

BREVET DE TECHNICIEN SUPÉRIEUR AGRICOLE

ÉPREUVE ET2

ÉTUDE DE CAS

Option : Services en Espace Rural

Durée : 4 heures

Matériel(s) et document(s) autorisé(s) : **Calculatrice**

Rappel : Au cours de l'épreuve, la calculatrice est autorisée pour réaliser des opérations de calcul, ou bien élaborer une programmation, à partir des données fournies par le sujet.

Tout autre usage est interdit.

Le sujet comporte 23 pages

SUJET

SITUATION :

Vous êtes employé(e) en tant qu'agent de développement local pour le pays Sisteronais-Buëch.

Vous êtes chargé(e) de l'accompagnement des projets de maintien des services de santé sur le territoire.

LE CONTEXTE :

Comme la plupart des territoires ruraux, la question des services et plus particulièrement celle de l'accès à la santé est une préoccupation majeure des élus locaux, garants du maintien de la population sur le territoire.

Dans ce contexte, un projet de maison de santé a vu le jour à l'initiative de la communauté de communes interdépartementale des Baronnies. Il a été décidé de la construire sur la commune de Rosans.

Cette maison de santé, propriété de la communauté de communes sera louée à des professionnels de santé. Il sera mis à leur disposition cinq espaces de consultation, un espace d'accueil et de secrétariat et une salle d'attente. L'entretien des locaux sera assuré par le propriétaire.

MISSION :

En qualité d'agent de développement du pays Sisteronais-Buëch, vous êtes missionné(e) pour accompagner la communauté de communes dans ce projet.

PREMIÈRE PARTIE (9 points)

Démarche exploratoire (9 points)

1. Démontrez la pertinence du projet de création de maison de santé pluridisciplinaire sur le territoire de la communauté de communes interdépartementale des Baronnies. (4 points)
2. Identifiez les partenaires institutionnels potentiels qui pourront prendre part à ce projet en expliquant le mode d'intervention de chacun. (2 points)
3. Précisez dans quel cadre législatif ce projet s'inscrit. (1 point)
4. Identifiez les professionnels de santé susceptibles d'intervenir. Justifiez votre réponse au regard des réalités territoriales. (2 points)

DEUXIÈME PARTIE : MÉTHODOLOGIE (8 points)

5. Élaborez votre plan d'action et présentez la méthodologie, de la formulation à l'évaluation, pour conduire votre mission. (4 points)
6. Proposez un argumentaire incitant des professionnels de santé à venir s'installer dans cette maison médicale. (2 points)
7. Le fonctionnement d'une telle structure nécessite la création d'une entité juridique. Justifiez de son utilité et proposez un statut qui pourrait être adapté. (2 points)

TROISIÈME PARTIE : PERSPECTIVES (3 points)

8. Au-delà de la maison de santé pluridisciplinaire, proposez une autre piste d'action favorisant l'accès aux soins en territoire rural. Justifiez votre choix.

Liste des documents

Document 1 : Qu'est-ce qu'une maison de santé ? (2 pages) <http://www.urps-med-ra.fr>

Document 2 : Portrait de territoire - Pays Sitéronais-Buëch (6 pages) INSEE - Provence Alpes Côte d'Azur

Document 3 : Situation communauté de Communes (1 page) www.pays-siteronais-buech.fr

Document 4 : Évolution et structure de la population (2 pages) INSEE
CC Interdépartementale des Baronnies

Document 5 : Diagnostic des services sur pays - Le Pays Sistéronais-Buëch (2 pages) ADRETS
Réseau des territoires alpins de services- juin 2008

Document 6 : Tableau comparatif des différents statuts juridiques (1 page)
<http://www.rhonealpes.paps.sante.fr>

Document 7 : Circulaire NOR n°EATV108866C (2 pages)

Document 8 : Offre de soins : comment réduire la fracture territoriale ? (4 pages) Commission des affaires
sociales- rapport d'information de Jean Marc Juilhard, sénateur du Puy de Dôme

NB : Les documents ont été modifiés pour les besoins de l'épreuve

Qu'est-ce qu'une maison de santé ?

La définition d'une maison de santé est donnée par l'article L. 6323-3 du code de Santé Publique.

« Art. L. 6323-3. - La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens ».

Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.

« Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé. »

Donc, des professionnels de santé, un exercice des soins de premier recours et un projet de santé.

Comme il n'y a pas de « labellisation », toute structure peut s'appeler maison de santé. Par contre, dès que des financements publics sont sollicités, la confirmation doit répondre à un cahier des charges dressé par la DGOS (Direction Générale d'Organisation Sanitaire) : au moins deux médecins généralistes et un au moins un professionnel paramédical (infirmier, kinésithérapeute, ...). Ces professionnels ont en commun un projet de santé pour la population qui les consulte. Le développement des maisons de santé, encore appelées maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), favorise, au-delà des fonctions de coordination, l'émergence de nouvelles pratiques professionnelles.

La majorité des professionnels de santé qui travaillent en maisons de santé cherchent à élargir leur offre de soins à leurs patients à celle de santé publique organisée sur un territoire (continuité des soins, éducation thérapeutique, ...).

Équipe de soins de premier recours sans les murs

Une équipe de soins de premier recours qui n'a pas fait le choix de construire une « maison », peut bénéficier des mêmes avantages réglementaires qu'une équipe en MSP si elle a formalisé un projet de santé.

État des lieux

En janvier 2012, il existe 235 maisons de santé maisons en fonctionnement et environ 450 maisons en projets. Elles sont le plus souvent situées en milieu rural (à 80%). Les maisons de santé regroupent à ce jour 2 650 professionnels, dont 750 médecins en France.

Ce mode d'exercice regroupé est de plus en plus prisé des professionnels, tout particulièrement des jeunes médecins. Les réalisations qui marchent sont souvent marquées par une prise en compte des attentes des professionnels et la présence d'un leader. Les échecs sont souvent consécutifs au désengagement des pouvoirs publics qui n'accordent pas l'aide escomptée par les professionnels.

Plusieurs modes de réalisation existent depuis la création sur des fonds propres des professionnels à des créations sur des fonds publics des collectivités territoriales et/ou de l'assurance maladie.

Les différents modes de coordination reposent entre autres sur l'exercice protocolé, les réunions de concertation mono ou pluridisciplinaires, la continuité des soins, l'éducation thérapeutique des patients, la maîtrise de stage, l'utilisation des alertes informatiques pour la relance des patients dans le dépistage et la prévention, l'établissement et le contenu d'une charte éthique.

Les maisons de santé nécessitent un investissement important d'un leader pour mener à bout le projet. Elles ont un coût d'investissement et de fonctionnement supérieur à celui d'un cabinet « classique » actuellement porté par les seuls professionnels.

DOCUMENT1 (2/2)

Outre le financement, des questions concernant ces maisons et pôles de santé restent à ce jour en suspens, comme la définition de la population cible de professionnels dont les zones d'intervention sont différentes, la délégation des tâches et les règles du partage des informations qui nécessitent des adaptations réglementaires.

Avantages

L'augmentation du nombre de ces regroupements doit participer à une meilleure répartition géographique des médecins en organisant l'offre des soins dans une approche territoriale cohérente, car ils fixent géographiquement une unité d'offre de soins.

Ils améliorent les conditions de vie privée et professionnelle de ses membres, évitant ainsi le « burn out » trop souvent d'actualité. Ils facilitent l'arrivée des jeunes médecins qui plébiscitent l'exercice en groupe.

Ce mode d'exercice, à condition qu'il soit coordonné et protocolé, correspond à une démarche d'amélioration des pratiques et facilite son évaluation.

