encore moins une pratique exclusivement masculine.

72,7% des nouveaux inscrits en secteur libéral exercent la médecine générale.

Les nouvelles générations s'installent de façon préférentielle dans les départements qui ont une faculté de médecine.

En moyenne, un médecin sur deux s'installe dans sa région de formation.

Et un tiers seulement des médecins s'est installé dans un bassin de vie rural.

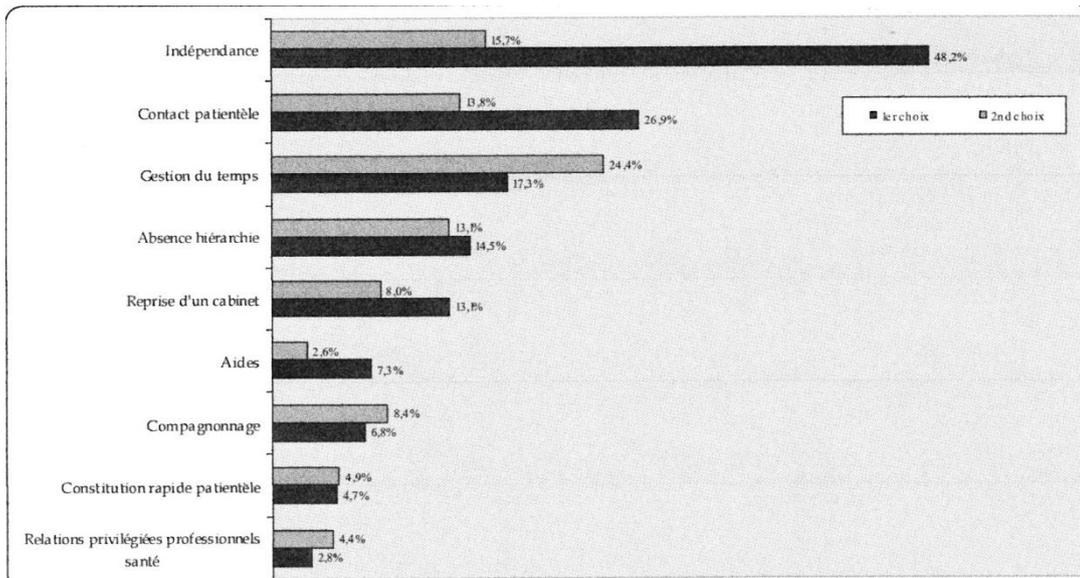
#### **1.3.1. Motivations pour exercer en secteur libéral**

Les réponses des médecins divergent légèrement selon que l'on interroge des médecins déjà installés avec une expérience du terrain ou des étudiants, futurs médecins, qui n'ont qu'une idée tronquée de leur futur métier. Mais quoiqu'il en soit, les mêmes facteurs apparaissent et se superposent dans des ordres différents.

Les principales motivations sont :

- l'indépendance, absence de hiérarchie
- le gestion du temps avec libre organisation du temps de travail/vacances
- le contact privilégié avec la patientèle
- la diversification des actes
- la prise en charge globale du patient

Les aides de l'état et des collectivités territoriales, l'opportunité d'une reprise de cabinet, les relations privilégiées avec les autres professionnels de santé et de compagnonnage ne sont pas les critères déterminants qui ont motivé les médecins à s'installer.



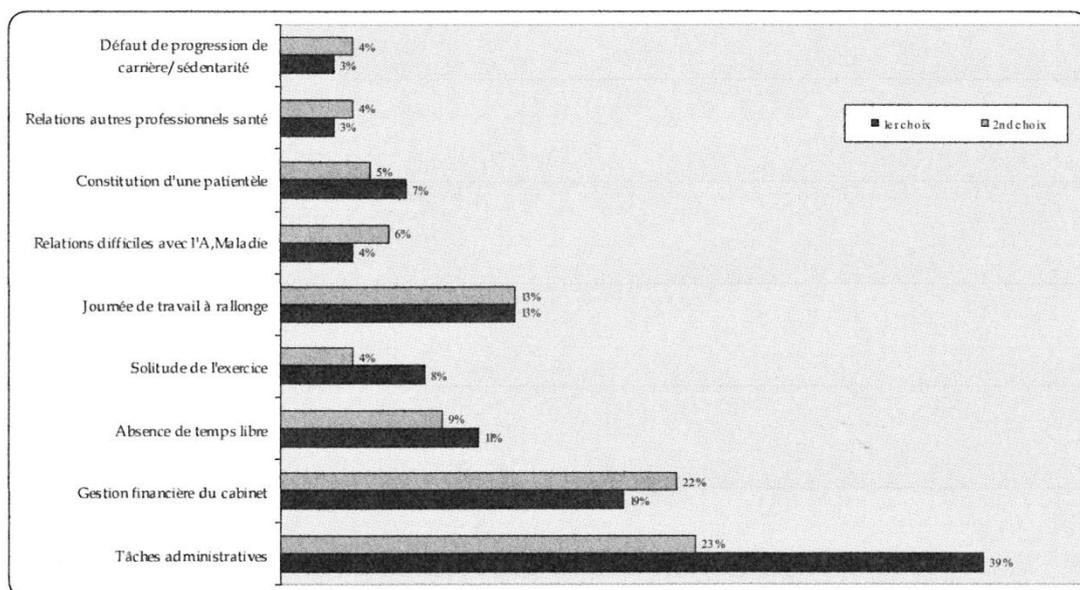
Principales raisons pour exercer en secteur libéral

On remarque également que pour plus de la moitié des jeunes médecins, la qualité de vie privée et familiale est placée en première position comme élément guidant le choix de carrière. Les médecins d'aujourd'hui ne veulent pas répéter les erreurs du passé. Disponibles certes mais pas corvéables à merci !

### 1.3.2. Freins à l'installation en libéral

Là encore les réponses divergent légèrement. Mais on retrouve dans les principales raisons :

- La lourdeur des tâches administratives
- La complexité de la gestion comptable libérale
- L'amplitude horaire de travail
- La solitude de l'exercice



Principales difficultés de l'exercice au quotidien

Il est clair pour tous que le lieu d'installation doit être attractif. Un médecin ne peut s'installer dans une zone déficitaire s'il ne trouve pas une qualité de vie personnelle et familiale (écoles et crèches à proximité) ainsi que des possibilités professionnelles pour le conjoint. Nous touchons là, au problème d'aménagement du territoire que connaît la France.

La peur de se lancer pour la jeune génération semble viscérale (période de remplacement très longue, l'âge moyen d'installation est de 39 ans). Le manque de préparation lors de la formation semble être au cœur du débat (gestion du cabinet, contrainte financière, mode d'exercice ...).

Il est indispensable que les informations concernant la pratique libérale et l'exercice en milieu rural soient développées et répétées tout au long du cursus. Rémunération, difficultés et solutions concernant la permanence des soins, réalités des charges, modalités légales d'installation doivent être débattues.

L'objectif de ce travail est d'apporter quelques réponses aux questions que se posent mes confrères lors de leur future installation en réunissant au sein d'un même document les différentes possibilités offertes. Le monde de la santé est en pleine évolution. L'offre de soins doit être équitablement répartie sur le territoire. Chaque acteur de ce maillage doit évaluer ses besoins et se questionner sur l'adéquation demande-besoins.

**PARTIE 2**  
**ETAT DES LIEUX DES SOLUTIONS**  
**MIS EN PLACE EN 2012 EN**  
**CORREZE**

Les difficultés et la lassitude croissante exprimées par de nombreux médecins généralistes, ainsi que l'évolution en cours de l'organisation des « soins primaires » renvoient à des mutations profondes de notre société. Et même si cela peut paraître lointain, il n'est pas indifférent de noter que les mêmes difficultés et, dans une large mesure, des solutions comparables sont envisagées dans la plupart des pays développés.

Comme la démographie médicale le montre, le nombre de médecins en exercice commence à se réduire notablement, quelquefois avec une soudaineté et une brutalité qui alarment les élus et la population. Les ARS, créées en avril 2010, ont la mission d'organiser les soins ambulatoires et sont donc attentives à cette « et centrée sur le seul soin, sans lien avec la prévention, l'éducation, la veille sanitaire et l'action sociale de terrain. Un tel changement conditionne, au-delà des nouvelles formes d'exercice en équipes pluri professionnelles qu'elle exige, des modes de financement, des structures et des matériels adaptés ainsi que des modes de rémunération innovants qui satisferont à la fois les professionnels et les patients dans une reconnaissance et un respect mutuel « désertification ».

Par ailleurs, les progrès thérapeutiques qui se sont enchaînés au cours des 40 dernières années ont profondément modifié la morbidité. Les maladies chroniques et dégénératives (cancers et maladies cardiovasculaires) deviennent les principales causes de décès.

Les malades eux aussi ont changé. Ils sont devenus plus informés et plus exigeants. Une représentation institutionnelle des patients existe désormais depuis 2 ans au travers du Collectif inter associatif sur la santé, le CISS, présidé par Christian Saout. Le CISS a pris une part importante dans les discussions institutionnelles d'organisation des soins.

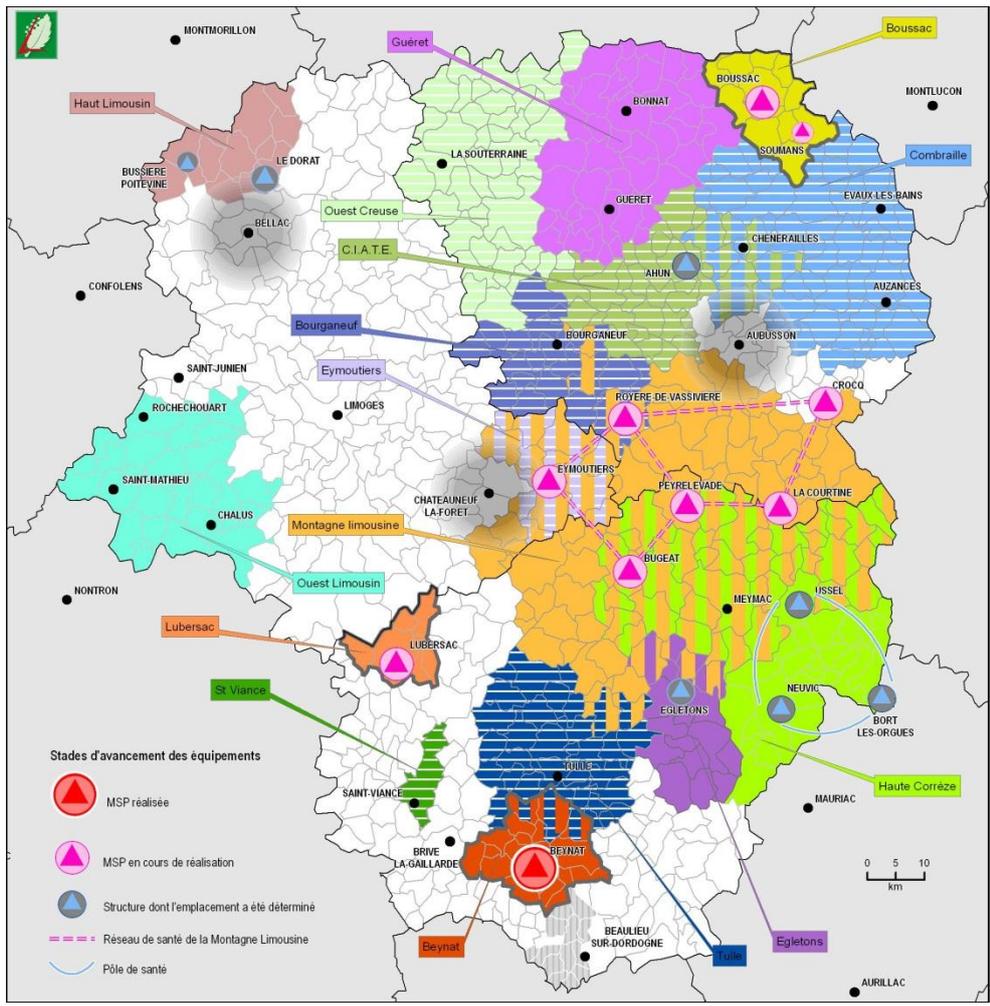
Les modalités de prise en charge des patients évoluent avec l'intervention autour d'un patient de plusieurs professionnels ayant des compétences différentes et dont l'efficacité dépend du degré de coordination entre eux et de protocolisation. Certains professionnels l'ont bien compris et notamment les jeunes générations qui ne veulent plus d'un exercice isolé ne leur permettant pas de mettre en œuvre facilement ces nouvelles modalités. Celles-ci améliorent la qualité des soins et donc le service rendu aux patients.

En outre, pour les jeunes générations (de plus en plus féminisées, et moins sensibles que les générations précédentes à l'ivresse d'une disponibilité totale et au sacrifice de la vie personnelle et familiale) un exercice en équipe est rassurant et plus compatible avec une vie de famille.

Aussi, réunir une équipe de professionnels de santé (de générations différentes) sur des objectifs communs et répondant aux attentes des élus et de la population n'est pas aisé. L'équipe est souvent fragile au début et peut facilement exploser lors de la survenue de difficultés (par ex : des collectivités qui se battent pour le choix du terrain).

La Nation a pour mission, d'après le préambule de la constitution de 1946, de veiller à la « protection de la santé » des citoyens qui ont le droit à des soins de proximité de qualité quels que soient leurs revenus, leur lieu d'habitation et leur niveau d'information.

Aujourd'hui une ambition aussi noble, que nul ne saurait remettre en cause, n'est pas concrètement réalisée. Afin de remédier à cet état de fait, nous devons revoir les concepts et les comportements traditionnels d'une pratique médicale souvent isolée.



**ETAT DES LIEUX DES PROJETS DE MAISONS DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRES ET DE RESEAUX DE SANTE AU 1er FEVRIER 2012**

## 2.1. GENERALITES

### 2.1.1. Définition

La Loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires) a fait des maisons de santé pluridisciplinaires la **structure privilégiée de premier recours** dans notre système de soins. Ces équipements apparaissent comme une solution efficace **pour favoriser et pérenniser une offre de soins primaires de qualité sur un territoire.**

Une MSP est un lieu de regroupement des professionnels de santé assurant des **activités de soins sans hébergement** et participant à **des actions de santé publique** ainsi qu'à des **actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales.** Cela signifie qu'il ne s'agit en aucun cas d'une simple juxtaposition de cabinets médicaux, paramédicaux et médicosociaux.

Les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux y élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux (prévention, soins, organisation médicosociale). Tout membre de la MSP doit adhérer au projet de santé. Ce projet est transmis à l'Agence Régionale de Santé pour information. (Article 39 de la loi HPST)

#### 2.1.1.1. Objectifs

Cette loi entend rétablir un équilibre pluridisciplinaire en zone rurale et lutter contre les inégalités dans l'accès aux soins dont souffrent certaines régions.

Les objectifs d'une telle structure et du projet de santé qu'elle véhicule sont les suivants :

- Améliorer la qualité de l'exercice professionnel :
  - En se regroupant pour mieux gérer son temps
  - En diversifiant son activité
  - En améliorant ses compétences
  - En partageant les frais de logistique
- Conforter l'accessibilité, la coordination, la continuité et la permanence des soins
- Développer le champ de l'exercice professionnel notamment dans le domaine de la prévention
  - Améliorer l'attractivité pour concourir au maintien de services publics de santé de proximité

#### 2.1.1.2. Un cahier des charges national

Il s'agit de disposer d'un cadre national définissant les missions des professionnels de premier recours et les services minima qui doivent être garantis à la population dans le cadre de ces structures.

Le cahier des charges des maisons de santé garde une certaine souplesse tout en étant basé sur des critères obligatoires, l'adaptation aux spécificités locales étant laissée à l'évaluation des ARS. Ces critères reposent sur l'unité de lieu géographique et fonctionnelle, et l'existence d'un projet de santé et d'un projet professionnel. Ces derniers doivent être élaborés par les professionnels et non imposés par une instance externe. Un temps d'élaboration et d'appropriation doit être respecté.

Les critères portent sur deux dimensions. La première s'applique à la population et définit le projet de santé adapté à son territoire d'implantation ainsi que sa place dans le maillage territorial. La seconde définit le projet professionnel. Les sujets souvent « tabous » et source potentielle d'implosion de la structure doivent y avoir été abordés.

### **2.1.2. Le projet de santé**

La Loi HPST de juillet 2009 a introduit un certain nombre de dispositions qui visent directement les MSP. L'article 39, en particulier, introduit dans le code de la santé publique une obligation d'écrire un projet de santé commun qui définit l'intervention de chacun, document de consensus majeur, soumis à l'ARS pour information.

La cohésion d'une équipe pluri professionnelle repose sur des objectifs clairs avec des résultats mesurables, une organisation clinique et administrative, une répartition du travail, une formation de tous les membres de l'équipe et une communication efficace. C'est justement l'objet du projet de santé et du projet professionnel de définir ces composantes. Cependant, un certain nombre de barrières existent à la formation d'une équipe, principalement liées au défi des relations humaines et des personnalités. Ces freins ne peuvent pas être négligés.

Le regroupement de médecins, infirmier(e)s, kiné, etc. libéraux dans un objectif de collaboration et de coordination des soins doit reposer sur un projet commun pensé, réfléchi et discuté au préalable.

Le projet de santé s'applique à la population. Il doit être adapté à son territoire d'implantation et définir la place de la MSP dans le maillage territorial. Il prend en compte l'exercice actuel des professionnels impliqués, les difficultés rencontrées et les succès.

#### **2.1.2.1. Missions et objectifs de la MSP**

- Garantir la continuité des soins y compris en assurant une amplitude horaire suffisante, en accueillant les soins non programmés et en prenant en charge les « petites » urgences (plaies, sutures, etc.).
- Assurer l'accès financier aux soins et appliquer le tiers payant.
- Développer la prévention individuelle et collective dans un cadre organisé.
- Assurer un suivi coordonné des maladies chroniques.
- Améliorer la qualité des soins en favorisant démarche qualité et processus d'auto-évaluation.
- Participer à la formation des étudiants (chaque corps professionnel représenté au sein de la structure doit être en mesure d'accueillir des étudiants).
- Participer à l'observation épidémiologique et à la veille sanitaire en lien avec un recueil harmonisé d'informations.

Ces missions et objectifs constituent le canevas du projet de santé. Ils sont à adapter, à traduire et à développer par chaque équipe pluri professionnelle en fonction du contexte local.

### **2.1.2.2. Se rencontrer, discuter, échanger sur sa pratique**

En premier lieu, chaque membre de l'équipe pluri professionnelle qui s'engage dans la MSP accepte, adopte, s'approprie les mêmes missions et objectifs pour la MSP.

Ensuite, il s'agit de décliner progressivement ces objectifs. Cela implique nécessairement des réunions (staff) régulières. Le délai de réalisation de la MSP permet au projet de mûrir, à l'équipe pluri professionnelle de se connaître.

Pour initier la démarche, un bilan de l'existant est nécessaire. Les professionnels qui envisagent de se regrouper ne se connaissent pas toujours ou tout du moins ne peuvent apprécier les compétences spécifiques de chacun. Ce bilan comprend un état des lieux de ce qui existe dans les cabinets actuels. Quelles sont les compétences particulières de chaque membre de l'équipe ? Quels sont les réseaux informels existants et qui fonctionnent ? Quelles sont les structures de soins du bassin de population (avec prise en compte des distances) ? Quelles sont les collaborations ville/hôpital formalisées ou non ? Quelles sont les particularités locales en termes d'état de santé et de besoins de soins (en s'appuyant sur les ressources des observatoires de santé régionaux / ARS) ? À partir de là, des axes de réflexion émergent avec la mise en évidence de points forts et de points faibles.

Pour développer un suivi coordonné des maladies chroniques, la mise en place sera progressive. Certains professionnels pourront davantage s'impliquer dans la mise en place avec, par exemple, une infirmière qui suivra un Diplôme Universitaire d'éducation thérapeutique. La mise en place des nouveaux modes de rémunération et son extension probable favorise l'éducation thérapeutique pluri professionnelle. En s'appuyant sur des dossiers patients, sur la littérature, les recommandations/référentiels de la HAS, des protocoles pourront être élaborés progressivement au cours de staffs réguliers mono, voire pluridisciplinaire, en fonction des thèmes retenus. Cela se fera progressivement. Il s'agit plus d'initier cette démarche pendant le temps d'élaboration de la MSP que de tout formaliser avant l'ouverture.

Autre point important du projet de santé : la participation à la formation des étudiants. Cela implique d'organiser cet accueil (notamment des studios pour loger les stagiaires), que les médecins généralistes soient maîtres de stage et que les autres professionnels puissent accueillir des étudiants. Ce point est essentiel pour favoriser l'installation des futurs professionnels dans ces structures et le remplacement des professionnels en fin de carrière.

### **2.1.3. Le projet professionnel**

Parallèlement, lorsque l'équipe pluri professionnelle a appris à se connaître, elle peut commencer à envisager son organisation au sein de la MSP qui doit être formalisée de façon extrêmement précise. Il s'agit de se doter d'une organisation qui permette les échanges entre les acteurs de la MSP, un exercice coordonné et protocolé.

En s'appuyant sur l'expérience des équipes pluri professionnelles travaillant déjà en MSP, les points et les fonctions d'organisation à précisément définir sont :

- un exercice pluri-professionnel avec un nombre minimum de deux médecins généralistes et un ou des paramédicaux (infirmières, kiné,...) ;
- une formalisation de l'organisation entre professionnels ;
- l'existence d'une fonction de coordination ;
- une fonction de coopération ;
- une fonction de management et de gestion ;
- un dossier patient unique et partagé, informatisé et un système d'informatisation partagé.

Petite parenthèse concernant ce point précis qui donne lieu à de nombreuses polémiques.

La Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé est consciente que la modernisation des systèmes d'information des acteurs de soins de premier recours est un sujet essentiel.

Après évaluation, il apparaît évident que trois types d'obstacles subsistent face à la nécessité du développement des systèmes d'information en MSP et PSP.

### **2.1.3.1. Des obstacles réglementaires**

Jusqu'en août 2011, il n'était pas possible pour une équipe de soins de premier recours de partager des données santé de la patientèle. Seules les données confiées à un professionnel de santé en établissement étaient réputées partagées par l'équipe de soins.

La FFMPs a agi afin d'obtenir une évolution législative. Cela a été obtenu par la loi du 10 août 2011, dite loi Fourcade. L'art. L 1110-4 du Code de santé publique comprend dorénavant les lignes suivantes.

*« Les informations concernant une personne prise en charge par un professionnel de santé au sein d'une maison ou d'un centre de santé sont réputées confiées par la personne aux autres professionnels de santé de la structure qui la prennent en charge, sous réserve :*

*« 1° Du recueil de son consentement exprès, par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée. Ce consentement est valable tant qu'il n'a pas été retiré selon les mêmes formes ;*

*« 2° De l'adhésion des professionnels concernés au projet de santé mentionné aux articles L. 6323-1 et L. 6323-3.*

*« La personne, dûment informée, peut refuser à tout moment que soient communiquées des informations la concernant à un ou plusieurs professionnels de santé. »*

A la suite de plusieurs réunions avec le Ministère de la Santé et la CNIL, la notion de recueil du consentement du patient est éclaircie. Les phases suivantes devront être respectées :

- Information du patient avec remise d'un document explicatif sur les avantages d'un partage relativement à la qualité des soins par une meilleure coordination, voire information sur le risque de refuser cette coordination.
- Temps de réflexion du patient.
- Recueil de son consentement de la manière décidée par l'équipe, du plus léger (recueil oral simple) ou plus protecteur (signature d'un document scanné dans le dossier). Le patient peut refuser qu'un des professionnels ou plusieurs n'aient pas accès à ses données.

**A ce jour, une équipe de soins de premier recours réunie autour d'un projet de santé, peut demander aux patients le droit au partage de ses données par les professionnels de santé de l'équipe.**

Il reste encore un point à faire bouger dans la loi, car à ce jour, la réglementation sur les hébergements de données médicales (art L1111-8 du CSP) n'autorise que les établissements et les professionnels de santé en leur nom propre à héberger des données de leurs patients. Une modification législative est donc nécessaire pour permettre un hébergement de données collectives d'une équipe de soins ambulatoires de premier recours.

### **2.1.3.2. Des obstacles techniques**

Les obstacles réglementaires étant presque levés, les éditeurs peuvent se mettre au travail pour proposer des systèmes d'information aux équipes de soins de premier recours.

Les points essentiels de cette évolution technique comportent :

- Une externalisation de la base de données chez un hébergeur.
- Une utilisation interprofessionnelle pour une équipe.
- Un moteur de recherche capable de produire des données.
- Des droits administrateurs rendant possibles les accès selon consentement des patients (tous, ou exclusion d'une donnée ou d'un professionnel).
- La capacité d'éditer simplement un document médical de synthèse.

**Nous avons bon espoir que des éditeurs seront en capacité de présenter des produits conformes à nos demandes dans le courant de l'année 2012.**

### **2.1.3.3. Des obstacles humains**

La plus grande difficulté vient de nos capacités à convaincre les professionnels de santé de la nécessité de disposer d'un système d'information pertinent et efficace. Les arguments ne manquent pas :

- Suivre les soins des patients ;
- Assurer une continuité des soins en équipe ;
- Améliorer la qualité des soins en équipe par une meilleure coordination ;
- Produire des données pour de l'audit clinique ;
- Produire des données dans le cadre des futurs contrats locaux de santé ou contrats pluri annuels d'objectifs et de moyens avec les ARS. Mais le changement est difficile et la rémunération actuelle essentiellement à l'acte ne valorise pas le travail de production des données ;
- Des locaux aux normes d'hygiène et de sécurité, salle d'attente et secrétariat communs, salle de réunion et salle d'urgence.

