

# Créer une Maison de Santé Rurale



*Introduction à l'accompagnement*



*Cette introduction méthodologique a été conçue initialement à l'intention des personnels de la MSA qui, sollicités par un élu local ou un professionnel de santé, souhaitent accompagner ce (ou ces) promoteur(s) dans leur projet de création d'une maison de santé pluridisciplinaire en milieu rural.*

*Les conseils et les développements qui suivent peuvent néanmoins intéresser plus largement les promoteurs de projet eux-mêmes. Ils y liront notamment quel rôle la MSA peut jouer à leur côté tout au long du projet.*

*C'est tout naturellement donc que ce guide peut leur être offert, en complément de l'accompagnement fourni par leur caisse de MSA.*



# Sommaire

<b>1 - Aide au positionnement</b> .....	page 3
Une Maison de Santé Rurale, pourquoi ? .....	page 3
Une Maison de Santé Rurale, qu'est-ce que c'est ? .....	page 4
Le projet de santé, véritable charte de la MSR .....	page 7
Vos premières questions & Nos réponses .....	page 9
Les engagements Qualité .....	page 12
<b>2 - Au cœur de l'accompagnement MSA</b> .....	page 17
Les aspects incitatifs et le dispositif d'accompagnement .....	page 17
Un projet en trois étapes .....	page 20
Le processus général d'accompagnement .....	page 21
Les acteurs et leur rôle .....	page 22
Quels freins ? Quels leviers ? .....	page 24
Témoignages .....	page 26
<b>3 - Pour mettre en œuvre l'accompagnement</b> .....	page 31
Trois problématiques à titre d'exemple .....	page 31
La conduite à tenir .....	page 33
Pour aller plus loin .....	page 37







# Aide au positionnement

1

**MSR**

*Une Maison de Santé Rurale, pourquoi ?*

Une problématique de santé et de territoire qu'il est urgent de prendre en compte

**Accéder aux soins en milieu rural est un besoin réel et essentiel pour ceux qui y habitent. Pourtant l'implantation des professionnels de santé et leur maintien à la campagne ne vont pas de soi.**

En effet, les territoires ruraux souffrent d'une faible attractivité à l'égard des professionnels de santé.

Certaines zones sont déjà particulièrement désertifiées et de nombreux départs à la retraite prévus entre 2008 et 2015 ne seront pas compensés par le nombre de professionnels de santé nouvellement formés.

L'évolution des modes de vie, l'isolement et la surcharge de travail font que les jeunes professionnels de santé sont réticents à s'installer à la campagne. De plus, ils aspirent à exercer dans de nouvelles conditions qui facilitent leur exercice professionnel et leur offrent des expériences diverses, sans compromettre leur vie familiale.

Devant ce constat alarmant, la MSA a voulu trouver des réponses adaptées aux exigences des professionnels de santé mais aussi aux besoins multiples et spécifiques des territoires ruraux, en terme de santé et de vie sociale. Elle a donc initié le concept de maisons de santé rurales, concept qu'elle développe aujourd'hui et qu'il convient de mettre en œuvre sur tous les territoires ruraux (conformément à la Convention d'Objectifs et de Gestion - COG 2006-2010 sur le développement de l'accompagnement de projets d'organisation de l'offre de soins en milieu rural - et au Plan d'Action Stratégique - PAS 2006-2010 sur le développement de l'offre de service sur les territoires).



**C'est une structure, lieu de regroupement, implantée sur un territoire ou bassin de vie qui offre des soins en journée à sa population et où :**

- les professionnels de santé qui le souhaitent peuvent s'installer et travailler ensemble, autour d'un projet de santé ou en vue d'un tel projet, sur un même site,
- l'exercice des professionnels de santé en interdisciplinarité est facilité car au coeur même du projet de vie de la structure,
- les préoccupations quotidiennes et pratiques des professionnels de santé et de la population sont prises en compte,
- le réalisme local, aussi bien humain qu'économique est présent,
- l'ouverture vers les jeunes professionnels de santé et vers l'innovation (médicale et sociale, professionnelle et technologique) est organisée et programmée,
- les différents acteurs locaux du territoire (pharmacie, établissements hospitaliers, EPHAD, réseaux de santé, autres professionnels de santé du territoire, collectivités locales et leurs services, structures ou organismes de services à domicile, services de soins infirmiers et/ou d'aide à domicile, structures d'hébergement ou d'accueil pour personnes âgées ou handicapées, structures ou solutions d'accompagnement transport, ...) sont pris en compte et associés à la réflexion sur l'offre de soins grâce à l'organisation de coopérations (comité de pilotage local, réseau de santé de proximité, charte d'organisation et de coopération, association...),
- et où, dès l'origine, la souplesse des cadres et des organisations permet, le plus possible, les évolutions ou des changements, pour répondre aux nouveaux besoins et attentes du territoire.



## **Une Maison de Santé Rurale doit être une réponse partagée, viable et pérenne, qui s'appuie et tienne compte d'expériences vécues.**

Il ne peut être question, en effet, de transposer des solutions sans tenir compte des problématiques locales et des attentes des acteurs. Dès lors, l'accompagnement de projet doit viser la participation de tous les acteurs concernés, en leur offrant des espaces d'expression et de responsabilité, tout au long du projet. Pour l'assurance-maladie, et notamment la MSA, il s'agit aussi de bien garder à l'esprit qu'une maison de santé rurale doit viser à terme une amélioration de l'accès aux soins et du parcours de soins du patient. Mais cet objectif doit au préalable être partagé par les autres acteurs.

**L'ensemble des éléments ci-dessous listés constitue la somme d'ingrédients essentiels que l'on doit retrouver dans les objectifs d'une MSR pour répondre aux préoccupations de l'assurance maladie aujourd'hui :**

- répondre à la désaffection de l'exercice isolé (les nouveaux installés recherchent l'exercice de groupe),
- maintenir une offre de soins de qualité accessible à tous,
- développer, pour ce faire, la coordination des soins (réseaux, délégation de tâches, prise en charge des maladies chroniques ...), la prévention et l'éducation sanitaire,
- favoriser l'articulation avec les réseaux de santé et services sociaux du territoire,
- mettre en place un contexte favorable à l'émergence des nouvelles technologies (dossier médical personnel, télé médecine...).