Source : <http://www.urps-med-ra.fr>



INSEE

PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

17 rue Menpenti

13387 MARSEILLE CEDEX 10

Tél. : 04 91 17 57 57

Fax : 04 91 17 59 59

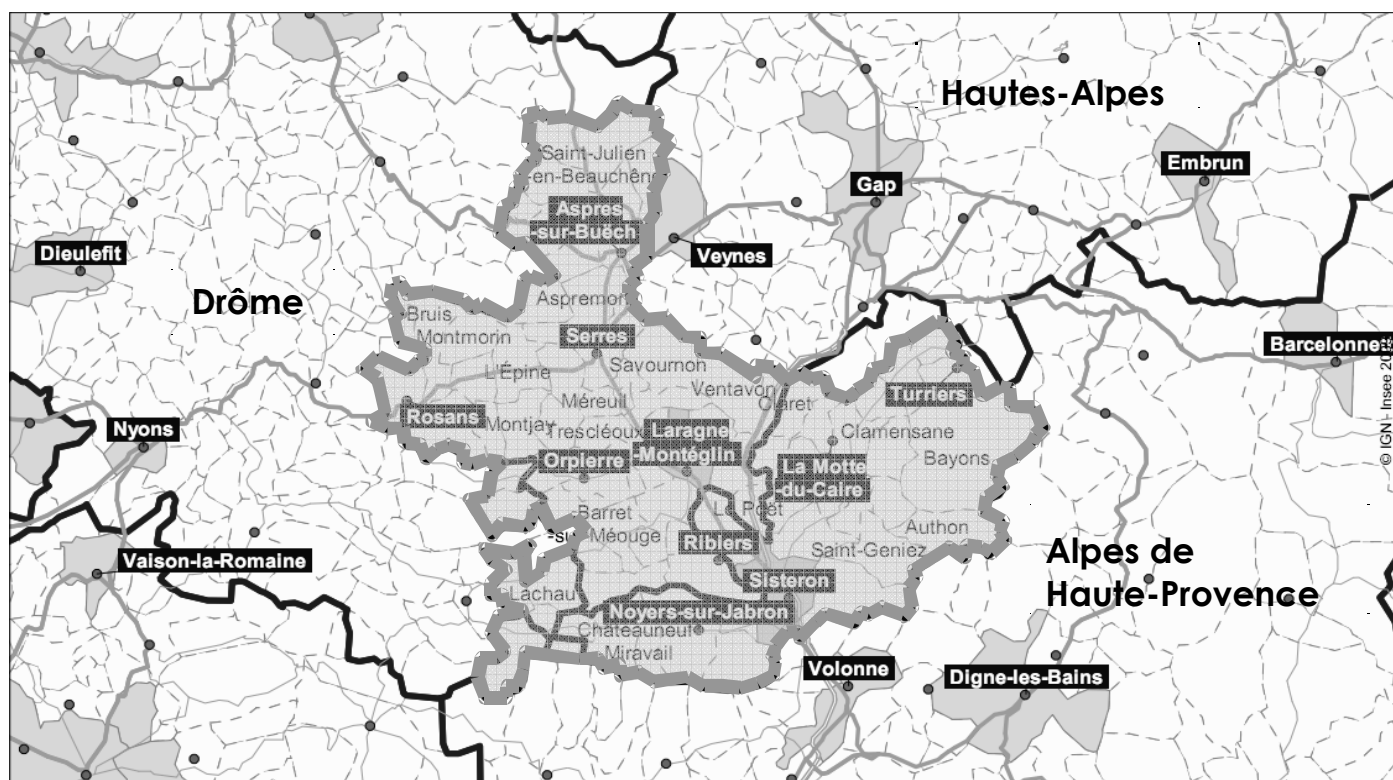
http://www.insee.fr

Pays Sisteronais-Buech

Territoire

Portrait de
Territoire

Cartographie de la zone

83 communes, 10 chefs-lieux de canton, 2 unités urbaines (entières), 27 412 habitants, 1 957,0 km²

- Limite du territoire
- Limite des départements
- Limites des communes
- Unités urbaines
- Chefs-lieux de cantons
- Routes à vocation départementale
- Routes à vocation régionale
- Routes à vocations nationale

