

Monter et faire vivre une **maison de santé**

Extraits

Pierre DE HAAS

2015

Sommaire

Introduction	13
Expériences de maisons de santé	21
La maison de santé du Haut-Vidourle	25
La maison de santé du Guiers	43
La maison de santé de Neufchâtel-en-Bray	59
La maison de santé créonnaise	75
Piloter un projet de maison de santé	87
De l'idée à l'inauguration	
Les acteurs en jeu	91
Les six briques pour construire une maison de santé.	106
Les solutions clés en main.	125
Les conditions de la réussite.	126
Le fonctionnement au quotidien	
Le management de la maison de santé	131
La coordination entre les soignants	141
Le système d'information.	146
La formation des jeunes.	153
La gestion économique.	155
Les aspects assurantiels	160
Les structures juridiques au quotidien	161
Les outils de la démarche qualité	162
Les perspectives	
Les coopérations professionnelles	165
La télémédecine	166
La participation des usagers	169
Les regroupements d'acteurs de santé sur un territoire	170
La recherche et le développement	170
Ressources complémentaires	173
Les fédérations des maisons de santé	
Les fédérations régionales.	177
La fédération nationale	178
Bibliographie	181
Liste des sigles	185

Introduction

▼ Les maisons de santé, signe d'une mutation du système de santé ambulatoire

Depuis plusieurs années déjà, dès qu'il est question d'organisation des soins de proximité ou de démographie médicale, les maisons de santé sont sur le devant de la scène. Si l'on pouvait croire au début à un effet de mode, les chiffres montrent aujourd'hui qu'une mutation du système de santé ambulatoire est en train de se produire. L'observatoire des maisons de santé, mis en place en 2012 par le ministère, dénombrait en septembre 2014 471 maisons de santé en fonctionnement et 467 projets sélectionnés¹. Il est donc prévisible que plus de 1 000 maisons de santé seront en fonctionnement courant 2015. Plusieurs facteurs expliquent ce succès. Du côté des professionnels de santé, l'engouement de la jeune génération pour le travail en équipe rejoint le changement de la relation au travail des seniors. L'exercice en maison de santé apparaît plus convivial, la mutualisation des fonctions support permet aux soignants de se consacrer aux soins et la coordination assure une meilleure réponse aux demandes de la patientèle. Du côté des pouvoirs publics, les services de l'État s'intéressent à ces nouvelles structures et espèrent, grâce à elles, améliorer l'accessibilité et la qualité des soins ainsi que l'économie du système. La ministre des Affaires sociales et de la Santé, Marisol Touraine, a clairement affiché son intérêt pour les maisons de santé en 2013 lors de la définition de la stratégie nationale de santé. Si le mouvement se poursuit, dans une dizaine d'années, l'organisation locale des soins sera modifiée en profondeur et la population bénéficiera d'une prise en charge coordonnée de sa santé. Chacun y trouvera son compte, la population par l'assurance d'un accès de proximité à des soins coordonnés et les professionnels libéraux par une meilleure qualité de vie et un mode d'exercice plus attractif.

▼ Les définitions des maisons de santé

Avant d'aller plus loin, il est utile de préciser le terme « maison de santé », son emploi ayant évolué au cours du temps. C'est à partir de 2006 que l'expression commence à être utilisée par des soignants qui désirent distinguer leurs projets des maisons médicales existantes (cf. définitions encadré suivant). S'inspirant d'expériences comme celle des unités sanitaires de base de Saint-Nazaire² des années 1980, ils souhaitent développer dans ces nouvelles maisons de santé un travail coordonné entre professionnels du

1. C'est-à-dire reconnus par les ARS comme susceptibles de recevoir des financements publics.

2. L'unité sanitaire de base de Saint-Nazaire a été créée en 1983 et a fonctionné pendant trois ans. Elle regroupait des soignants œuvrant dans trois cabinets différents autour d'un travail pluridisciplinaire coordonné. Les professionnels étaient salariés. Leur activité allait des soins à la prévention, l'information et l'éducation à la santé.

premier recours, afin de mieux prendre en charge la santé de la population. Le terme connaît un succès rapide, après avoir été repris dans le rapport du sénateur Juilhard³ sur l'offre de soins en octobre 2007.

L'appellation « maison de santé » est encouragée par un groupe de travail de la Haute Autorité de santé, consacré à l'exercice coordonné et protocolé, mené en 2007 par le Pr Jean-Michel Chabot. Une première définition est alors proposée : « Une maison de santé, un pôle de santé ou un centre de santé rassemble, dans un secteur donné, plusieurs professionnels des soins de santé primaires, dont des médecins, unis par une charte, un projet et des objectifs opérationnels concernant la santé des patients. » Un cahier des charges suit cette définition⁴.