**Il s'agit aussi de répondre aux préoccupations légitimes des professionnels de santé, lesquelles sont de :**

- concilier exercice professionnel et vie privée,
- optimiser le temps de travail grâce à la délégation de tâches administratives et au partage des obligations relatives à la permanence des soins,
- exercer dans des organisations collectives,
- répondre aux exigences croissantes qui pèsent sur eux en terme de qualité, de globalité et de continuité des soins.

**On assiste aujourd'hui à un changement de paradigme, d'une médecine "solitaire" vers une médecine coordonnée.**

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

**Il est toutefois pertinent que la création de telles structures non seulement résulte d'une concertation de professionnels de santé, mais s'inscrive dans une approche territoriale globale à laquelle d'autres acteurs (les élus locaux notamment) doivent participer.**



## **Trois objectifs à décliner localement**

- ▶ l'amélioration de l'accueil du patient,
- ▶ l'amélioration du parcours de soins du patient,
- ▶ le développement d'actions novatrices (médicales, médico-sociales ou de santé publique) contribuant au maintien et à l'amélioration de l'offre ambulatoire.

## **Des modalités à préciser et à illustrer**

### *Etat des lieux*

---

- ▶ analyse préalable et en continu des modes de vie, de l'état de santé, des pathologies répertoriées, de l'environnement...,
- ▶ bilan de l'offre de soins locale.

### *Evolution des pratiques et périmètres d'intervention*

---

- ▶ investissement partagé des professionnels autour de nouvelles activités : dépistage, prévention, éducation en santé ou thérapeutique, formation (accueil de stagiaires), recherche,...
- ▶ évolution des pratiques de concertation et de coordination entre les professionnels membres de la structure.

### Exemples

- . Staff pluridisciplinaire en vue d'un partage d'informations entre professionnels de santé de la structure
- . Groupes d'échange de pratiques
- . Constitution et utilisation d'un dossier médical partagé (sous réserve du consentement du patient)



- ▶ Formation interprofessionnelle (qui peut être élargie aux professionnels présents sur le territoire mais non membre de la MSR),
- ▶ Coordination et délégation de tâches par l'établissement et l'application de protocoles établis par les professionnels entre eux.

### *Coordination ville-hôpital et médico-sociale*

---

- ▶ Coordination des professionnels libéraux avec les équipes hospitalières (participation à des réseaux de santé, usage de la télémédecine),
- ▶ Décloisonnement du sanitaire et du social (par l'intégration de permanences sociales et médico-sociales, dans la maison, à proximité ou en lien avec elle).

### *Engagements visant la permanence des soins*

---

- ▶ Horaires d'ouverture de la maison permettant d'offrir une permanence de jour (amplitude horaire suffisante),
- ▶ Participation aux gardes (nuit et week-end) dans le cadre de la sectorisation.

### *Sécurité sanitaire et démarche qualité visant à terme la certification*

---

- ▶ gestion des déchets, stérilisation et stockage des prélèvements,
- ▶ lecture et application de référentiels qualité.



<b>Qui peut être membre d'une maison de santé rurale ?</b>	Des professionnels de santé libéraux (médecins, dentistes, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, psychologues...) peuvent être membres d'une maison de santé rurale ainsi que des services de soins, d'aide à domicile et des services sociaux.
<b>Combien de professionnels composent la maison de santé rurale ?</b>	Une maison de santé rurale doit être composée d'un minimum de professionnels de santé (idéalement deux médecins, deux infirmiers, un kiné et un dentiste) et doit pouvoir intégrer des services sociaux et médico-sociaux lorsque cela s'avère nécessaire et complémentaire.
<b>Qui est propriétaire de la maison de santé rurale ?</b>	Les professionnels (en tout ou partie) peuvent être propriétaires de la structure mais il peut s'agir d'un bâtiment appartenant à une collectivité publique (commune, communauté de communes, région...) ou à un bailleur privé, qu'ils occupent en location.



<b>Quel est le statut des professionnels qui exercent au sein de la maison de santé rurale ?</b>	Les professionnels conservent leur statut libéral au sein de la maison de santé rurale. Ils peuvent salarier d'autres professionnels (secrétaire, animateur de prévention...).
<b>Qui finance la construction de la maison de santé rurale ?</b>	Le financement de la construction peut émaner des professionnels eux-mêmes, des collectivités publiques (recourant ou non à l'emprunt) ou d'une structure porteuse ad hoc (Ex. SCI).
<b>Tout un chacun a-t-il accès à la maison de santé rurale ?</b>	Tout assuré quel que soit son régime d'affiliation peut recourir aux services présents dans la maison de santé.
<b>Quels sont les services fournis par la maison de santé rurale ?</b>	Les services fournis par la maison de santé sont les soins, dans leur dimension curative et préventive, l'aide au maintien à domicile et quand ils sont présents les services sociaux (sécurité sociale, travailleurs sociaux dépendant des conseils généraux).