Marseille-Aix-en-Provence

Gardanne

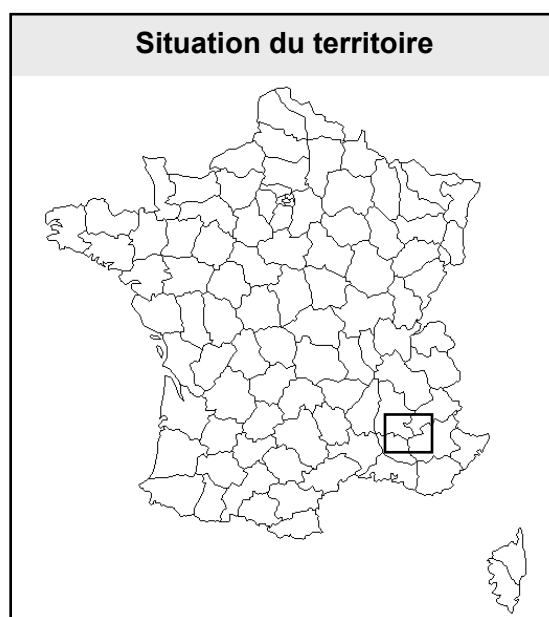
Vauvenargues

Unités urbaines

Chefs-lieux de cantons

Communes

Situation du territoire



Document modifié pour les besoins de l'épreuve

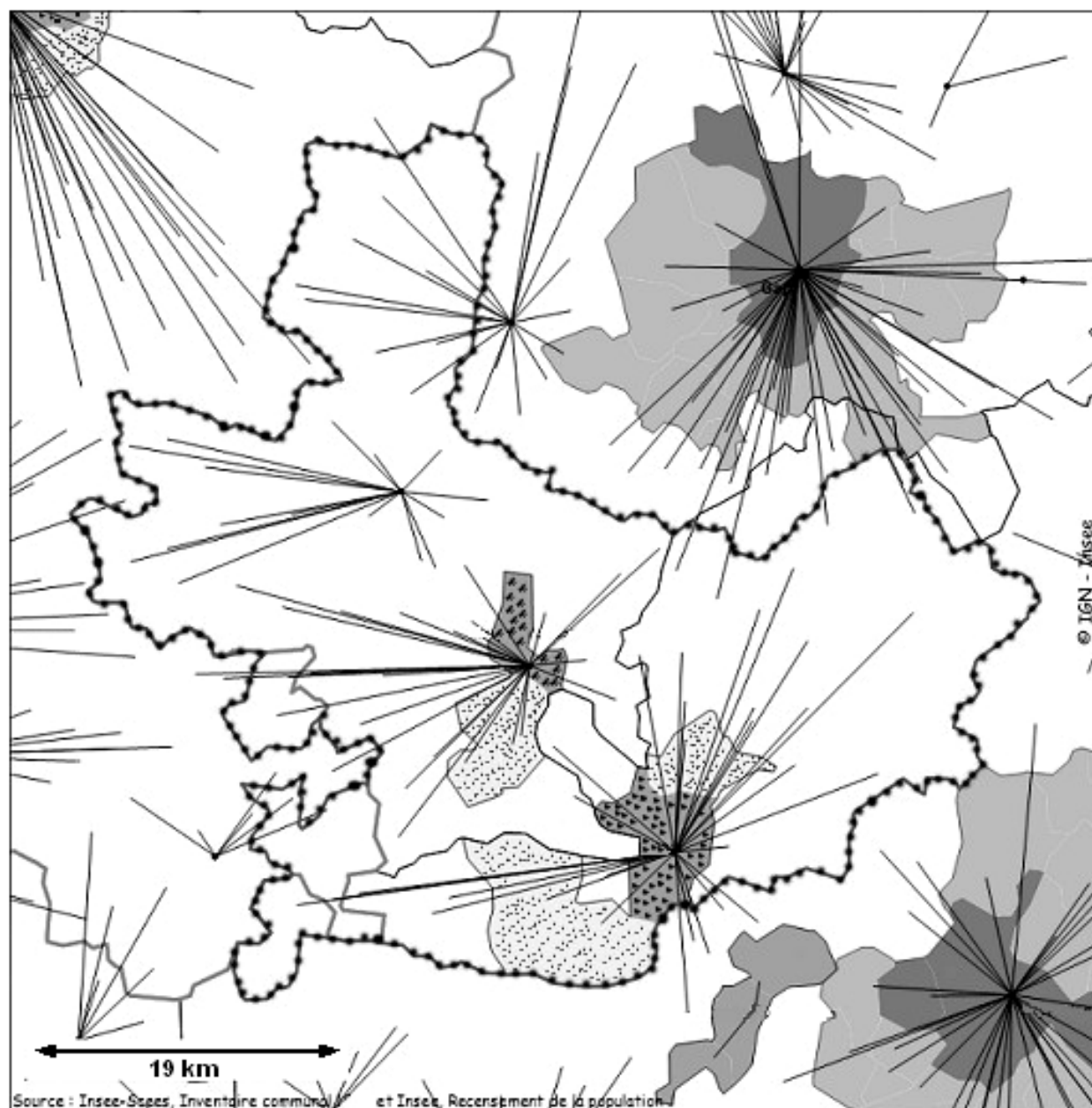


Portrait de Territoire

Pays Sisteronais-Buech

Territoire

Territoires vécus - Edition 2012



Contour de la zone



Pôles urbains



Pôles d'emploi de l'espace rural



Couronne des pôles d'emploi de l'espace rural



Autres communes de l'espace rural



Pôles de services intermédiaires ou communes bien équipées

Aire d'influence des pôles
des services intermédiaires

Les aires urbaines comportant un chef-lieu de région sont soulignées

NICE

Aire urbaine de 300 000 habitants ou plus

BAYONNE

Aire urbaine de 100 000 à moins de 300 000 habitants

ARCACHON

Aire urbaine de 50 000 à moins de 100 000 habitants

Langon

Aire urbaine de moins de 50 000 habitants

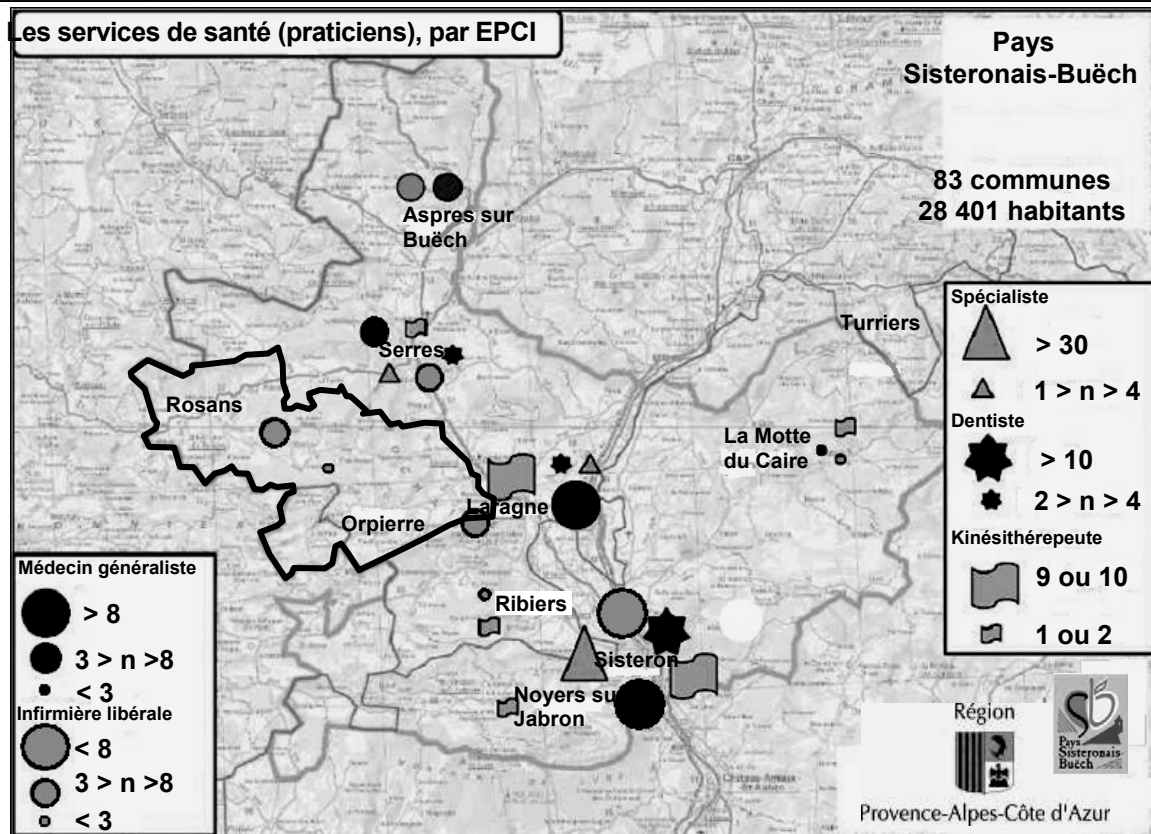
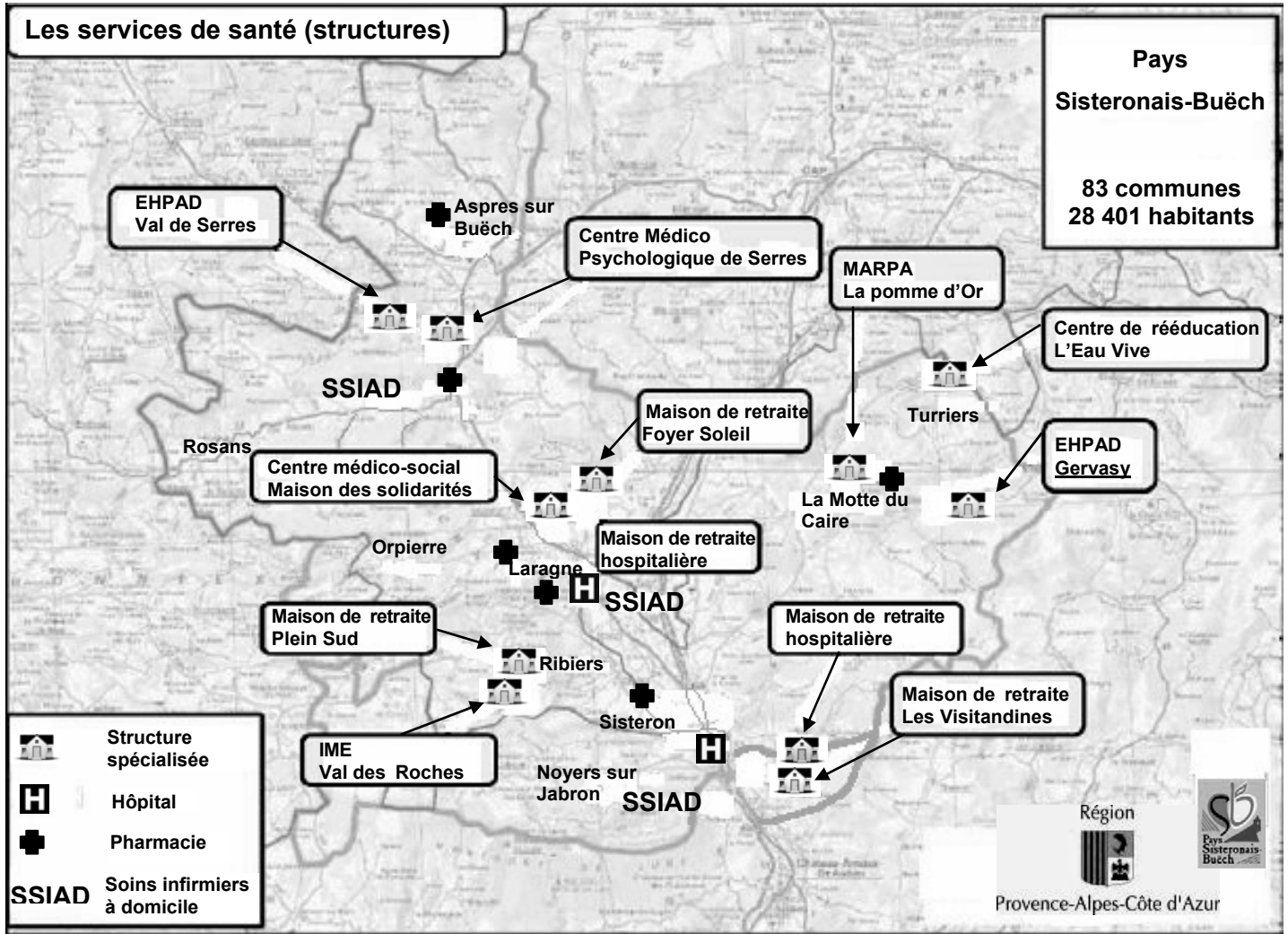
Tonnens

Aire d'emploi de l'espace rural

Zone de comparaison : Métropole

DOCUMENT 2 (3/6)

Situation de l'offre de services de santé par EPCI du Pays Sisteronais-Buëch



Communauté de communes interdépartementale des Baronnies

DOCUMENT 2 (4/6)

EMPLOI – POPULATION ACTIVE – FORMES ET CONDITIONS D'EMPLOI

**EMP T4 - Chômage (au sens du recensement)
des 15-64 ans**

	2006	1999
Nombre de chômeurs	1 307	1 306
Taux de chômage en %	11,2	12,5
Taux de chômage des hommes en %	8,7	10,4
Taux de chômage des femmes en %	14,1	15,1
Part des femmes parmi les chômeurs en %	58,4	54,3

Sources : Insee, RP1999 et RP2006 exploitations principales.