Ce n'est pas au cours d'une réunion que tout cela sera défini. Il faut du temps, en discuter, s'appuyer sur l'expérience d'équipes déjà engagées dans de telles structures.

La formalisation de l'organisation entre les professionnels doit être précisément définie avant l'ouverture de la MSP. Elle porte sur les engagements des membres de l'équipe, les modes de rémunération entre les membres de la structure (partage des honoraires ou non entre les professionnels de même métier). Elle définit l'organisation des emplois du temps pour assurer une continuité des soins sur une amplitude horaire suffisante, et l'accueil des soins non programmés ainsi que la prise en charge des « petites » urgences (plaies, sutures, etc.). En fonction du contexte local (zone touristique ou non, affluence de vacanciers ou non, etc.), la prise en charge des soins non programmés doit être bien dimensionnée (adaptation des plannings de rendez-vous entre les différents médecins généralistes). L'article 51 de la loi

HPST portant sur les coopérations entre professionnels et la mise en place des nouveaux modes de rémunération ouvrent de nouvelles possibilités. L'équipe doit se les approprier afin d'en tirer les meilleurs bénéfices tant en terme de qualité des soins que de rentabilité.

Les réunions interprofessionnelles (à visée formative ou d'évaluation pluri professionnelle des pratiques par exemple), la concertation interprofessionnelle autour d'un cas, la formalisation de protocoles, etc. doivent être prévues et programmées à des rythmes réguliers dès l'ouverture. Il est préférable de désigner un responsable de cette coordination au sein des membres de l'équipe, afin d'éviter un essoufflement.

Les coopérations avec les professionnels et les structures externes : pharmacie, établissement de soins, réseaux de santé, hospitalisation à domicile, SSIAD, structures médico-sociales et sociales (assistantes sociales du Conseil Général...) sont à construire progressivement en fonction du contexte local et des besoins.

Le management et la gestion sont des points importants, source de désaccords potentiels s'ils sont insuffisamment préparés et formalisés. Une aide ponctuelle, voire sur le long terme pour les structures de taille importante, peut être fort utile. Cela permet d'éviter désagréments et tensions au sein de l'équipe.

Quant au système d'information, il est indispensable de bien le choisir dès le départ. Un mauvais choix est pénalisant à plus ou moins long terme. L'équipe a tout intérêt à se renseigner au préalable auprès d'équipes pluri professionnelles ayant une certaine expérience sur leurs choix et les erreurs à ne pas commettre en ce domaine. De nombreuses fonctionnalités sont désormais disponibles sur certains logiciels : dossier patient unique et partagé avec accès spécifiques selon le type de professionnels, possibilité d'intégrer les aide-mémoires définis par l'équipe, d'analyser sa pratique à partir d'un recueil systématique de paramètres préalablement définis par l'équipe, de faire une veille épidémiologique (pour adapter l'offre aux besoins de la population). Si toutes les fonctionnalités ne sont pas utilisées à l'ouverture, il est essentiel de démarrer avec des logiciels facilement adaptables en fonction des besoins.

#### **2.1.4. Le projet immobilier**

Il s'agit de présenter un projet immobilier rationnel, en terme de conformité aux diverses normes, d'adaptation des locaux aux besoins de l'exercice au sein de la structure, de respect de l'environnement.

##### Principaux critères :

- Accessibilité aux personnes à mobilité réduite.
- Espaces personnels professionnels bien individualisés et s'articulant dans l'esprit du projet de santé.
- Mutualisation d'un maximum d'espace pour diminuer les coûts de fonctionnement.
- Espaces spécifiques aux professionnels de santé (local DASRI, stérilisation...).
- Salle de réunion pouvant accueillir les différents staffs et formations mais également pouvant servir de lieu de convivialité.
- Studio pour accueillir les stagiaires et les remplaçants.

### **2.1.5. Le projet financier (Annexe 1)**

Le Ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales, le Ministre de la santé et des sports, et le Ministre de l'espace rural et de l'aménagement du territoire ont adressé une circulaire datée du 27 juillet dernier aux préfets de région, aux préfets de département et aux directeurs des ARS pour la mise en œuvre du programme national visant à financer 250 maisons de santé pluridisciplinaires sur la période 2010-2013.

Cette circulaire définit les soutiens financiers possibles :

- Financements relatifs aux études préalables et à l'ingénierie ainsi que ceux afférents au fonctionnement de ces structures (secrétariat, informatique...) : 50 000 euros via les ARS (FIQCS) et éventuellement par les collectivités territoriales ;
- Dépenses de fonctionnement : les MSP pourront proposer de participer aux expérimentations des nouveaux modes de rémunération ;
- Pour l'investissement : les collectivités territoriales et EPCI (établissement public de coopération intercommunale) à Fiscalité Propre, maitres d'ouvrage peuvent faire appel à des financements de l'Etat dont le taux maximal d'intervention ira de 25 à 35 % selon les zones concernées.

Les financements au titre de la Dotation globale d'équipement (DGE) et de la Dotation de développement rural (DDR), sous la responsabilité des préfets de département, devront être orientés en faveur de ces projets.

Au plan national, une enveloppe de crédits du Fond national d'aménagement et de développement du territoire (FNADT) pourra être mobilisée dans certains cas.

Enfin, la contribution de fonds européens pourra être sollicitée.

### **2.1.6. Le projet juridique**

Les professionnels exercent dans le cadre de différents montages juridiques. Ils sont souvent membres d'une association loi 1901, association de professionnels de la santé, réunis autour d'objectifs de coordination, d'amélioration de la qualité des soins, de promotion de la santé et d'objectifs de santé publique.

Parallèlement à cette association, ils constituent très fréquemment une société d'exercices : SCI, SCM, SCP, sociétés de fait, etc. Ce sont dans ces structures qu'est exercée leur activité professionnelle, l'association n'ayant en charge que la coordination des soins entre eux. Dans le cas d'adossement à un établissement de santé (hôpital local surtout) c'est le groupement de coopération sanitaire (GCS) qui est souvent choisi.

La complexité des statuts ainsi élaborés, alliée à l'absence de cadre juridique adéquat, constitue un obstacle majeur au développement, car :

- Elle rend le montage des dossiers difficile, les professionnels devant en effet s'investir souvent à titre personnel sans en avoir toujours les compétences et sans que le projet ne soit définitivement lancé. Les modalités peuvent varier fortement selon la nature de

l'investisseur (public, privé) et la nature de l'engagement financier des professionnels (investissement de « parts » ou simple location).

– Elle introduit des risques fiscaux (taxation aux impôts commerciaux, assujettissement à la TVA...), sociaux (sommes perçues par les professionnels dans le cadre forfaitaire ne donnant pas lieu à abondement sur les cotisations sociales) et de gestion.

– Elle ne permet pas de percevoir à la fois des subventions et de redistribuer des fonds entre les professionnels de la structure.

Actuellement aucun statut juridique particulier n'a été créé pour les maisons de santé. Ceci constitue un frein majeur dans la création des MSP, obligeant les professionnels déjà surchargés à s'investir personnellement en termes d'énergie de temps mais également de moyens.

## 2.2. LES PROJETS DU DEPARTEMENT DE LA CORREZE

De nombreux projets sont à l'étude. Certains ont déjà vu le jour et d'autres n'en sont qu'à leurs balbutiements. Nous allons nous intéresser à ceux qui sont actuellement viables. Ils représentent un éventail assez complet de ce qui existe à l'échelle du département.

Chacun diffère de par son fonctionnement, son origine mais également son financement. Il m'a semblé intéressant de les rassembler selon la manière dont le projet a été initié car je me suis aperçue au cours de mes recherches que cela avait un impact considérable sur la poursuite du projet et sa viabilité. Afin que le descriptif soit le plus réaliste possible, j'ai interviewé les fondateurs.



## 2.2.1. Les MSP à l'initiative des professionnels de santé

### 2.2.1.1. La maison médicale de SEILHAC



### 2.2.1.1.1. Situation géographique

La ville de Seilhac est une des communes du département de la Corrèze. Elle est située à proximité des villes de Saint-Clément (19700), Saint-Salvador (19700), Chamboulive (19450), Saint-Jal (19700), Naves (19460), Lagraulière (19700), Pierrefitte (19450), Orliac-de-Bar (19390), Chanteix (19330), Saint-Mexant (19330). Elle abrite 1750 habitants avec une densité de 70 habitants/km<sup>2</sup>.



### 2.2.1.1.2. Origine

Il s'agit d'une des premières maisons médicales de la Corrèze. L'idée de sa création a germé dans l'esprit du Dr Bouillac, médecin généraliste installé sur le secteur, depuis 2005. « *J'aurai pu terminer tranquille tout seul mais j'avais envie de me relancer* ». Dans le même temps, un médecin de Seilhac, travaillant en association, se retrouve seul, sans cabinet. En effet, son confrère en prenant sa retraite, a souhaité récupérer le cabinet installé dans sa maison personnelle. En parallèle, les kinésithérapeutes (au nombre de 4) du secteur, installés dans des locaux extrêmement vétustes, souhaitent trouver des locaux plus adaptés. Les deux médecins et un nouvel arrivant, médecin rhumatologue allemand à la retraite, décident alors de se réunir et de former le noyau dur du projet. Les discussions débutent avec les kinésithérapeutes et la podologue du secteur. Très rapidement un des médecins du village voisin (8km) possédant des compétences particulières (soins des ulcères de jambes), sur la fin de sa carrière, semble lui aussi intéressé par le projet. Et de fil en aiguille deux autres médecins ont rejoint le groupe. Très récemment, la maison médicale a accueilli deux infirmières, ce qui porte le total des professionnels de santé à 13.

### 2.2.1.1.3. Réalisation

Les professionnels de santé se sont appuyés sur un comptable pour toutes les questions administratives et sur un architecte pour le projet immobilier. Aucune subvention n'a été alloué au projet (précurseur du genre) ni de la part du gouvernement ni de la part de la municipalité « *ils n'ont même pas refait la rue ... le maire partait du principe que nous montions un projet privé et donc comme n'importe quel commerçant nous devons nous débrouiller... nous aurions pu attendre et travailler au corps les politiques mais il fallait que l'on se lance... c'est la conjonction d'une volonté d'une partie des professionnels de santé et d'une conjoncture locale qui précipitait à ça* ». Entre le moment où les professionnels ont initié le projet (2005) et la rentrée dans les locaux (novembre 2007), deux ans et demi (2 ans d'élaboration et 6 mois de travaux) ont été nécessaires à la réalisation d'une telle entreprise.



#### **2.2.1.1.4. Originalités**

- Projet totalement autofinancé « *nous faisons une opération immobilière, c'est-à-dire que nous sommes propriétaires d'une part de SCI et qu'à terme ces parts auront une valeur importante... les jeunes qui investissent dans ce projet auront dans 20 ans des parts d'une valeur immobilière qui sera relativement intéressante... nos loyers ne sont pas en pure perte....* »

-Montage juridique : création d'une Société civile immobilière qui a chapoté la construction et gère le fonctionnement. Tous les professionnels en sont membres à part égale. IL existe de plus 3 sous-entités distinctes : une Société civile de moyen englobant les kinésithérapeutes, une autre pour les médecins et la podologue constitue à elle-seule un entité à part entière. Chacun verse un loyer au prorata de la surface utilisée.

-Pas de projet de soins pour l'instant car non prioritaire mais la réflexion est en cours car ils souhaitent agrandir et cette fois souhaiteraient bénéficier de subventions.

#### **2.2.1.1.5. Avantages**

-Pas de locaux inutiles générateurs de frais (pas de salle de réunion, pas de studio...)

-Possibilité d'extension des bâtiments.

-Simplification de la coordination entre les professionnels « *on se croise dans le couloir ou au café et on peut discuter... cela nous arrive très souvent de frapper à la porte du voisin pour lui faire écouter un souffle...* ».

-Amélioration des conditions de travail « *la vrai plus-value, c'est le fait d'avoir toujours à coté de toi un autre professionnel à qui t'adresser... la convivialité...* », des horaires de travail (du fait du grand nombre de professionnels, large amplitude horaire d'ouverture du lundi matin 8h au samedi matin midi) et des finances.

-Faible coût de réalisation du projet en comparaison de tous les projets actuels.

-Depuis la création, augmentation significative de la clientèle.

#### **2.2.1.1.6. Inconvénient**

La gestion d'une MSP reste chronophage et dans l'avenir une rémunération pour cette activité particulière devrait être envisagée.

#### **2.2.1.1.7. Avenir**

La façon d'exercer est en train d'évoluer. Les futures difficultés démographiques vont nous forcer à changer afin de répondre à la demande de soins. « *En France, on va modifier notre activité dans les années qui viennent .... La télémédecine et la délégation de soins en font partie d'où l'intérêt de travailler ensemble au sein d'une maison de santé... on retrouve un peu le fonctionnement hospitalier...* ».

Non seulement, les nouveaux patients se dirigèrent plus facilement vers ce genre de structure pour trouver leur nouveau médecin, mais les futurs médecins recherchent cet élément rassurant qu'est l'activité pluri- professionnelle. « *Les nouveaux arrivants ou les orphelins de médecins se dirigent immanquablement vers la maison médicale... dans l'avenir il n'y aura plus que ça* ».

La solution au problème démographique des médecins n'est pas la même partout et le gouvernement doit s'adapter aux particularités de chaque zone. « *Sur chaque secteur, il faut étudier quelle sera la meilleure solution... C'est à notre génération de passer le flambeau et donc de créer les conditions pour que cette transition se fasse* ».

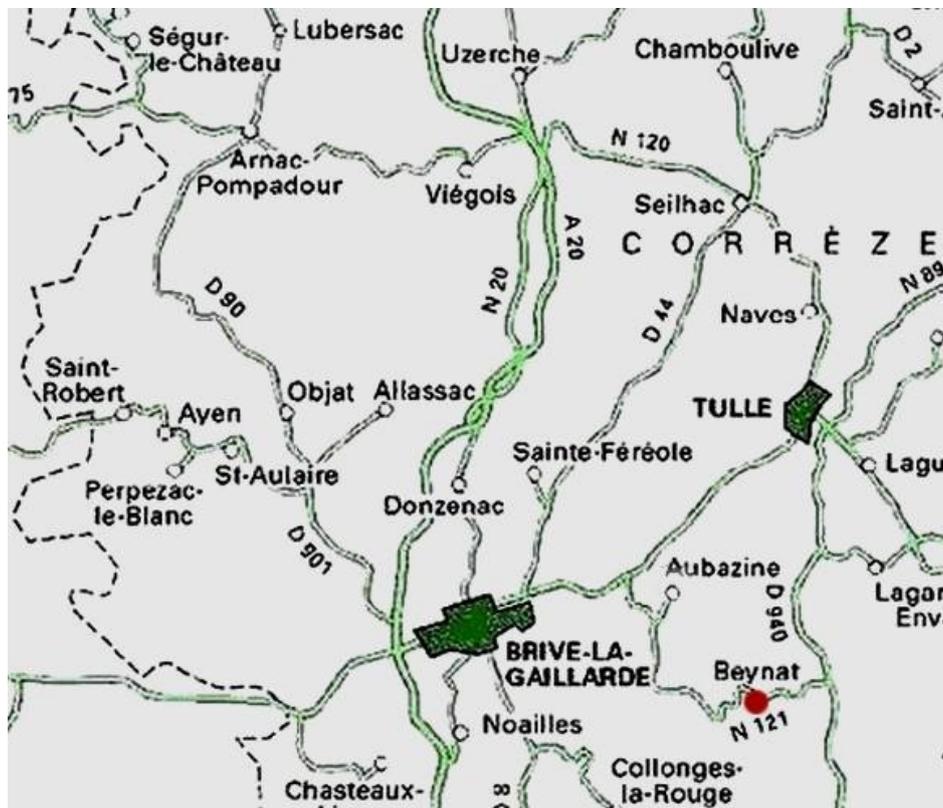
## 2.2.1.2. La maison de santé pluri professionnelle de Beynat

### 2.2.1.2.1. Situation géographique

Beynat est un village français, situé dans le département de la Corrèze et la région du Limousin. Beynat est le chef-lieu du canton. La commune s'étend sur 34,8 km<sup>2</sup> et compte 1 253 habitants. Avec une densité de 36 habitants par km<sup>2</sup>, Beynat a connu une hausse de 9,1% de sa population par rapport à 1999.

Entouré par les communes de Sérilhac, Albignac et Lagleygeolle, Beynat est situé à 15 km au Sud-Est de Brive-la-Gaillarde, la plus grande ville à proximité.

Situé à 394 mètres d'altitude, Beynat est traversé par la rivière la Roanne et le ruisseau de la Brande.



### 2.2.1.2.2. Origine

La MSP de Beynat doit sa création à l'envie et la détermination d'un seul homme, le Dr Marcus, médecin généraliste installé sur la commune. En effet, deux raisons ont poussé ce médecin à s'investir. En 2001, il apprend que son associée désire prendre sa retraite dans l'année qui suit. Ne se voyant pas travailler seul, il se lance dans la recherche d'un futur associé. A son grand étonnement, la recherche s'avère plus compliquée que prévue *« j'étais assez tranquille connaissant pas mal de gens et ayant un cabinet qui tournait bien, je vais trouver ça sans aucun problème »*. Il commence par passer des annonces dans les journaux médicaux. Après quelques touches assez farfelues, désespéré il va en Belgique *« seul pays francophone »* afin de recruter mais là encore aucun résultat. Finalement, quelques temps après le départ de sa collègue, un couple, dont un médecin, venant de l'Oise dont prend contact et la magie s'opère *« j'ai eu très peur de me retrouver seul »*.

L'autre raison évoquée par notre médecin est ce sentiment d'isolement et cette envie de se regrouper *« dommage de travailler dans son coin,..., on ne se voit pas et on ne se parle que par ordonnances..., pas d'échanges dans cette profession..., travailler ensemble dans un esprit assez identique c'est utile »*.

Après maintes tergiversations, il lance son projet en 2006 et commence à en parler à chaque professionnel du secteur *« dans mon esprit, si on faisait quelque chose il fallait que tous les gens qui travaillent sur la commune de Beynat participent et que personne ne soit mis en dehors du circuit »*. Son projet est finalement très bien accueilli *« en 2006 on ne parlait pas de maison de santé »* et début 2007 (Avril), l'association *« Avenir et santé sur le pays de Beynat »* est créé.



### 2.2.1.2.3. Réalisation

Les professionnels se sont mobilisés et ont créé une association car il n'y avait pas de politique de santé « maison de santé » à ce moment-là. Les politiques ne sont intervenus qu'après et la municipalité a très vite adhéré au projet. A noter que, le Dr Marcus était à l'époque et est encore, conseiller municipal. Très rapidement, le conseil général est intervenu pour voir comment il était possible de monter une telle structure « *le département souhaitait que puisque Beynat était intéressé, on essaie de faire quelque chose qui devienne la vitrine de ce que l'on pouvait faire ailleurs* ».

Entre temps, en 2008, la région met en place une politique sur la création des maisons de santé ce qui a retardé le projet. En 2009, après une étude de faisabilité, un premier comité de pilotage est réuni où chacun est représenté, s'en suivront bien d'autres afin de mener le projet à bien. Au final, entre la création de l'association (Avril 2007) et l'ouverture de la MSP (Avril 2011), quatre ans se sont écoulés. La politique de santé a évolué avec le projet et l'idée du projet de soins est apparue « *On a essuyé les plâtres dans tous les sens* ». A aucun moment, ils ont songé à se détacher des élus car « *il y avait un bon assemblage entre l'association et la mairie... aucune volonté d'être libéral à tout crin* ».

### 2.2.1.2.4. Originalités

- Grande complémentarité entre la Mairie et les professionnels de santé, ce qui a permis de faire aboutir le projet. Rappelons que l'initiateur du projet fait partie de l'équipe municipale ;
- Précurseurs du genre à son époque, la politique de santé du territoire s'est développée avec leur projet. Il s'agit de la première maison de santé pluridisciplinaire ouverte en Corrèze. Encore aujourd'hui, ils font partie des maisons qui testent les nouveaux modes de rémunérations : des pionniers !
- Pour l'époque, l'idée d'avoir un système informatique commun est totalement innovante et démontre une envie commune de travailler main dans la main ;
- Bâtiment neuf et aux normes rappelant un peu le principe de l'hôpital où chacun trouve sa place en fonction de ses besoins. L'architecture a été pensée pour éviter la présence d'un ascenseur très onéreux et les entrées distinctes de chaque niveau permettent un accès facile aux personnes à mobilité réduite. Le parking est dimensionné de façon à pouvoir accueillir les professionnels mais également les patients sans avoir à faire des kilomètres comme c'est le cas pour de nombreux lieux de soins ;
- L'incorporation de nouveaux professionnels de santé au sein de l'association et donc de la maison est soumis au vote du conseil d'administration (chaque professionnel dispose d'une voix). Il est indispensable d'avoir les 2/3 des voix pour faire partie de la MSP. « *On est maître chez nous, la mairie ne peut nous imposer quoi que ce soit ou qui que ce soit* ».

### 2.2.1.2.5. Avantages

- Attractivité du territoire pour de nouveaux professionnels. Depuis l'ouverture de la MSP, une psychologue, une nutritionniste et une sage-femme libérale se sont joint au projet. Un nouveau médecin s'est également greffé en tant que collaborateur dans un premier temps.
- Rassembler des professionnels libéraux et non libéraux (Mutualité Sociale Agricole) dans un même lieu d'exercice. Le pari est risqué mais tout à fait faisable. « *Au fur et à mesure qu'on travaille ensemble sur un projet, les problèmes s'aplanissent, les gens apprennent à se connaître, les idées évoluent... il s'agit d'une affaire de diplomatie* ».

#### **2.2.1.2.6. Inconvénients**

- Gestion de l'ensemble extrêmement chronophage. Le Dr Marcus, qui est à l'origine du projet, a pris sa retraite en 2009 mais continue d'assurer les fonctions de « chef d'orchestre ». Il l'avoue lui-même « *c'est toujours très compliqué de vouloir faire en sorte que les gens travaillent ensemble... il existe de nombreux tiraillements... les gens se jalourent...* ». Il lui a fallu faire preuve d'une grande diplomatie et d'une volonté farouche de réussir. Aujourd'hui, ses collègues le secondent mais il reste l'homme de l'ombre qui fait que cela fonctionne ;
- Coût plus important. « *Maison importante donc en terme de chauffage, climatisation, coût de fonctionnement, maintenance.* » ;
- Difficultés d'harmoniser les pratiques de chacun. « *Certains travaillent sans secrétariat d'autres avec, certains ont une femme de ménage* » ;
- Dans l'hypothèse de l'abandon de l'un des professionnels, sa part de loyer reste à la charge des autres. Dans le cas de Beynat, ils se sont arrangés avec la mairie pour que celle-ci supporte le coût financier d'un local vacant mais l'association essaie également de mettre de côté « *une cagnotte* » en cas de « *coup dur* ».

#### **2.2.1.2.7. Avenir**

Le Dr Marcus est convaincu que la maison de santé pluri professionnelle est l'avenir de la santé à Beynat mais il est tout à fait conscient que chaque région est différente. Il ne faut pas généraliser une situation. Tous les aspects doivent être étudiés.

On ressent également une volonté farouche de l'Etat de s'impliquer davantage dans ces maisons de santé avec la mise en place des nouveaux modes de rémunération. Un danger existe. Il faut s'attendre à ce que l'Etat demande des comptes en raison des grosses subventions versées mais c'est aussi valable pour des professionnels indépendants.

A terme, il est évident qu'il sera nécessaire de créer un poste administratif rémunéré pour gérer ce genre de maison (cette proposition est d'ailleurs déjà à l'étude). A nous en tant que professionnel, de garder notre identité et de ne pas nous laisser dicter notre façon d'exercer.

## 2.2.2. Maison de santé pluri professionnelle à l'initiative des élus du secteur : La MSP d'Egletons

Le canton d'Egletons est considéré comme une zone fragile. En effet sur les 8 médecins généralistes actuels 5 ont plus de 55 ans dont un plus de 80 ans (*source : URCAM 2007*) et l'un d'entre eux a quitté la région récemment (Juillet 2009).