<p><b>Un patient est-il libre de choisir le professionnel de santé qui réalisera les soins le concernant dans la maison de santé rurale ?</b></p>	<p>Un patient conserve sa liberté de choix au sein de la maison de santé comme en dehors.</p>
<p><b>Pour les urgences, est-il possible de se rendre à la maison de santé rurale ?</b></p>	<p>Une maison de santé rurale n'a pas vocation exclusive à accueillir et prendre en charge les urgences mais elle peut s'inscrire dans cette problématique (prise en charge de petites urgences, participation à la garde...).</p>
<p><b>Un patient peut-il choisir un médecin traitant au sein de la maison de santé rurale ou en dehors ?</b></p>	<p>Un patient reste libre de choisir son médecin traitant au sein de la maison de santé rurale comme au dehors.</p>



## *Préambule*

*Une Maison de Santé Rurale est un lieu de **regroupement de professionnels de santé exerçant en interdisciplinarité sur un territoire rural ou semi-rural** constituant un bassin de vie. Elle offre à la population des services de santé de premier recours, en consultation externe.*

*Chaque projet étant singulier, compte tenu du territoire concerné, aucun modèle ne peut être défini et imposé. En effet, la structure retenue variera en fonction de **la situation géographique, de la concentration de la population, des différents problèmes de santé rencontrés et des problématiques sociales.***

*Néanmoins, les acteurs qui prennent part à une telle réalisation (professionnels de santé, élus locaux ou administrations territoriales, associations...) partagent un certain nombre de valeurs et principes communs qui conditionnent la réussite de leur projet : un **fondement territorial, une recherche permanente de pérennité et d'attractivité** ainsi que l'**engagement dans une logique de développement durable.***



## *Axe 1 : Un projet de santé ancré dans un bassin de vie*

---

### **1.1 Une démarche de projet au service d'une médecine de qualité**

Le projet de santé, à l'origine de la maison de santé rurale, vise à garantir une offre de soins primaires (prévention, éducation et soins ambulatoires) et de services médico-sociaux cohérente et globale (toutes populations, tous âges) sur un territoire donné (zone déficitaire ou zone fragile).

Une médecine de qualité, telle que souhaitée dans une maison de santé ou définie dans un projet de santé, doit être guidée par la recherche d'efficacité (recueil d'indicateurs de qualité et de performance permettant des comparaisons), être dispensée au bon moment et à bon escient, par des professionnels compétentes et réactifs, pour un coût et un risque moindres.

Elaboré à la suite d'un diagnostic médico-social local, le projet de la maison de santé doit préciser la nature et l'étendue de l'offre de soins de premier recours qui est nécessaire et proposée, impliquant au moins des médecins, des infirmiers, des kinésithérapeutes et des travailleurs sociaux, pour répondre aux besoins de la population.

### **1.2 Un souci d'accessibilité**

Chaque patient doit être en mesure de trouver, dans la maison de santé, un professionnel disponible, de le choisir librement, d'être assuré de sa compétence, et d'être informé par ce professionnel de son état de santé et des soins prodigués (ou préconisés) par lui.

Pour ce faire, le souci de l'accessibilité pour l'ensemble de la population doit guider les promoteurs de la maison de santé. Il peut être question notamment de préciser comment est organisée l'accessibilité des personnes à mobilité réduite et/ou situées dans des zones reculées.

Le projet de santé doit pouvoir déterminer aussi comment la maison et ses intervenants sont reliés au dispositif de la permanence des soins.

### **1.3 Une offre de soins non réduite au curatif**

En faveur de la qualité des soins et d'une prise en charge globale des personnes, cette démarche de projet vise à formaliser les actions engagées ou à engager, en termes de coordination des soins, de prévention et d'éducation à la santé.



Pour ce faire, elle s'appuie sur l'organisation d'un espace de travail interdisciplinaire (réunions pluridisciplinaires, groupes de pairs, réseaux de santé...) dans la maison et avec les autres acteurs médicaux (hôpital local, services départementaux d'incendie et de secours...) et sociaux (conseil général, municipalité) du territoire.

## ***Axe 2 : Un projet de fonctionnement pérenne***

---

### **2.1 Statuts du regroupement**

Les professionnels membres de la maison de santé rurale exercent en son sein en tant que libéraux, collaborateurs libéraux ou salariés.

Leur engagement au sein d'une forme sociale doit permettre de fédérer les professionnels de santé en matérialisant leur regroupement. Elle a pour objectifs l'exercice pluridisciplinaire et l'optimisation du temps médical, en mutualisant les fonctions gestion, logistique et ressources humaines.

### **2.2 Le partage de l'information**

La pratique de groupe adoptée au sein de la maison de santé doit pouvoir se traduire par le partage des tâches et des responsabilités relatives à la prise en charge et au suivi des patients, ce qui nécessite une certaine polyvalence.

Les modalités de partage de l'information utile à la prise en charge sont précisées à cette fin dans le projet de fonctionnement et portées à la connaissance des patients dès lors qu'un travail collectif est engagé. Ces modalités sont, dans tous les cas, guidées par l'intérêt du patient.

Une charte interne détaille ces engagements et ces modalités nécessaires à un travail collaboratif de qualité.

### **2.3 Contractualisation et bonne gestion**

Les professionnels membres de la maison de santé doivent s'ouvrir à des formes de contractualisation avec l'assurance-maladie sur des objectifs de santé publique. Ils exerceront ainsi leur métier dans un souci d'économie et de bonne gestion des moyens alloués.



## Axe 3 : Une logique permanente d'attractivité

### **3.1 L'innovation**

Une place doit être réservée, dans les projets de santé et de fonctionnement, à l'aspect "innovation" (télé-santé...) et à ses développements.

### **3.2 La formation et l'évaluation interdisciplinaires des pratiques**

Une attention doit être portée à la formation continue des professionnels, dans laquelle ils s'engagent, et à l'évaluation des pratiques, en interdisciplinarité.

Des professionnels membres de la maison de santé doivent pouvoir s'engager à obtenir la qualité de maître de stage dans la discipline qui est la leur et encadrer des étudiants volontaires afin de promouvoir l'exercice en milieu rural.

## Axe 4 : Des engagements en faveur du développement durable

La création d'une maison de santé rurale s'inscrit dans une démarche initiale de diagnostic/développement social local. Cette démarche doit intégrer dès l'origine d'autres acteurs du territoire et notamment des acteurs économiques ou sociaux contribuant au dynamisme local (élus locaux, représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements, associations...).

Avec leur aide, l'équipe constituant la maison de santé (professionnels libéraux et salariés) doit être en mesure de viser trois objectifs : l'équité sociale, l'efficacité économique et la qualité de l'environnement.