EMP T5 - Emploi et activité

	2006	1999
Nombre d'emplois dans la zone	10 319	9 450
Actifs ayant un emploi résidant dans la zone	10 440	9 182
Indicateur de concentration d'emploi	98,8	102,9
Taux d'activité parmi les 15 ans ou plus en %	51,3	50,3

L'indicateur de concentration d'emploi est égal au nombre d'emplois dans la zone pour 100 actifs ayant un emploi résidant dans la zone.

Sources : Insee, RP1999 et RP2006 exploitations principales
lieu de résidence et lieu de travail.

RP : Recensement de la population

ACT T4 - Lieu de travail des actifs de 15 ans ou plus ayant un emploi qui résident dans la zone

	2006	%	1999	%
Ensemble	10 436	100,0	9 182	100
Travaillent :				
dans la commune de résidence	5 222	50,0	5 172	56,3
dans une commune autre que la commune de résidence	5 217	50,0	4 010	43,7
située dans le département de résidence	3 515	33,7	2 764	30,1
située dans un autre département de la région de résidence	1 396	13,4	1 009	11,0
située dans une autre région de France métropolitaine	282	2,7	205	2,2
située dans une autre région hors de France métropolitaine (Dom, Com, étranger)	28	0,3	32	0,3

Sources : Insee, RP1999 et RP2006 exploitations principales.

LOGEMENT

LOG T1M - Evolution du nombre de logements par catégorie

	1968	1975	1982	1990	1999	2006
Ensemble	10 769	12 568	13 685	15 289	16 893	18 418
Résidences principales	7 501	8 216	8 688	9 663	10 879	12 258
Résidences secondaires et logements occasionnels	2 303	3 151	3 750	4 364	4 838	4 724
Logements vacants	965	1 201	1 247	1 262	1 176	1 435

Sources : Insee, RP 1968 à 1990 dénombrements - RP1999 et RP2006 exploitations principales.

LOG T6 - Ancienneté d'emménagement dans la résidence principale en 2006

	Nombre de ménages	Part des ménages en %	Population des ménages	Nombre moyen de pièces par logement personne	
Ensemble	12 258	100,0	26 701	4,1	1,9
Depuis moins de 2 ans	1 699	13,9	3 613	3,5	1,6
De 2 à 4 ans	2 329	19,0	5 488	3,8	1,6
De 5 à 9 ans	2 218	18,1	5 312	4,1	1,7
10 ans ou plus	6 024	49,1	12 293	4,5	2,2

Source : Insee, RP2006 exploitation principale.

DEN - T3 - Nombre d'entreprises par secteur d'activité au 1er janvier 2008

	Nombre	Evol. (%) 2000-2008
Ensemble	1 492	22,9
Industrie	135	8,0
Construction	245	20,7
Commerce	327	4,5
Services	785	37,0

Champ : activités marchandes hors agriculture.

Source : Insee, REE (Sirène).

Résumé statistique

Population	Territoire	Zone de comparaison
Population en 2006	1 954,0	61 399 776
Densité de la population (nombre d'habitants au km ²) en 2006	14,0	112,9
Superficie (en km ²)	1957,0	543352,3
Variation de la population : taux annuel moyen entre 1999 et 2006, en %	1,1	0,7
dont variation due au solde naturel : taux annuel moyen entre 1999 et 2006, en %	-0,2	0,4
dont variation due au solde apparent : taux annuel moyen entre 1999 et 2006, en %	1,3	0,3
Nombre de ménages en 2006	12 258	26 070 398

Sources : Insee, RP2006 et RP1999 exploitations principales.

Logement	Territoire	Zone de comparaison
Nombre total de logements en 2006	18 418	31 089 772
Part des résidences secondaires (y compris les logements occasionnels) en 2006, en %	25,6	9,9

Sources : Insee PR2006 exploitation principale.

Revenus	Territoire	Zone de comparaison
Revenu net imposable moyen par foyer fiscal en 2006, en euros	17 641	22 161
Foyers fiscaux imposés en % de l'ensemble des foyers fiscaux en 2006	45,5	54,4

Sources : DGI, Impôt sur le revenu des personnes physiques.

Emploi - chômage	Territoire	Zone de comparaison
Emploi total (salarié et non salarié) au lieu de travail en 2006 ⁽¹⁾	10 319	25 260 088
dont : part de l'emploi salarié au lieu de travail en 2006	78,3	88,2
Variation de l'emploi total au lieu de travail : taux annuel moyen entre 1999 et 2006, en % ⁽¹⁾	1,3	1,5
Nombre de demandeurs d'emploi (catégories 1, 2, 3 hors activité réduite) au 31/12/2008 ⁽²⁾	1 060	2 257 790

Sources : ⁽¹⁾ Insee, RP2006 et RP1999 exploitations principales.

⁽²⁾ Dares, Statistiques du marché du travail.

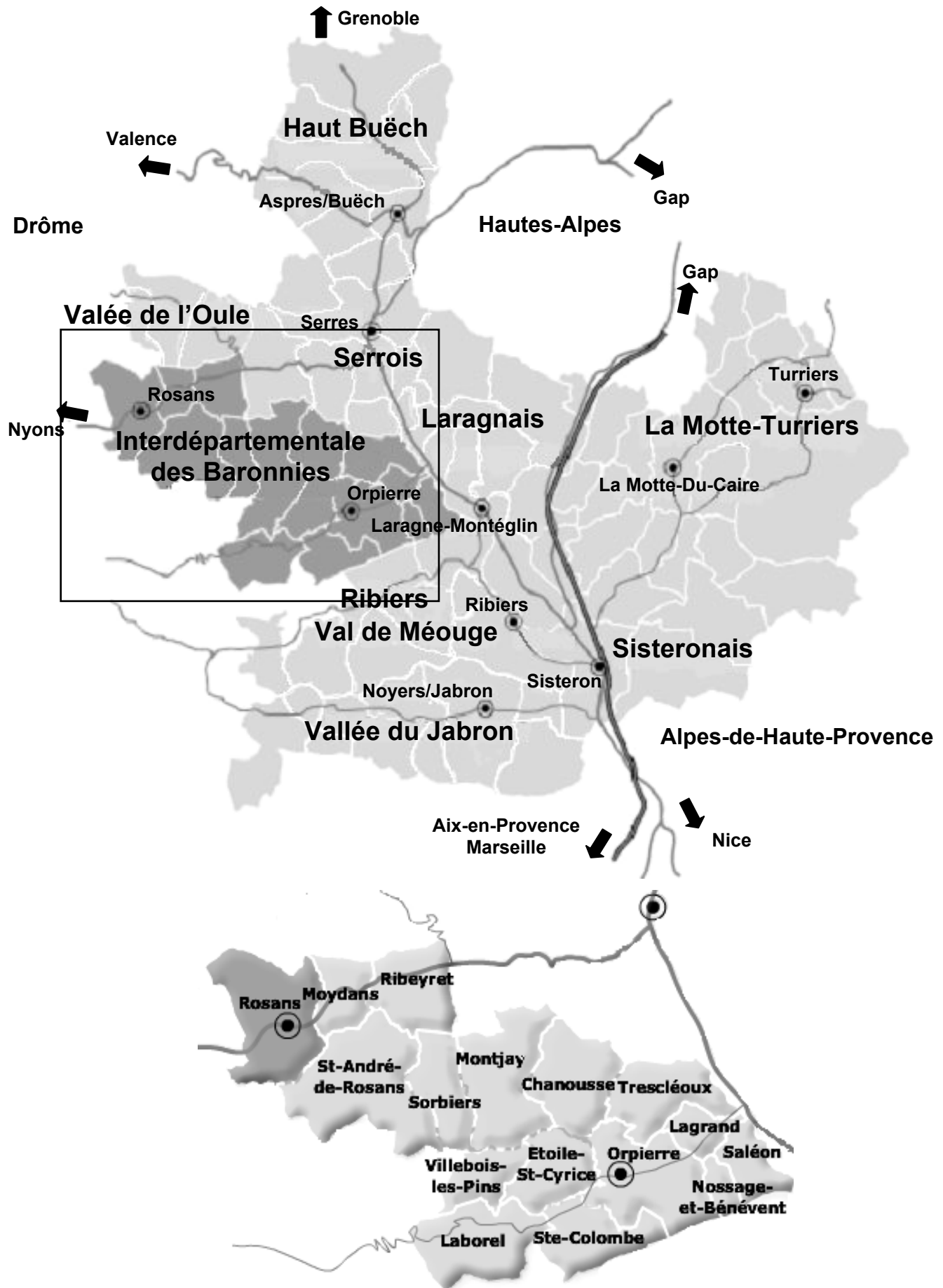
Établissements	Territoire	Zone de comparaison
Nombre d'établissements actifs au 31 décembre 2007	2 193	3 981 867
Part de l'industrie, en %	8,0	7,6
de la construction, en %	12,2	10,5
du commerce et des réparations, en %	18,7	20,7
des services, en %	61,2	61,3
Part des établissements de 1 à 9 salariés, en %	36,3	35,9
de 10 salariés ou plus, en %	7,3	9,2