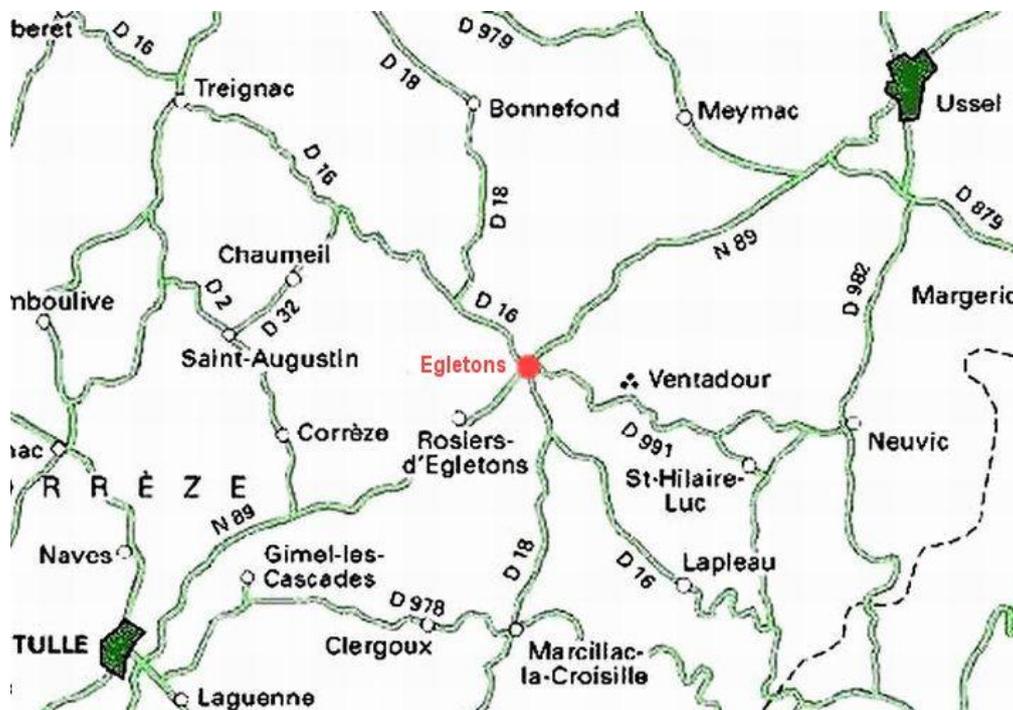
Ce départ a donné lieu à une pétition signée par 1 848 personnes en guise de cri d'alarme face à la véritable carence de l'offre médicale qui se dessine dans le canton

### 2.2.2.1. Situation géographique

Egletons se situe sur les premiers contreforts de la Montagne Limousine (plateau de Millevaches et Monts des Monédières) au carrefour des routes qui mènent au nord vers la vallée de la Vézère et à l'est vers les gorges de la Dordogne. La commune est centrée sur l'ex-Nationale 89 (devenue RD1089):

- à 30 kilomètres à l'est de Tulle
- à 29 kilomètres à l'ouest d'Ussel
- à 5 kilomètres de la sortie 22 de l'autoroute A89 reliant Bordeaux (à 260 kilomètres) et Clermont-Ferrand (à 120 kilomètres)

Egletons rassemble une population de 5103 habitants et a la particularité d'être une ville universitaire (IUT de génie civil, Ecole des travaux publics, AFPA)



### 2.2.2.2. Origine

Le projet de MSP a vu le jour à l'initiative des élus d'Egletons. En effet, après constat de l'âge avancé des différents médecins du secteur et surtout sentant une angoisse grandissante au sein de la population, les élus locaux ont décidé de déclencher le projet de maison de santé pluridisciplinaire. Leur démarche, bonne sur le fond mais problématique sur la forme, a été prise avec beaucoup de circonspection de la part des différents professionnels de la santé.

En effet, la municipalité dans son intention de bien faire s'est investie de façon massive. Elle a pris les rênes du projet sans réaliser que les professionnels de santé étaient la clé de voute de ce type de démarche. Elle a choisi les locaux, les a achetés, a demandé conseil auprès d'une société spécialisée qu'elle a bien sûr rétribué et a même pris contact avec l'architecte pour élaborer les plans.

Ce cabinet conseil s'est chargé de rédiger l'étude de faisabilité qui a permis au projet de voir le jour. (Annexe 2)

Après toutes ces démarches, et dans un éclair de lucidité, l'équipe municipale s'est rendue compte qu'il lui faudrait bien des professionnels de santé à mettre dans cette nouvelle structure !!! Le parcours du combattant a alors commencé. Les professionnels se sont sentis au pied du mur et comme n'importe quel animal sentant le danger, chacun a pris ses distances.

Plusieurs réunions ont alors été organisées afin de présenter le projet aux professionnels mais au final aucun ne semblait intéressé par les différentes propositions. La Mairie s'est donc retrouvée dans une position très difficile.

Après quelques mois de réflexion, la Mairie est revenu à la charge auprès de chaque professionnel individuellement. Un cabinet d'infirmières ainsi que 2 dentistes, après mûre réflexion ont finalement adhéré au projet mais il manquait toujours deux médecins généralistes. Le Maire m'a donc contacté connaissant mon intention de m'installer à Egletons. Après avoir analysé la proposition j'ai finalement donné mon accord. A partir de là, il ne restait plus qu'un professionnel à trouver. Grâce à des relations, ils ont finalement trouvé une jeune médecin roumaine fraîchement arrivée en France en poste à Orléans. Intéressée, celle-ci est venue s'installer sur Egletons avec sa famille. Son mari a été embauché par la Mairie. Dans un second temps, une sage-femme fraîchement diplômée, nous contactait et nous faisait part de son désir de s'installer en tant que sage-femme libérale sur la commune d'Egletons. Le noyau dur du projet étant ainsi constitué, nous avons pu initier les démarches afin de décrocher les subventions nécessaires à la réussite du projet.

### **2.2.2.3. Réalisation**

Un premier comité de pilotage a été organisé avec les différents intervenants du projet (ARS, Région, Commune, Département,... et de nombreux autres partenaires). Lors de ce comité, il nous a été clairement signifié que pour que cela fonctionne c'était à présent aux professionnels de reprendre la main et de définir les axes du projet. Afin d'obtenir les subventions nous devons tout d'abord élaborer un projet de santé qui serait la pierre angulaire de la MSP. Nous nous sommes donc réunis à plusieurs reprises, avons rédigé un projet selon les critères établis par l'ARS et lors d'un second comité de pilotage nous avons présenté notre projet de santé. Chaque membre a donné son avis, des points de détails ont été précisés et après un avis favorable, nous avons été dirigés vers l'étape suivante (annexe 3). Celle-ci consistait à présenter le projet devant une commission régionale d'examen à Limoges.

Deux représentants des professionnels (la sage-femme et moi-même) ainsi que deux représentants de l'équipe municipale ont fait le déplacement. Nous avons alors, conjointement, à travers un power point (annexe 4) défendu notre projet. Quelques mois après, nous avons appris par courrier que le projet avait obtenu l'accord du gouvernement et donc que nous bénéficierions de subventions à hauteur de 60% du projet.

L'architecte a donc été recontacté et le planning prévisionnel de la construction de la MSP a été établi (annexe 5).

Afin d'avoir le plus de crédibilité auprès des différents intervenants, nous nous sommes réunis en association et continuons encore à travailler ensemble afin que le projet aboutisse (agencement des locaux, choix du système informatique, rédaction du bail ...).

Il aura fallu presque 3 ans : la Mairie a commencé les démarches en 2010 auprès des professionnels, courant 2011 nous avons travaillé sur le projet pour le présenter en novembre 2011 à la commission d'examen, les travaux ont débuté en mai 2012 et la livraison des locaux est prévue pour mai 2013. Il s'agit d'un long processus qui ne s'est pas fait sans embûches et chacun est bien conscient qu'à tout moment cela peut s'arrêter.

### **2.2.2.4. Originalités**

La principale originalité du projet tient au fait que les acteurs principaux (les 2 médecins généralistes ainsi que la sage-femme) débutent dans la profession. Ces trois jeunes femmes n'ont peu, voir aucune expérience de l'exercice libérale. Il s'agit-là d'une première en France et je crois que les différents organismes ont voulu nous soutenir malgré quelques lacunes dans notre projet.

Le deuxième point qui fait de nous un cas à part est le contenu de notre projet de santé. En effet, nous touchons une population jeune du fait de nombreuses écoles et lycées professionnels de la commune ainsi que de nombreuses familles avec des enfants en bas âges (d'après l'observatoire de santé du Limousin, le canton d'Egletons est classé dans ceux qui ont la plus forte proportion de moins de 20 ans). Cela nous a permis d'axer une partie de nos thèmes de prévention vers cette population jeune (dépistage, contraception, vaccination, allaitement...). Encore une fois, nous nous démarquons des projets habituels qui eux ne sont axés que sur des poly pathologies de personnes plus âgées. C'est ce point particulier, qui a fait notre force lors du passage devant la commission.

D'un point de vue plus terre à terre, la MSP ne sera pas une construction neuve. En effet, le site choisi est un bâtiment très ancien du centre-ville qui sera réhabilité. Cela aura pour conséquence secondaire, la préservation du patrimoine médiéval de la ville mais également l'embellissement du centre-ville.

#### **2.2.2.5. Avantages**

- Ce projet va permettre de dynamiser le secteur de la santé sur le secteur. Nous espérons ainsi attirer de nouveaux professionnels pour pallier la future pénurie ;
- Centralisation des ressources en un même endroit avec amélioration de la coordination des soins ;
- Rompre avec le sentiment d'isolement des professionnels déjà en place et fédérer les acteurs du système de soins dans une même démarche.

#### **2.2.2.6. Inconvénients**

- Jeunesse des professionnels, faible expérience d'où un manque d'assurance dans la viabilité du projet.
- Nombre de professionnels engagés faible d'où une difficulté de fonctionnement dans l'avenir que ce soit au niveau de l'accueil ou de la permanence des soins.
- Bâtiment sans possibilité d'extension avec une accessibilité suffisante mais réduite, des contraintes architecturales difficilement compatibles avec l'exercice de la médecine.

#### **2.2.2.7. Avenir**

Tous espèrent que ce projet sera le moteur d'une nouvelle génération de professionnels qui permettra au secteur de pallier la demande grandissante de soins de la population. Cependant il ne faut pas oublier que le projet reste sur des fondations très instables et qu'à tout moment il peut s'effondrer. Il est évident que pour la classe politique, il s'agit là d'un succès que la population ne manquera pas de souligner lors des prochaines élections ! Mais n'oublions pas, que seuls les professionnels de santé auront le mot de la fin. De nombreux problèmes restent à régler, des incompatibilités peuvent apparaître et la cohésion du groupe reste à fortifier.

### **2.2.3. Pôle de santé**

Un des enjeux auxquels nous sommes confrontés concerne l'évolution de l'organisation des soins afin de tenir compte des contraintes démographiques, des aspirations de jeunes professionnels, médecins ou autres, et des besoins de santé croissants de la population.

La diminution de la mortalité, la réduction des inégalités de santé et l'amélioration de la qualité de vie dépendent, en partie, de la répartition territoriale et de l'organisation de l'offre de soins. Celle-ci est constituée par les professionnels de santé libéraux de premier recours.

La création des Pôles de Santé Libéraux s'inscrit dans une politique régionale de renforcement de la démographie des professionnels de santé dans une région.

#### **2.2.3.1. Définition**

Le pôle de santé est constitué « entre des professionnels de santé, le cas échéant de maisons de santé, de centres de santé, de réseaux de santé, d'établissements de santé, d'établissements et de services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire, et des groupements de coopération sociale et médicosociale ». Il assure des activités de soins de premier recours, le cas échéant de second recours, et peut participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire.

#### **2.2.3.2. Projet de santé de territoire**

Ces professionnels de santé sont regroupés autour d'un projet de santé de territoire, porteur d'une plus-value pour les patients comme pour les professionnels.

Ces projets :

- reposent sur la dynamique d'un groupe de professionnels de santé libéraux
- assurent, pour chaque patient, un parcours de santé coordonné, global et continu.
- s'appuient sur le développement de coopérations entre professions (IDE, Kiné, pharmaciens...) définissant une véritable coordination des soins.
- renforcent la nature et la qualité des prestations proposées aux patients (suivi des maladies chroniques, prévention, éducation thérapeutique, consultations spécialisées avancées, vacations de paramédicaux...).
- s'appuient sur la population correspondant aux patients inscrits auprès des médecins traitants impliqués dans le projet.
- peuvent inclure l'offre de soins spécialisés.
- s'articulent avec les dispositifs sociaux et médico-sociaux et les autres acteurs de santé du territoire (Etablissements de Soins, HAD, réseaux de santé, EPHAD...).
- incluent les missions de santé publique des médecins traitants : recueil épidémiologique, veille sanitaire, gestion des crises sanitaires...
- intègrent les processus de formation initiale et de formation continue.
- sont cohérents avec les programmes régionaux de santé.

Cette définition permet de dessiner des regroupements d'organisation des soins territoriaux de plusieurs formes.

Ce groupe est à priori pertinent s'il permet de :

- mutualiser des moyens techniques (système d'information, salle de réunions...) et humains (support administratif...).
- faciliter les concertations professionnelles.
- organiser la continuité de soins.
- proposer certains services aux patients qui supposent une file active minimum : éducation thérapeutique, certaines consultations paramédicales ou de spécialistes.

- offrir des lieux de stages pour les étudiants.
- produire des statistiques en matière de besoins de la population et de qualité des soins.

- organiser les relations avec d'autres acteurs de santé.

La composition et la taille du groupe prennent en compte d'autres éléments :

- la volonté des professionnels de santé libéraux, l'historique et la dynamique relationnelle locale.

- la nécessité de mobiliser une majorité des professionnels de santé libéraux d'un territoire.

- la capacité à générer et à animer une dynamique humaine forte autour d'un projet partagé.

- l'expression des besoins de la population, notamment, en termes de délai maximum d'accès à l'offre de soins de premier recours.

- la politique d'aménagement du territoire (pays, communautés de communes...) pour l'ensemble des services de proximité (éducation, commerce, loisirs...) et les habitudes de recours aux soins.

Un pôle de santé n'implique pas le regroupement dans un seul lieu de l'ensemble des professionnels : il peut comprendre plusieurs sites, une ou des MSP, des cabinets individuels, des cabinets secondaires ou « satellites ».

Le territoire peut donc correspondre, plus ou moins bien, au « bassin versant » (bassin de vie en ce qui concerne les services de proximité) mais ce doit être avant tout un territoire qui permet l'expression d'un projet visant à conforter ou à modifier une offre locale.

### **2.2.3.3. Structure**

Les Pôles de Santé Libéraux Pluridisciplinaires tendent à se structurer autour de trois leviers :

- une concertation entre les professionnels de santé libéraux renforcée et reconnue pour analyser les pratiques professionnelles, gérer les situations complexes, déterminer des protocoles de prise en charge partagée, élaborer le projet de santé de territoire ou encore gérer la dynamique collective ;

- un système d'information optimisé et partagé qui concourt à la continuité et à la coordination des soins, structure les démarches de prévention et apporte une aide à la pratique ;

- une fonction de management (secrétariat, gestion, coordination) afin, notamment, d'aider les professionnels et les patients dans leurs démarches administratives, de planifier les rendez-vous et la charge de travail des professionnels, d'informer et d'orienter les patients, de gérer le système d'information, de faciliter les relations avec les partenaires, d'aider à l'élaboration et à l'animation – coordination du projet de santé de territoire ;

L'organisation des pôles de santé libéraux pluridisciplinaires, sur les bases décrites précédemment, constitue un élément majeur d'une politique d'organisation des soins indissociable d'une politique d'aménagement de territoire cohérente avec les politiques de santé publique.

Par ailleurs, les pôles de santé libéraux pluridisciplinaires offrent un modèle souple d'intégration de nouveaux médecins sur un territoire (ou d'autres professionnels de santé) ; modèle qui respecte leur style d'exercice (cabinet individuel, maison de santé...) et réponde, au moins en partie, à leurs attentes. A savoir : concilier leur vie privée et leur vie professionnelle, intégrer un projet professionnel dynamique, exercer en interactions fortes avec leurs confrères et les autres professionnels de santé, mieux répondre aux besoins de la population.

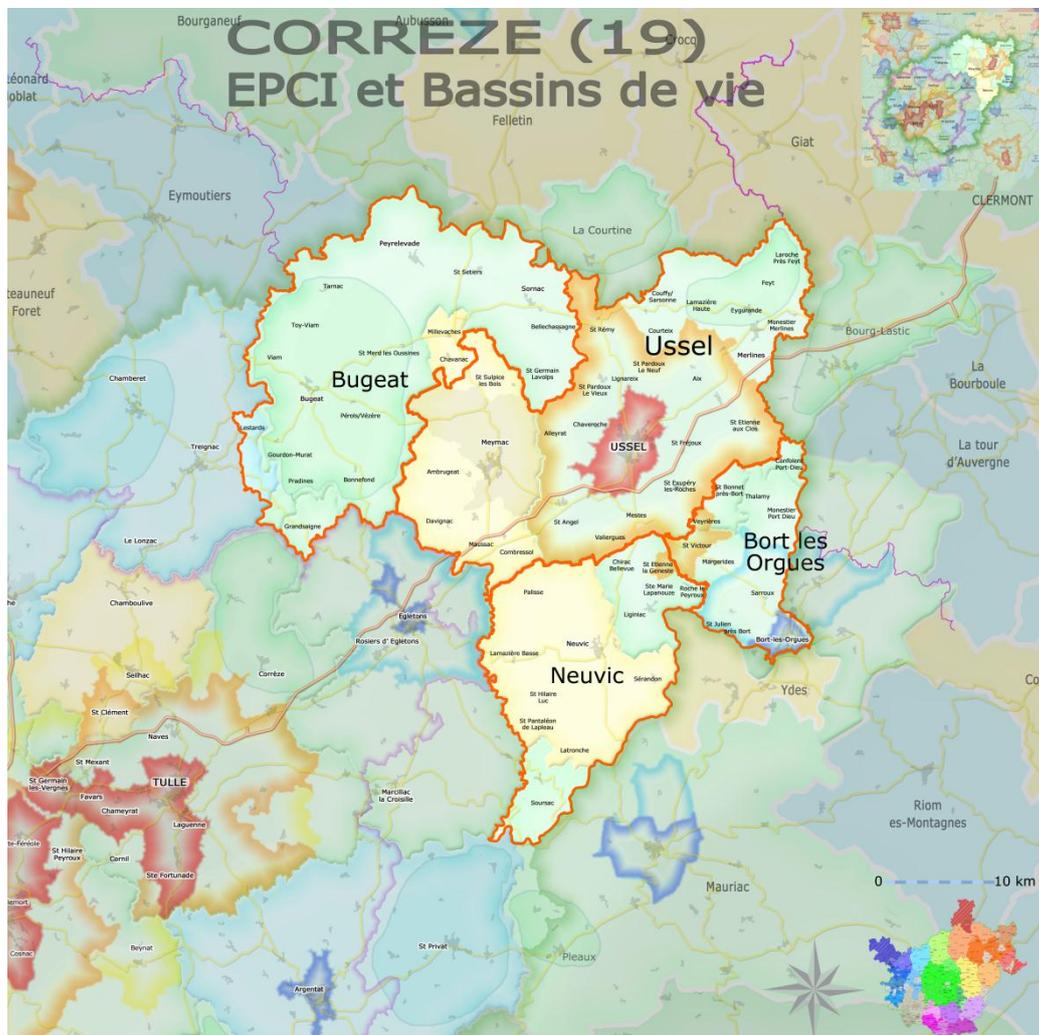
Ainsi, concernant les jeunes médecins, ils pourront :

-Soit s'installer dans un cabinet médical dans une des communes du territoire de proximité pour succéder à un de leur confrère.

-Soit intégrer un des regroupements « pivots » du pôle de santé libéral pluridisciplinaire, sous la forme d'une maison de santé par exemple. Dans ce cas, en concertation avec les élus locaux, il pourrait être proposé qu'une activité médicale soit maintenue dans les communes qui auparavant bénéficiaient des services d'un médecin. Cette décision devra être prise au regard de l'accès aux soins et des politiques d'aménagement du territoire. Ainsi, comme proposé récemment par un rapport d'information parlementaire sur l'offre de soins (rapport M. Bernier), nous pourrions considérer qu'au-delà de 30 minutes pour accéder à un médecin traitant, il est nécessaire de maintenir sur place une offre de soins de premier recours.

#### 2.2.3.4. Le pôle de santé de Haute-Corrèze

Les élus et les professionnels de santé du Pays de Haute-Corrèze ont conçu un projet de pôle de santé à partir d'un diagnostic montrant les insuffisances de l'offre de soins pour ses 30000 habitants.



C'est en 2010 que les élus de la Fédération du Pays de Haute-Corrèze, présidée par Jean-Pierre Dupont, ont décidé de mener une étude sur l'offre de soins sur ce territoire. L'enquête a d'abord pointé un déséquilibre dans la répartition des professionnels de santé. A Ussel et dans certaines zones isolées, les effectifs sont insuffisants. Avec 8,5 généralistes pour 10 000 habitants, la densité médicale des cantons de Sornac, Eygurande, Lapeau et Ussel est très inférieure au niveau régional. A l'inverse, dans les cantons de Bugeat, Bort-les-Orgues et Neuvic, elle est légèrement supérieure avec 12,5 médecins pour 10 000 habitants. Dans certaines communes, les personnes âgées se trouvent à 15 kms du médecin le plus proche. « 70 % des médecins généralistes seront à la retraite dans 10 ans. Il n'y a pas eu d'installation nouvelle en Haute-Corrèze depuis quasiment 15 ans. Le système dans lequel on travaille à l'heure actuelle, en gros, c'est chacun pour soi dans son coin. Et c'est un système qui n'attire plus et ne correspond plus à ce que recherchent les nouvelles générations de professionnels de santé. Faire des journées de 12 à 14 heures, beaucoup de gardes, être presque toujours sur le qui-vive, ça n'intéresse plus les jeunes médecins» nous rapporte Patrice Roger, médecin généraliste à Ussel à l'initiative du projet.

Forte de ces constats sur les problématiques de l'offre de soins de la Haute-Corrèze, la fédération du Pays de Haute-Corrèze a choisi dès 2010 d'initier une dynamique de création d'un pôle de santé sur le territoire du Pays.

La stratégie de Santé du Pays de Haute-Corrèze s'est co-construite avec l'ensemble des acteurs du territoire : professionnels de santé, établissements sanitaires et médico-sociaux, élus, institutionnels, pôle local d'accueil ...

#### **2.2.3.4.1. Son objectif**

Il s'agit d'anticiper et de relever le défi du maintien d'un système de santé adapté aux besoins du territoire. Il se décline autour de 3 axes principaux :

- la demande : développer des solutions de prise en charge adaptées à la montée en charge de certains besoins (perceptibles ou anticipés), à travers la mise en œuvre d'un projet de santé territorialisé. Le projet de santé doit permettre de mieux répondre aux problématiques sanitaires et sociales identifiées sur le territoire. Sa conception et sa mise en œuvre inscrivent les acteurs du territoire dans une dynamique de coordination, essentielle à une prise en charge globale de la population.

- l'offre : structurer et coordonner l'offre sur l'ensemble du territoire, afin de garantir un accès aux soins adéquat pour l'ensemble de la population comme pour les publics à besoins spécifiques « *libérer du temps médical pour les médecins, revenir à sa fonction première qui est de diagnostiquer et de soigner* ». Cette structuration se traduit par un réseau d'échange d'informations, mais également par la mise en place de maisons de santé et de points d'accueil (politique immobilière). Plusieurs projets de regroupements des professionnels locaux dans des structures de coopération pluridisciplinaires ont été formalisés, notamment sur Ussel, Neuvic, Bort les Orgues, La Courtine et Bugeat (en lien avec le Réseau de Santé Territorialisé de la Montagne Limousine).

- l'articulation/coordination entre l'offre et la demande : coordonner la prise en charge des patients et l'intervention des différents acteurs, afin de garantir la qualité et la continuité des soins et des pratiques « *délégation de tâches, informatique commun,..., aspect administratif qui nous bouffe* ».

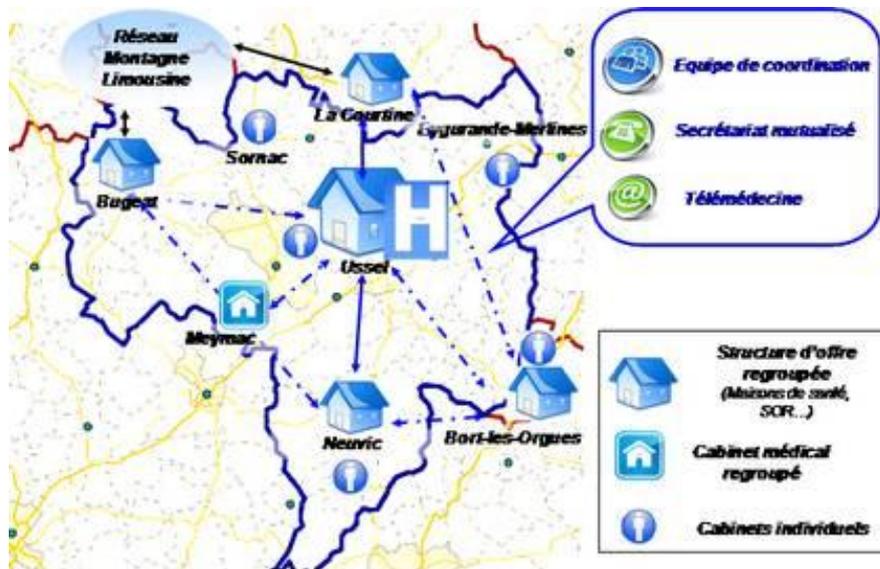
Le déploiement de cette stratégie territoriale de santé se caractérise par la mise en place d'un Pôle de Santé ayant pour objectifs de :

- mieux répondre à l'évolution de la demande (prévention et soins) « *déléguer le suivi de certaines pathologies type diabète ou HTA* ».
- faciliter les conditions d'exercice des professionnels en activité.
- attirer des professionnels de santé.
- assurer un maillage du territoire optimal par des réponses adaptées : articulation et coordination offre/demande.

