

Compte-rendu des Journées de printemps 9 juin 2007

Des Maisons de Santé de Proximité un enjeu pour l'avenir du système de santé

Si tu veux marcher vite, marche seul, si tu veux marcher loin, marche en groupe (proverbe africain)

De l'utopie maintenant au possible demain

Un concept

Des professionnels veulent changer leurs pratiques car ils les trouvent décalées des besoins de la population ; ils cherchent des formes de pratique plus adaptées aux problèmes rencontrés. La prévention et l'éducation sont des notions qui commencent à faire leur chemin. La majorité des dépenses de santé résulte du développement des maladies chroniques évolutives ou à répétition, diabète, HTA, cancers, souffrance morale, troubles musculo-squelettiques... et nécessite des réponses faisant appel à diverses compétences dans divers champs (médical, social, psychologique, professionnel, environnemental, scolaire). Seule la médecine d'équipe pluridisciplinaire permettra d'améliorer l'offre de soins pas seulement curative.

Des principes

Créer des maisons de santé, avec des principes : un travail coopératif non hiérarchisé, prenant en compte les pathologies environnementales et faisant des études sur les épidémies, sans pratiquer de dépassements d'honoraires, avec une charte éthique : accueillir tout le monde et pas seulement les patients pauvres, en gardant notre indépendance vis-à-vis des compagnies privées, des firmes et des assurances, en développant une formation continue indépendante... Se poser la question : qu'est-ce que la santé de première ligne ? Le projet doit émaner des professionnels de santé localement ; on ne peut pas organiser une maison de santé pour les professionnels, ce sont eux qui doivent définir leur projet.

Des valeurs

Sauver la France de la désertification médicale, sauver les professions moribondes intellectuellement, sauver les conditions de travail... Les valeurs sont l'amélioration des pratiques de santé en France, la lutte contre les inégalités d'accès aux soins (les écarts se creusent), l'implication des acteurs de santé au sens large, dont les usagers du système de soins, et la prévention.

Les professionnels ont besoin de repères solides sur le contenu : pluri-professionnel, avec un mode de fonctionnement, des méthodes, l'alliance avec les patients... Les maisons de santé ne sont pas faites que pour les médecins, ce sont aussi des outils pour les usagers. Nous revendiquons le droit de faire les choses autrement, pas seulement du point de vue des soignants mais aussi des soignés.

Les maisons de santé ne peuvent pas être des outils de prestation pour régler les problèmes des institutions (cf. projets portés par l'Assurance maladie ou les mutuelles). Elles ne peuvent pas être non plus les outils d'une vision purement comptable du champ du soin. Les maisons de santé ne sont pas des sociétés capitalistes (à but lucratif), mais un service public.

Un enjeu

Il y a eu des expériences de modification des pratiques comme le mouvement des réseaux de santé ou l'option référent, mais elles ont été reprises par l'institution jusqu'à ne plus ressembler aux projets initiaux.

Une étude au Québec sur l'efficacité de l'accès aux soins montrait 2 systèmes efficaces, chacun ayant des défauts : les réseaux et les maisons de santé intégrées. Les réseaux et les structures de proximité sont complémentaires. Les maisons de santé de proximité ont une utilité qui dépasse le soin, elles peuvent participer à la politique locale de santé publique. Elles peuvent être un point d'appui important pour les réseaux, pour joindre la population la plus précaire, qui échappe aux dépistages.

Les maisons de santé peuvent aussi être des réponses à des problèmes spécifiques comme la désertification en ramenant l'offre de soins là où il n'y en a plus.

Mais cela n'a de sens que si on peut y exercer la médecine, et aider à passer du soin à la santé. Les maisons de santé peuvent être des lieux d'expérimentation, de collaboration entre professionnels, où l'on développe la prévention et l'éducation avec les patients, des lieux de formation et de recherche.

Du possible maintenant à l'utopie demain

Des expériences

Il y a eu des expériences de maisons de santé de proximité, comme les Unités Sanitaires de Base à Saint-Nazaire.