Champ : ensemble des activités hors agriculture, défense et intérim.

Source : Insee, CLAP.

DOCUMENT 3

Situation de la Communauté de Communes Interdépartementale des Baronnies au sein du Pays Sisteronais-Buëch



DOCUMENT 4 (1/2)

ÉVOLUTION ET STRUCTURE DE LA POPULATION

POP T1M – Population

	1968	1975	1982	1990	1999
Population	2 002	1 907	1 930	2 058	2 57
Densité moyenne (hab./km ²)	6,9	6,6	6,6	7,1	7,1

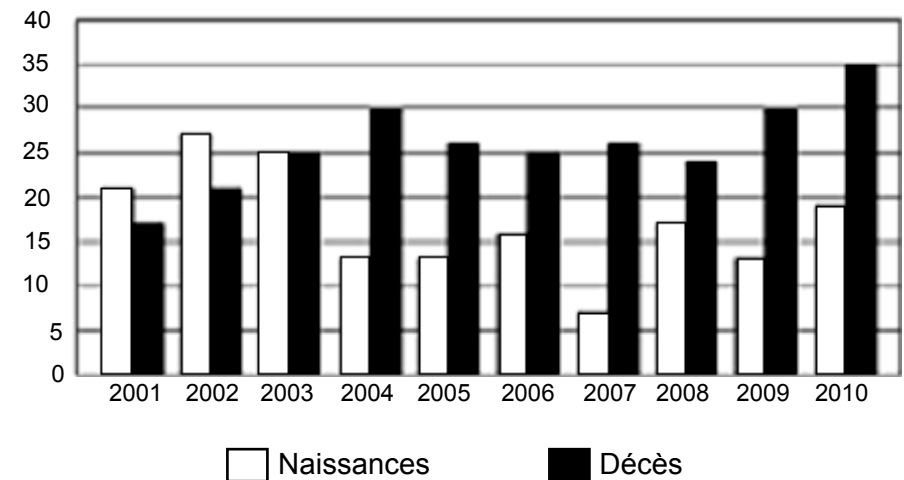
Sources : Insee, RP 1968 à 1990 dénombremments – RT1 999et RT 2009 exploitations principales

POP T2M – Indicateurs démographiques

	1968 à 1975	1975 à 1982	1982 à 1990	1990 à 1999	1999 à 2009
Variation annuelle moyenne de la population en %	– 0,7	+ 0,2	+ 0,9	– 0,1	+ 0,9
- due au solde naturel en %	– 0,4	– 0,5	– 0,3	– 0,4	– 0,4
- due au solde apparent des entrées sorties en %	– 0,3	+ 0,6	+ 1,2	+ 0,4	+ 1,3
Taux de natalité en	12,3	10,8	10,6	9,1	8,3
Taux de mortalité	16,3	15,5	14,1	13,3	12,0

Sources : Insee, RP 1968 à 1990 dénombremments
RP 1999 et RP 2009 exploitations principales – État civil

POP G1 Naissances et décès



Source : Insee, État civil

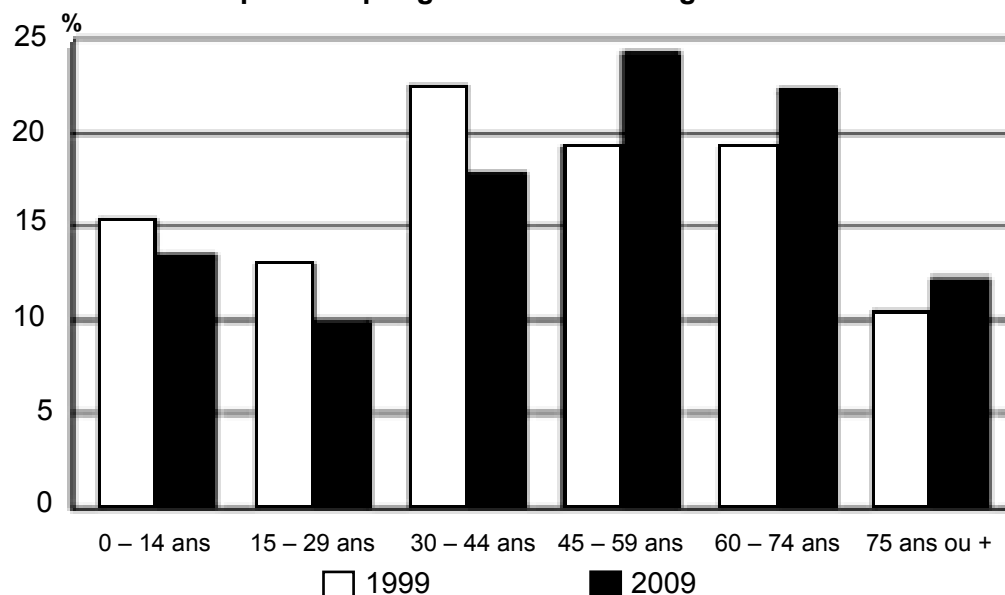
DOCUMENT 4 (2/2)

POP T3 – Population par sexe et âge en 2009

	Hommes	%	Femmes	%
Ensemble	1 112	100,0	1 136	100,0
0 à 14 ans	161	14,4	142	12,5
15 à 29 ans	109	9,8	116	10,2
30 à 44 ans	211	18,9	192	16,9
45 à 59 ans	269	24,2	275	24,2
60 à 74 ans	250	22,5	250	22,0
75 à 89 ans	110	9,9	148	13,0
90 ans ou plus	4	0,3	13	1,1
0 à 19 ans	196	17,6	192	16,9
20 à 64 ans	654	58,8	627	55,2
65 ans ou plus	263	23,6	317	27,9

Source : Insee, RP2009 exploitation principale

POP G2 – Population par grande tranche d'âge



Sources : Insee, RP1999 et RP2009 exploitations principales

POP T5 – Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle

	2009	%	1999	%
Ensemble	1 895	100,0	1 724	100,0
Agriculteurs exploitants	110	5,8	144	8,4
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	74	3,9	68	3,9
Cadres et professions intellectuelles supérieures	63	3,3	40	2,3
Professions intermédiaires	183	9,7	196	11,4
Employés	259	13,7	212	12,3
Ouvriers	220	11,6	200	11,6
Retraités	718	37,9	576	33,4
Autres personnes sans activité professionnelle	266	14,0	288	16,7

Sources : Insee, RP1999 et RP2009 exploitations complémentaires

Diagnostic des services sur pays

Le Pays Sisteronais-Buëch

Le projet de territoire

Ardent défenseur et promoteur de son territoire, le Pays se fixe 10 objectifs clés, inscrits dans chacune de ses actions :

- poursuivre le désenclavement du Pays ;
- créer des emplois en capitalisant sur les richesses existantes et naturelles du pays ;
- faire vivre les villages ;
- préserver et valoriser l'environnement ;
- réhabiliter les maisons et augmenter les logements ;
- assurer l'accès pour tous aux services publics, services à la population ;
- maintenir l'agriculture, le commerce et l'artisanat ;
- animer le Pays et assurer une offre culturelle et sportive ;
- organiser un développement équilibré du territoire et durable du pays ;
- développer le tourisme.