#### 2.2.3.4.2. Son organisation

En termes d'organisation, il s'agit de mettre en place un réseau de structures de santé coordonnées entre elles autour d'une maison de santé principale à Ussel, et en étroite relation avec le Centre Hospitalier de la ville d'Ussel. « *Avoir une structure centrale attractive et des structures périphériques le tout relié par une informatique commune, ..., messagerie sécurisée et dossier médical commun..., mutualiser avec l'hôpital le recrutement de spécialistes et leur permettre d'avoir un mi-temps hospitalier et un mi-temps libéral, mettre à disposition l'internat pour les étudiants en stage chez les généralistes* ». Le territoire sera ainsi maillé d'un réseau de structures d'offres médicales regroupées, issu de cette stratégie territoriale : les maisons de santé pluri-professionnelles (appelées structures d'offres regroupées) d'Ussel, Neuvic, Bort les Orgues et La Courtine.

Cette stratégie permet à la fois de consolider une structure pilote au centre et, dans le même temps, de conserver une médecine de proximité, indispensable sur un territoire où la proportion des personnes âgées dépendantes est élevée et continuera de croître à l'avenir.



Plus de 60 professionnels de santé, acteurs sanitaires et médico-sociaux du territoire se sont engagés dans cette démarche. Des professionnels, soit déjà regroupés en cabinet de groupe, soit en cabinets individuels sont également partie prenante du projet.

Un projet de santé qui répond aux besoins de la population et des professionnels a été élaboré par les professionnels. Ce projet est centré sur trois idées fortes :

- coordination des professionnels, pour mieux accompagner certaines populations (personnes âgées, handicapées, pathologies chroniques) nombreuses et dont le suivi est complexe ;
- coopérations entre professionnels, pour mieux répartir les tâches et permettre à chacun de développer son corps de métier tout en répondant à la demande « *délégation de tâches, formation commune, ateliers santé pour le diabète, pour les personnes âgées* »
- gestion des risques de santé, en développant les pratiques de prévention et de dépistage sur la base des moyens disponibles.

Une délégation d'élus et de professionnels de santé de Haute-Corrèze a présenté le projet de pôle de santé en novembre 2011 aux représentants de l'Agence régionale de santé (ARS). Il a été approuvé avec les félicitations du jury. *«Le président du Conseil régional a dit que notre projet avait 10 ans d'avance, tandis que le directeur de l'ARS a parlé d'un modèle à suivre»*, confirme Patrice Roger.

#### **2.2.3.4.3. Sa Réalisation**

Le projet de Pôle santé prévoit ainsi la création de trois maisons, à Ussel, Bort-les-Orgues et Neuvic. Si le plan financier n'est pas encore bouclé, le coût global d'investissement a été estimé à quatre millions d'euros, dont deux millions pour Ussel. Des projets qui devraient bénéficier de diverses subventions dont l'État et la Région. Les maîtres d'œuvre que sont les communes pour Ussel et Bort-les-Orgues et la communauté de communes des Gorges de la haute Dordogne pour Neuvic, financeront le reste, estimé à 40 %.

Les frais de fonctionnement ont, eux, été estimés entre 400.000 et 450.000 € par an, et devraient être assumés par l'Agence Régionale de Santé, après acceptation du projet, et des professionnels concernés.

##### **2.2.3.4.3.1. A Ussel**

Le plus gros projet concerne Ussel avec la construction d'un bâtiment neuf, de 800 m<sup>2</sup> sur le champ de foire. Sur la demande de professionnels existants, la maison prévoit d'accueillir notamment 5 médecins généraliste, deux cabinets d'infirmières, le SSIAD, un cardiologue et une gynécologue à plein temps, un urologue et un dermatologue sur des vacations, une sage-femme, une ostéopathe-kinésithérapeute, une psychologue,... ainsi que l'Instance de coordination pour l'autonomie des cantons d'Ussel et *« des espaces vacants pour accueillir de nouveaux professionnels »*. *« Le but est de créer un noyau dur, ...d'autres médecins et professionnels paramédicaux ont signé pour faire partie du pôle sans rejoindre la structure médicale, on va restructurer complètement cette place »*

##### **2.2.3.4.3.2. A Neuvic**

Le projet part sur la construction d'un bâtiment neuf sur un terrain communal à la sortie de la ville en direction de la plage. Trois cabinets de médecins généralistes, huit infirmières et un kinésithérapeute devraient s'y installer.

##### **2.2.3.4.3.3. A Bort-les-Orgues**

La commune envisage de réhabiliter l'ancien couvent qui se situe en centre-ville. Quand la Maison de santé sera ouverte, en 2014, quatre des sept médecins en exercice devraient être à la retraite. La Maison est pour l'instant prévue pour trois médecins généralistes, un cabinet d'infirmier, un kinésithérapeute... et un espace polyvalent commun avec Neuvic, une salle d'Urgences et un espace social.

De plus en 2011, l'ARS a réalisé un diagnostic des besoins et de l'offre de santé sur le territoire de Haute-Corrèze, à partir, notamment des données de l'observatoire régional de santé du Limousin. Cette étude rejoint celle effectuée par la fédération du Pays de Haute-Corrèze en 2010. Ces 2 études ont démontré que, dans l'ensemble, les indicateurs de santé étaient moins bons en Haute-Corrèze que dans le reste du département, et moins bons que les moyennes régionales et nationales. On y relève, en effet, une surmortalité générale et surmortalité prématurée.

C'est dans ce cadre que l'ARS du Limousin a proposé aux élus et acteurs du territoire d'élaborer un contrat local de santé à l'échelle du Pays de Haute-Corrèze et du Pôle de Santé de Haute-Corrèze.

#### **2.2.3.4.4. Le contrat local de santé**

Le Contrat Local de Santé de Haute-Corrèze est le fruit d'une démarche pilotée par la délégation territoriale de l'ARS du Limousin, mobilisant compétences et ressources des partenaires locaux (politiques, de santé, associatifs, détenteurs de données,...) autour d'un projet commun.

Il apporte une réponse de proximité plus adaptée aux besoins de la population en cohérence avec les orientations du Projet Régional de Santé.

Il représente un outil majeur pour la réduction des inégalités sociales de santé.

#### Les 9 axes du CLS de Haute Corrèze sont :

- améliorer la coordination et la continuité des soins en Haute-Corrèze.
- améliorer la prise en charge des personnes en perte d'autonomie.
- développer les transports pour faciliter l'accès aux soins.
- promouvoir la télésanté.
- améliorer la lutte contre les addictions.
- favoriser la prévention et le dépistage du cancer.
- favoriser la prévention et le dépistage du diabète.
- prévenir le suicide.
- prendre en compte les facteurs environnementaux dans la stratégie de santé publique.

#### **2.2.3.4.5. Les moyens à mettre en place**

- Des structures immobilières

- Les structures d'offre regroupées du Pôle (3 projets de maisons de santé pluridisciplinaires à USSEL, NEUVIC, et BORT-LES-ORGUES)
- Le projet d'aménagement d'une unité spécialisée pour les soins aigus aux personnes présentant des troubles du comportement au CH d'Ussel.
- La réflexion autour d'un projet de maison médicale de garde

- Des moyens humains

L'ARS financera 2 créations de postes dans le cadre du CLS : un infirmier de santé publique et un cadre chargé de l'animation du projet sur le territoire.

Concernant le pôle de santé de Haute-Corrèze, il est prévu un poste de directeur coordonnateur.

- Des moyens mobiliers

Equipement informatique, bureautique, dentaire spécialisé ... .

- Des moyens de communication, notamment la télémédecine.
- Des financements à rechercher pour l'activité médicale et la prévention.

Une révision des moyens nécessaires devra être effectuée régulièrement.

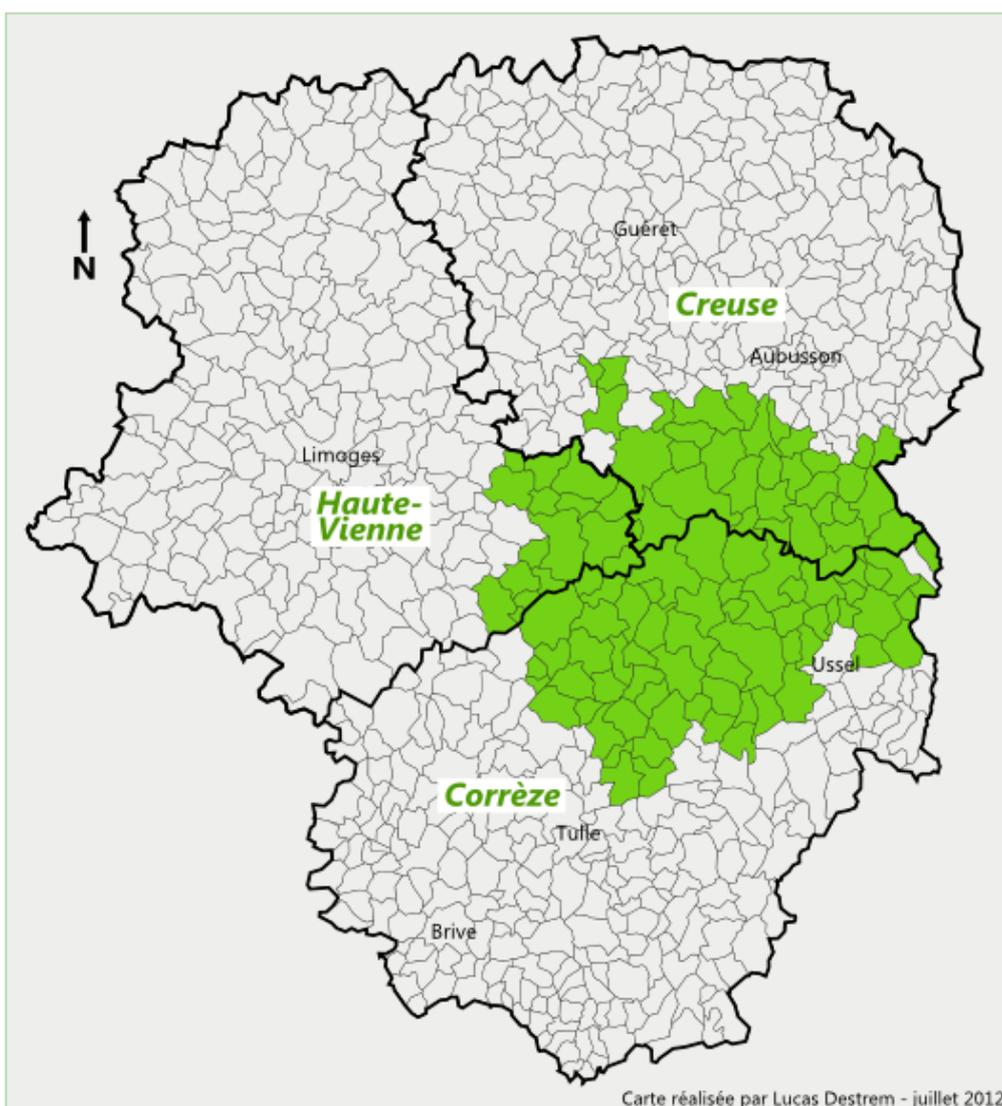
- Un projet juridique complexe encore en élaboration.

## 2.2.4. Réseau de santé de la montagne limousine

Situé sur les contreforts du Massif Central, au cœur des hautes terres de la montagne Limousine, le Parc Naturel Régional (PNR) de Millevaches en Limousin s'étend sur les départements de la Corrèze, de la Creuse et de la Haute-Vienne, entre 400 et 1000 mètres d'altitude. Créé en mai 2004, il compte 113 communes dont 63 en Corrèze, 34 en Creuse et 16 en Haute-Vienne, s'étend sur 320 000 hectares et comporte environ 38 000 habitants.

# Parc naturel régional Millevaches en Limousin

Carte du parc



Dans la montagne limousine, la densité moyenne est de 12 habitants au km<sup>2</sup> et la population vieillissante. D'ici 2019, la moitié des médecins partira à la retraite. Face au risque de désertification médicale, le PNR de Millevaches en Limousin, innove avec un projet de réseau de santé sur son territoire, qui associe étroitement élus locaux et professionnels de santé.

### **2.2.4.1. Les objectifs**

Trois objectifs principaux ont guidé l'élaboration du projet :

- répondre aux besoins des populations dans le domaine de la santé publique en s'adaptant aux spécificités du territoire.

- faire face aux perspectives de baisse démographique, de diminution sensible de la densité médicale et paramédicale d'ici 2019.

- créer une nouvelle dynamique sur le territoire, dans l'espoir d'inciter les futurs acteurs de la santé à s'y implanter.

Ce projet a été élaboré avec la participation des professionnels de santé et des élus locaux. Il a mobilisé plus d'une centaine de personnes associant professionnels du monde médical (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, podologues, dentistes, sage-femme, pharmaciens, représentants de centre hospitalier et d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), élus et partenaires financeurs et techniciens, le conseil régional et l'URCAM.

### **2.2.4.2. La réalisation**

En 2007, la Mission Régionale de Santé (ARH-URCAM), nouvellement ARS depuis 2009, en partenariat avec la région Limousin lance un appel à projets pour la création de maisons de santé pluri professionnelles.

En 2009, le PNR s'engage dans la réalisation d'une étude globale d'organisation de l'accès aux soins sur la montagne limousine, en partenariat avec le conseil régional du Limousin, l'URCAM et les collectivités intéressées. Plutôt que d'examiner au coup par coup les multiples projets de maisons de santé émanant du territoire de la montagne limousine, la région avait en effet demandé au PNR de réaliser un diagnostic précis sur les évolutions des besoins et sur l'offre de santé. Ce qui a permis de faire émerger plusieurs scénarios pour les 20 ans à venir.

Le comité de pilotage valide le choix d'une organisation à partir d'un maillage du territoire. Un réseau de santé coordonnera le regroupement des professionnels tout en travaillant en lien avec les établissements de santé des agglomérations périphériques.

En juillet 2010, l'Association pour le Développement du Réseau de Soins Primaires de la montagne limousine (ADRES montagne limousine) est créée associant professionnels de santé, collectivités locales, usagers, centres hospitaliers et structures des secteurs sociaux et médico-sociaux. Elle est présidée par le Dr Daniel Buchon, médecin généraliste à Bugeat.

En août 2011, cette initiative est labellisée Pôle d'Excellence Rurale (PER), ouvrant ainsi le droit à de nombreuses subventions.

Le réseau sera concrétisé par la création de plusieurs maisons médicales gérées par un collectif de professionnels de la santé. Le but est d'améliorer les conditions de travail et d'accueil des candidats à l'installation sur le territoire. L'option du travail partagé avec des outils informatiques aidera à la gestion collective des structures et des remplacements. Le coût total de cette opération, évalué à près de deux millions d'euros est subventionné pour 50% par l'union européenne et l'Etat au travers du PER et 10% par la région Limousin. Les 40% qui restent sont à la charge des communautés de communes sur lesquelles s'établiront les maisons médicales.

La mise en place du réseau de santé devrait comporter deux volets. Le premier consiste en la création de cinq structures de regroupement médical, accueillant des professionnels de la santé en un même lieu portées par trois communautés de communes et une commune. Le second volet, porté par l'ADRES, concerne la coordination du réseau et la création d'un système d'information/communication, via un site informatique sur lequel les dossiers médicaux seront mis en ligne.

#### **2.2.4.3. Les originalités**

- Proposer une organisation optimisée de cabinets de médecine générale autour d'un réseau de soins universitaire, dans un contexte de pénurie à venir de professionnels de santé, de désaffection de la médecine de soins primaires et de démographie fragile.

- Créer un pôle d'excellence universitaire de soins de proximité, de premiers recours et de prévention.

- Mettre en place un système d'information par une informatisation coordonnée des cabinets, une accessibilité informatique communautaire à travers la création d'un dossier médical partagé et de la télémédecine.

- Mettre en place de nouveaux modes de rémunération, en concertation avec les tutelles et décharger les professionnels des tâches de gestion.

Afin de réaliser tout cela, une animatrice, coordonnatrice de réseau, a été recrutée et exerce depuis juillet 2011. Elle gère les sites de soin qui le souhaitent, établit des conventions avec les collectivités locales, gère les plannings des professionnels de santé et organise les rencontres, en fonction des besoins.

## 2.3. PERMANENCE DES SOINS EN MEDECINE AMBULATOIRE

La mission de permanence des soins ambulatoires est une mission de service public qui a pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés aux heures de fermeture habituelles des cabinets libéraux et des centres de santé.

Elle s'organise sur le territoire régional, divisé en territoires de permanence arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé.

L'organisation de la permanence des soins a été confiée aux agences régionales de santé (ARS) par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST).

Les médecins participent à la permanence des soins et à l'activité de régulation sur la base du volontariat.

### 2.3.1. Définition

La permanence des soins ambulatoires (PDSA) est assurée aux horaires suivants (*article R.6315-1 du code de la santé publique*) :

- tous les jours de 20 heures à 8 heures,
- les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures,
- en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante : le samedi à partir de midi, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2012, l'organisation de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) est définie dans un cahier des charges régional décliné par département. Elle s'inscrit dans le cadre des orientations du Schéma Régional d'Organisation des Soins ambulatoires.

Il est élaboré par les services de l'ARS en concertation avec les acteurs de la permanence des soins concernés au niveau régional.

A cette fin, la région est organisée en territoires de permanence des soins, qui constituent les périmètres géographiques des différentes gardes assurées par les médecins et dont le nombre et le périmètre peuvent varier selon les horaires et selon les périodes de l'année en fonction des besoins de la population.

Pour son adoption, le cahier des charges régional de permanence des soins est réglementairement soumis à l'avis de l'URPS des médecins, à la commission spécialisée de l'organisation de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et à l'ensemble des comités départementaux de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires de la région. Les dispositions départementales du cahier des charges sont en outre soumises à la consultation des conseils départementaux de l'Ordre des médecins et de préfets des départements concernés.

Installé dans chaque département, le CODAMUPS-TS est l'instance de concertation des professionnels en charge de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires. Son sous-comité médical est chargé d'évaluer annuellement l'organisation de la permanence des soins et d'en proposer les modifications qu'il juge souhaitables.

## **2.3.2. Activité**

Dans le cadre de la permanence des soins, le médecin participe, sur la base du volontariat, à deux types d'activités.

### **2.3.2.1. L'effectif**

Sur sa période de garde, le médecin assure des consultations et/ou des visites à la demande de la régulation médicale à partir de son cabinet ou d'un point fixe de garde selon l'organisation retenue dans le cahier des charges en fonction des besoins.

### **2.3.2.2. La régulation médicale**

Elle assure la réponse aux demandes de soins exprimées aux horaires de permanence des soins ainsi que, le cas échéant, l'orientation vers l'effecteur ou la structure adéquate. En fonction de l'organisation de la régulation médicale retenue dans le cahier des charges, le médecin régulateur de PDSA assure son activité de régulation médicale au sein d'un SAMU ou dans un centre de régulation médicale distinct du SAMU mais interconnecté et sous convention avec celui-ci, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS).

#### *Mais en quoi consiste réellement la régulation médicale ?*

La régulation médicale est un acte médical pratiqué au téléphone par un médecin régulateur à distance d'un patient. Elle permet à ce dernier de bénéficier du juste soin grâce à l'adaptation de la réponse au niveau de soins requis. La régulation médicale réalisée au sein des Samu Centres 15 interagit avec de multiples partenaires au sein d'un véritable réseau sanitaire.

Elle occupe en France une place croissante, incontournable permettant notamment l'amélioration de la prise en charge de problèmes de santé publique tels que les accidents vasculaires cérébraux et les syndromes coronariens aigus par le biais des filières de soins.

La régulation médicale améliore la prise en charge du patient, optimise l'emploi des ressources hospitalières et contribue à une meilleure structuration de l'offre de soins.

L'accès facilité aux informations de santé du patient, grâce au dossier médical partagé (DMP) contribuera encore à améliorer l'analyse de la demande de soins et la décision médicale.

Le médecin régulateur réalise sa consultation médicale à distance par téléphone, outil le plus utilisé aujourd'hui pour la régulation médicale des appels d'urgence.

L'accès au patient doit être recherché et une communication directe privilégiée lorsque cela est possible. À défaut, le médecin recherche auprès du témoin direct et/ou des secouristes toutes les informations utiles et nécessaires pour prendre une décision adaptée. L'analyse de la demande de soins fait appel à l'expérience et à la formation du médecin régulateur, au travers de la représentation mentale de la situation clinique singulière.

De manière similaire à un acte médical « classique », l'adhésion du patient est indispensable afin de mener un interrogatoire contributif et pertinent. Les situations conflictuelles, de panique ou d'incompréhension, l'impossibilité d'accéder au patient ou d'obtenir des informations fiables sont limitantes.

Un interrogatoire méthodique est réalisé par le médecin régulateur. Il recherche systématiquement les signes de gravité faisant craindre une détresse vitale, avérée ou potentielle. Selon l'analyse téléphonique de la situation, le médecin régulateur émet une ou des hypothèses diagnostiques et pronostiques. La décision médicale peut être un conseil médical, une prescription médicamenteuse téléphonique, la réalisation d'une consultation par un médecin, l'engagement d'un moyen de transport sanitaire ou d'une équipe de Smur. Il s'agit ainsi d'apporter la réponse la mieux adaptée à la nature des appels, dans le délai le plus rapide.

Le médecin régulateur décide de l'orientation du patient, selon la disponibilité des moyens d'hospitalisation médicotechniques, justifiés par l'état clinique du patient, en respectant dans la mesure du possible son libre choix. La décision médicale s'inscrit dans une double logique, individuelle au travers du bénéfice direct pour le patient et collective au travers de la rationalisation des dépenses de santé grâce à une décision raisonnée et éthique.

### **2.3.3. Acteurs**

La permanence des soins est assurée par les médecins exerçant dans les cabinets médicaux, maisons de santé, pôles de santé et centres de santé, ainsi que par les médecins exerçant dans les associations de permanence des soins.

Elle peut également être exercée par tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique, et dont la capacité a été attestée par le conseil départemental de l'ordre des médecins.

Cette participation est formalisée par une convention entre le médecin et le directeur général de l'ARS, transmise au CDOM.

La PDSA peut désormais être assurée par les établissements de santé en relai de la médecine libérale, lorsque l'offre médicale et la demande de soins le justifient.

### **2.3.4. Tableau de permanence**

Dans chaque territoire, les médecins volontaires et les associations de permanence des soins établissent un tableau départemental nominatif pour une durée de 3 mois minimum. Ce tableau est transmis avant sa mise en œuvre au CDOM qui vérifie que les médecins inscrits sont en condition régulière d'exercice. Si le nombre de volontaires est insuffisant, le CDOM entamera des démarches auprès des représentants des médecins afin de compléter le tableau de garde.

Au minimum dix jours avant la période de permanence, le tableau de garde est transmis par le CDOM à l'ARS, au préfet, au SAMU, aux associations de permanence des soins et aux caisses d'assurance maladie.

## **2.3.5. Rémunération**

### **2.3.5.1. Rémunération des médecins de garde**

La garde est rémunérée sur la base d'un forfait dont le montant peut différer en fonction des territoires pour tenir compte des contraintes géographiques et des sujétions particulières de l'exercice de la garde. Le montant des forfaits est fixé par le cahier des charges régional de permanence des soins. Ce forfait est perçu par les médecins volontaires pour l'exercice de leur garde qu'ils aient été ou non sollicités au cours de leur garde pour effectuer des visites ou des consultations.

De plus lorsque le médecin est sollicité par la régulation médicale au cours de sa garde, chaque visite ou consultation effectuée donne lieu au versement par le patient d'honoraires au tarif conventionnel (V / C), auxquels s'ajoutent la majoration spécifique de PDSA et les éventuelles majorations associées à l'acte (majoration pour acte pédiatrique, par exemple). Le montant du tarif des actes et des majorations, ainsi que les règles de cumul, sont fixés par la convention médicale.

### **2.3.5.2. Rémunération des médecins régulateurs**

Les médecins libéraux qui participent à la régulation médicale téléphonique au sein du dispositif de permanence des soins sont rémunérés sur la base d'un forfait horaire dont le montant est fixé par le cahier des charges régional de permanence des soins dans le respect des règles fixées par arrêté national.

## **2.3.6. Permanence de soins en Corrèze**

### **2.3.6.1. Historique**

#### **2.3.6.1.1. Avant le 1er janvier 2003**

Les médecins du département s'organisent pour assurer les gardes médicales en dehors des heures d'ouverture de leurs cabinets. Regroupés en associations, ils composent des tableaux de garde par secteur et les transmettent au conseil départemental de l'ordre des médecins. La rémunération des gardes se fait à l'acte.

#### **2.3.6.1.2. A partir de 2003**

Un dispositif d'astreinte des médecins libéraux est mis en place. La Corrèze est alors découpée en 35 secteurs de garde.

La permanence des soins est organisée, sur la base du volontariat, la nuit de 20 h à 8h, le samedi de 12 h à 20 h, et les dimanches et jours fériés de 8 h à 20 h.

L'indemnisation des astreintes est effectuée par la CPAM de la Corrèze sur la base d'un forfait de 50 € pour 12 heures + paiement des actes réalisés.

Durant les périodes de garde départementale, les appels arrivent au SAMU qui en assure la régulation.

