



## DOSSIER DE PRESSE

# Maisons de Santé Rurales





# LES MAISONS DE SANTE RURALES

## UN EXEMPLE D'IMPLICATION DE LA MSA DANS LES FORMES INNOVANTES D'ORGANISATION DES SOINS DANS LES TERRITOIRES RURAUX

### LE CONSTAT INITIAL

#### UN TERRITOIRE RURAL EN MOUVEMENT

##### Une démographie médicale et paramédicale préoccupante

Des études et projections démographiques font état du vieillissement de la profession médicale en France, d'une diminution du nombre de médecins à l'avenir et de l'accroissement des disparités de répartition géographique. Ainsi, la densité médicale diminuerait de 16 % d'ici 2025, passant de 335 médecins pour 100 000 habitants à 283. Dès 2008 et jusqu'en 2015, de nombreux départs à la retraite sont d'ores et déjà prévus qui ne seront pas compensés par l'installation de nouveaux professionnels de santé. Les territoires ruraux souffrent d'une faible attractivité pour les professionnels de santé et leur situation au regard de l'offre de soins, déjà préoccupante, risque de se détériorer encore plus à l'avenir. La densité médicale y est faible, parfois inférieure à 70 médecins généralistes pour 100 000 habitants (ex. département de l'Ain). Dans les cantons défavorisés, à dominante agricole et ouvrière, on recense ainsi 70,7 généralistes pour 100 000 habitants contre le double dans les grandes villes. Pour les autres professionnels de santé, les écarts de densité départementales sont aussi frappants, au détriment toujours des zones rurales : ces écarts (du département le moins bien pourvu au département le mieux pourvu) vont de 1 à 8 pour les infirmiers libéraux (40,84 infirmières pour 100 000 habitants dans la Sarthe contre 235 en Corse), de 1 à 4 pour les masseurs kinésithérapeutes (36,71 pour 100 000 habitants en Haute Marne contre 139,6 dans les Hautes Alpes) et de 1 à 4 pour les chirurgiens dentistes. Pour ces derniers, on ne dénombre que 35 à 40 praticiens pour 100 000 habitants dans les départements de la Creuse, de l'Orne, de la Somme, de la Haute-Saône ou de la Manche, contre 117 praticiens pour 100 000 habitants à Paris. Les sages-femmes ne sont aussi que 6 % actuellement à exercer dans les communes rurales quand 51% exercent dans des villes de plus de 200 000 habitants. L'écart des densités départementales, pour cette profession, est de 1 à 15 (moins d'une sage femme pour 100 000 habitants dans la Meuse contre 8 dans le Gard).

##### La place des services de santé dans la dynamique territoriale

D'un point de vue économique, une densité médicale faible contribue à alimenter le cercle vicieux de l'isolement et de la crise que traversent certaines zones. Or, la santé est un secteur à haut potentiel en terme de revenus et d'externalités (création d'emplois et de services) pour les territoires.



D'un point de vue social, l'absence de services considérés comme essentiels pour la population et surtout l'absence de maillage du territoire à partir de structures de premier niveau, sont de nature à renforcer l'isolement des personnes et le malaise des professionnels qui constatent quotidiennement des dysfonctionnements (recours tardifs aux soins, attente en vue de consultations spécialisées, mauvaise orientation, absence de coordination...).

## DES BESOINS ET DES ATTENTES CONNUES

### **Mobile, pas mobile : des situations inégales dans l'accès aux soins**

De nombreux facteurs rendent les déplacements particulièrement difficiles en milieu rural (âge des personnes, incapacités physiques, matérielles ou financières, inexistence de transports collectifs...). Si cette problématique n'est pas exclusivement sanitaire, elle a une incidence sur le recours aux soins dans la mesure où des difficultés de déplacement peuvent aboutir dans certains cas à des renoncements aux soins.

### **Le vieillissement et ses besoins spécifiques en milieu rural et semi rural**

La population vivant en milieu rural est plus âgée que le reste de la population française : la proportion de personnes de 60 ans y est plus élevée (elle correspondait déjà en 1990 à 26% de la population dans l'espace à dominante rurale contre 18,17 % dans l'espace à dominante urbaine, selon l'INSEE) et elle tend à augmenter du fait des stratégies résidentielles des personnes retraitées. Dès lors, une attention accrue doit être portée à l'offre de soins et aux aides susceptibles d'être fournies à ces personnes, en matière de prévention, de soins, de traitement de la dépendance et de la douleur. La prise en charge de la dépendance exige en particulier de construire des passerelles entre médecine ambulatoire, services de soins à domicile, services sociaux, hôpitaux et structures d'accueil temporaire. L'aide aux déplacements et le soutien aux aidants familiaux sont également à intégrer à toute démarche en direction du grand âge.