Diagnostic du « pays » : les services

L'ensemble des services à la population est présent sur le territoire mais souffre d'une répartition inégale et d'un maillage incomplet. Les communes les moins équipées et les plus éloignées d'un pôle de services sont situées en périphérie du périmètre du Pays. Globalement, l'espace est polarisé autour de 6 bassins de vie : 3 pôles majeurs (Laragne-Montéglin, Sisteron, Serres) et 3 centres secondaires (la Motte du Caire, Rosans et Aspres sur Buëch). Le maintien et l'accessibilité des services dans ces pôles est essentiel pour les territoires environnants.

Sisteron et Laragne-Montéglin concentrent à eux deux les 2/3 des équipements du Pays Sisteronais-Buëch. En plus des problèmes d'accès à ces services essentiels (alimentation, santé, administrations, culture, éducation...), il existe pour certains d'entre eux des problèmes de capacité d'accueil. En

effet, ceux-ci répondent à une demande supérieure à leur seule aire de proximité, ils doivent pouvoir répondre à une demande plus large. À contrario, cela pose la question de la réponse à des besoins plus ou moins importants mal répartis sur le territoire.

Les déséquilibres générés par cette localisation extrêmement polarisée des services, contraignent près de la moitié de la population du Pays à trouver des solutions alternatives à ces services, ou à se déplacer pour tout ou partie d'entre eux.

En matière d'enseignement, plus de 40% des communes ne disposent plus d'établissements d'enseignements primaires et maternels. Il s'agit d'un handicap important pour le maintien des familles et pour l'attractivité de ces zones rurales.

On retrouve une forte polarisation pour les services de santé, avec : un centre hospitalier situé à Sisteron ; un hôpital local situé à Laragne-Montéglin ; un centre de rééducation fonctionnelle à Turriers et les deux tiers des médecins établis à Sisteron ou à Laragne. La désertification médicale et l'accès aux soins dans ces zones rurales vont devenir une difficulté majeure dans les prochaines années.

En matière d'enseignement, plus de 40% des communes ne disposent plus d'établissements d'enseignements primaires et maternels. Il s'agit d'un handicap important pour le maintien des familles et pour l'attractivité de ces zones rurales.

On retrouve une forte polarisation pour les services de santé, avec : un centre hospitalier situé à Sisteron ; un hôpital local situé à Laragne-Montéglin ; un centre de rééducation fonctionnelle à Turriers et les deux tiers des médecins établis à Sisteron ou à Laragne. La désertification médicale et l'accès aux soins dans ces zones rurales vont devenir une difficulté majeure dans les prochaines années.

DOCUMENT 5 (2/2)

	Les points forts	Les points faibles
La situation géographique	- Cadre de vie, climat favorable- Territoire de transition mer/montagne, traversé par des axes forts: D1075 et A51 - Milieu paysager, naturel et culturel de grande qualité	- Les contraintes géographiques entraînent des inégalités de développement : vallées/espaces montagnards; villes centres/périphéries - Lieu de passage
La population	- Un solde migratoire positif (attractivité du territoire)	- Vieillissement de la population - Inégalement répartie: concentration le long des axes de transports dans les vallées du Buëch et Durance. Très faible densité en périphérie
Les services	- Bonne répartition des services de première nécessité	- Concentration des services dans les pôles primaires (Sisteron, Laragne, Serres) - Dépendance vis-à-vis des territoires voisins

La santé

Globalement, les usagers sont satisfaits des services de santé, malgré quelques inquiétudes sur « l'insuffisance des services de santé de proximité » et « la dégradation des services hospitaliers ».

Des changements à prendre à compte :

- le vieillissement de la population ;
- les mutations dans la manière d'exercer des professionnels ;
- la démographie des professions médicales.

Source : ADRETS Réseau des territoires alpins de services dernière MAJ ARDL PACA - juin 2008

DOCUMENT 6

TABLEAU COMPARATIF DES DIFFERENTS STATUTS JURIDIQUES

SCM (Code civil : art. 1832 et suiv.) (Loi n° 66-879 du 29 novembre 1966 sur les SCP : art. 36)	
Avantages	Inconvénients
- structure interprofessionnelle - groupement non imposé en lui-même : pas d'IS - associés soumis à l'IR pour leur part dans la société - indépendance professionnelle préservée	- société de mise en commun de moyen qui n'encaisse pas de recettes et ne partage pas les bénéfices (les subventions ne peuvent être attribuées aux membres que par le biais d'un contrat de mandat), - signature d'un nouveau contrat de mandat à chaque entrée et sortie d'un membre (manque de souplesse), - membres indéfiniment responsables mais conjointement (= non solidairement) - entrées et sorties soumises à agrément des associés - ne peut pas facturer directement des actes à l'assurance maladie - problème de compérage* : intérêts convergents entre plusieurs professionnels de santé
La SCM à un objet restreint : elle ne permet que la mise en commun des moyens et n'exerce pas la profession de ses membres. Elle ne peut pas facturer d'actes à l'assurance-maladie. Ce statut ne permet pas la perception de nouveaux modes de rémunération.	
GIE (Art. L. 251 et sv du code du commerce)	
Avantages	Inconvénients
- structure interprofessionnelle - peut recevoir des subventions - groupement non imposé en lui-même (pas d'IS) - associés soumis à l'IR pour leur part dans la société - entrées et sorties souples suivant statuts	- groupement de mise en commun de moyen qui ne peut redistribuer les subventions que par le biais d'un contrat de mandat - pas de but lucratif - ne peut pas facturer des actes directement à l'assurance maladie - membres indéfiniment et solidairement - problème de compérage*
Le GIE ne pouvant pas facturer d'actes à l'assurance maladie, ce statut ne permet la perception de nouveaux modes de rémunération.	
SCP (Loi n° 66-879 du 29 novembre 1966 sur les SCP Code civil : art. 1832 et suiv., art. 1845 et suiv.)	
Avantages	Inconvénients
- exerce la profession de ses membres et peut facturer des actes à l'AM - pas d'unicité de lieu - indépendance des membres maintenue - partage des bénéfices entre les membres - société non imposée en elle-même - possibilité de retrait souple.	- pas de caractère interprofessionnel (absence des décrets d'application) - responsabilité des membres indéfinie et solidaire (sauf mention différente statuts) - agrément des nouveaux membres, - problème de compérage*
La SCP exerce la profession de ses membres : elle peut donc facturer des actes à l'assurance maladie et permettre leur redistribution selon une clé de répartition à définir par les associés. En revanche, elle ne permet pas l'inter professionnalité : les MSP ne peuvent se constituer en SCP.	
ASSOCIATION (Loi du 1 ^{er} juillet 1901)	
Avantages	Inconvénients
- Définition très large et souple mais but de l'association doit être autre que le partage de bénéfices - Les associés mettent en commun leurs connaissances ou leur activité. - Ils peuvent faire des apports de biens en nature ou en espèces qui sont temporaires puisqu'ils peuvent être repris à la dissolution. - L'association vit essentiellement des cotisations versées périodiquement par ses adhérents ainsi que des subventions qui peuvent lui être allouées par des collectivités publiques.	- l'association repose sur un accord conventionnel : loi des parties. - Les associations peuvent recevoir des subventions (à condition d'être déclarées) mais ne peuvent pas les reverser à leurs membres car dès lors qu'elles mettent en commun leur activité professionnelle en vue de partager des bénéfices ou de profiter de l'économie qui pourrait en résulter, elles risquent de perdre leur caractère lucratif et par conséquent d'être requalifiées en sociétés commerciales et d'être assujetties aux impôts commerciaux (IS, Tva et taxe professionnelle).
L'association peut recevoir des subventions (à condition d'être déclarées), elle ne peut pas les reverser à ses membres car risquerait alors de perdre son caractère lucratif et les avantages fiscaux qui y sont liés (instruction 4H-5-06 du 18/12/06.)	

* Le « compérage » entre médecins et pharmaciens est l'accord secret entre deux ou plusieurs personnes en vue d'avantages obtenus au détriment du malade ou des tiers

Source : <http://www.rhonealpes.paps.sante.fr>

1. Le contexte – les enjeux

Les Maisons de Santé, définies par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, contribuent à assurer l'accès aux soins de la population. Elles constituent une forme d'exercice renouvelée, autour de la coordination des professionnels, dans le cadre d'un projet de santé, conforme au schéma régional d'organisation des soins.