### **2.3.6.1.3. Depuis 2009**

- mise en place d'une régulation libérale, dans les locaux du SAMU, avec le numéro d'appel 0 810 19 19 55 ;
- sectorisation fixée à 21 secteurs ;
- pour les secteurs de Brive, Tulle et Ussel, l'arrêt des astreintes des médecins généralistes effecteurs est fixé à minuit avec un transfert de la 2ème partie de nuit (0 h à 8h) aux urgences des centres hospitaliers de ces 3 secteurs.

Le dispositif actuel de la permanence des soins en médecine ambulatoire s'inscrit dans un contexte évolutif qui nécessite d'être pris en compte pour anticiper les problématiques qui ne manqueraient pas de se poser à court terme : vieillissement de la population et évolution défavorable de la démographie médicale.

Convaincus de la nécessité d'agir rapidement et durablement, les acteurs de la permanence des soins du département de la Corrèze se sont engagés dans une réflexion sur la nécessité de faire évoluer ce dispositif.

Deux dimensions essentielles doivent être associées et garanties :

- maintenir, dans la limite du possible, un égal accès aux soins pour les usagers sur l'ensemble du territoire,
- diminuer, pour les médecins, la contrainte liée aux astreintes médicales dont la fréquence est élevée dans certains secteurs ruraux actuels qui disposent de peu de médecins sur leur territoire.

### **2.3.6.2. Nouveau dispositif effectif depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2012**

#### **2.3.6.2.1. La régulation médicale des appels**

L'accès au médecin d'astreinte de secteur se fait après régulation médicale téléphonique préalable. Cette régulation est systématique pour tous les actes relevant de la permanence des soins et s'impose à tous les médecins effecteurs participant à ce dispositif.

La régulation médicale de la permanence des soins en médecine ambulatoire est assurée, au sein du SAMU 19, par des médecins régulateurs libéraux et est accessible, par le numéro 15, sur tout le territoire départemental.

Elle est assurée pendant les plages de la permanence des soins :

- tous les jours de 20 h à 8 h ;
- les samedis après-midi de 12 h à 20 h
- les dimanches et jours fériés de 8 h à 20 h
- le vendredi de 8 h à 20 h suivant un jeudi férié, et le samedi suivant de 8 h à 20 h ;
- le samedi 8 h à 20 h suivant un vendredi férié ;
- le lundi de 8 h à 20 h lorsqu'il précède un mardi férié.

L'association des médecins régulateurs libéraux de la Corrèze (AMRL 19) est chargée d'établir les tableaux de présence des médecins régulateurs libéraux et les transmet à l'ARS, au conseil départemental de l'ordre des médecins et au SAMU.

## 2.3.6.2.2. Double sectorisation

### 2.3.6.2.2.1. Activité de consultation

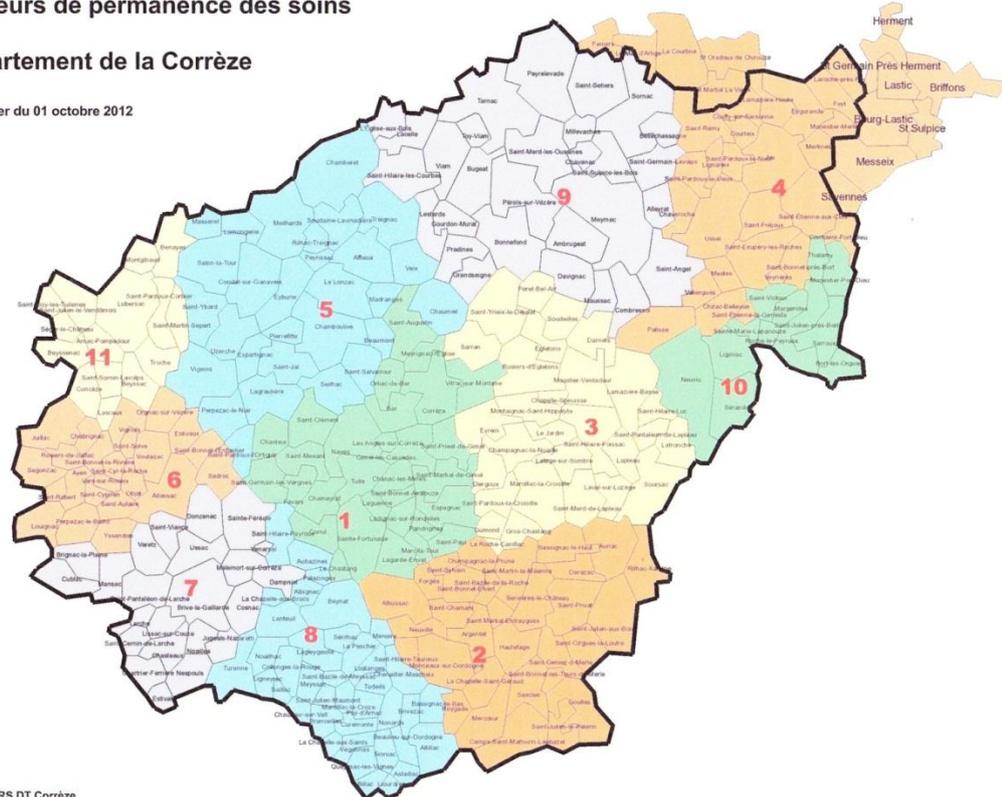
Une première sectorisation découpe le département de la Corrèze en 10 secteurs d'astreinte + le secteur particulier de Brive. Dans chacun de ces secteurs, un médecin est chargé d'assurer les consultations sur un point fixe (cabinet du médecin d'astreinte sur le secteur ou point fixe de garde sur le secteur) :

- tous les jours de 20h à 24h ;
- le samedi de 12h à 20h ;
- le dimanche et les jours fériés de 8h à 20h ;
- le vendredi de 8 h à 20 h suivant un jeudi férié, et le samedi suivant de 8 h à 20 h ;
- le samedi 8 h à 20 h suivant un vendredi férié ;
- le lundi de 8 h à 20 h lorsqu'il précède un mardi férié

#### Secteurs de permanence des soins

#### Département de la Corrèze

A compter du 01 octobre 2012



Source : ARS DT Corrèze

### 2.3.6.2.2.2. Activité de visites à domicile dites incompressibles

Ces visites concernent notamment :

- les patients pris en charge à domicile dans le cadre de l'hospitalisation à domicile
- les résidents des établissements médico-sociaux (en particulier les EHPAD)
- les actes médico-légaux ou administratifs (notamment les certificats de décès, les certificats en vue d'une hospitalisation sans consentement, les visites dans le cadre de la garde à vue, les prélèvements sanguins pour déterminer l'alcoolémie,...)
- toute autre situation particulière appréciée par un médecin régulateur.

Dans chacun des secteurs de consultation, hors secteur de Brive, le médecin chargé des consultations est également chargé d'effectuer les visites incompressibles selon les mêmes horaires mais jusqu'à 20 h uniquement.

Par ailleurs, une deuxième sectorisation découpe le département de la Corrèze en 3 secteurs de visites à domicile, hors secteur de Brive. Dans chacun de ces 3 secteurs, et après régulation médicale, un médecin, dit effecteur mobile, est chargé d'assurer uniquement les visites dites incompressibles au domicile des patients de 20 h à 8 h.

#### Sur le secteur particulier qui couvre l'agglomération de Brive :

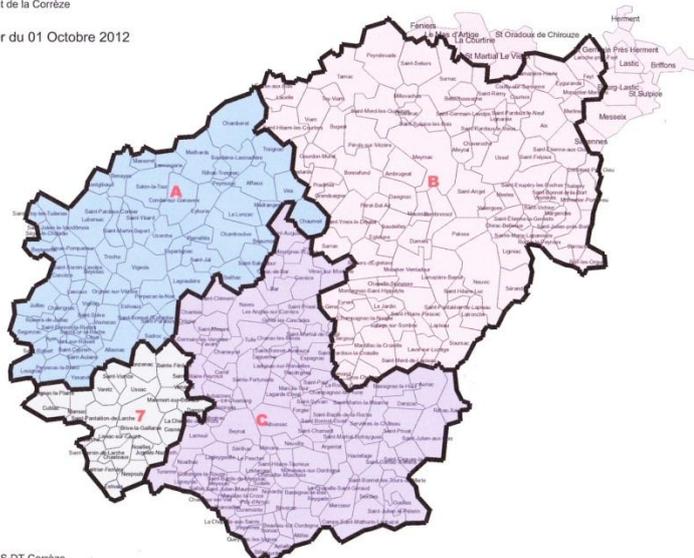
Le soir et la nuit, c'est le même médecin qui assure les consultations de 20 h à minuit ainsi que les visites incompressibles de 20 h à 8 h.

Les samedis de 12 heures à 20 heures, les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures, les lundis précédant un jour férié, les vendredis et samedis suivant un jour férié, la permanence est effectuée par 2 médecins qui assurent les consultations et les visites incompressibles.

#### PDS Secteurs visites incompressibles

Département de la Corrèze

A compter du 01 Octobre 2012



Source: ARS DT Corrèze

### 2.3.6.2.3. Rémunérations

#### 2.3.6.2.3.1. Médecins régulateurs

Plage horaire	Rémunération / heure
Soirs de 20 h à 24 h	70 €
Nuits de 0 h à 8 h	95 €
Samedis de 12 h à 20 h	70 €
Dimanches, jours fériés et ponts <sup>(1)</sup> de 8 h à 20 h	70 €

<sup>(1)</sup> ponts : - lundis de 8 h à 20 h précédant un mardi férié ;  
- vendredis et samedis de 8 h à 20 h suivant un jeudi férié ;  
- samedis de 8 h à 20 h suivant un vendredi férié.

#### 2.3.6.2.3.2. Consultations

##### 10 secteurs, hors secteur de Brive

Plage horaire	Montant de la rémunération par médecin	Nombre de médecins d'astreinte par secteur
Soir de 20 h à 24 h	50 euros + les actes	1 médecin
Samedi de 12 h à 20 h <sup>(1)</sup>	120 euros + les actes	1 médecin : il assure à la fois les consultations et les visites incompressibles
Dimanche, jour férié et pont <sup>(2)</sup> de 8 h à 20 h <sup>(1)</sup>	180 euros + les actes	1 médecin : il assure à la fois les consultations et les visites incompressibles

#### 2.3.6.2.3.3. Effecteurs mobiles

##### 3 macro secteurs, hors secteur de Brive

Plage horaire	Montant de la rémunération par médecin	Nombre de médecins d'astreinte par secteur
Nuit de 20 h à 8 h	450 euros + les actes	1 médecin

A noter que pendant les horaires de la PDS, les patients qui le demandent devront pouvoir bénéficier du tiers payant sur la partie des actes prise en charge par l'assurance maladie et sur les indemnités kilométriques.

## 2.4. AIDES A L'INSTALLATION

Actuellement très peu de jeunes médecins savent qu'il existe de multiples aides tant informationnelles que financières pour les aider lors de leur installation et les accompagner tout au long de leur carrière.

J'ai donc essayé de réunir dans un même document les différents outils à disposition des médecins.

### 2.4.1. La Plate-forme d'Appui aux Professionnels de Santé ou PAPS

Il s'agit d'un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé dont les objectifs sont :

- améliorer l'information des étudiants et les aider à préparer leur installation,
- accompagner et faciliter l'installation des futurs professionnels,
- faire émerger et accompagner les projets des professionnels autour de l'exercice coordonné,
- suivre le développement des professionnels et leurs projets.

La plateforme sert à relayer les dispositifs et outils mis à disposition de tous les professionnels de santé. Un site internet dédié [www.\[region\].paps.sante.fr](http://www.[region].paps.sante.fr) est prévu à cet effet. Il est d'ores et déjà disponible et continue d'être alimenté par les contributions des partenaires.

Cette plate-forme s'appuie sur des équipes « multi partenariales » (ARS, CPAM, Ordre, URSSAF...) qui proposent leur soutien, notamment en matière d'ingénierie de projet ou d'installation aux professionnels de santé. La PAPS initie aussi des actions d'informations ciblées aux étudiants ou aux professionnels en formation.

Le dispositif d'ensemble est piloté par une instance qui réunit tous les partenaires et financeurs de ces services.

Quel que soit le statut (étudiant ou professionnel) et le mode d'exercice, les initiatives régionales et nationales recensées par la PAPS s'articulent autour des moments clés de la carrière, pour :

- présenter les formations initiales,
- aider dans le choix du mode d'exercice,
- accompagner les projets d'exercice coordonné,
- suivre les professionnels dans leur développement ainsi que leurs projets.

Ce site internet relaie les initiatives proposées par les acteurs mobilisés dans la région. Vous trouverez sur ce site différents types d'informations :

-Les informations nationales : présentation des dispositifs nationaux, des évolutions règlementaires.

-Les informations régionales : - présentation de l'offre, des besoins et de la politique régionale de santé, liste des lieux d'exercice dans le cadre du dispositif du CESP.

- présentation des services accessibles aux professionnels de santé, notamment en matière d'information à destination des étudiants, d'aides à l'installation et d'appui au montage de structure d'exercice coordonné.

-Les coordonnées des interlocuteurs clefs auprès des différents partenaires de la PAPS pouvant proposer un accompagnement adapté.

-Une information sur les évènements dédiés aux professionnels de santé : colloques, séminaires...

Ce site a pour vocation de s'enrichir progressivement. La plate-forme va permettre de faire en sorte qu'un professionnel qui se pose une question puisse être dirigé vers l'acteur le plus à même de l'aider. Chaque acteur régional aura une visibilité sur les services proposés par tous les partenaires.

Les plates-formes sont disponibles dans une première version depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2011 dans toutes les régions. Elles seront mises à jour et enrichies au cours de l'année pour offrir un bouquet de services à l'ensemble des professionnels de santé.



#### 2.4.3.2.2. Zonage SROS

Le deuxième zonage, défini par les ARS, est le **schéma régional d'organisation des soins** qui correspond aux zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, MSP, centres et pôles de santé (Article L1434-7 CSP). Il est intégré au Projet régional de Santé. Le SROS constitue désormais un outil opérationnel de mise en œuvre du plan stratégique régional de santé, document comportant notamment l'évaluation des besoins de santé et de l'offre de soins et la détermination des orientations et objectifs stratégiques de la région en matière de santé.

Voici les zones sous-dotées en Corrèze définies par le SROS pour 2012-2016 :

-Beaulieu-sur-Dordogne

-Bort-les-Orgues

-Bugeat

-Egletons

-Lubersac

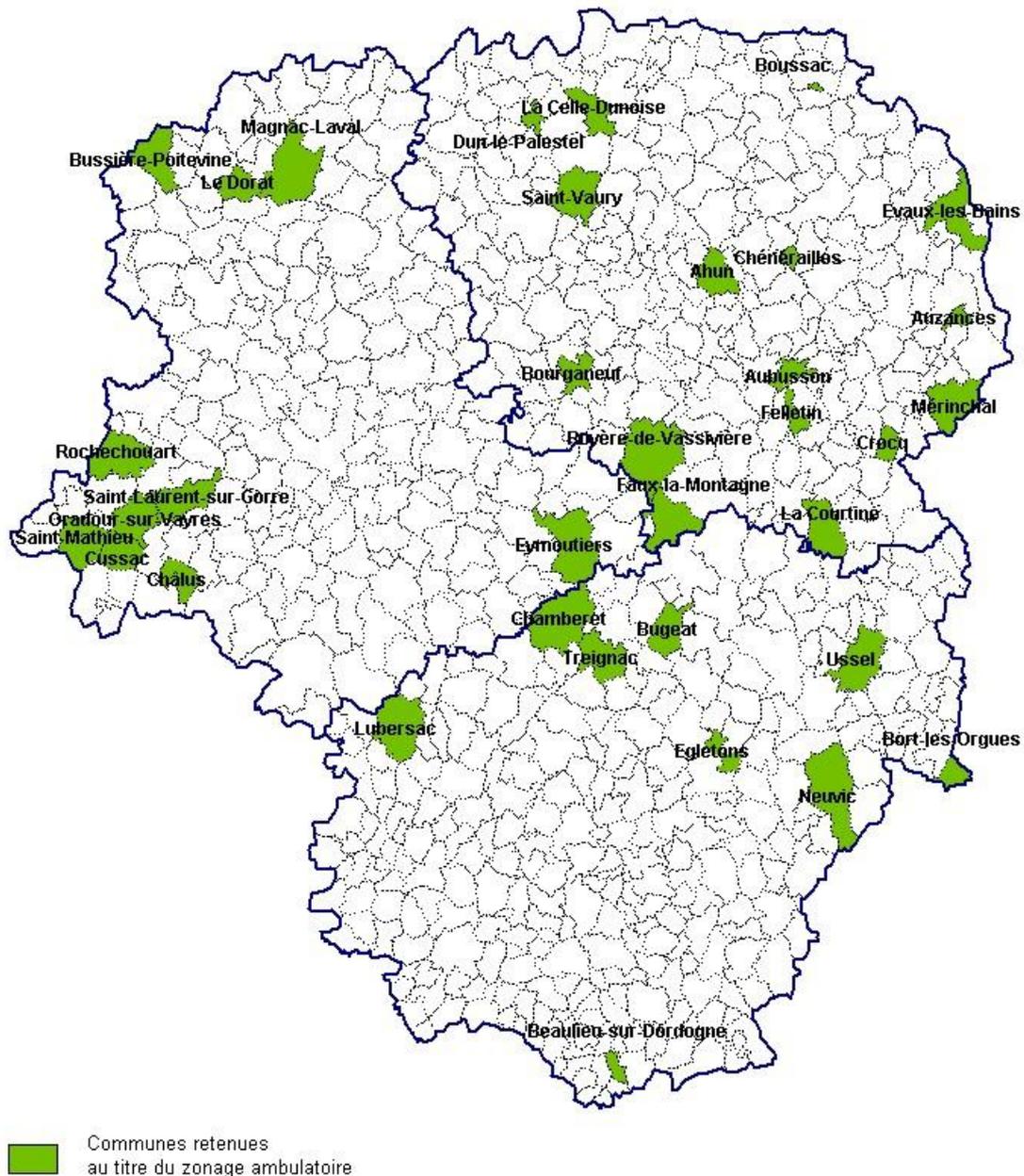
-Neuvic

-Chamberet

-Treignac

-Canton d'Ussel-Est

## ZONAGE SROS AMBULATOIRE



## **2.4.3. Aides de l'Etat**

### **2.4.3.1. Contrat d'engagement de service public**

#### **2.4.3.1.1. Le contrat**

Il s'agit d'une réponse de l'Etat au constat d'inégalité d'accès aux soins sur le territoire national. C'est une mesure incitative, permettant de maintenir la liberté d'installation des autres médecins, uniquement sur le volontariat de l'étudiant ou de l'interne.

Il s'adresse :

- aux étudiants, ayant passé le P1 en France, à partir du PCEM2 et jusqu'au PCEM4
- aux internes postulant au DES de Médecine Générales et autres DES de spécialités.

Il peut être envisagé à tout moment du cursus, sur demande expresse de l'étudiant ou de l'interne et prend effet au début de l'année universitaire.

Il est valable au minimum 1 an (soit la dernière année du DES postulé). Sa validité est au maximum de 8 ans pour la médecine générale et de 9 à 10 ans pour les autres spécialités. L'indemnité est versée sans interruption sauf suspension demandée par le candidat, y compris redoublement et triplement ou année sabbatique.

Le CESP peut être suspendu dans le cadre de certains congés (maternité, adoption, paternité, disponibilité pour maladie du conjoint, disponibilité pour convenances personnelles), sur demande expresse du contractant et par période d'un mois.

Il ne peut être arrêté qu'à la fin des études médicales uniquement par l'obtention du DES de médecine générale ou d'une autre spécialité et par l'obtention du DESC. IL n'existe aucune possibilité de le stopper pendant les études médicales quelle que soit la volonté du candidat.

#### **2.4.3.1.2. L'allocation**

Elle est versée mensuellement durant 12 mois de l'année (y compris pendant les vacances) du 1<sup>er</sup> octobre au 30 septembre pour un étudiant et du 1<sup>er</sup> novembre au 31 octobre pour un interne par le Centre National de Gestion.

C'est un revenu forfaitaire, imposable, cumulable avec les indemnités mensuelles versées aux étudiants hospitaliers et avec le salaire mensuel perçu par les internes. Cette allocation est assujettie à la CSG et à la CRDS. Elle est versée par virement bancaire.

#### **2.4.3.1.3. La rémunération**

En 2012, le montant du forfait était de 1200 euros brut par mois soit un montant net perçu de 1106.88 euros par mois soit un montant imposable de 1140.64 euros par mois (car CSG non déductible).

Malgré ce forfait très avantageux, il n'y a eu aucun CESP signé en 2012 pour l'instant.

#### **2.4.3.1.4. Les incidences du CESP**

Le CESP est cumulable avec la bourse sur critères sociaux dans une certaine limite. Le versement de ce revenu mensuel peut entraîner l'exclusion du logement universitaire et des aides au logement et, l'année suivante, la perte de la bourse sur critères sociaux ou la réduction de son taux.

Il n'existe pas d'interdiction de cumul avec des dispositifs d'aide à l'installation et des bourses offertes par des collectivités territoriales.

#### **2.4.3.1.5. Les engagements du candidat**

Le candidat s'engage à consacrer la totalité de son exercice professionnel (à titre libéral selon les tarifs conventionnés ou à titre salarié ou mixte) dans des zones « sous-denses » (voir carte du zonage du SROS) identifiées par les ARS, où l'offre de soins fait défaut (dans un plusieurs lieux d'exercice) pour une durée égale à la durée de versement de l'allocation. Cette durée est au minimum de 2 ans même si l'interne n'a perçu qu'une année d'allocation.

La période d'engagement débute dès la fin de la validation du DES sauf avis motivé du Doyen (soutenance de thèse, post-internat nécessaire à la validation d'un DESC). Cette prolongation donne droit à la poursuite du versement de l'allocation et donc, de fait, augmente d'autant la durée d'engagement.

Deux cas de figures en cas de rupture du contrat :

-rupture sans remboursement de plein droit si décès du professionnel ou incapacité totale d'exercer.

-rupture avec remboursement si elle est demandée par le médecin, si elle est due à la radiation du professionnel ou si changement non autorisé du lieu d'exercice. Les indemnités dues correspondent alors à la somme des allocations perçues plus la fraction des frais d'études engagés par l'Etat)

#### **2.4.3.1.6. La procédure**

Le dossier doit être envoyé par lettre recommandée au Doyen de la Faculté de Médecine. Il contient une copie de la carte d'identité/passeport, une copie de la carte de séjour pour les étrangers, une lettre de motivation (projet professionnel, spécialité, mode et lieu d'exercice envisagé) ainsi qu'une déclaration de l'étudiant précisant son rang de classement (concours de fin de 1<sup>er</sup> année ou ECN).

Le dossier est alors examiné par une commission de sélection présidée par le Doyen pouvant donner lieu à des entretiens individuels. Les demandes sont alors classées (liste principale et liste complémentaire).

Les allocataires du CESP passent les ECN comme tous les autres candidats et sont classés dans la liste nationale unique. Le choix se fait selon le rang de classement sur une liste spécifique établie sur les propositions des ARS. Les bénéficiaires du CESP ne peuvent changer de spécialité (hors droit de remords vers les disciplines accessibles lors du choix en fonction du rang de classement).

Le choix du lieu d'exercice se fait durant la dernière année d'internat dans la spécialité validée sur la liste nationale. Il est possible à tout moment de changer de lieu d'exercice mais uniquement pour un autre lieu d'exercice en zone sous-dense au sein de la même région ou d'une autre.

#### **2.4.3.2. Exonération d'impôt sur le revenu**

Elle est valable en ZRR.

Elle concerne les entreprises nouvelles ou reprises. IL peut s'agir d'entreprises individuelles ou de sociétés soumises à l'impôt sur les sociétés (IS) ou à l'impôt sur le revenu (IR) répondant aux conditions suivantes :

- exercer une activité industrielle, commerciale, artisanale ou libérale.
- être soumises à un régime réel d'imposition.
- la création ou reprise de l'entreprise doit avoir eu lieu au plus tard le 31 décembre 2013.

Elle consiste en une exonération totale de l'impôt sur le revenu pendant 5 ans : les bénéfices réalisés au cours des 5 années à compter de la date de création ou de la reprise d'entreprise sont exonérés à 100%. Elle est suivie d'une exonération partielle et dégressive pendant les 3 années suivantes :

- 75% des bénéfices réalisés la première année suivant la période d'exonération totale.
- 50% la seconde année suivant la période d'exonération totale.
- 25% la troisième année suivant la période d'exonération totale.

#### **2.4.3.3. Exonération d'impôt sur le revenu / permanence des soins ambulatoires**

Elle est valable selon le zonage du SROS.

Elle touche les médecins ou leurs remplaçants participant à la permanence des soins ambulatoires.

Elle consiste en l'exonération de l'impôt sur le revenu des rémunérations à hauteur de 60 jours de permanences par an. Il s'agit des rémunérations d'astreinte et des majorations spécifiques pour les médecins libéraux inscrits au tableau de la permanence des soins d'un secteur comprenant au moins une zone prévue à l'article L.1434-7. Les rémunérations des médecins régulateurs qui exercent dans un secteur comprenant au moins une zone prévue l'article L.1434-7, même si la régulation n'a pas lieu directement dans cette zone en font également partie.

#### **2.4.3.4. Exonération des cotisations patronales**

Elle est valable dans les ZRR et les zones de redynamisation urbaine.

Elle consiste en l'exonération d'une partie des cotisations patronales Sécurité Sociale pendant 12 mois, pour l'embauche d'un salarié dans un cabinet installé.