Il a déjà été question précédemment des deux premiers objectifs (accessibilité aux soins, souci d'économie). En matière de qualité environnementale, la maison de santé rurale doit pouvoir s'approprier progressivement une démarche dite de "haute qualité environnementale" visant à :

- a. une amélioration des conditions d'usage, une augmentation des surfaces ;
- b. l'amélioration du confort d'ambiance, thermique, acoustique ;
- c. une maîtrise des consommations énergétiques ;
- d. le respect du coût d'objectif (budget d'investissement englobant les études et la réalisation du bâtiment & budget d'exploitation).







# L'accompagnement MSA



## *MSR Aspects incitatifs et dispositif d'accompagnement pour les MSA*

### *Les Aspects incitatifs*

De multiples raisons peuvent justifier l'implication d'une caisse de MSA dans l'accompagnement de projets de type MSR :

- 1. Une responsabilité des MSA** dans le fait de pointer des dysfonctionnements affectant les populations rurales et de proposer des solutions.
- 2. Un changement de paradigme** - France entière - (d'une médecine solitaire à de véritables services de santé) est en cours qu'il convient aussi d'accompagner sur le terrain (rural) et de manière concrète.
- 3. Ces projets (MSR)** sont aussi très **valorisants pour les caisses** dans leurs rapports avec leurs partenaires (professionnels de santé, autres régimes, autres acteurs des territoires ruraux).

Ils permettent en effet aux accompagnateurs d'**investir d'autres champs que ceux des prestations et du contrôle**. Ils permettent notamment de rétablir une relation entre médecins conseils et professionnels de santé.

Dans la mesure où il s'agit de projets de terrain, sur le terrain rural, ils sont aussi **l'occasion de montrer les atouts de ce type de territoire** (qualité de vie, histoires et cultures locales propices aux expériences collectives, perspectives économiques et nouveaux investisseurs...) tout en soutenant les dynamiques locales.



En outre, l'accompagnement **de tels projets 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 récemment par le législateur (art. 59 de la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'Assurance maladie).

Enfin, la mise en fonction d'une MSR que l'on a accompagnée est une **réalisation concrète** (bâtiment en dur, équipement structurant, avec un potentiel technologique important, espace d'accueil et de service...), qui rend visible et illustre facilement le rôle des MSA sur les territoires ruraux.

## *Le dispositif d'accompagnement*

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

### **Au niveau CCMSA :**

- ❖ **Equipe projet MSR de la CCMSA** : elle fournit des appuis transverses et thématiques aux accompagnateurs locaux.

Dr Arnaud de La Seiglière  
Tél. 01-41-63-73-02  
[delaseigliere.arnaud@ccmsa.msa.fr](mailto:delaseigliere.arnaud@ccmsa.msa.fr)

Nathalie Scarcella  
Tél. 01-41-63-76-55  
[scarcella.nathalie@ccmsa.msa.fr](mailto:scarcella.nathalie@ccmsa.msa.fr)

Isabelle Saporta  
Tél. 01-41-63-77-72  
[saporta.isabelle@ccmsa.msa.fr](mailto:saporta.isabelle@ccmsa.msa.fr)



- ❖ **Un espace intranet dans le portail Pl@net MSA** : il regroupe toute la documentation et les outils (dont la Boîte à Outils ou “BAO”) ayant trait aux MSR. Il contient un formulaire de présentation des projets et un forum de discussion.
- ❖ **Des documents peuvent également être commandés à la CCMSA** : DVD «La pluridisciplinarité en santé : une autre façon d'exercer», flyers, brochure «Vos 10 questions Nos 10 réponses ».

La maquette de la maison de santé rurale de Brin-sur-Seille (Meurthe-et-Moselle) peut également être empruntée.

Votre contact est :

Frédéric Pomykala  
Tél. 01-41-63-74-50  
[pomykala.frederic@ccmsa.msa.fr](mailto:pomykala.frederic@ccmsa.msa.fr)

## Au niveau des MSA

- ❖ **Un binôme composé de deux référents** (un médecin, un 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,
  - ▶ 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.

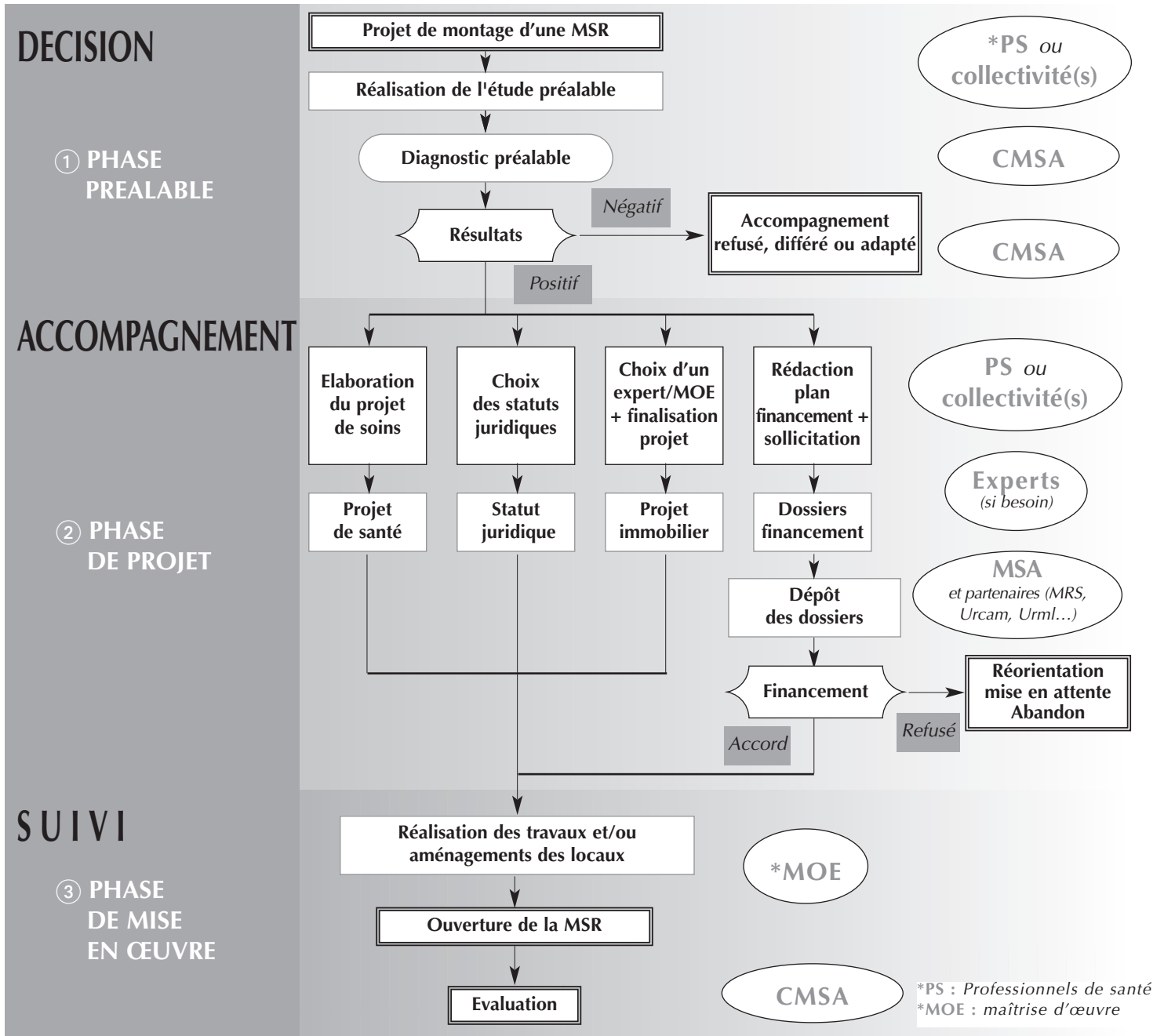
Pour ce faire ils peuvent :