Les Maisons de Santé s'inscrivent dans la stratégie régionale de santé portée par le directeur général de l'ARS¹ dans le cadre du projet régional de santé ; à ce titre, le directeur général de l'ARS est en charge d'assurer l'accompagnement des promoteurs des maisons de santé pluridisciplinaires, avant même la formulation d'une demande de financement éventuelle.

Le développement des Maisons de Santé pluri-professionnelles est en effet l'un des éléments de réponse à la désaffection des jeunes médecins pour la médecine générale et aux problèmes de démographie médicale. Les Maisons de Santé permettent de favoriser les coopérations, d'optimiser le temps médical, de répondre aux craintes d'isolement des jeunes médecins. De plus, l'exercice coordonné des professionnels de santé, notamment dans le cadre du premier recours, permet d'apporter une meilleure réponse en termes de parcours, de continuité, de qualité de prise en charge des patients.

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires comporte des dispositions qui visent à permettre un développement cohérent de ces structures.

L'implantation des Maisons de Santé pluri-professionnelles doit être précisée dans le volet du SROS² relatif aux soins de premier recours. Celui-ci devra s'appuyer sur les diagnostics stratégiques effectués par les ARS, en lien avec les professionnels de santé, les collectivités territoriales, leurs EPCI³ et les préfets, en tenant compte des besoins identifiés et de l'État de l'offre en termes de démographie médicale dans les bassins de vie ou les groupements de bassins de vie (si l'échelle est plus pertinente).

[...]

2. Les financements

Les financements relatifs aux études préalables et à l'ingénierie ainsi que ceux afférents au fonctionnement de ces structures (secrétariat, informatique...) pourront être assurés par les agences régionales de santé (fond d'intervention pour la qualité et la coordination des soins dans le cadre de financements plafonnés à 50 000 € par projet) et éventuellement par les collectivités territoriales ou leurs groupements.

[...]

Pour ce qui concerne l'investissement, les collectivités territoriales et EPCI à Fiscalité Propre, maîtres d'ouvrage peuvent faire appel à des financements de l'État. Le taux maximal de l'intervention de l'État est fixé à 25 %. Dans les territoires identifiés dans le volet ambulatoire du SROS ainsi que dans les zones de revitalisation rurale, ce taux peut atteindre 35 %.

Il est essentiel que les financements au titre de la Dotation Globale d'Équipement et de la Dotation de Développement Rural, dotations dont la gestion est déconcentrée et qui relève de la responsabilité des préfets de départements, soient orientées en priorité en faveur sur ces opérations.

¹ Agences régionales de santé.

² Schéma régional d'organisation sanitaire.

³ Établissement public de coopération intercommunale.

Par ailleurs au plan national, une enveloppe de crédits du Fond National d'Aménagement et du Développement du Territoire pourra être mobilisée en faveur de certaines opérations prioritaires (territoires enclavés, collectivités subissant des difficultés financières spécifiques, projets innovants, etc...). Les financements au titre du FNADT seront accordés aux Maisons de Santé pluri-professionnelles selon la procédure habituelle des subventions de la section générale par décision du Premier ministre lors des programmations.

La contribution de fonds européens pourra être sollicitée.

[...]

3. La concertation préalable pour le choix des maisons de santé à financer

L'intervention conjointe des préfets et des directeurs généraux des agences régionales de santé rend nécessaire une étroite concertation pour garantir la cohérence de ce plan et des différentes interventions.

[...]

Aussi, le programme national sera mis en œuvre au niveau régional au travers d'un comité de sélection associant l'ARS et les préfets, en concertation avec le conseil régional, les conseils généraux et les représentants des professionnels. Ce comité a pour mission de sélectionner les projets qui bénéficieront d'un financement de l'État pour l'investissement.

- Dans les régions où existent des comités de sélection régionaux réunissant les financeurs (ARS, État, conseil régional, conseils généraux) et éventuellement, en fonction du contexte local, des représentants des professionnels, il est important de ne pas remettre en cause ces dynamiques régionales qui ont démontré leur efficacité. Par contre, il convient de la compléter afin que soient présents le conseil régional, les conseils généraux, les préfets de département, les représentants de professionnels de santé (URPS¹) et un représentant des maires et les présidents d'EPCI à FP par département.

- Lorsque ce n'est pas le cas, le préfet de région et le directeur général de l'agence régionale de santé devront créer et présider un comité de sélection associant le conseil régional, les conseils généraux, les préfets de département, les représentants des professionnels de santé (URPS) et un représentant des maires et des présidents d'EPCI à FP par département.

Dans tous les cas, les comités départementaux peuvent être mis en œuvre, articulés avec le comité régional, composés du conseil régional, du préfet de département, des représentants des professionnels de santé (URPS) et d'un représentant des maires et des présidents d'EPCI à FP dans le département.

Le secrétariat des comités de sélection est assuré par l'ARF².

Le préfet de région et le directeur général de l'agence régionale de santé devront aussi favoriser la formalisation des engagements réciproques des différents partenaires.

¹ Union régionale des professionnels de santé.

² Association des régions de France.



OFFRE DE SOINS : COMMENT RÉDUIRE LA FRACTURE TERRITORIALE ?

Commission des affaires sociales

Rapport d'information de Jean-Marc Juilhard, sénateur du Puy-de-Dôme
Rapport n°14, 2007-2008

Vers une pénurie de médecins ?

La baisse prévisible du nombre de médecins en activité

L'hypothèse d'une pénurie prochaine de médecins paraît d'autant plus paradoxale que la France n'a jamais compté autant de praticiens en activité qu'aujourd'hui.

Elle est pourtant vraisemblable pour trois raisons : la réduction, entre 1983 et 1993, du nombre d'étudiants en médecine (numerus clausus), le nombre croissant de médecins partant à la retraite et la demande accrue de soins exprimée par une population vieillissante.

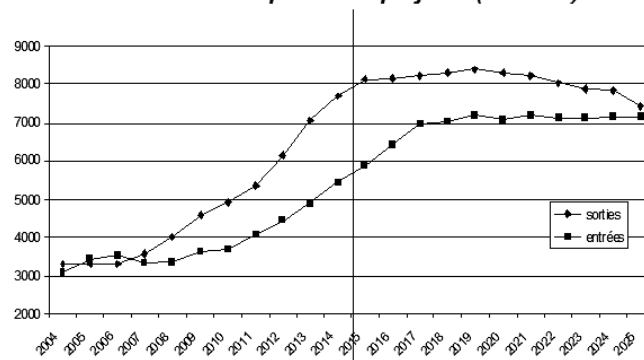
Selon les projections établies par le ministère de la santé, les années à venir verront se succéder trois phases :

- jusqu'en 2007, le nombre de médecins en activité demeure stable ;
- de 2008 à 2015, les cessations d'activité seront supérieures aux installations et l'écart s'accroît progressivement. Pendant cette période, les modifications de numerus clausus décidées depuis 2004 n'auront aucune influence sur le nombre de médecins en activité ;
- à compter de 2016, le nombre d'installations recommencera à croître, mais il faudra attendre 2025 pour que le nombre d'entrées soit égal à celui des sorties.

Ce schéma conclut à la baisse du nombre de médecins en activité de 9,4 % entre 2006 et 2025, passant de 207 277 à 186 000.

La densité médicale retrouverait ainsi, en 2025, un niveau proche de celui enregistré au milieu des années quatre-vingt.

Entrées et sorties par année projetée (au 31/12)



L'aggravation probable des inégalités territoriales d'accès aux soins

Des écarts de densité médicale importants existent déjà : en région Centre, par exemple, les effectifs de médecins généralistes sont inférieurs de 20 % à la moyenne nationale.

Au total, selon les travaux réalisés par les missions régionales de santé, 2,3 millions de personnes vivent dans 643 zones identifiées comme « en difficulté » ou « fragiles » en termes de présence médicale.

Or, la baisse du nombre de médecins en activité va se traduire par un creusement de ces disparités notamment en zone rurale, en zone de montagne ou dans les quartiers sensibles des périphéries urbaines.

Ce problème ne se résoudra pas spontanément : un sondage commandé par l'ordre national des médecins fait apparaître que 63 % des étudiants et 60 % des jeunes médecins n'envisagent pas de s'installer en zone rurale, en raison des exigences fortes de présence et de disponibilité.

Quelles mesures pour corriger les inégalités territoriales ?