Peu de temps après, grâce à la loi de financement de la Sécurité sociale du 19 décembre 2007, cette dénomination est inscrite dans le Code de la santé publique, article L. 6323-3 : « Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux. »

L'article 44 de la loi donne la possibilité de lancer l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération dans les maisons de santé.

En février 2008, la ministre de la Santé Roselyne Bachelot annonce la mise en place d'une aide destinée à 100 maisons de santé. Un cahier des charges est alors établi par la direction de la Sécurité sociale (DSS), la direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins (DHOS) et la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) pour définir les critères nécessaires à l'attribution de cette aide⁵ : la maison de santé doit compter au moins deux médecins généralistes et un autre professionnel de santé ; elle doit être le lieu principal de l'activité ; les moyens doivent être mutualisés ; l'exercice doit être coordonné ; le projet commun doit définir les modalités de garantie d'accès et de continuité des soins ; il doit comporter un engagement à mettre en place un système d'information moderne et à prendre part à la formation des étudiants.

En 2009, l'article 39 de la loi Hôpital, patients, santé, territoires du 21 juillet complète l'article L. 6323-3 du Code de la santé publique : « Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales.

3. Juilhard J.-M., 2007-2008. Les références complètes des documents sont présentes dans la bibliographie.

4. Haute Autorité de santé, 2007.

5. DHOS-DSS-CNAMTS-MSA, 2008.

Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux. Les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant dans une maison de santé élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Tout membre de la maison de santé adhère à ce projet de santé. Celui-ci est transmis pour information à l'agence régionale de santé.»

Début 2010, la mission interministérielle menée par le sénateur Juilhard, le Pr Vallancien, M^{me} Touba et M^{me} Crochemore, réalise un bilan⁶ des maisons et pôles de santé et fait des propositions pour leur déploiement.

La loi du 10 août 2011, dite loi Fourcade, modifie une dernière fois le texte de l'article L. 6323-3 du Code de la santé publique pour aboutir à la définition en cours : « 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. »

Les apports de cette nouvelle définition sont l'ajout des pharmaciens dans les professionnels constituant les maisons de santé et l'affirmation d'un exercice de soins avant tout de premier recours. Le projet de santé réunissant les professionnels et éventuellement d'autres acteurs reste un élément fort.

Il n'y a pas de réelle labellisation des maisons de santé, même si des professionnels utilisent ce terme lorsque leur projet obtient la « reconnaissance » de l'agence régionale de santé (ARS). Ainsi, toute structure peut prendre ce nom même si elle ne respecte pas les critères ci-dessus. En revanche, les financements publics ne sont attribués qu'aux structures répondant au cahier des charges dressé par la direction générale de l'Offre de soins en septembre 2010 : présence d'au moins deux médecins et d'un professionnel paramédical (infirmier, kinésithérapeute, etc.) et projet de santé partagé par les soignants pour la population qui les consulte.

6. Juilhard J.-M., Crochemore B., Touba A., Vallancien G., Chambaud L., Schaetzel F., 2010.

Définitions

Maison médicale

Une maison médicale est un lieu d'exercice qui regroupe plusieurs professionnels de santé, du premier ou du second recours (généralistes, spécialistes, autres professionnels de santé) dans les mêmes murs. Cette appellation ne présume ni du type de professionnel y exerçant, ni du mode de mise en commun d'objectifs ou de moyens.

Maison de santé ou maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)

Une maison de santé est le regroupement de plusieurs professionnels de santé libéraux, dont au moins deux médecins et un autre professionnel de santé, autour d'un projet de santé. Les soignants peuvent exercer dans les mêmes murs ou travailler sur différents sites. L'utilisation de la dénomination « maison de santé » dans cet ouvrage correspond aux deux schémas. Il est clair que l'unité de lieu favorise la coordination.

Une maison de santé « moyenne » réunit environ cinq médecins généralistes, deux pharmaciens et une dizaine d'autres professionnels de santé (sages-femmes, chirurgiens-dentistes, infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes, diététiciennes, podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens). Et souvent, des psychologues, même s'ils ne sont pas reconnus comme des professionnels de santé au titre du Code de la santé publique. Jusqu'en 2011, le terme « pluridisciplinaire » était souvent associé à « maison de santé ». Le terme « pluriprofessionnelle » lui est aujourd'hui préféré pour indiquer la collaboration entre les soignants, « pluridisciplinaire » évoquant plutôt la présence de médecins de différentes spécialités (ou disciplines).