- ▶ s'entourer d'appuis extérieurs (conseils ou partenaires),
- ▶ bénéficier d'un appui de l'équipe projet MSR à la CCMSA,
- ▶ demander conseil à leurs homologues MSA dans d'autres régions qui ont eu à accompagner de tels projets.



① PHASE PREALABLE	② PHASE DE PROJET	③ PHASE DE MISE EN ŒUVRE
<p>Quels sont les besoins (besoins de soins ou de santé) sur le territoire, les attentes et motivations des professionnels ?</p> <p>Quelle est la situation de l'offre de soins au regard des projections démographiques ?</p> <p>Combien de professionnels de santé seraient susceptibles d'intégrer la MSR à court terme et à moyen terme ?</p> <p>Quelle serait à première vue l'implantation de cette MSR ?</p> <p>▶ <b>DIAGNOSTIC PRÉALABLE D'IMPLANTATION</b></p> <p><i>Si le diagnostic est favorable, l'accompagnement peut se poursuivre et passer en mode projet</i></p>	<p>Quels sont les objectifs stratégiques et opérationnels du projet de MSR ?</p> <p>Quelle organisation commune est-il prévu de mettre en place ?</p> <p>▶ <b>PROJET DE SANTÉ</b></p> <p>Comment chaque professionnel prévoit-il de participer au fonctionnement de la MSR ?</p> <p>Quelle structure semble être mieux à même de concilier les intérêts individuels et collectifs ?</p> <p>▶ <b>MONTAGE JURIDIQUE</b></p> <p>Quels sont les besoins financiers du projet ?</p> <p>Des devis ont-ils été produits ?</p> <p>Quels sont les financements disponibles ?</p> <p>Quelles recettes sont attendues ?</p> <p>▶ <b>DOSSIER DE FINANCEMENT</b></p> <p><i>Si les autorisations sont données et les moyens réunis la mise en œuvre peut commencer.</i></p>	<p>Le maître d'œuvre est-il choisi ?</p> <p>Le permis de construire est-il délivré ?</p> <p>Les travaux projetés sont-ils en phase avec le projet de santé ?</p> <p>▶ <b>PROGRAMME IMMOBILIER</b></p> <p>Les travaux se déroulent-ils comme prévu ?</p> <p>Les matériels, logiciels et équipements communs ont-ils été achetés ?</p> <p>Le personnel commun est-il recruté ?</p> <p>▶ <b>FICHES DE POSTE ET CONTRATS DE TRAVAIL</b></p> <p><i>Si les travaux sont achevés et si l'aménagement est réalisé l'ouverture au public peut avoir lieu.</i></p> <p>▶ <b>TABLEAUX DE SUIVI ET QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION</b></p>





QUI FAIT QUOI ?	<b>Phase 1 :</b> <u>Etude préalable</u> <b>AIDE À LA DECISION</b>	<b>Phase 2 :</b> <u>Projet</u> <b>ACCOMPAGNEMENT</b>	<b>Phase 3 :</b> <u>Mise en œuvre</u> <b>SUIVI</b>
CMSA	Collecte les informations et apprécie l'opportunité, monte les dossiers de demande de financement	Aide à la formalisation du projet sur tous ses aspects (médicaux, juridiques, financiers, architecturaux...)	Aide à l'élaboration et à l'alimentation des outils de suivi
CCMSA	Assiste la CMSA en fournissant outils et conseils	Aide au déroulement de la méthodologie d'accompagnement	Fournit des modèles et réalise des comparaisons
PROFESSIONNELS DE SANTE	Contribuent au diagnostic local et à l'écriture d'un pré projet de santé	Valident tous les volets du projet	Participent au recueil des données (enquêtes, statistiques d'activité...) et à leur analyse



QUI FAIT QUOI ?	<b>Phase 1 :</b> <u>Etude préalable</u> <b>AIDE À LA DECISION</b>	<b>Phase 2 :</b> <u>Projet</u> <b>ACCOMPAGNEMENT</b>	<b>Phase 3 :</b> <u>Mise en œuvre</u> <b>SUIVI</b>
COLLECTIVITE TERRITORIALE	Explore les modalités financières, logistiques et fonctionnelles de soutien au projet en relation avec la CMSA	Contractualise avec les promoteurs et maîtres d'œuvre du projet en fonction de son avancement (première tranche, deuxième tranche...)	Croise son évaluation avec celle des professionnels de santé et de l'assurance-maladie
MAITRE D'ŒUVRE	Réalise un avant-projet sommaire des travaux	Conduit les travaux selon cahier des charges	
CONSEIL JURIDIQUE	Etudie la faisabilité juridique du groupement	Formalise le (ou les) projet(s) d'association ou de coopération et effectue les formalités de publicité	