#### **2.4.4. Aides des collectivités territoriales**

##### **2.4.4.1. Aide à l'installation ou au maintien des professionnels ou centre de santé**

Elle est valable selon le zonage du SROS.

En contrepartie de cette aide, le bénéficiaire s'engage par convention à exercer pendant au moins 3 ans en zone dite déficitaire.

##### **2.4.4.2. Aides aux étudiants en médecine**

Elles sont valables selon le zonage du SROS.

###### **2.4.4.2.1. Indemnité d'étude et de projet professionnel**

Le montant annuel ne peut excéder les émoluments annuels de troisième année d'internat. Le contrat prévoit des sanctions ou le remboursement de l'indemnité en cas de non-respect (non installation dans la zone prévue).

###### **2.4.4.2.2. Indemnité de logement**

Elle concerne les internes en médecine générale. Elle est non cumulative avec la mise à disposition d'un logement.

###### **2.4.4.2.3. Indemnité de déplacement**

Elle concerne encore un fois les internes en médecine générale et s'applique aux déplacements effectués dans le cadre de leur stage et des trajets entre leur lieu de résidence et leur lieu de stage.

## **2.4.5. Aides de l'assurance maladie**

### **2.4.5.1. Nouvelle convention médicale**

#### **2.4.5.1.1. Option démographie**

Elle est valable selon le zonage du SROS et s'applique aux médecins généralistes libéraux ainsi qu'aux médecins de secteur 2 s'engageant à appliquer les tarifs opposables dans la zone.

Il s'agit d'un engagement de 3 ans des médecins exerçant en groupe (quelle que soit la forme juridique) ou exerçant en pôle de santé.

Ces derniers reçoivent :

-une aide à l'investissement : 5000euros/an pour un médecin exerçant en groupe et 2500euros/an pour un médecin exerçant en pôle.

-une aide à l'activité : 10% du chiffre d'affaire(C+V) plafonnée à 20000 euros pour un médecin exerçant en groupe et 5% (C+V) plafonnée à 10000 euros pour un médecin exerçant en pôle.

#### **2.4.5.1.2. Option Santé Solidarité Territoire**

Toujours valable selon le zonage du SROS, elle intéresse les médecins libéraux situés à proximité d'une zone fragile qui acceptent de prêter main forte aux médecins de cette zone.

Il faut exercer au minimum 28 jours par an dans la zone fragile et signer un engagement de 3 ans pour bénéficier de la majoration de 10% de l'activité (C+V) avec un plafond de 20000 euros par an et de la prise en charge des frais de déplacement (IK).

#### **2.4.5.1.3. Moratoire médecin traitant**

Elle est valable selon le zonage du SROS pour les médecins généralistes.

Elle est limitée à 5 ans et le médecin doit présenter une des conditions suivantes :

- professionnel exerçant dans une zone mentionnée à l'article L.162-47.
- professionnel exerçant dans un centre de santé nouvellement agréé dans une zone définie par l'ARS.
- professionnel installé pour la première fois en exercice libéral.
- 

Cela permet de ne pas pénaliser les patients qui viendraient consulter ces professionnels même s'ils ne sont pas leurs médecins traitants attitrés.

#### 2.4.6. Aide du Conseil Général

Le conseil général favorise l'installation de médecins dans les zones déficitaires ou susceptibles de le devenir en mettant en place **une aide forfaitaire de 10 000 €** versée l'année de l'installation. Elle pourra concerner un jeune médecin en sortie d'études universitaires, comme un généraliste intervenant jusqu'alors dans le cadre de remplacements.

L'aide est **soumise à conditions** : exercer au moins cinq ans sur le territoire concerné, dans une **zone déficitaire** définie par l'Agence régionale de santé (ARS) selon le zonage du SROS.

-déposer sa demande de subvention dans un délai maximum de 3 mois à partir de son installation effective sur la zone sous dotée.

Le dossier de demande de subventions devra comporter :

- l'imprimé de demande (annexe)
- l'attestation d'inscription au conseil départemental de l'ordre des médecins
- l'assurance responsabilité civile professionnelle (RCP)
- l'affiliation à la Sécurité Sociale

Il sera présenté en commission permanente du Conseil Général. La demande de versement devra être effectuée dans un délai de 12 mois à compter de la date d'attribution de la subvention.

## 2.5. UNIVERSITARISATION

Dans le cadre du pôle de Santé de la Montagne Limousin, le Dr Daniel Buchon, médecin généraliste mais également directeur du service de médecine générale de la Faculté de Limoges, a proposé la création d'un service universitaire de médecine générale ambulatoire.

Actuellement, il existe sur le territoire une communauté de médecins généralistes prêts à s'investir. Il s'agit d'enseignants motivés avec l'expérience d'un enseignement universitaire et d'une maquette pédagogique centrée sur des thématiques de santé publique et d'organisation des soins. De plus, en 2007, la création des postes de chefs de clinique ambulatoire de médecine générale incite les professionnels universitaires de la discipline et les institutionnels à imaginer des lieux de cliniques universitaires ambulatoires pour les accueillir.

Intégrer l'université dans un tel projet pourrait apporter :

- des ressources humaines,
- des connaissances cliniques développées à partir d'une recherche en soins primaires indispensables avec l'appui des internes de médecine générale (pourvoyeur de thèses),
- une élévation de la qualité des soins et des prestations,
- une amélioration de la connexion entre la médecine ambulatoire et les différents établissements de soins,
- une relance de la dynamique des réseaux spécifiques.

Le principal but d'un tel service est la formation de la nouvelle génération de médecins généraliste mais également d'autres spécialités. Le contenu pédagogique d'un tel service dépasse l'acquisition des compétences génériques de la médecine générale en abordant la démonstration du travail en équipe, le partage des tâches, l'implication pluridisciplinaire, les recours sociaux.

Ce service sera opérationnel dès 2013. L'équipe enseignante est déjà constituée (un enseignant universitaire, cinq maîtres de stage universitaires agréés et un chef de clinique, collaborateur libéral à temps partiel sur le territoire). Des locaux d'enseignement sont prévus au sein du réseau. L'inscription de ce service universitaire aux choix des internes en médecine générale permettrait de réaliser un stage semestriel entier au sein du territoire de la montagne limousine. Une demande d'agrément a été déposée.

# **PARTIE 3**

# **DISCUSSION**

Aujourd'hui, la France fait face à un réel problème de santé publique sur l'ensemble de son territoire : la désertification médicale. De multiples facteurs interagissent pour amplifier le phénomène :

- Le vieillissement de la population

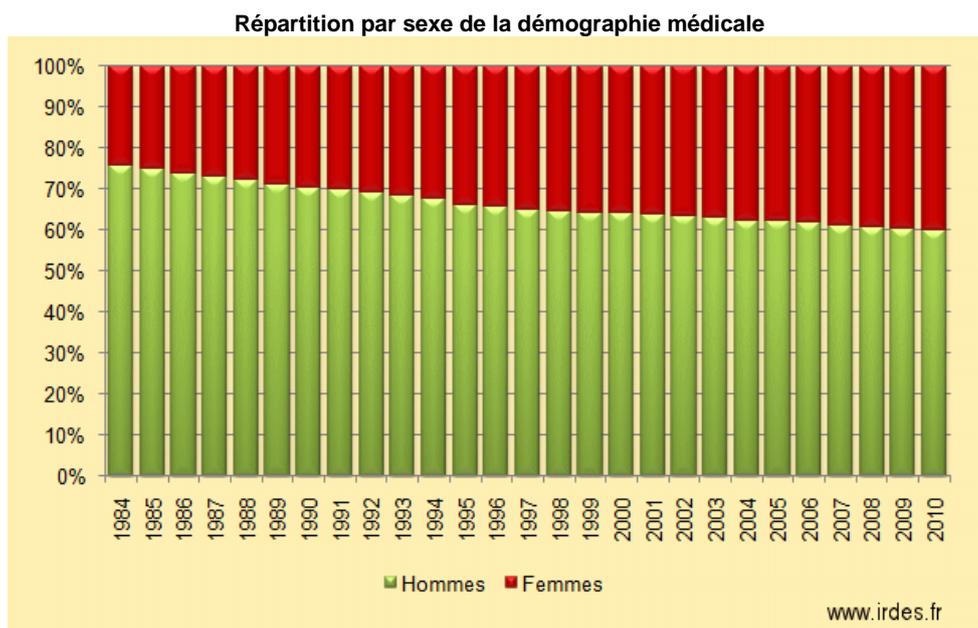
Celui-ci génère forcément un accroissement de la demande de soins. Nous ne pouvons que nous féliciter des progrès de la médecine et de l'amélioration de la qualité de vie des personnes qui ont permis d'augmenter l'espérance de vie des Français à la naissance (78.2 ans pour un homme et 84.8 ans pour les femmes en 2011). Cela implique des personnes âgées plus nombreuses avec potentiellement de multiples maladies chroniques engendrant une dépendance grandissante et donc forcément un besoin accru de soins médicaux, paramédicaux et également de soutien moral, d'aide financière voire d'aide sociale. Toutes ces demandes chronophages sont rédigées par les médecins générant un surcroit important de travail.

- La baisse du nombre de médecins en activité libérale

Elle va se ressentir de plus en plus avec un creux entre 2016 et 2023 très important. La densité médicale, de façon générale, suit à peu près le même schéma. Mais il faut souligner que le rapport entre le nombre de médecins et la population n'est qu'un indice grossier de l'adéquation entre l'offre et la demande de soins.

- La féminisation de la profession

Depuis plusieurs années, le phénomène s'accroît. Le pourcentage de jeunes filles admises au concours de 1<sup>ère</sup> année ne cesse d'augmenter. Y-a-t-il des raisons à cette envolée féminine ? Les filles seraient souvent plus studieuses, plus concentrées, plus focalisées sur leur objectif. Les garçons auraient-ils déserté la vie médicale semblant moins prestigieuse que les carrières d'ingénierie ? Quoiqu'il en soit, la part des femmes dans la démographie médicale est passée de 24,5 % en 1984 à 40,3 % en 2010. Etudier ce pourcentage est important dans la prise en compte des futurs besoins de soins car l'exercice féminin présente des caractéristiques différentes de l'exercice masculin.

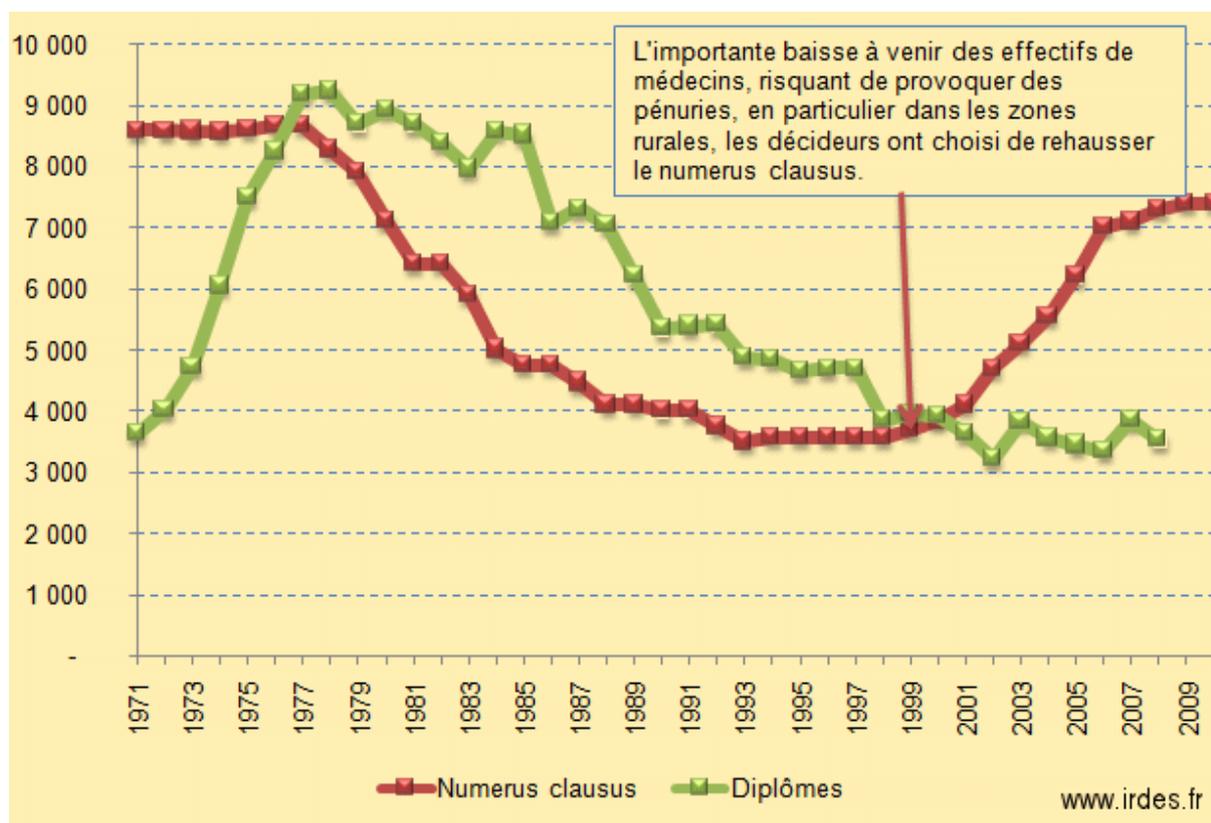


Source : Eco-Santé France, d'après données Adeli de la Drees

Dans 10 ans, il y aura probablement plus de femmes médecins que d'hommes et c'est là que le « bât blesse ». Ces futures professionnelles de la santé travailleront moins (dans la grande majorité) que ces messieurs, surtout au début de leurs carrières. En effet, la femme a de multiples casquettes dont celle d'être mère et cette fonction est très chronophage ! Elles devront partager leur temps entre leur activité de médecin et leur activité de femme au foyer. C'est pourquoi une majorité préférera une activité salariée au détriment de la médecine libérale de proximité. Donc là encore, même si l'on forme actuellement plus de médecins qu'il y a 10 ans, cela ne suffira pas à combler les manques. Il faudrait quasiment former deux fois plus de femmes médecins pour pallier au départ à la retraite de la génération actuelle en activité, essentiellement masculine.

- Gestion du numerus clausus

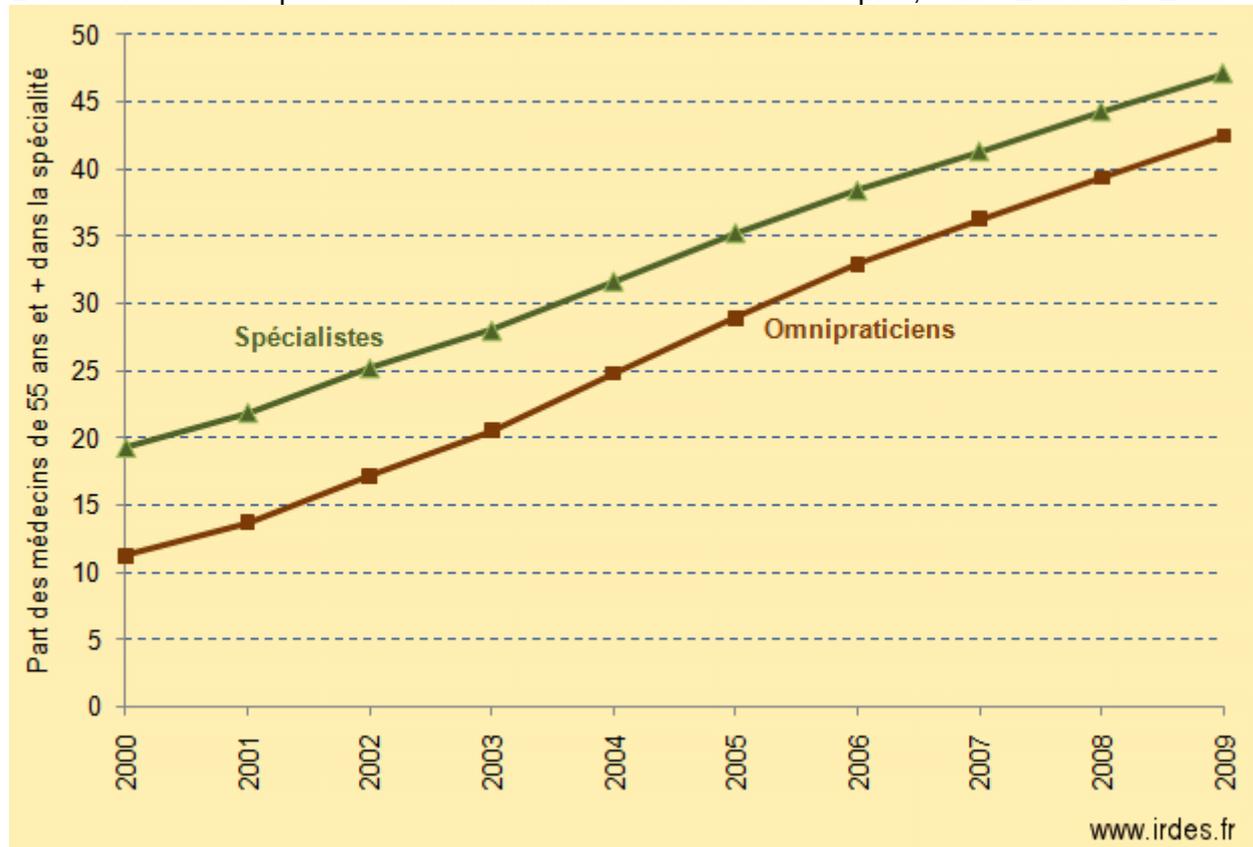
Comme on peut le voir sur le schéma qui suit, l'augmentation sensible du numerus clausus à partir de 2001 et donc l'augmentation future du nombre de médecins diplômés ne permettra pas à court terme de compenser la forte chute à venir des effectifs de médecins. C'est le résultat d'un processus à long terme, un processus de plusieurs dizaines d'années.



Evolution du numerus clausus en médecine/odontologie et du nombre de diplômés en médecine entre 1971 et 2010

En effet, sur la seule période 2000-2009, la part des omnipraticiens ayant 55 ans et plus a été multipliée par 3.8. En 2009, cette proportion est de 43%. Le vieillissement de la population des médecins est très rapide, beaucoup plus rapide que celui de la population qui n'a été multipliée que par 1.1 sur la même période.

Evolution de la part des médecins de 55 ans et plus, de 2000 à 2009



Source : [Eco-Santé France](#), d'après données du Snir de la Cnamts

- Un désintérêt notable des étudiants pour la médecine de proximité

Plusieurs facteurs en sont la cause : lourdeur des tâches administratives, gestion financière du cabinet, amplitude horaire, permanence des soins, solitude...

Les jeunes médecins d'aujourd'hui recherchent avant tout la sécurité. C'est pourquoi une activité pluri professionnelle est fortement plébiscitée. Non seulement, les étudiants veulent garder un contact avec leurs confrères mais également avec les différents acteurs de la santé : l'hôpital, les centres d'imagerie et de biologie... La qualité de leur vie personnelle prime sur tout le reste. Il n'y pas si longtemps, le médecin généraliste était corvéable à merci, de garde 24h sur 24 avec une vie personnelle quasi inexistante. Tous ces facteurs ont fortement contribué à la mauvaise image de la vie de médecin généraliste. Cependant, ces dernières années, de nombreux changements ont été apportés dans la pratique du fait d'une évolution des mentalités. Malgré ses améliorations (consultation sur rendez-vous, régulation médicale, éducation de la patientèle), la médecine de proximité reste « la bête noire des étudiants ».

Face à l'ampleur du phénomène et à l'inquiétude de la population, la classe politique a donc décidé de faire de la désertification médicale son cheval de bataille. De nombreuses propositions ont été faites, des projets entrepris et une refonte du système de santé amorcée. Tout cela bien sûr dans la plus grande cacophonie. Le débat sur « comment pallier à la désertification médicale » s'est donc ouvert dans un contexte économique catastrophique et dans l'urgence !

Nous avons donc choisi de rechercher et d'identifier les différents moyens mis en place pour faciliter l'installation de jeunes médecins en zone déficitaire. Afin de limiter nos recherches, nous nous sommes focalisés sur le département de la Corrèze au cours de l'année 2012. Nous avons choisi un échantillonnage assez représentatif de ce qui se passe sur l'ensemble de ce territoire.

Afin d'être les plus précis possible, nous nous sommes attachés à recenser les différents projets corréziens en cours, les modifications du système de soins primaires apportées cette année ainsi que les aides financières accordées et les réformes d'avenir. Pour que ce descriptif soit moins rébarbatif, nous avons interviewé les principaux acteurs s'impliquant dans cette révolution du système de soins. Ils avaient tous à cœur d'optimiser la prise en charge des patients et d'assurer un maillage très fin du territoire en fonction des contraintes économiques, financières, politiques, humaines et géographiques. Nous avons donc intégré du verbatim dans notre description. (Annexe 6)

Le fer de lance des différents projets entrepris au sein du département de la Corrèze est bien entendu comme partout sur le territoire, la création de maisons de santé pluri-professionnelles. Si, sur le fond, elles visent toutes les mêmes buts : accroître l'attractivité de la région et répondre à la demande de soins de la population tout en suivant la politique de santé publique, elles diffèrent par leur origine (professionnels ou élus locaux), leur fonctionnement (autonome ou subventionné), le nombre de professionnels engagés... Cela nous a permis d'appréhender la difficulté de vouloir uniformiser les pratiques médicales alors que les idées des acteurs principaux divergent, avec des visions des médecines aux antipodes !

Le projet de maison de santé dans un lieu unique n'est pas forcément adapté partout car ils ont tous des caractéristiques particulières au niveau de leur géographie, leur population et des différentes structures de soins de proximité. Les élus locaux et les professionnels de santé ont donc dû adapter le contexte à leur situation unique. C'est de cette façon que les projets de pôle de soins et de réseau ont vu le jour.

En Haute Corrèze, un projet ambitieux et innovant de pôle de Santé se dessine en parfait accord avec la topographie des lieux et les moyens humains à disposition. C'est un plan d'envergure qui a l'appui total de la communauté des professionnels, des citoyens et de l'Etat. Ce futur système permettra d'assurer un maillage du territoire de Haute-Corrèze en termes d'accès aux soins pour tous. Il utilisera toutes les ressources disponibles et les mettra en commun afin d'apporter à la population l'offre de soins la plus adaptée possible.

Le réseau de la montagne limousine se base sur l'idée que malgré un territoire géographique extrêmement vaste, il est possible grâce aux nouvelles technologies de relier les différents sites, de les uniformiser tout en gardant leur identité propre afin d'améliorer la pratique des professionnels déjà en place et ainsi d'en attirer de nouveaux en leur assurant une standardisation de leur exercice où qu'ils soient et en rompant leur isolement.

Afin d'optimiser au mieux les ressources humaines et matérielles du département en terme de professionnels de santé, le système de la permanence des soins en Corrèze a été récemment refondu pour pallier aux facteurs démographiques du département. Le but est d'assurer une continuité des soins tout en préservant la qualité de vie des médecins en place et si possible d'en attirer de nouveaux tout en diminuant les coûts.

Dans la même optique, de très nombreuses aides financières existent pour d'inciter les jeunes médecins à s'installer en zone déficitaire. Elles émanent de tous les niveaux et s'adressent à l'ensemble du corps médical. Dans la grande majorité des cas, elles sont peu connues et donc peu exploitées par les jeunes médecins. On note un manque de transparence et surtout une grande disparité de support ce qui rend difficile l'accès à ces aides.

Enfin, l'idée de créer un service universitaire de médecine générale ambulatoire permettrait de former les jeunes professionnels de santé sur le terrain et ainsi de contribuer de façon active au maintien de l'offre de soins sur le territoire.

Comme nous l'ont souligné les différents médecins que nous avons rencontrés, les professionnels de santé exerçant en zone sous médicalisée connaissent un rythme de travail hors norme, accumulent les kilomètres et ne peuvent que rarement s'absenter. Ces difficultés d'exercice nuisent à tous, patients comme soignants, et peuvent décourager les jeunes médecins de s'installer dans ces zones. Alors que faire ?

Après toutes ces recherches, nous pouvons clairement établir que de nombreux projets sont en marche afin de pallier à la pénurie future des médecins généralistes. Le travail de groupe, une amélioration du système de communication inter professionnel, des aides financières, voire même une exportation de l'université dans ces zones les plus reculées cherchent à montrer aux jeunes générations les immenses possibilités qui s'offrent à eux.

En Corrèze, comme partout ailleurs sur le territoire français, les maisons de santé pluri professionnelles ont le vent en poupe. Elles entendent rétablir l'équilibre pluridisciplinaire en zone déficitaire (actuellement, il s'agit principalement de zones rurales mais dans un avenir plus ou moins proche l'ensemble du territoire sera touché) et lutter contre les inégalités d'accès aux soins. Mais les médecins sont quelque peu déroutés, car nous changeons de système : du médecin libéral, solitaire, seul maître à bord, nous passons à un exercice de groupe, à la responsabilité systémique et à l'organisation des soins selon des normes qui ne sont pas celles des pratiques individuelles.

La question fondamentale qui ressort de ces recherches est : est-ce que ces nouvelles structures sont en mesure de répondre au problème de base qui est le manque de médecins ?