### **Moins de fragmentation et moins de cloisonnements**

Les maladies chroniques (asthme, cancer, diabète, maladies cardio-vasculaires...) souvent présentes aux âges avancés supposent l'intervention coordonnée de plusieurs professionnels (généralistes et spécialistes, médecins et auxiliaires paramédicaux).

La faisabilité des traitements au regard des conditions de vie et de ressources est aussi une préoccupation croissante des professionnels sur le terrain. Cette préoccupation est à relier avec l'obligation qui leur est faite d'informer les patients sur le coût des actes et de partager avec eux une décision responsable socialement. Mais il s'agit également de prendre en compte les incidences matérielles ou sociales de la mise en œuvre d'un traitement en vue de son observance et donc de son efficacité. Des structures de coopération réunissant médecins, personnels paramédicaux et travailleurs sociaux contribuent à rendre effective cette « prise en charge globale ».

Du point de vue des personnes ou de la population, il convient aussi de dénouer l'écheveau du système médico-administratif en facilitant les échanges d'information entre professionnels et organismes d'assurance maladie (ex. télétransmission des feuilles de soins).



## LES MAISONS DE SANTE RURALES UNE PISTE DE SOLUTION

Ce projet conçu et conduit par la MSA est issu d'un constat relatif à la **démographie médicale en milieu rural** :

- ✓ les territoires ruraux souffrent d'une faible attractivité pour les professionnels de santé,
- ✓ certaines zones sont déjà particulièrement désertifiées (travaux en cours),
- ✓ de nombreux départs à la retraite sont prévus entre 2008 et 2015 qui ne seront pas compensés par le nombre de professionnels de santé nouvellement formés.

En plus de ce constat, il convient de tenir compte des **conditions d'exercice nouvelles** auxquelles aspirent les professionnels aujourd'hui du fait de la féminisation des métiers. Ces attentes doivent en outre être conciliées avec des exigences croissantes qui pèsent sur les praticiens en terme de qualité, de globalité et de continuité des soins.

Dans un contexte démographique et professionnel aussi tendu, il convenait donc de réfléchir à la fois à la manière de **répondre aux attentes présentes** des praticiens en exercice et **d'inciter activement de nouveaux professionnels à s'installer** en milieu rural à l'avenir, dans le but de maintenir et d'améliorer l'offre de soins sur les territoires.

### OBJECTIFS

Le projet conçu par la MSA comprend deux objectifs principaux :

- le **maintien d'une offre de soins ambulatoire** suffisante, coordonnée et de qualité, en milieu rural,
- la **continuité des soins**.

Il relève pleinement des missions de la MSA en matière d'ingénierie de projets de santé et de coordination des soins en milieu rural, missions qui ont été réaffirmées par le législateur (art. 59 de la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'Assurance maladie).

### MAISON DE SANTE RURALE : DEFINITION

Une maison de santé rurale pluridisciplinaire est avant tout un lieu physique de regroupement, en milieu rural, pour des professionnels de santé issus de disciplines différentes (médicales, paramédicales voire sociales) offrant des soins courants, en journée, à la population.

**Ses caractéristiques principales sont :**

- **l'implantation en milieu rural** dans des zones non encore désertifiées,



- **la pluridisciplinarité des intervenants** à partir d'une dominante médicale,
- **l'ouverture à tous types de publics** selon un projet de soins précisés,
- **une dimension professionnelle et évolutive du concept** bénéficiant des meilleurs apports (ingénierie des organisations, NTIC...).

Il convient en effet que le projet de regroupement soit inspiré par un souci d'optimisation des ressources professionnelles, une volonté de coopération et une intention de développement (en préparant l'arrivée de nouveaux professionnels tels que des étudiants). Il est envisagé également de prévoir une articulation avec le dispositif de la permanence des soins et une perspective de mise en réseau avec d'autres acteurs du territoire (hôpitaux locaux, services de soins à domicile, services de secours...) pour permettre une mise en œuvre optimale du projet de soins.

Un **double bénéfique** est attendu, à travers la mise en place de maisons de santé rurales pluridisciplinaires : pour les professionnels, une amélioration des conditions d'exercice et, pour les habitants, la possibilité d'accéder en un lieu unique à une offre de soins diversifiée.

Les élus locaux ont un rôle à jouer dans l'identification des besoins sur leur circonscription et dans l'anticipation des réponses, et ce en partenariat avec les professionnels de santé, les organismes d'assurance maladie, les collectivités territoriales et l'Etat.

## L'IMPLICATION DE LA MSA DANS LES PROJETS

Dans ce contexte, les caisses de MSA accompagnent des projets de montage de maisons de santé rurales. La MSA apporte aux professionnels de santé et élus un appui logistique, technique (sur les aspects médicaux, immobiliers, juridiques...) et/ou financier et ce, en partenariat avec les collectivités territoriales (Conseils régionaux, communautés de communes, communes...), les missions régionales de santé, les Urcam et les établissements de santé.