## *Facteurs de réussite*

### ***Liés au promoteur***

- ❖ Un leader local non contesté
- ❖ Un noyau “dur” de professionnels de santé
- ❖ Des professionnels originaires de la zone
- ❖ Un constat et une volonté partagés
- ❖ Une certaine transparence dans les échanges et les motivations
- ❖ Motivation, persévérance, temps

### ***Liés au projet***

- ❖ Une analyse préalable associant tous les acteurs
- ❖ Un partage de valeurs communes
- ❖ Un projet évolutif conçu en plusieurs étapes
- ❖ Une ouverture à de futurs professionnels de santé
- ❖ Qualité architecturale en lien avec le projet de santé
- ❖ Prise en compte des contraintes d'accessibilité et de la problématique des transports

### ***Liés aux partenaires***

- ❖ Une volonté de s'associer
- ❖ Un appui fort et durable
- ❖ Des apports multiples (financiers et non financiers)
- ❖ Le soutien de la MSA et son rôle de “fil rouge” tout au long du projet

### ***Liés aux caractéristiques locales***

- ❖ Respect des bassins de vie
- ❖ Connaissance précise des besoins
- ❖ Prise en compte du “pays”, des habitudes locales,
- ❖ Liens établis entre le projet et d'autres structures (hôpitaux locaux, services d'urgence, cabinets isolés...)



## *Facteurs d'échec*

### ***Liés au promoteur***

- ❖ Absence de leader
- ❖ Leader contesté
- ❖ Promoteur politique (non professionnel de santé)
- ❖ Projet unilatéral
- ❖ Précipitation

### ***Liés au projet***

- ❖ Projet trop imprécis
- ❖ Localisation géographique peu pertinente
- ❖ Pari sur l'attractivité du projet (prise de risque trop forte)
- ❖ Manque de rigueur dans l'organisation et le projet de santé
- ❖ Projet faisant prévaloir les réalisations immobilières sur le projet de santé
- ❖ Projet trop longtemps en phase de réflexion ( $\geq$  à trois ans)

### ***Liés aux partenaires***

- ❖ Contexte politique difficile ou défavorable
- ❖ Absence de soutiens

### ***Liés aux caractéristiques locales***

- ❖ Seuil démographique critique (trop peu de professionnels) et risque d'épuisement des nouveaux venus
- ❖ Absence de services attractifs pour les professionnels de santé et leur famille





**Pierre CHABAS**  
AROMSA  
Languedoc-Roussillon,  
Directeur délégué à la santé

## Une question de méthode

### **Nos atouts pour la conduite de projets d'organisation des soins sont les suivants :**

- ❖ En matière de développement social local, nous disposons au sein de la MSA de compétences éprouvées.
- ❖ Nous connaissons bien les établissements, et notamment les hôpitaux locaux qui fonctionnent avec des professionnels libéraux et sur lesquels nous pouvons nous appuyer.
- ❖ La MSA est légitime à intervenir sur l'offre de soins en milieu rural pour le compte de l'ARH, de l'URCAM, de la Mission régionale de Santé desquelles elle reçoit des missions. Cette légitimité se consolide par l'action.

### **Quelques recommandations qui ont fait leur preuve**

- ❖ Constituer un binôme médico-administratif qui rencontre individuellement chaque professionnel de santé pour analyser conjointement la situation.
- ❖ Repérer un leader médical (médecin généraliste) ou para-médical et un leader administratif (directeur d'établissement sanitaire ou médico-social, secrétaire de mairie, référent contrat de pays...) qui puisse fédérer les acteurs de la zone.
- ❖ L'intercommunalité est déjà bien installée sur le terrain, et il faut bien la connaître.
- ❖ Proposer une ingénierie sanitaire «sur mesure» en fonction des besoins identifiés.
- ❖ Proposer aux professionnels de la zone les outils (équipement médical, télémédecine...) et la maintenance des outils leur permettant d'exercer dans de bonnes conditions.



## Quelles sont les conditions de réussite d'un tel accompagnement ?

- ❖ Appuyer les médecins avec l'objectif d'optimiser leur temps et de reconnaître la difficulté de leur exercice isolé.
- ❖ Le fait que l'hôpital local ou la maison de retraite soit associé systématiquement au démarrage de la réflexion.
- ❖ De la pédagogie, de l'information, et de la communication vers toutes les parties prenantes (les DDASS, les élus, les institutionnels, les professionnels, la population...).
- ❖ Le fait de faire cheminer en parallèle la réflexion des professionnels et celle des élus.





Geneviève LASNE  
MSA Tarn-Aveyron,  
Médecin-conseil

### **Une maison, pas des murs**

*Une MSR ce n'est pas que quatre murs et un toit. C'est une aventure humaine, avec un projet ambitieux et innovant. Initialement, les professionnels de santé - notamment les médecins - n'ont pas la culture du travail en équipe. Et il faut bien un an de réflexion et d'échanges à un groupe de professionnels de santé pour acquérir cette philosophie de coordination des soins et de partage de l'information médicale, tout en intégrant le principe que la voix de chaque professionnel - médecin ou paramédical - a autant de poids au sein d'une telle structure.*

### **Quels sont les atouts d'un accompagnement ?**

- ❖ Un médecin conseil et un administratif, tous deux complémentaires. Ils doivent savoir parler indifféremment de tous les aspects du projet quand l'un ou l'autre est absent.
- ❖ Une direction de la MSA fortement impliquée (c'est elle qui va appuyer le dossier auprès de l'ARH, l'URCAM, la DDASS, les politiques ...).
- ❖ Une collectivité locale impliquée avec une mairie partante pour investir.
- ❖ La force du réseau MSA qui permet des échanges et un enrichissement mutuel.
- ❖ Une formation adéquate des binômes référents à la MSA.