A Nancy dans les années 80, un instituteur, un ingénieur des arts et métiers, deux médecins et un infirmier (tous payés au même tarif) ont travaillé sur l'accès aux soins de la population, en associant prévention, soins, enseignement et recherche. 1/3 du temps était passé à la négociation avec les élus et la communication (et 1/3 du temps pour la recherche). Quand une recherche arrivait à terme, on la mettait en commun au cours d'une FMC. Cela a fait évoluer les choses, on en mesure les suites encore 20 ans après.

A Toulouse, la Case santé est un centre de santé communautaire intégré, lieu de soins et de prévention, bâti sur une exigence d'indépendance (de prescription...), et la possibilité de gestes techniques, pour proposer des soins de première ligne, avec le tiers payant (l'IVG en ville, l'échographie, les urgences, un plateau technique, les ECG, les aérosols, l'aspiration...). Et une animation dans le quartier, pour que les gens se réapproprient leur santé. Avec un rôle d'observatoire local de santé, une activité statistique sur les pathologies, sur la couverture sociale... Une équipe pluridisciplinaire : une infirmière, 2 médecins généralistes, 2 promoteurs de santé (un sociologue et un éducateur spécialisé) pour l'accès aux soins, la prévention, le dépistage des facteurs de risque.

A Saint-Denis, il n'y a pas de maison de santé de proximité sous le même toit, mais un modèle de pratiques entre professionnels. Une association s'occupe de la problématique de santé, l'accompagnement de personnes en difficulté, les femmes enceintes, les problèmes de papiers, et d'autres activités autour de la santé, l'éducation, la prévention... avec des psychologues, de la musicothérapie. Depuis 15 ans, 10 professionnels de santé dont des pharmaciens, et 11 salariés des associations travaillent ensemble.

Des projets

L'Eure est un département sous médicalisé. 50 professionnels de la santé se sont réunis, une vingtaine travaillent autour d'un projet de maison de santé. Mais les élus ne sont pas prêts à mettre des locaux à la disposition des médecins. La communauté de communes est intéressée par le projet, mais la santé est de la compétence de l'Etat.

A Gennevilliers, un projet de centre de santé universitaire associe des orthophonistes, des infirmiers, et plusieurs cabinets de généralistes qui reçoivent des étudiants. C'est formateur pour les étudiants, et un apport pour la pratique des professionnels, avec les supervisions, les réunions de pairs et des travaux de recherche ...

Dans la communauté urbaine d'Arras, devant le manque de médecins, des associations familiales se bagarrent auprès de l'ordre des médecins et des médecins libéraux. La région est prête à financer des services qui feraient de la prévention, et la promotion de la santé.

A Nuits St Georges, l'idée de se regrouper pour travailler autrement, lancée par 2 ou 3, a donné lieu à un projet de copropriété à 7 et finalement 20 professionnels ont acheté un terrain. 5 d'entre eux vont faire une association pluridisciplinaire pour partager des activités, comme autour du diabète, pour le planning familial, et avec la psychologue et l'ostéopathe.

Un projet de maison de santé à Lavelanet s'appuie sur la charte des maisons de service public, qui prévoit un réseau d'acteurs avec un espace et une plateforme, avec une égalité de traitement et une continuité.

Des modèles

Il y a eu les Unités Sanitaires de Base à St Nazaire, les maisons médicales belges, les centres locaux de services communautaires (CLSC), les coopératives de santé au Québec... Les exemples de l'Espagne (système public de santé en Andalousie par ex.) les expériences de Marseille, Saint-Denis, Evry.

Le modèle belge est exemplaire : un travail collectif, ancré dans le quartier, adapté aux caractéristiques locales. Les maisons médicales belges ont saisi une opportunité politique, la loi offrant la possibilité d'être payés à la capitation. La fédération des maisons médicales belges (qui a un site) est née autour d'un projet, et

elle a permis à ses membres d'échanger et de se soutenir, et aussi d'organiser l'informatisation, la formation et la recherche. Ils sont payés au forfait, ce qui a été l'objet d'une lutte, et qui est revalorisé régulièrement, et ils ont, par maison médicale, un demi- poste d'intervenant en santé communautaire.