Pas un jour ne passe sans que les journaux populaires ou médicaux ne parlent du problème des déserts médicaux. Au cours des 10 prochaines années, toutes les régions françaises seront confrontées à une baisse significative du nombre de médecins en activité régulière. La vraie question est : Comment attirer des médecins dans des zones sous médicalisées alors que dans quelques années les zones les plus prisées seront-elles-aussi en manque de médecins ?

D'après une étude réalisée par le magazine le Généraliste, en 2012, non seulement le problème des déserts médicaux est au centre des discussions de nos élus mais également des professionnels. Malgré une chute libre des effectifs des médecins généralistes cette année, certains semblent réticents devant tous les changements annoncés. Le système fonctionnant parfaitement dans l'immédiat, un généraliste sur deux est attaché au paiement à l'acte et à sa liberté d'installation.

Afin de susciter des vocations pour s'installer en zone déficitaire ou améliorer la participation à la PDS, une majorité de généralistes placent en tête les incitations financières. Mais il ressort qu'ils veulent faire évoluer leur mode d'exercice évolue afin de mieux répondre aux besoins des patients. Un exemple est l'évolution du mode de rémunération. Une généralisation du tiers payant chez le médecin traitant est largement plébiscité afin de faciliter l'accès aux soins ainsi que la création de forfait qui prendrait en charge l'administratif au niveau des maisons de santé ou encore des forfaits pour les pathologies chroniques que le médecin doit gérer au quotidien.

Une autre idée fait son chemin au sein de la profession : intégrer le salariat au sein même de la médecine de proximité afin d'encourager les jeunes, d'assurer la PDS et de venir en renfort dans les déserts médicaux. Ce médecin salarié pourrait par exemple être salarié du réseau ou du pôle et se déplacer en fonction des besoins.

Les médecins généralistes ont une conscience aigüe de la nécessité d'inventer des solutions nouvelles pour sortir de la crise et sont prêts pour la plupart à suivre les évolutions qui se profilent sur le principe du volontariat. Les généralistes d'aujourd'hui comme ceux d'hier, préfèrent les incitations aux contraintes et restent vigilants sur leur autonomie.

Ces dernières années, le temps purement médical que le médecin consacre à ses patients a été grandement parasité par des tâches administratives de plus en plus lourdes. S'ajoute à cela, l'augmentation des patients aux pathologies chroniques. Les médecins voudraient pouvoir se recentrer sur la médecine. C'est pourquoi, la délégation des tâches semblent être une des pistes qu'ils sont prêts à envisager tout en restant aux commandes.

# **CONCLUSION**

Attirer les médecins vers des zones déficitaires n'est pas qu'une affaire de murs clinquants et vacants mais bien une affaire de conditions d'exercice et de valorisation professionnelle et financière. Le nerf de la guerre reste l'aspect financier. La jeune génération est, certes, remplie d'idéalisme et d'enthousiasme envers la profession mais le contexte économique reste le même pour tous les français. Demander à un jeune médecin de s'installer dans une zone désertifiée sans contrepartie, même si on lui assure une coopération entre les professionnels, cela ne donnera pas de travail à son conjoint ou ne règlera pas le problème de la scolarité des enfants. Comme nous l'avons vu, les mentalités ont changé et les médecins de demain mettent leurs qualités de vie au premier plan surtout si ce sont des femmes.

La solution miracle n'existe pas et nous aurions tort de le croire. Les vingt prochaines années annoncent un changement radical dans notre système de santé afin de maintenir un accès aux soins le plus vaste possible. La pénurie des médecins libéraux ruraux devrait être étudiée à l'échelle de l'aménagement du territoire : Equilibrer les implantations industrielles, culturelles, commerciales... Rendre attractives à tout point de vue les zones déficitaires afin d'attirer la jeune génération. Nous touchons là à un problème purement politique.

L'exercice de la médecine générale évolue. Individualisme et pratique solitaire dans un lieu fixe sont voués à disparaître. Le médecin de demain sera plus mobile, s'ouvrira vers l'extérieur. Sa rémunération sera plus diversifiée. Avec la pénurie de médecins, une organisation du travail plus collective s'impose aujourd'hui. La pluri-disciplinarité sera l'une des réponses avec le partage des tâches, une concertation sincère et non hiérarchique entre les spécialités. L'objectif reste pour tous la prise en compte du patient dans sa globalité.

Les médecins sont conscients du challenge qui s'impose à eux mais ils restent très circonspects et veulent garder leur autonomie. De nombreuses propositions restent à faire. D'ailleurs, la dernière annonce choc du gouvernement actuel (décembre 2012) : rémunération minimale de 55000 euros par an est proposée aux praticiens de médecine générale acceptant de s'installer dans une zone désertifiée ... A tout vouloir, attention à ne pas perdre notre identité ! Pour le moment encore, la décision finale est entre les mains des médecins mais pour combien de temps ?

## BIBLIOGRAPHIE

- [1]  
ARS DU CENTRE. « Le dispositif de permanence des soins ambulatoires ». Disponible sur : < <http://www.ars.centre.sante.fr/Le-dispositif-de-permanence-de.116215.0.html> >
- [2]  
ARS DU LIMOUSIN. « Aides au regroupement - Maisons de Santé Pluridisciplinaire ». Disponible sur : < <http://www.ars.limousin.sante.fr/Aides-au-regroupement-Maison.82292.0.html> >
- [3]  
ARS DU LIMOUSIN. « Expérimentation de permanence des soins en médecine ambulatoire : la Haute-Vienne site pilote! » Disponible sur : < [http://www.ars.limousin.sante.fr / Experimentation-de-permanence.91619.0.html](http://www.ars.limousin.sante.fr/Experimentation-de-permanence.91619.0.html) >
- [4]  
ARS DU LIMOUSIN. *Schéma régional d'organisation des soins.*
- [5]  
ARS DU LIMOUSIN. « Permanence des soins ambulatoires en Corrèze ». Disponible sur : < <http://www.ars.limousin.sante.fr/Permanence-des-soins-ambulatoi.146655.0.html> >
- [6]  
ARS DU LIMOUSIN. *L'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire dans le département de la Corrèze à compter du 1er octobre 2012.*
- [7]  
CONSEIL GÉNÉRALE DE LA CORRÈZE. « Répondre à la hausse des besoins ». *Corrèze magazine*. avril 2012. n°99, p. 4.
- [8]  
CONSEIL GÉNÉRALE DE LA CORRÈZE. « Assurer à tous l'égalité d'accès aux soins ». *Corrèze magazine*. mars 2012. n°98, p. 11-15.
- [9]  
DA CRUZ N. « Démographie médicale: de nouvelles raisons d'espérer? » *Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins*. décembre 2012. n°26, p. 22-29.
- [10]  
DE HASS P. *Monter et faire vivre une maison de santé*. Brignais (Rhône), France : Le Coudrier, 2010. 173 (Partage d'expériences). ISBN : 978-2-919374-00-7.
- [11]  
DGOS-MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. *Modalités d'organisation de la permanence des soins*. 2010.
- [12]  
DGOS-MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. *Guide méthodologique pour l'élaboration du SROS-PRS-version 2*. 2011.
- [13]  
DGOS-MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. *Détermination des zones prévues à l'article L.1434-7 du code de la santé publique*. 2012.
- [14]  
DRESS. « La démographie médicale à l'horizon 2030 ». Disponible sur : < <http://sante-medecine.commentcamarche.net/contents/congres/la-demographie-medecale-a-l-horizon-2030-drees> >

[15]

FROMENTIN R., MARECHAUX F. « Des mutations profondes, des projets complexes ». In : *Maisons de santé pluri-professionnelles*. Disponible sur : < <http://www.msp.groupe-galilee.fr/maisons-de-sante-pluridisciplinaires-creer-sa-maison-de-sante/maisons-de-sante-pluridisciplinaires-conduite-de-projet> >

[16]

GANDALFI G. « Généralistes que voulez-vous ? Le changement vu par 614 confrères ». *Le Généraliste*. 2 novembre 2012. n°2620, p. 10-13.

[17]

GARRE C. « Dupont-Aignan : "la désertification médicale doit être la priorité absolue" ». *Le Quotidien du Médecin*. 6 mars 2012. n° 9093, Disponible sur : < <http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualite/politique/dupont-aignan-la-desertification-medicale-doit-etre-la-priorite-absolue> >

[18]

GATTUSO C. « comment restaurer l'attractivité de l'exercice libéral-les jeunes généralistes verbalisent leur angoisse de l'installation ». *Le quotidien du médecin*. 17 octobre 2012.

[19]

GUILLOT L. *Démographie médicale en Limousin : profil et devenir des jeunes médecins généralistes : enquête auprès d'internes et de jeunes médecins récemment inscrits au Tableau de l'Ordre*. Thèse d'exercice. France : Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie, 2008. 161 p.

[20]

HUNSINGER V. « Médecine de proximité: du buzz et un teasing ». *Impact médecine*. 13 septembre 2012. n°407, p. 4.

[21]

JUILLARD J.-M., CROCHEMORE B., TOUBA A., VALLANCIEN G. *Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement*. Disponible sur : < <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000029/index.shtml> >

[22]

LAIRES-TAVARES C. « Quatre défis à relever pour les maisons de santé ». *Le Généraliste*. avril 2012. n°2599, p. 20.

[23]

MASSONIE A.-S., MUNIER-CHAMBON C. *Médecins généralistes et permanence des soins: existe-t-il une différence de pratique lors des gardes entre les médecins généralistes implantés en milieu urbain et ceux implantés en milieu rural dans le département de la Corrèze en 2004*. France : Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie, 2006. 118 p.

[24]

MOUTTE C. « le Pôle de santé construit ses maisons ». *La Montagne*. 12 octobre 2011.

[25]

MOUTTE C. « Des maisons de santé à concevoir ». *La Montagne*. février 2012. p. 18.

[26]

MRS DU LIMOUSIN. *L'expérimentation de rémunération de la permanence des soins*. avril 2009.

[27]

ORDRE DES MÉDECINS. « Etat des lieux de la permanence des soins en janvier 2012 ». *Conseil National de l'Ordre des Médecins*. 2012. Disponible sur : < <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/etat-des-lieux-de-la-permanence-des-soins-en-janvier-2012-1159>>

[28]

ORDRE DES MÉDECINS. « Atlas de la démographie médicale 2012 ». *Conseil National de l'Ordre des Médecins*. Disponible sur : < <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/atlas-de-la-demographie-medecale-2012-1245>>

[29]

ORDRE DES MÉDECINS. « Atlas régionaux de la démographie 2011 ». In : *Conseil National de l'Ordre des Médecins*. Disponible sur : < <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/atlas-regionaux-de-la-demographie-2011-1129>>

[30]

PAYS DE HAUTE CORREZE. « Le Pôle de Santé de Haute-Corrèze ». *Pays de Haute Corrèze*. Disponible sur : < <http://www.pays-haute-correze.fr/spip.php?article299>>

[31]

PEROVIC D. « Un guichet unique pour l'installation ». *La Montagne*. juin 2012. p. 8.

[32]

PIERRON V. « Des maisons de santé en zone rurale ». *Climats*. octobre 2011. n°68, p. 10-11.

[33]

PREFECTURE DE LA CORRÈZE. « Signature PER Réseau de santé territorialisé de la Montagne Limousine ». *Portail de l'Etat en Corrèze*. 2011. Disponible sur : <<http://www.correze.pref.gouv.fr/Media/Fichiers/Signature-PER-Reseau-de-sante-territorialise-de-la-Montagne-Limousine>>

[34]

RAGINEL T. « La maison de santé : un autre mode d'exercice libérale ». *L'antidote, le journal des internes en médecine générale*. février 2012. n°19, p. 3.

[35]

ROCHE M. « Cinq ans pour agir et changer la donne ». *La Montagne*. 13 mars 2012. p. 18.

[36]

ROCHE M. « Le réseau de santé émerge sur le plateau de Millevaches ». *Le Populaire*. Disponible sur : < <http://www.lepopulaire.fr/limousin/actualite/departement/creuse/creuse-local/2011/08/19/le-reseau-de-sante-emerge-sur-le-plateau-de-millevaches-173019.html>>

[37]

ROZIER P. « Des mesures simples pour les déserts ». *Le Quotidien du Médecin*. 7 mars 2012.

[38]

SNJMJ. « Démographie médicale - Installation des médecins généralistes - Exercice de la médecine générale ». *SNJMJ*. Disponible sur : <[http://www.snjmg.org/demographie/demographie\\_installation.html](http://www.snjmg.org/demographie/demographie_installation.html)>

[39]

TOUTAIN X. « Un réseau de santé pour la montagne limousine ». Disponible sur : <<http://www.localtis.fr/cs/ContentServer?pagename=Mairieconseils/MCExpérience/Expérience&cid=1250264095579>>

[40]

VALLANCIEN G. « Nous n'avons plus besoin d'un médecin par village ». *Panorama du médecin*. mars 2012. n°5259, p. 16-19.

[41]

« Démographie médicale et répartition géographique des soins ». *Débat Avenir de la santé*. 2009. Disponible sur : < [http://www.gsk.fr/avenirdelasante/fiche\\_pratique/demo\\_medicale/demo\\_repartition\\_geo.htm](http://www.gsk.fr/avenirdelasante/fiche_pratique/demo_medicale/demo_repartition_geo.htm) >

[42]

« L'irrépressible évolution de la responsabilité médicale ». 2010. Disponible sur : <<http://www.msp.groupe-galilee.fr/maisons-de-sante-pluridisciplinaires-creer-sa-maison-de-sante/maisons-de-sante-pluridisciplinaires-montage-juridique/54-article/150-lirrepressible-evolution-de-la-responsabilite-medicale> >

[43]

« Conditions et modalités de financement des 250 maisons de santé par l'Etat ». 2010. Disponible sur : < <http://www.msp.groupe-galilee.fr/maisons-de-sante-pluridisciplinaires-creer-sa-maison-de-sante/maisons-de-sante-pluridisciplinaires-financement/maisons-de-sante-pluridisciplinaires-subsventions-publiques/123-conditions-et-modalites-de-financement-des-250-maisons-de-sante-par-letat> >

[44]

« Le Contrat Local de Santé de Haute-Corrèze ». *Pays de Haute Corrèze*. 2012. Disponible sur : < <http://www.pays-haute-correze.fr/spip.php?rubrique138> >

[45]

« Démographie médicale et mesure contraignante-Les jeunes généraliste contre "l'aveuglement" politique ». *Le Quotidien du Médecin*. 6 mars 2012. n°9093, p. 2.

[46]

« L'offre de soins tisse son réseau ». *La Montagne*. 8 mars 2012.

[47]

« La maison médicale près des urgences, nouveau dada des candidats ». *Le Quotidien du Médecin*. 21 mars 2012. n°9102, p. 4.

# **ANNEXES**

## **ANNEXE 1**

**LES MODES DE FINANCEMENT DES MAISONS DE SANTE PLURI-  
PROFESSIONNELLES**

**(MSP)**

Sous réserve de répondre, a minima, aux critères définis au II – 2 du cahier des charges, les MSP peuvent bénéficier de diverses aides financières existantes aujourd'hui, objet de la présente annexe. Il est important de conserver un équilibre entre les financements provenant des professionnels de santé eux-mêmes et les financements des partenaires institutionnels. La présente annexe sera mise à jour régulièrement pour prendre en compte l'évolution des financements existants et, le cas échéant, la mise en place de nouveaux.

## **I - Financements essentiellement affecté au fonctionnement**

### *I - 1) financement ponctuel via le FIQCS*

Le soutien au développement des MSP a été affirmé dans les orientations stratégiques du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) dès 2008. Le ministère de la santé et des sports a reconduit pour l'année 2010 son engagement de financement.

Le montant maximal alloué à une même structure sur les crédits nationaux du FIQCS ne pourra dépasser, au total, 50.000 €. Ce montant peut être porté à 100.000 € pour les projets situés dans un des 215 quartiers de la «Dynamique Espoir Banlieues».

50 % minimum de la dotation FIQCS réservée à ce titre pour une même région doit soutenir les maisons de santé ou projets implantés dans les zones dont l'offre de soins est déficitaire.

Les agences régionales de santé pourront, en outre, en opportunité, compléter l'aide financière octroyée via les crédits FIQCS nationaux par une aide prélevée sur l'enveloppe régionale qui leur est accordée au titre du FIQCS.

La subvention pourra être accordée en deux temps : une première fois pour le financement du projet en amont de l'ouverture, une seconde fois pour le financement de la structure en fonctionnement.

Ce soutien est destiné à financer :

- *pour les projets de maisons de santé pluri-professionnelles en cours d'élaboration* : des études de besoins et de l'ingénierie (conseil et expertises fiscales, statut des structures, informations des usagers sur leur droit d'accès au dossier médical et au partage des informations les concernant...);

- *pour les maisons de santé pluri-professionnelles en fonctionnement* :

- des prestations d'ingénierie, d'accompagnement et de conseils nécessaires à la réalisation d'un projet d'agrandissement ou d'évolution (expert-comptable, fiscaliste, avocat, étude de besoins du territoire,...);

- à titre exceptionnel et en l'absence de soutien apporté antérieurement, des investissements ponctuels (travaux, agrandissement, mise aux normes, investissement en système d'information...), et une aide pour certains équipements (gros et petit matériel).

### *I -2 – Financement via les nouveaux modes de rémunération*

Les maisons de santé pluri-professionnelles peuvent bénéficier de financements spécifiques pour assurer de nouvelles tâches incombant aux professionnels de santé

exerçant de façon regroupée et pluri-professionnelle (coordination, management, concertation interprofessionnelle ...) et de nouveaux services mis en œuvre pour répondre aux besoins des patients (éducation thérapeutique du patient, préparation de la sortie d'hospitalisation...).

L'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 ouvre la possibilité de procéder à des expérimentations de nouveaux modes de rémunération pouvant compléter ou se substituer au paiement à l'acte. Ces expérimentations ont démarré en 2009.

Les MSP seront invitées, par les ARS, à postuler pour participer à ces expérimentations.

Ces nouveaux modes de rémunération leur permettront de mieux couvrir leurs dépenses de fonctionnement (cf. la brochure éditée par la direction de la sécurité sociale « Nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé »).

## **II Financements affectés à l'investissement en milieu rural**

### **II.1) Le programme national de financement de 250 MSP sur la période 2010 –2013**

Dans le cadre de ce plan décidé par le Comité interministériel d'aménagement et de développement du territoire le 11 mai 2010, d'autres financements, subordonnés, notamment, au respect des termes du présent cahier des charges, peuvent être octroyés aux MSP. Ils portent en particulier sur des dépenses d'investissement, via les collectivités territoriales et au travers de la dotation globale d'équipement (DGE), de la dotation de développement rural (DDR) et du Fonds national d'aménagement et du développement du territoire (FNADT). Pour tout complément d'informations, se reporter à la circulaire interministérielle (ministères de l'Intérieur, de la Santé et des Sports, de l'Espace Rural et de l'Aménagement du Territoire) du 27 juillet 2010 relative au lancement d'un plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural.

### **II.2) Les pôles d'excellence rurale (PER)**

Un appel à projet de la seconde génération de PER a été lancé le 9 novembre 2009 visant à accroître la capacité économique des territoires ruraux et à répondre aux besoins des populations dans le domaine des services au public en fonction des évolutions des territoires. Les projets de maisons de santé retenus dans ce cadre, pourront bénéficier de financements spécifiques, pour autant qu'ils soient conformes au cahier des charges des PER (s'intégrant dans un projet territorial d'accès aux services ou bien porteur d'innovations : formation, télémédecine...).

La date de fin du dépôt des dossiers de candidature pour la deuxième vague de cet appel à projet est fixée au 20 octobre 2010 et l'annonce des pôles d'excellence rurale sélectionnés aura lieu début 2011 (cf. Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale –DATAR- : <http://poles-excellence-rurale.datar.gouv.fr/>).

## **ANNEXE 2**

### **ETUDE D'OPPORTUNITE ET DE FAISABILITE POUR LA CREATION D'UNE MAISON DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRE SUR LA COMMUNE D'EGLÉTONS**

L'état des lieux par lequel a débuté l'étude montre sur le canton d'Egletons une démographie médicale et paramédicale inquiétante :

- La densité de médecins généralistes et de kinés est très faible, le canton a d'ailleurs été identifié comme fragile par la MRS en 2007
- Il y a besoin d'attirer d'autres professionnels (spécialistes, orthophoniste, psychologue)

Interrogée lors d'un sondage, la population a exprimé une forte demande quant à l'implantation d'une MSP (95% d'avis favorables) et les principales raisons sont les suivantes:

- Avoir plus facilement accès à certains professionnels
- Etre mieux informée sur les problématiques de santé publique

De plus, le canton d'Egletons, qui fait preuve de dynamisme certain, rayonne fortement sur les cantons voisins et la situation géographique semble propice à l'implantation d'une MSP qui jouerait un rôle structurant de « point relais » à égale distance des CH d'Ussel et de Tulle.

**L'étude montre donc la légitimité d'un projet de MSP à Egletons. La ville bénéficie d'une position géographique intéressante, d'un dynamisme économique et démographique attractif et des infrastructures très favorables à un projet de MSP.**

**De plus, il s'agit d'une demande forte de la population et la mairie, très impliquée, est prête à s'investir pour que le projet puisse voir le jour.**

Concernant les professionnels de santé, principaux acteurs de la future MSP, le projet de maison de santé ne fait face à aucune opposition franche, il est même grandement souhaité par certains. Mais nous constatons une perplexité des médecins généralistes quant à son intérêt. A l'heure actuelle aucun d'entre eux ne souhaite participer au projet. Nous sommes donc forcés de souligner que la faisabilité du projet passera inévitablement par l'adhésion d'au moins 1 ou 2 médecins généralistes. Ainsi les prochaines étapes du projet devront être les suivantes :

- Trouver au moins 2 médecins généralistes pour rejoindre la structure
- Confirmer la liste des professionnels de santé intéressés
- Lancer l'étape de programmation architecturale
- Finaliser le projet de santé
- Officialiser la demande de financements

Attention : L'objectif de la démarche n'est donc en aucun cas de placer les professionnels en porte-à-faux face aux attentes très fortes des élus et de la population. Bien au contraire il s'agit de converger vers un projet « gagnant gagnant » permettant d'améliorer à la fois l'accessibilité aux soins pour la population et les conditions de travail pour les professionnels.

(...)

## **ANNEXE 3**

### **PROJET DE MSP A EGLETONS**

Le projet de MSP est né de l'idée d'améliorer l'offre de soins sur le secteur. En effet, d'ici quelques années, le secteur d'Egletons risque fortement d'être en pénurie de médecins généralistes du fait de l'âge avancé des professionnels déjà en place.

Cette future structure vise à :

- améliorer l'attractivité du territoire et les conditions d'exercices des professionnels de santé ;
- créer un lieu unique permettant une meilleure coordination des soins entre les acteurs de santé
- améliorer la prise en charge pluridisciplinaire et donc d'accroître le sentiment de sécurité chez la population.

Les professionnels intéressés par le projet sont :

Dr TAMINAU FONTES Hélène, médecin généraliste

Dr GHICA Mihaela, médecin généraliste

Cabinet infirmier (NARD-GORSE-FONFREDE-CARTIER-BONNEFOND)

Dr MONNEY Philippe, dentiste

Dr TABARLY Michel, dentiste

Mlle EMEREAU Marine, sage-femme

Dr GENEST, stomatologue qui a manifesté son intérêt pour y assurer des consultations avancées en complément des dentistes

Mr CLOU Gregory, podologue à confirmer pour effectuer des vacances

Centre de guidance infantile

Médecine du travail

## PROJET DE SOINS

Cette future maison de santé s'inscrit dans l'offre de soins locale (plusieurs médecins déjà en place), étant simplement un élément de plus à la disposition des patients. Notre but n'est pas d'assurer la totalité de l'offre et de toute manière nous n'en aurions ni les moyens humains ni les moyens matériels mais bien d'apporter une « corde de plus à l'arc » des soins déjà proposés et d'inciter le plus possible d'autres praticiens à nous rejoindre dans l'avenir et ainsi de pallier à la pénurie de médecins qui se profile.

### I Accessibilité

Notre projet pourra trouver sa place au centre-ville d'Egletons, à proximité de tous les commerces, des pharmacies mais également des autres cabinets médicaux déjà en place. Trois parkings déjà existants pourraient permettre l'accès au site après quelques aménagements et l'environnement immédiat du bâtiment pourrait également être en partie reconfiguré en parking pour les personnes à mobilité réduite et les différents professionnels tout en préservant l'unité des lieux et l'architecture médiévale du centre-ville.

Le bâtiment sera aménagé de façon à faciliter l'accueil et l'accessibilité aux personnes handicapées.

De plus afin d'assurer l'accès financier aux soins, les professionnels souhaitent exercer en secteur 1.

### II Continuité de soins

#### 1. Amplitudes horaires

La maison de santé pourra être ouverte tous les jours de la semaine en fonction des activités de chaque professionnel. En effet, pour rappel, nos deux uniques médecins sont des femmes, jeunes, ayant chacune des obligations familiales non compatibles avec un exercice en continu de 8h à 20h. De plus, il nous semble que l'exercice libéral sous-entend un libre choix des amplitudes horaire d'ouverture. Toutefois elles tenteront au mieux

d'assurer la continuité des soins. En cas d'impossibilité, elles pourront s'entendre avec les autres praticiens installés comme c'est le cas actuellement.

Le cabinet des infirmières conservera son mode de fonctionnement actuel (rotation entre 5 infirmières afin d'assurer les soins à domicile qui représentent environ 98% de leur activité). Un accueil des patients à la MSP pourra être possible sur demande et en cas d'urgence.