## LE DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT

Tel qu'expérimenté depuis 2005, ce dispositif se présente de la manière suivante :

Au niveau CCMSA :

- ❖ **Equipe projet MSR** : elle fournit des appuis transverses et thématiques aux accompagnateurs locaux.
- ❖ **Espace intranet MSR** : il regroupe toute la documentation (dont le kit d'accompagnement) ayant trait aux MSR.
- ❖ **Des documents de présentation** : DVD maison de santé rurales et pluridisciplinarité, DVD sur l'exercice en milieu rural, flyers, 4 pages de présentation du projet, maquette de la maison de santé rurale de Salles-Curan dans l'Aveyron...

Au niveau du réseau

- ❖ **Binômes référents** (médecin, administratif) : ils rendent opérationnels l'accompagnement, au plus près des promoteurs. Leur rôle est particulièrement important puisqu'ils sont censés :



- Canaliser les attentes, les demandes et les questions des professionnels de santé
- Informer les acteurs sur les aides et dispositifs concernés
- Faire le lien entre tous les acteurs concernés
- Exercer une certaine vigilance tout au long du projet pour s'assurer de sa fiabilité
- S'assurer que toutes les étapes sont respectées et que tous les acteurs sont au même niveau d'information

Pour ce faire ils peuvent :

- S'entourer d'appuis extérieurs (conseils ou partenaires)
- Bénéficier d'un appui de l'équipe projet MSR à la CCMSA
- Demander conseils à leurs homologues MSA dans d'autres régions qui ont eu à accompagner de tels projets



## POINT DE SITUATION SUR L'ACCOMPAGNEMENT MSA

**Rappel : 9 projets expérimentaux sélectionnés à la suite d'un appel en projet lancé en 2004**

- 6 régions concernés (Aquitaine, Auvergne, Lorraine, Midi-Pyrénées, Pays de la Loire, Poitou-Charentes)
- Des projets situés en zone rurale isolée (avec une population âgée dominante) et en zone semi rurale (qui connaissent un essor démographique du fait de l'arrivée de nouvelles populations)
- Deux objectifs intriqués : l'aide au maintien des professionnels en place et l'aide à l'installation de nouveaux professionnels

**Un développement considérable de nouveaux projets en 2007 et 2008**

- Environ 30 autres projets\*, situés en zone déficitaire en offre de soins ou en zone fragile, sont actuellement accompagnés par la MSA.
- Environ 30 pré projets\* impliquant la MSA sont également repérés (des secteurs identifiés, des sollicitations ou des études en cours)

**6 MSR ont ouvert ou étaient d'ores et déjà ouvertes en 2008 : Le Sap (61) - Néré (17) - Salles Curan (12) - Verteillac (24) - Vicherey (88) - Montsauche les Settons (58). Environ 15 ouvertures sont par ailleurs prévues en 2009.**

**2 sites (Salles-Curan et Montbert/Geneston) sont d'ores et déjà impliqués dans une expérimentation de délégation de tâches intitulée CLIPS (Coordination Libérale InterProfessionnelle en Santé).**

**Les premiers enseignements de l'accompagnement :**

- Des projets de taille variable (3 scénarios) : 8, 15 (le plus courant) ou 22 professionnels regroupés
- Des projets multi partenariaux (cofinancements) donnant lieu à des investissements publics importants
- Des projets sur un moyen terme de 3 à 5 ans au caractère multidimensionnel (médical, juridique, foncier, financier...)
- L'importance d'un leadership aux mains des professionnels de santé
- Des espaces de confiance à créer et consolider entre les professions
- Une double attention à porter aux avantages professionnels (diminuer les tâches administratives, mutualiser les charges, échanger sur les pratiques) et aux attentes



d'ordre plus personnelles ou familiales (présence de services collectifs et de perspectives professionnelles pour les conjoints)

- Des réalisations à inscrire dans la durée (importance de l'implantation, caractère évolutif ou modulaire des bâtiments, engagement dans une politique de formation à destination d'étudiants, raccordement télémédecine sur mesure...)

**On assiste aujourd'hui à un changement de paradigme, d'une médecine « solitaire » vers une médecine coordonnée et partagée.**

**Les maisons de santé rurales pluridisciplinaires apparaissent comme une réponse adaptée aux besoins des patients et des professionnels de santé.**

**Il est indispensable toutefois que la création de telles structures non seulement résulte d'une concertation de professionnels de santé, mais s'inscrive dans une approche territoriale globale impliquant les élus (collectivités territoriales), aux cotés de l'assurance-maladie.**