### **Les atouts de la MSA dans cet accompagnement sont :**

- ❖ La connaissance des nouvelles formes d'organisation de soins (réseaux gérontologiques, MSR,...)
- ❖ Un décloisonnement du sanitaire et du social (qui doit se retrouver dans le projet : ex. permanence assistante sociale, rapprochement avec l'hôpital, ou la clinique...).



## Les points forts d'un projet de MSR :

- ❖ Le projet de santé, pluridisciplinaire, centré sur le patient et destiné à améliorer son parcours de soins. Il doit être conçu en partenariat avec les autres acteurs "santé" du territoire.
- ❖ L'ouverture à tous les publics avec des actions de prévention, de dépistage et d'éducation à la santé impliquant l'ensemble des professionnels de santé de la MSR de façon pluridisciplinaire.
- ❖ L'organisation de la permanence des soins en concertation avec les professionnels de santé environnants, avec l'installation d'une salle d'urgence suffisamment équipée et la présence d'infirmiers dans la structure pour seconder les médecins.
- ❖ La diversification de l'offre de soins rendue possible du fait de l'organisation centralisée des plannings et d'une délégation accrue de tâches (petite chirurgie, surveillance des grossesses jusqu'au 8ème mois, consultations pédiatriques, prise en charge psychologique,...)
- ❖ Le raccordement à un réseau de télémédecine permettant l'organisation de téléconsultations, de télédiagnostics, de formations professionnelles interdisciplinaires ou encore de conférences à destination de publics variés dans le cadre d'actions "santé".

L'adhésion au projet de santé de l'ensemble des professionnels constitue la démarche fondatrice. Le binôme MSA devra ensuite accompagner l'équipe dans sa réflexion concernant l'organisation future, l'analyse des besoins de la population au regard de la morbidité locale, l'organisation de la coordination (le profil et les missions de l'agent de secrétariat et d'accueil, les réunions interdisciplinaires, les revues de dossiers,...) et les outils à mettre place (dossier médical partagé, fiches de liaison,...).

Surtout il ne faut pas oublier qu'un tel projet se doit d'être évolutif et que l'équipe de professionnels de santé devra ensuite être capable de le faire vivre et de l'enrichir, forte du message que la MSA aura su faire passer pour le mieux être de la population !







# Pour mettre en œuvre l'accompagnement

## *MSR* Trois problématiques à titre d'exemple

### *CAS 1 : Un cabinet pluridisciplinaire devenu trop exigu*

Le Dr A. a transformé il y a 15 ans son domicile en cabinet pluridisciplinaire. Aujourd'hui le pavillon accueille son cabinet, un cabinet infirmier, un cabinet dentaire, le bureau d'une diététicienne et celui d'une psychologue. Un autre pavillon, mitoyen du premier, regroupe des kinésithérapeutes. La pharmacie est située non loin de là, sur la place du village.

Désireux d'attirer de jeunes professionnels et de donner un coup de jeune à cette construction, le Dr A. envisage une extension de la construction et le réaménagement des espaces (comprenant aussi la réalisation d'un parking). Son projet intéresse un confrère médecin, le Dr B. situé à quelques kilomètres.

Leur réflexion porte sur les points suivants :

- qui financera ce nouveau projet ?
- quelle structure juridique devrait être adoptée à la place des arrangements existants, bricolés au fil du temps et reposant principalement sur les épaules du Dr A. (seul propriétaire) ?
- quel sera le nouveau mode d'organisation et de gestion retenu pour la répartition des charges de fonctionnement, d'entretien et de travaux ?



## CAS 2 : *Des cabinets médicaux et paramédicaux dispersés*

Un médecin, le Dr C., et un pharmacien, M. D., sont conscients que l'organisation dispersée des cabinets et acteurs de santé, rend difficile l'accès aux soins des populations et contribue à accroître l'isolement des professionnels, dans une zone reculée et montagnarde. Leur idée est de bâtir un véritable pôle de santé, réunissant les offreurs de soins qui le désirent, reliés par réseau aux cabinets qui resteront à distance. A l'issue d'une rencontre avec les infirmières et les kinésithérapeutes du secteur, il apparaît que seuls les deux protagonistes sont en mesure d'investir dans ce projet, pour des sommes limitées (- de 50 000 euros).

- Comment financer la totalité du projet tant sur les aspects immobiliers que sur les aspects informatiques ?
- Faut-il créer une nouvelle structure juridique commune alors qu'existe déjà une association ?
- Comment sera réglée là aussi la question de la répartition des charges ?

## CAS 3 : *Un cabinet médical que l'on souhaite plus moderne, élargi et adossé à une antenne de santé publique*

Deux médecins, le Dr E. et le Dr F., sont associés au sein d'une SCM et exercent ensemble depuis plus de 10 ans. Particulièrement intéressés par la perspective d'une délégation de tâches à d'autres professionnels (une secrétaire pour les tâches administratives, une infirmière pour les actes de dépistage et de prévention), ils aimeraient se lancer dans une telle expérimentation et accueillir des étudiants stagiaires dans un espace adapté. Intéressé par leurs projets, le conseil régional souhaite y adjoindre une antenne de santé publique et des services sociaux.

- Quels aménagements du cabinet existant sont nécessaires ?
- Comment conduire une expérimentation portant sur la délégation de tâches ?
- Comment intéresser un autre médecin, des infirmiers, des kinésithérapeutes ?
- Quelle forme d'association leur proposer ? Quelle articulation envisager avec la partie "publique" du futur bâtiment ?
- Est-il possible de solliciter un agrément « maître de stage » pour l'ensemble de la structure ?