Au Québec, ils ont une attitude pragmatique, basée sur les médecins de soins primaires en les prenant tels qu'ils sont. Les CLSC ont été intégrés dans les C3S, sanitaire et social, avec les soins hospitaliers secondaires. Les médecins généralistes indépendants ont créé des groupements de médecins de famille, qui sont des cliniques médicales, avec une partie (faible) de la rémunération à la capitation, et la mise à disposition d'infirmiers salariés par le C3S. Pour les médecins généralistes qui ne voulaient pas bouger, on a organisé l'animation de leur salle d'attente, des infirmières spécialisées en santé publique viennent mettre à disposition des patients des outils et des adresses pour faire passer des messages de prévention.

Des difficultés

Les médecins de terrain se heurtent à la position des élus locaux, pour qui la santé est l'affaire des docteurs, et de la Sécurité sociale.

L'agrément « centre de santé », défini par l'accord national de 2003, qui permet le salariat, une rémunération pour la prévention, et le tiers-payant, a été refusé à la Case Santé, sous prétexte qu'il faudrait 2 infirmières au lieu d'une, et que c'est une trop petite structure.

A Saint-Denis, le pôle social de l'activité n'est pas financé : l'Assurance maladie ne veut financer que le risque. Il y a un patchwork de financements tous fragiles. Par exemple, les moyens pour les RMIstes sont attribués maintenant sous condition d'aides à la réinsertion... Le plan régional de santé publique ne veut plus financer des actions de santé publique et le fonctionnement des associations.

Qui va financer le fonctionnement de nos maisons de santé ? Les institutions sont-elles conscientes qu'il faut financer l'innovation ? Pour éviter l'épuisement, il faut créer un rapport de force, faire du lobbying dans la région, et demander un interlocuteur unique. C'est un travail professionnel qui demande du temps.

Des dangers

Mais l'interlocuteur unique est-il la solution ? Le guichet unique n'a rien résolu pour les réseaux. Si cet interlocuteur a une compréhension limitée de la loi et refuse de financer les réseaux qui sont trop sociaux, il peut prendre des décisions sans se référer aux autres instances. S'il y a 25 interlocuteurs, ils peuvent discuter

...

Les personnes de l'administration changent de poste tous les 2 à 3 ans. Le premier cahier des charges des réseaux laissait penser qu'on allait résoudre tous les problèmes avec les financements de l'Etat. Avec 15 financements précaires, si l'un tombe les autres restent, avec un seul, s'il tombe, tout est perdu.

On est en présence de forces divergentes : un système libéral qui parcellise et individualise, et trouve des financements dans le système assurantiel ; et un mode de financement dans un cadre assurantiel socialisé qui doit prendre en compte le médical, le social et la prévention.

Des questions

Comment financer ce qui n'est pas producteur d'acte ? Dans les centres de santé, ce qui coûte le plus c'est la logistique pour la politique de santé publique à l'échelle locale. L'innovation ne suffit pas, il faut pérenniser le cadre dans la durée, prévoir l'éducation pour la santé, l'accompagnement de familles...Le paiement à l'acte est antinomique de cette évolution. Il faut faire évoluer la convention libérale ou celle des centres de santé.

La structure des centres de santé et des maisons médicales ne doit-elle être analysée qu'au travers des modes de fonctionnement et de rémunération ? Quel projet mettre en place ?

Des maisons de santé de proximité ouvertes à tous et à toutes, doivent prévoir des missions de santé publique. Par exemple, comment faire pour que les femmes aient accès à l'avortement et à la contraception sur tout le territoire ?

La délégation des activités aux paramédicaux (infirmiers, sages-femmes...) n'est pas encore prévue par la législation en France. D'autres professionnels ont d'autres compétences, on peut avoir des projets communs si on a la même façon de prendre en charge les patients. La délégation ou le tri ne sont pas des objectifs, mais plutôt la complémentarité.