La sage-femme envisage pour l'instant de conserver une activité hospitalière à temps partiel et dans l'avenir de se consacrer totalement à la MSP que ce soit au cabinet ou à domicile.

Les dentistes assureront une permanence de soins toute la semaine (chacun ayant un jour de congé Dr Monnet le jeudi et Dr Tabarly le lundi). Au moment des congés, une entente entre les professionnels de la MSP pourra être organisée afin de ne pas laisser les patients démunis.

Le Dr Genest et Mr Clou prendront des vacances selon leurs souhaits au niveau de la MSP.

## 2. Consultations non programmées

Les demandes de soins non programmées, nécessitant une prise en charge en urgence seront intégrées à la consultation si besoin.

## 3. Permanence de soins

La permanence des soins est un des principaux facteurs dans la décision d'installation des jeunes praticiens. Les 2 médecins généralistes de la maison de santé s'inscriront dans le système de garde actuel en prenant leur tour de garde au même titre que les autres médecins du secteur. Il ne s'agit en aucun cas de créer une maison de garde où les médecins viendraient assurer la permanence.

Les infirmières grâce à un roulement assureront des soins 7 jours sur 7.

Les dentistes participent à un tour de garde régional.

### **III Partage et communication**

L'une des premières motivations des professionnels de santé vis-à-vis de la MSP est de rompre avec l'isolement. Dans cette optique, les différents professionnels pourront utiliser un système informatique commun où chacun aura accès à certaines informations préalablement établi du dossier du patient (par exemple les dentistes pourraient avoir accès aux traitements tel que les antibiotiques et les anticoagulants, les infirmières aux traitements, aux antécédents et aux maladies en cours et la sage-femme aux ATCD gynécologiques et au statut sérologique).

Les patients auront été préalablement prévenus de partage d'informations et pourront s'ils le souhaitent le refuser.

L'utilisation d'un cahier de transmission au domicile des patients poly pathologiques, rempli lors des visites de chacun pourra être mis en place et ainsi améliorer la prise en charge du patient.

### **IV Prise en charge pluri professionnelle coordonnée**

Des réunions régulières pourront être organisées afin de discuter de dossiers complexes nécessitant une bonne coordination entre les professionnels (patient poly pathologique ou atteint de maladie chronique).

Les différents professionnels de santé du territoire, de part leurs propres expériences et leurs savoirs, pourront être sollicités et participés à ces réunions de travail afin d'améliorer et de tenter d'uniformiser les diverses prises en charge.

Après concertation et validation, certains protocoles médicaux pourraient être mis en place afin de faciliter et d'améliorer le suivi des patients (INR, insulinothérapie,...).

De plus, des consultations pluri professionnelles impliquant médecins et infirmières, par exemple, pourraient être organisées afin de faciliter le suivi et la prise en charge spécifique des patients poly pathologiques.

D'autres consultations impliquant médecins, sage-femme et infirmières pourraient également être organisées dans le cadre du suivi du diabète gestationnel qui est en passe de devenir un problème de santé publique.

Ces diverses consultations seraient organisées en fonction de la demande et des besoins exprimés.

#### **V Coordination avec les autres acteurs du territoire**

Des conventions existent déjà entre le cabinet infirmier et le SSIAD d'Egletons, l'HAD des hôpitaux de Tulle et d'Ussel, l'HAD oncorreze, le SSIAD de la maison de retraite de Corrèze et les réseaux ICARLIM, NEPHROLIM et DIABLIM (à envisager). Les deux médecins s'y associeront naturellement et pourront adhérer à d'autres réseaux régionaux.

Un travail en collaboration avec les divers services proposés par le Conseil Général (Protection Maternelle et Infantile, travailleurs sociaux,...) et ceci en fonction des divers besoins de la population (difficultés socio-économiques, carences en puériculture,...) serait envisagé.

D'autre part, des consultations avancées et des actions de préventions et d'informations sur les MST et la contraception pourraient s'élaborer en collaboration avec les Centres de Planification Familiale et d'Education Familiale du département.

#### **VI Prévention**

Afin d'appuyer les campagnes de prévention nationales, un kiosque de prospectus ainsi que des panneaux d'affichage dans le hall et les différentes salles d'attente pourront être installés et remis à jour régulièrement.

Le logiciel informatique utilisé au sein de la MSP pourra avoir comme spécificité d'envoyer des messages d'alertes et de rappels aux professionnels afin de proposer aux patients concernés de bénéficier des dépistages de masse (sein, colon) et ainsi assurer une meilleure prise en charge de ces derniers.

Il existe sur Egletons deux populations distinctes qu'ils nous semblent important de toucher par nos actes de prévention. D'un part, nous bénéficions d'une population jeune du fait des nombreuses écoles et lycées professionnels de la commune ainsi que de nombreuses familles avec des enfants en bas âges (d'après l'observatoire de santé du Limousin le canton d'Egletons est classé dans ceux qui ont la plus forte proportion de moins de 20 ans) et d'autre part d'une population plus âgée souvent victime de poly pathologie et consommatrice de soin.

De part les compétences de chacun, nos thèmes de prévention proposés visent parfaitement ces deux populations distinctes. Toutefois d'autres thèmes de prévention pourront et seront développés au fur et à mesure et en réponses aux besoins et demandes, ceci en collaboration et avec la participation des professionnels de santé du secteur le souhaitant. La MSP restant, nous le rappelons, un lieu ouvert à ces derniers.

##### **1) Auprès de la population jeune**

Le Docteur TAMINAU-FONTES, ayant un DU de gynécologie, et préparant actuellement un DU de Contraception, IVG et Sexualité avec la Sage-femme, souhaite s'impliquer activement dans ces domaines.

En collaboration, ces deux dernières, s'impliqueraient particulièrement dans le dépistage du cancer du col de l'utérus en proposant un frottis régulier chez toutes les patientes qui le souhaitent et en rappelant la nécessité de ce dernier et s'engageraient dans la prévention et l'information sur les MST et la contraception.

Ceci pourrait s'organiser en partenariat avec le planning familial. Dans cette optique, une demi-journée de consultation dans le cadre du planning familial pourrait être envisagée au sein de la maison. En effet, le Limousin est la 4<sup>ème</sup> région pour le taux d'IVG justifiant le développement du travail sur la contraception et sur l'accompagnement des jeunes femmes.

Le Docteur TAMINAU-FONTES souhaite également s'impliquer dans la promotion de l'allaitement maternel. Afin de l'aider, une consultante en lactation certifiée IBCLC possédant aussi le Diplôme Inter Universitaire de lactation (Mme TAMINAU) pourrait être sollicitée ponctuellement et dans l'avenir, l'organisation d'une demi-journée mensuelle consacrée à l'écoute et au soutien des mères allaitantes, pourrait être envisagé (sous réserve d'une solution de rémunération). Le taux d'enfants allaités à la naissance du canton étant légèrement inférieur à celui de la région (entre 50 et 55 % contre 57,8%)

Le suivi des vaccinations pourrait faire partie de nos engagements. Pour les enfants, les médecins aidés de la sage-femme pourraient mensuellement organiser des demi-journées de consultations dédiées à la vaccination. Cela permettrait de faciliter l'observance des familles.

En accord avec les dentistes et le stomatologue, la maison de santé souhaite s'impliquer dans la surveillance de l'hygiène bucco-dentaire des enfants en soutenant le programme M'T dents de l'assurance maladie. Ainsi les médecins et infirmières aidées du logiciel pourraient s'assurer que chacun a bénéficié de ces consultations.

## 2) Après de la population adulte

Il existe de nombreux facteurs sur lesquels nous pourrions influencer mais devant notre jeune expérience nous avons préféré nous attaquer à une seule et unique pathologie que tous nous côtoyons et sur laquelle nous pensons avoir un réel impact : il s'agit du diabète.

Tout d'abord, nous pourrions renforcer le dépistage du diabète en réalisant des glycémies à jeun veineuses chez toutes personnes présentant un ou plusieurs facteurs de risque. Afin de n'omettre aucune personne dans le dépistage une alerte pourrait être créée via notre logiciel qui nous rappellerait de contrôler la glycémie de ce groupe spécifique.

L'une de nos infirmières semble motivée pour suivre une formation en éducation thérapeutique et ainsi participer à améliorer l'observance thérapeutique des patients. Chaque malade devrait remplir régulièrement une fiche sur ses connaissances concernant le diabète. Cela nous permettrait d'évaluer l'impact de notre information ainsi d'améliorer notre pratique afin d'être plus efficace dans l'approche à adopter.

La présence d'un podologue dans nos murs facilitera la surveillance du pied diabétique. Son intervention régulière (en collaboration avec les différents podologues exerçant déjà sur le secteur s'ils le souhaitent) auprès de cette population particulière permettrait de diminuer les complications et par la force des choses le nombre d'hospitalisations. Les infirmières, les médecins et le podologue pourraient ainsi travailler en étroite collaboration par rapport au pansement des pieds diabétiques et établir un protocole de soins.

La perte des dents chez les patients diabétiques est une complication fréquente. Elle entraîne de nombreux désagréments notamment une malnutrition chez les sujets âgés du fait d'un appareil non ajusté. Un suivi régulier (une consultation par an) chez le dentiste, grâce à la prise en charge des soins au titre de l'ALD pourrait être proposé au patient.

Un dernier point sur lequel nous souhaitons intervenir est le suivi des femmes enceintes présentant un diabète gestationnel. La sage-femme, les infirmières et les

médecins travailleraient de concert afin d'assurer la meilleure prise en charge possible à ces patientes.

Afin, deux thèmes spécifiques, l'alcoolisme et le tabagisme, régulièrement sources de campagnes nationales d'action et prévention semblent indissociables et nécessitent indéniablement, nous en avons conscience, nos engagements professionnels, mais ceci dans les limites de nos compétences et possibilités respectives.

Nous nous engageons ainsi, à orienter vers les professionnels spécialisés, les patients dépendants nécessitant une prise en charge spécifique (remises des coordonnées, consultations communes, prises de rendez-vous,...).

Dans l'avenir, certains d'entre nous pourront être amenés à enrichir leurs connaissances en se formant dans l'objectif d'aider les patients dépendants et demandeurs d'aide.

Nous nous engageons évidemment à suivre les campagnes nationales concernant ces thèmes et à sensibiliser les populations rencontrées, Egletons étant une ville, comme nous le précisons plus haut, avec une importante population jeune auprès de laquelle la sensibilisation en ces domaines est nécessaire.

## PROJET PROFESSIONNEL

Afin de mener à bien ce projet, il nous a fallu décider la façon dont nous voulions travailler ensemble en bonne harmonie. Nous nous sommes heurtés à quelques problèmes mais après de nombreuses discussions et de rencontres nous sommes parvenus à un accord. Le but étant de se doter d'une organisation au sein de la MSP qui permette les échanges entre les différents acteurs de la MSP, un exercice coordonné et protocolé.

### **I. Exercice coordonné**

#### **1. L'accueil**

Il nous a semblé au cours de nos réunions que la MSP devait disposer d'une zone d'accueil, centre névralgique de la maison, qui permettra au patient de se repérer. Pour démarrer et au vu du faible nombre de praticiens souhaitant un secrétariat (en effet, en raison de leurs activités particulières, les infirmières, les 2 cabinets dentaires et le stomatologue n'ont pas l'utilité d'une prestation de secrétariat), nous prévoyons un point d'accueil avec signalétique pour orienter les patients. A l'avenir et en fonction des besoins, la MSP pourra employer une secrétaire qui gèrera les patients mais également les appels. Tous les professionnels garderont un numéro d'appel propre avec lequel les patients pourront les joindre directement mais nous n'excluons pas de créer un numéro d'appel unique pour la MSP dans l'avenir.

#### **2. La communication entre les professionnels**

Le programme architectural comprend une salle de réunion. Elle sera le lieu ressource permettant la réalisation de formations et d'actions de prévention. Au quotidien, la salle de réunion, équipée d'une kitchenette et d'une machine à café, sera le lieu de vie de la MSP.

La communication entre les professionnels sera formalisée par une réunion de l'association au minimum une fois tous les 6 mois (rythme à fixer selon les besoins). Cette réunion sera l'occasion d'aborder tous les sujets du quotidien de la MSP et les décisions relatives à l'association.

Comme indiqué ci-dessus, mensuellement des réunions inter professionnelles seront mises en place afin de discuter de cas qui posent problème.

Nous souhaitons également organisé au sein de la MSP des réunions à visée formatives (diabète, surveillance bucco-dentaire) afin d'améliorer notre pratique.

Cette salle de réunion pourra être utilisée comme point de chute pour la formation continue des professionnels de santé du secteur si ceux-ci le souhaitent.

#### **3. Les mutualisations possibles**

##### *a- Le ménage*

Seules les infirmières et la sage-femme assureront elles-mêmes le ménage de leurs locaux. Pour tous les autres utilisateurs de la MSP, le ménage pourra faire l'objet d'une prestation incluse dans les charges au même titre que les parties communes. Il est à l'heure actuelle trop tôt pour déterminer exactement le besoin.

Mais il faut noter que les 2 cabinets dentaires font déjà appel aux services de femmes de ménages et qu'il est fortement souhaité que ces personnes assurent à l'avenir une partie du ménage de la MSP.

##### *b- Le local des déchets d'activité de soins à risque infectieux*

Un local déchet sera prévu accessible à tous les professionnels mais également de l'extérieur pour le ramassage.

#### **4. La stérilisation**

Chaque dentiste ainsi que le stomatologue assurera la stérilisation de son matériel personnel. Concernant le reste des professionnels de santé, un local ainsi que le matériel (autoclave) sera mutualisé pour réaliser la stérilisation.

#### **1.4. II Démarche qualité**

##### **1.4.1. 1) Protocoles de prise en charge entre plusieurs disciplines**

Comme développé dans le projet de santé, des protocoles inter professionnels seront mis en place. Nous débuterons en nous attachant au diabète en mettant en place des protocoles pour l'adaptation de l'insuline en fonction des glycémies capillaires ainsi que pour les pansements des pieds diabétiques. Un autre sujet prenant du temps et de l'énergie aux professionnels est l'adaptation du dosage du previscan selon l'INR. Un protocole sera mis en place afin de permettre aux infirmières d'adapter les doses sans avoir recours aux médecins.

##### **1.4.2. 2) Développement professionnel continu**

Chaque professionnel semble motivé pour améliorer sa pratique :

-Les infirmières pourraient s'impliquer dans le suivi des patients diabétiques et se former avec l'équipe de diabétologie de TULLE.

-La sage-femme envisage d'enrichir ses connaissances théoriques et pratiques en faisant des diplômes universitaires (rééducation périnéale, contraception et sexualité)

-Le Dr TAMINAU-FONTES est actuellement inscrite au DU de contraception à l'université de Limoges pour l'année prochaine mais elle souhaite également se former sur le suivi des mères allaitantes en réalisant le DU de lactation Humaine.

-Les dentistes, quant à eux, sont soumis à une formation continue obligatoire.

##### **1.4.2.1. III Accueil de stagiaire**

Les deux médecins étant fraîchement diplômés, ils sont dans l'impossibilité de recevoir des stagiaires mais envisage dans l'avenir de s'impliquer dans la formation des jeunes médecins. Les infirmières sont quant à elles déjà impliquées dans la formation initiale. Elle accueille des étudiant infirmiers.

La MSP sera en mesure de loger les stagiaires grâce à un accord avec les HLM concernant un studio. Celui-ci sera également utile pour attirer des remplaçants.

# ANNEXE 4

**PRESENTATION DU PROJET DE MAISON DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRE D'EGLÉTONS**

Commission régionale d'examen du 3 novembre 2011 à Limoges

1

Projet de santé de la MSP d'Egletons

**PROFESSIONNELS ENGAGES DANS LE PROJET**

- Dr GHICA Mihaela, médecin généraliste
- Mme TAMINAU-FONTES Hélène, interne en médecine générale
- Cabinet infirmier (NARD-GORSE-FONFREDE-CARTIER-BONNEFOND)
- Dr MONNEY Philippe, dentiste
- Dr TABARLY Michel, dentiste
- Mlle EMEREAU Marine, sage-femme

2

Projet de santé de la MSP d'Egletons

**ATTRACTIVITE DE LA MSP**

- Accessibilité pour les patients
- Lieu unique d'exercice coordonné permettant à chacun de rompre avec l'isolement
- Prise en charge pluri professionnelle
- Lieu ouvert à d'autres professionnels du secteur

3

Projet de santé de la MSP d'Egletons

**PROJET DE SANTE**

1) Prévention

- Deux populations cibles, deux thèmes développés
- Deux jeunes médecins récemment diplômés, aux compétences différentes

4

Projet de santé de la MSP d'Egletons

**POPULATION JEUNE**

- Prévention des MST, contraception et dépistage systématique du cancer du col de l'utérus
- Promotion et accompagnement de l'allaitement maternel
- Suivi des vaccinations
- Surveillance accrue de l'hygiène bucco-dentaire des enfants

5

Projet de santé de la MSP d'Egletons

**POPULATION ADULTE**

- Renforcement du dépistage du diabète chez les sujets à risques
- Développement de l'éducation thérapeutique en lien avec les infirmières
- Surveillance accrue du pied diabétique
- Surveillance de l'hygiène bucco-dentaire des diabétiques
- Suivi coordonné du diabète gestationnel

6

Projet de santé de la MSP d'Egletons

## PROJET DE SANTE

### 2) Coordination pluri professionnelle

- Continuité des soins: ouverture de la MSP du lundi au samedi matin
- Système informatique commun
- Réunions régulières interprofessionnelles
- Mise en place de protocoles de soins

7

Projet de santé de la MSP  
d'Egletons

## PROJET PROFESSIONNEL

### 1) Accueil des patients

- Zone d'accueil : centre névralgique de la MSP avec signalétique détaillée lisible et claire pour commencer puis dès que possible mise en place d'un secrétariat d'accueil commun
- Numéro d'appel propre à chaque professionnel

8

Projet de santé de la MSP  
d'Egletons

## PROJET PROFESSIONNEL

### 2) Accueil de stagiaires

- Impossible pour les jeunes médecins dans l'immediat mais volonté de s'impliquer dans la formation de futurs confrères
- Infirmières déjà maîtres de stage
- Logement prévu

9

Projet de santé de la MSP  
d'Egletons

## PROJET ARCHITECTURAL

- Restauration d'un bâtiment historique du centre ville
- Préservation du patrimoine médiéval
- Fonctionnalité, confort et accessibilité

10

Projet de santé de la MSP  
d'Egletons



VUE Nord des bâtiments A et B

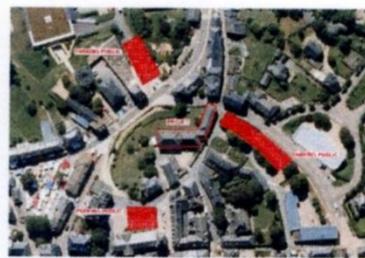
VUE Est du bâtiment A



VUE Sud des bâtiments A et B

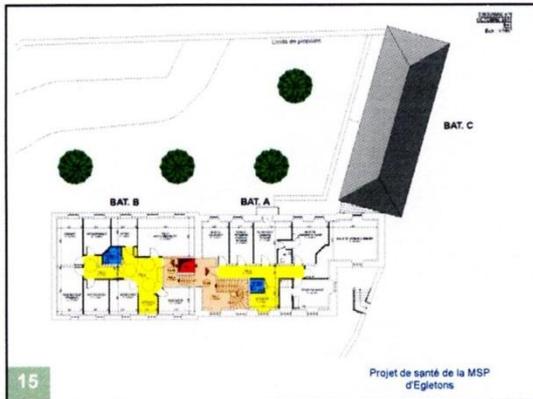
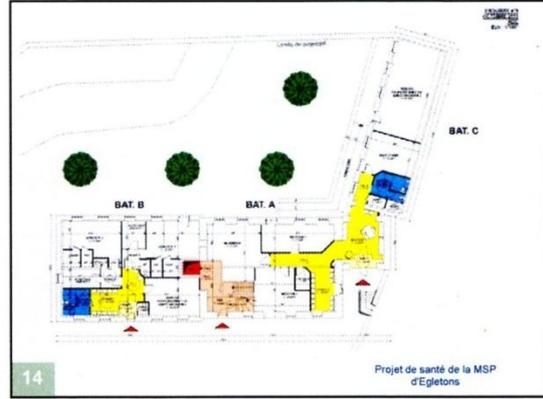
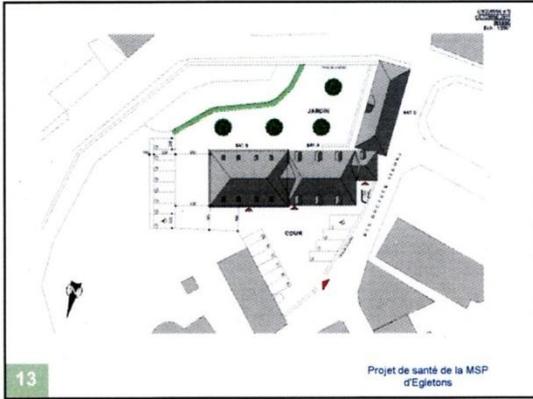
11

Projet de santé de la MSP  
d'Egletons



12

Projet de santé de la MSP  
d'Egletons



# ANNEXE 5

## PLANNING PREVISIONNEL MAISON DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRE

---

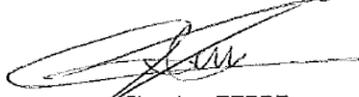
Dans le cadre de la réalisation de la Maison de Santé Pluridisciplinaire d'Egletons, les parties concernées s'entendent sur le respect du planning prévisionnel suivant :

- 24/02/2012 : Lancement de la consultation – Envoi de l'AAPC à la presse
- 28/02/2012 : Parution de l'AAPC dans la presse
- 09/03/2012 : Remise du DCE par l'architecte pour transmission aux entreprises
- 27/03/2012 : Date limite de remise des offres par les entreprises
- 28/03/2012 : 1<sup>ère</sup> réunion CAO → ouverture des plis
- 10/04/2012 : 2<sup>ème</sup> réunion CAO → attribution des marchés
- 11/04/2012 : Information des candidats non retenus
- 21/04/2012 : Notification des marchés aux entreprises retenues (après respect du délai de référé précontractuel de 10 jours)
- Semaine du 23 au 27/04/2012 : réunion préparatoire du chantier avec les entreprises
- 02/05/2012 : Lancement des travaux pour une durée de 12 mois (congés compris)
- 30/04/2013 : Réception des travaux
- 1<sup>ère</sup> quinzaine 05/2013 : Nettoyage de fin de chantier - Commission de Sécurité
- 15/05/2013 : Livraison des locaux aux professionnels de santé

Chacune des parties, à son niveau d'intervention, s'engage à mettre tout en œuvre pour optimiser les délais et respecter ce planning prévisionnel.

Fait à Egletons, en trois exemplaires originaux, le 28/02/2012

Pour le Maître d'Ouvrage,

  
Charles FERRE  
Président de l'Office Public  
de l'Habitat du Pays d'Egletons

Pour le Maître d'œuvre,

  
**P. ROSSIGNOL**  
Architecte D.P.L.G.  
2, rue du Dr SIKORA  
19300 EGLETONS  
Tél. 55.93.23.92

Pour la Commune,

  
Michel PAILLIASSOU  
Maire d'Egletons



## ANNEXE 6

### Questionnaire destiné aux différents intervenants des projets initiés dans le département de la Corrèze pour pallier à la désertification médicale

1. Quelles sont les raisons qui ont motivé le déclenchement du projet ?
2. Quelles ont été les principales étapes que vous avez franchies pour faire aboutir le projet ?
3. Quels ont été les délais de réalisation entre l'idée et l'ouverture ?
4. Quelles difficultés avez-vous rencontré ?
5. Quelles sont les originalités que présente votre projet de santé ?
6. Depuis que l'idée existe, avez –vous attiré de nouveaux professionnels ? et à contrario certains vous ont-ils quitté ?
7. Quels sont, pour vous, les inconvénients, les avantages, de votre projet ?
8. Pensez-vous qu'il s'agit d'une solution d'avenir ?
9. Auriez-vous d'autres idées à proposer pour pallier à la désertification médicale ?

# SERMENT D'HIPPOCRATE

---

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



**TAMINAU-FONTES Hélène**

**LA DESERTIFICATION MEDICALE :  
LES SOLUTIONS EN CORREZE EN 2012**

**MOTS CLES :** désertification médicale, démographie médicale, maison de santé pluridisciplinaire, pôle de santé, réseau de soins, permanence des soins ambulatoires, aides à l'installation, Corrèze.

**RESUME :**

Depuis une dizaine d'années, l'état français cherche des solutions pour pallier à la désertification médicale. L'augmentation du numerus clausus ne portera ses fruits que dans dix à quinze ans. Il a donc fallu diversifier les idées pour contrecarrer le phénomène. Maison de santé, pôle et réseau de soins sont quelques-unes des réponses que nos élus ont trouvées. Toutes ces possibilités se développent à travers le territoire. Elles représentent les solutions les plus médiatisées mais ne sont pas les seules. D'autres, moins connues, tel que l'organisation de la permanence des soins, les aides à l'installation et l'universitarisation viennent étoffer l'arsenal déployé pour faire face au problème. Nous avons donc choisi de faire un état des lieux de ses différentes structures au sein du département de la Corrèze en 2012.