Depuis 2005, les pouvoirs publics ont privilégié le recours à des mécanismes d'incitation financière pour favoriser l'installation ou le maintien des médecins dans les zones sous-médicalisées déterminées par les missions régionales de santé.

Des aides à l'installation multiples mais à l'efficacité réduite

- Sous certaines conditions (lieu d'installation, durée limitée), les médecins bénéficient d'exonérations partielles au titre de l'impôt sur le revenu et de la taxe professionnelle.
- Des aides encouragent la création des cabinets en zone sous-médicalisée : prime à l'installation, mise à disposition d'un logement, prise en charge de tout ou partie des frais d'investissement ou de fonctionnement nécessaires à l'activité de soins.
- Une majoration des honoraires de 20 % est versée par l'assurance maladie aux médecins exerçant en groupe dans les zones sous-médicalisées et s'engageant à poursuivre cet exercice pendant trois ans.
- Des dérogations au parcours de soins sont prévues afin que les assurés consultant les médecins nouvellement installés dans les zones sous-médicalisées ne soient pas pénalisés pour non-respect des règles de consultation du médecin traitant.

Or, ces dispositifs sont insuffisamment efficaces, en partie faute d'une véritable politique d'information en direction des principaux intéressés.

La détermination des zones sous médicalisées est imparfaite

Le résultat des travaux de zonage menés par les missions régionales de santé se révèle hétérogène car chaque mission a utilisé sa propre méthodologie. Cette situation n'est pas satisfaisante car, de la détermination des zones, dépend l'accès aux aides financières auxquelles les médecins peuvent prétendre.

C'est pourquoi un nouveau recensement des zones Sous-médicalisées devait être achevé au 1^{er} janvier 2007.

Mais cette opération a été retardée afin de résoudre les problèmes méthodologiques. Des mesures législatives devraient prochainement être prises dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

Il convient aussi de conforter la légitimité des missions régionales de santé, dans ce domaine, soit par le renforcement de ces structures, par exemple leur transformation en agences régionales de santé, soit en associant les collectivités territoriales concernées à la détermination des zones.

Rencontre avec le directeur de l'Urcam Auvergne



Aucun moyen ne doit être négligé pour optimiser l'accès aux soins

Dans ce souci de diminuer les inégalités territoriales, les pouvoirs publics doivent à la fois optimiser les dispositifs existants et promouvoir des modes d'organisation innovants.

Plusieurs pistes méritent d'être explorées comme la mobilisation des centres de santé et des hôpitaux locaux dont la contribution à l'amélioration de l'accès aux soins n'est pas encore clairement déterminée.

Les collectivités territoriales font preuve d'innovation

La loi relative au développement des territoires ruraux de 2005 autorise les collectivités territoriales à aider financièrement les médecins au moment de leur installation.

C'est ainsi que plusieurs régions ou départements proposent des bourses aux étudiants en médecine, soit pour favoriser les stages dans les zones sous médicalisées (région Bourgogne), soit en contrepartie d'une installation future dans une zone sous-médicalisée une fois le médecin diplômé (départements de l'Allier ou de la Manche). Dans ce dernier cas, le montant de la bourse peut s'élever jusqu'à 24 000 euros par an.

Des expériences innovantes sont également menées au niveau local. Par exemple, le conseil général de la Marne expérimente le transport des patients à mobilité réduite vers les cabinets médicaux, notamment depuis les territoires déficitaires.

Les collectivités territoriales devraient continuer à s'impliquer dans l'organisation de l'offre de soins dans les années à venir car la présence d'une structure médicale est un élément majeur d'aménagement de leur territoire, tout en permettant la satisfaction d'un besoin essentiel de la population.

Peut-on s'en tenir à une politique de moindre contrainte ?

Ces mesures incitatives n'ont jusqu'à présent pas eu beaucoup d'effet. De nombreuses institutions (académie de médecine, conférence nationale de santé, Cour des comptes, Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie) estiment que cette « *politique de moindre contrainte* » est insuffisante devant l'ampleur des défis à relever. Elles appellent donc à des mesures plus directives.

Les professionnels de santé eux-mêmes semblent prêts à expérimenter de nouveaux dispositifs. La convention conclue entre les infirmières et infirmiers libéraux et l'assurance maladie qui prévoit, à titre expérimental, le recours au conventionnement sélectif afin d'assurer une meilleure répartition de la profession sur l'ensemble du territoire, illustre cette tendance.

Les partenaires conventionnels doivent déterminer ces mesures (conventionnement sélectif, modulations de la prise en charge des cotisations sociales) dans le respect de la gouvernance du système d'assurance maladie mise en place depuis 2004.

Propositions

Optimiser les mesures déjà prises

- évaluer l'efficacité des dispositifs tendant à réduire les inégalités territoriales en matière d'accès aux soins ;
- recenser les besoins en professionnels de santé dans le secteur médico-social ;
- simplifier les démarches administratives pour l'obtention des aides à l'installation ;
- développer la télémédecine ;
- promouvoir les actions innovantes en matière de transports afin de favoriser l'accès du patient aux médecins ;
- favoriser l'installation de centres de santé dans les zones sous-médicalisées par l'attribution d'aides.

Sensibiliser les étudiants et les jeunes médecins

- mieux informer les étudiants en médecine sur les mécanismes d'aide à l'installation ;
- organiser dans chaque région une journée d'information sur les carrières médicales destinée à présenter les besoins régionaux en matière d'offre de soins ;
- encourager les stages de médecine générale en zones sous-médicalisées ;
- revaloriser la rémunération des maîtres de stage en zone sous-médicalisées.

Envisager des mesures plus directives

- transformer l'examen classant national en examen régional et rééquilibrer la répartition des postes dans chaque université en fonction de l'existence ou non de zones sous-médicalisées ;
- permettre aux partenaires conventionnels de réguler les installations dans les zones médicalement sur-dotées.

Compléter l'offre de soins ; les maisons de santé

Les maisons de santé, une réponse à la crise de la démographie médicale ?

Le développement de l'exercice regroupé est l'une des réponses proposées par le gouvernement pour optimiser l'accès aux soins dans les zones sous-médicalisées.

Dans ce cadre, une initiative née du terrain rencontre aujourd'hui un succès grandissant et mérite qu'on s'y arrête : les maisons de santé pluridisciplinaires ou maisons de santé.

Elles regroupent médecins et auxiliaires médicaux mais également, dans un certain nombre de cas et en collaboration avec les collectivités territoriales, des services sociaux comme l'aide à domicile ou le portage des repas.

*Visite de la maison de santé
de Saint-Amand-en Puisaye (Nièvre)*



Une maison de santé se caractérise par la volonté des professionnels de santé de rompre avec un exercice isolé et par la nécessité de créer des synergies dans les zones les plus fragiles.

La réussite d'un tel projet est subordonnée à l'existence d'une vision commune de la pratique médicale qui comporte deux aspects : une prise en charge pluridisciplinaire du patient et une approche globale de la santé de la population.

Ces structures favorisent une meilleure organisation du travail et constituent une solution appropriée au manque d'attractivité de certains territoires. Elles répondent ainsi aux aspirations professionnelles des jeunes médecins généralistes.

Des projets plébiscités par les acteurs locaux

Cette formule d'exercice de la médecine a retenu l'attention des caisses d'assurance maladie. Ainsi, des aides peuvent être accordées par l'intermédiaire du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins de ville (Ficqs).

La mutualité sociale agricole a également développé un programme spécifique afin de promouvoir ces structures en milieu rural.

Les collectivités territoriales accompagnent ces projets en participant aux investissements financiers ou en fournissant des locaux. C'est ainsi qu'en Lorraine, le conseil régional, l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) et l'Urcam ont signé une convention visant à promouvoir le développement des maisons de santé et l'harmonisation des conditions d'attributions des aides.

Propositions

- créer un label « maison de santé » ;
- recenser les dispositifs d'aide à l'installation et au fonctionnement versés aux maisons de santé ;
- expérimenter un contrat propre aux maisons de santé leur permettant de mener des actions de prévention et d'éducation thérapeutique.



*Jean-Marc JUILHARD
sénateur du Puy-de-Dôme*

Rapport disponible à l'adresse suivante : <http://www.senat.fr/noticerap/2007/r07-014-notice.html>
Sénat – 15, rue de Vaugirard - 75291 Paris Cedex 06 - www.senat.fr