Des outils

La MSA est préoccupée du problème démographique et propose des maisons de santé pour les professionnels. Dans le cadre de la rénovation urbaine, on peut utiliser les contrats urbains de cohésion sociale, et les ateliers santé ville.

L'agrément centre de santé peut être obtenu par un groupe libéral. La convention des centres de santé, adoptée en 2003 pour 5 ans et qui sera renégociée en avril 2008, prévoit des options de coordination médicale, dentaire et infirmière, de 46 euros par an et par patient pour la coordination.

La pratique du tiers payant est nécessaire pour la prise en charge des populations en situation de précarité.

Les médecins qui sont enseignants peuvent faire des projets de centres de formation universitaire ambulatoires, avec des médecins libéraux, dont certains rémunérés pour l'enseignement, ce qui permet d'organiser des réunions ou des travaux de recherche. Il devrait aussi y avoir des externes et des chefs de clinique en ville, salariés, qui pourront faire des enquêtes et travailler sur la prévention. Il faut 3 ans d'expérience pour être maître de stage.

Des travaux de recherche doivent prouver que les critères sont meilleurs dans les périmètres de soins autour des maisons de santé. En demandant des financements pour ces recherches.

Comment passer de l'utopie à la pratique, de la pratique à l'utopie ?

Se donner des moyens

Il faut établir un **cahier d'adresses**, savoir ce qui a déjà été fait, créer une **fiche « Maison de santé mode d'emploi »**.

Ecrire un **règlement de fondation** des maisons de santé, et une **convention d'exercice** entre assurance maladie et professionnels. Aucun texte n'existe pour le moment, sauf si l'on peut appliquer la convention des centres de santé à un regroupement de professions libérales, pour obtenir le forfait annuel par patient pour la santé publique. Cela permettrait de financer des nouveaux métiers, comme celui d'infirmière de prévention.

Définir un contenu aux maisons de santé pour leur donner du sens, puis proposer ces projets, aux élus, aux collègues.

Se faire aider par des professionnels pour monter les projets et trouver des financements.

Passer convention avec les autres professionnels de santé et sociaux, sur ce qu'on fait ensemble.

Il faut proposer son projet, attirer les partenaires pour avoir plusieurs sources de financements pour avoir une pérennité et rester indépendants.

On peut accroître le rapport de forces en s'alliant à un projet plus global d'aménagement du territoire.

Avant les élections municipales, il faut aller discuter avec les élus, en associant les professionnels de santé locaux.

Il faut faire connaître les expériences qui existent et faire un **guide d'aide à la conception**, avec les idées basiques pour faire un projet. Par exemple la question du secteur 2 doit au moins être posée. C'est la même démarche que pour la création des réseaux. Beaucoup n'y connaissent rien, en particulier les élus. Une des questions est le **cadre juridique**, qu'il faut travailler avec des juristes. Ce guide nous servirait de cadre de réflexion, puis de carte de visite.

On peut créer un outil **sur le site Internet, une rubrique** avec des documents juridiques, comme sur l'agrément centre de santé, et des exemples sur ce qui se passe ailleurs, comme les conférences locales de santé. Et des documents à diffuser auprès des médecins inspecteurs de santé publique, et des administratifs, au même titre que les normes sanitaires, sur l'accès aux soins, le secteur 2 et le tiers payant avec des arguments.

Créer un **centre de ressources**, pour arriver avec des arguments, et des dossiers crédibles, même s'ils sont divers, pour les présenter là où cela peut avancer : la coordination des centres de santé, la MGEN, le centre Renaudot... La revue Prescrire peut servir de moyen de diffusion des expériences et de modes d'emploi.

Il faut faire sa propre expérience, c'est une étape nécessaire. D'abord chercher ceux avec qui on a envie de faire un projet. Il n'est pas question de faire un modèle, mais de proposer des outils. Et décider si la finalité est la satisfaction des professionnels ou celle de la population ou les deux...