## 1. Identifier la zone, les acteurs en présence et les relations préexistant au projet

- ▶▶ A quel bassin de vie, à quel pays appartient le promoteur ?
- ▶▶ Qui a initié la réflexion susceptible de déboucher sur la création d'une maison de santé rurale ?
- ▶▶ Quels sont les besoins constatés ? En santé, mais plus largement les besoins médico-sociaux, ... sur le territoire ?
- ▶▶ Quelles données démographiques, épidémiologiques et contextuelles du territoire concerné devront être compilées et vérifiées ?
- ▶▶ Des rencontres doivent-elles être organisées ?
- ▶▶ Quel est le degré d'implication de chacun dans le nouveau projet et quels sont leurs rôles respectifs en allant à la rencontre de chaque acteurs ?
- ▶▶ Quels seront les nouveaux acteurs et parmi eux les investisseurs ?

### *Outils disponibles*

- ▶ Initialisation de la démarche d'une MSR
- ▶ Diagnostic préalable d'implantation d'une MSR



### 3. *Comment se présente le portage financier du projet immobilier*

- ▶▶ Les professionnels souhaitent-ils investir ? Si oui, plusieurs types d'investissements sont possibles.
- ▶▶ Souhaitent-ils faire appel à d'autres investisseurs et devenir locataires ?
- ▶▶ S'ils ne souhaitent pas investir, il faut s'intéresser au contexte politique local.

#### *Outils disponibles*

- ▶ Guide d'accompagnement du volet immobilier de la MSR

### 4. *Le contexte politique local est-il favorable (maires, président de communauté de communes, conseil général, conseil régional, ...) ?*

Si les professionnels de santé ne souhaitent pas investir, il faut se tourner vers les autres acteurs locaux, notamment politiques.

Les sites internet mais aussi les élus MSA sont de bons vecteurs d'information sur la sensibilité des hommes politiques au regard des questions de santé publique. Il s'agit de repérer les éventuels porteurs du projet en particulier sur le volet immobilier.

- ▶▶ Il faut rechercher si une ou plusieurs collectivités publiques seraient intéressées pour proposer un terrain, un bâtiment, participer et/ou financer la construction. Différents types de montage sont possibles.
- ▶▶ Mesurer le degré d'implication des acteurs politique et leur rôle respectif, notamment dans le recensement des aides mises en place pour les professionnels de santé, par les collectivités territoriales (taxes, impôts, primes...).
- ▶▶ Quels pourront être les investisseurs publics ?

#### *Outils disponibles*

- ▶ Initialisation de la démarche de montage d'une MSR
- ▶ Diagnostic financier
- ▶ Tableau des aides à l'installation



## 5. *Cerner la faisabilité financière du projet*

Comment financer le projet, dans son volet immobilier bien sûr, mais aussi dans son volet projet de santé, sans oublier les possibilités d'emprunt sur tout ou partie du projet par les professionnels de santé en cas de montage privé, ou par la ou les collectivités locales, en cas de montage public ?

### *Outils disponibles*

- ▶ Guide d'accompagnement du volet immobilier
- ▶ Diagnostic financier

## 6. *Cerner le potentiel d'organisation du travail et de fonctionnement de la MSR pour identifier les points d'organisation juridique*

Ce point est volontairement placé à la fin car si les questions juridiques sont multiples et préoccupent souvent les professionnels de santé, leur importance doit être relativisée. Ces questions devront être abordées au fur et à mesure du déroulement du projet. Soulevées trop tôt, ou mal abordées, elles peuvent constituer un obstacle.

- ▶▶ Quel montage approprié au stade du démarrage du projet ? Une association à but non lucratif «en vue de créer une MSR» peut être constituée entre les PS de la future MSR. Ayant sa personnalité morale propre et son « représentant », elle peut être un atout pour la crédibilité du projet (demandes de financement, acteurs politiques locaux, ...)
- ▶▶ Quelle organisation juridique sur le volet immobilier ? La SCI est une solution puisque son règlement de copropriété permet de régler les questions relatives à l'entretien des parties communes, aux charges de gestion. Quelles relations existeront dans le cas où des professionnels de santé ont investi et d'autres pas ?
- ▶▶ Quelle organisation entre les professionnels de santé de la MSR ? Que mettront-ils en communs en terme de :
  - matériels (médicaux, bureautique, ...) ?
  - activités, moyens humains (accueil, secrétariat, charges, permanence des soins...) ?
  - honoraires ?



- ▶▶ Les professionnels de santé exercent-ils en commun ou partagent-ils d'ores et déjà des équipements, les frais afférents ou des revenus ? Le cas échéant, que partageront-ils ?
  - des sociétés de fait préexistent souvent qu'il convient aussi de formaliser,
  - des sociétés existent-elles ?
  - le degré d'implication varie selon qu'il s'agit de sociétés de mise en commun de moyens (MCM) ou de sociétés d'exercice en commun (EC) avec partage des honoraires,
  - toutes les formes de sociétés ne sont pas ouvertes à tous types de professions.

### *Outils disponibles*

- ▶ Volet juridique de la boîte à outils



# **MSR** *Pour aller plus loin*

## **INTRODUCTION A L'ACCOMPAGNEMENT**

Pour décider et piloter un accompagnement

**L'INITIALISATION**  
**LE PROJET DE SANTE**  
**LE FONCTIONNEMENT**  
**LES FINANCEMENTS**  
**LA FORME SOCIETAIRE**  
**L'IMMOBILIER**  
**L'EVALUATION**

### **RESSOURCES DOCUMENTAIRES**

Pour illustrer des interventions, animer des groupes de travail ou fournir une documentation à des partenaires

### **PARTAGE D'EXPERIENCES**

Pour connaître les expériences menées dans le réseau, échanger avec d'autres référents

**Rubriques accessibles depuis**  
**PI@net MSA**  
**Protection Sociale/Santé-STT/Maisons de Santé Rurales**







**MSA Caisse Centrale**

Les Mercuriales  
40, rue Jean Jaurès  
93547 Bagnolet Cedex

**Direction de la Santé**

tél. 01 41 63 77 72  
fax. 01 41 63 75 16  
[www.msa.fr](http://www.msa.fr)