Pôle de santé, plusieurs définitions

Plusieurs définitions du terme « pôle de santé » existent, ce qui amène souvent des incompréhensions.

- La définition réglementaire est issue de la loi Hôpital, patients, santé, territoires et inscrite dans le Code de la santé publique (article L. 6323-4) : « Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours au sens de l'article L. 1411-11, le cas échéant de second recours au sens de l'article L. 1411-12, et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L. 1434-5. Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale. »
- Une définition plus ancienne est encore souvent utilisée : un pôle de santé est un regroupement de professionnels de santé libéraux (avec au moins deux médecins et un autre professionnel de santé) autour d'un projet de santé, sans qu'ils occupent les mêmes murs. Il est en général constitué par des soignants qui ne désirent pas porter de projet immobilier collectif ou qui ne souhaitent pas quitter leur lieu d'exercice pour diverses raisons. Ce type de regroupement est, de fait, une maison de santé.

- Enfin, l'appellation « pôle de santé » est aussi utilisée pour des regroupements de professionnels de santé exerçant sur un territoire plus large que celui d'une maison de santé et qui jouent le rôle de plateformes d'appui aux professionnels. Ces pôles, également appelés « groupements territoriaux », sont orientés sur un territoire et non sur une patientèle (chapitre *Les perspectives*).

Centre de santé

Un centre de santé est un lieu de soins qui réunit des professionnels de santé salariés. En 2012, la CNAMTS a recensé 1 220 centres de santé en France, dont 400 sont médicaux ou polyvalents, les autres étant des centres dentaires ou infirmiers. Les centres de santé sont gérés par des associations, des assureurs de la santé (Assurance maladie ou mutuelles) ou des collectivités territoriales (municipalités en général)⁷.

Maison médicale de garde

Une maison médicale de garde (MMG) est une structure qui assure la permanence des soins aux heures de fermeture des cabinets médicaux, soit réglementairement de 20 h à minuit du lundi au vendredi, de 12 h à minuit les samedis et de 8 h à minuit les dimanches. D'autres horaires peuvent être définis par des accords locaux.

À noter : l'appellation d'une structure où exercent de façon regroupée des professionnels de santé libéraux ne préjuge pas toujours de son fonctionnement. Certaines maisons de santé installées depuis longtemps sont nommées « maison médicale » ou « centre médical ». À l'inverse, des structures portant le nom de « maison de santé » fonctionnent comme des maisons médicales.

▼ **Les maisons de santé, un mode d'organisation pertinent mais un montage complexe**

Les professionnels de santé libéraux sont confrontés à une complexité croissante de leur métier liée à plusieurs réalités : augmentation des patients souffrant de polyopathologies, poids de la gestion administrative de l'activité, nouveaux systèmes d'information et exigence de qualité des soins de la part des autorités sanitaires. Pour être capables d'y faire face, ils sont contraints de s'organiser différemment. Le regroupement au sein d'une maison de santé est une solution permettant aux soignants de se coordonner et de mutualiser leurs moyens, afin de se recentrer sur leur cœur de métier, le soin et la santé des patients, et d'améliorer ainsi la qualité des soins distribués. Néanmoins, mener de tels projets ne va pas de soi pour des professionnels libéraux que leur formation n'a pas préparés à ce mode d'exercice.

7. Georges P., Waquet C., 2013.

De leur côté, les élus locaux sont aujourd'hui souvent interpellés par leurs administrés lorsque des soignants ferment leur cabinet sans être remplacés. Même si l'organisation des soins n'est pas leur mission première, ils s'intéressent à juste titre aux maisons de santé, les regroupements de professionnels constituant une solution pertinente pour fixer un lieu d'accès aux soins sur un territoire. Depuis plusieurs années, des projets menés en bonne intelligence avec les soignants locaux ont permis de maintenir, voire de développer, l'offre de soins dans des territoires fragiles. Cependant, l'exercice est difficile : la santé n'est pas un domaine d'intervention familier pour les collectivités territoriales et les professionnels libéraux ont une culture, un cadre d'exercice et des contraintes bien particuliers.

Quelle que soit la place occupée, bâtir une maison de santé est un projet complexe qui nécessite la prise en compte de nombreux paramètres, la compréhension du contexte local et de l'organisation des soins, ainsi que des négociations avec les autres acteurs. Reproduire tel quel le regroupement réalisé dans un autre territoire est voué à l'échec. Chaque projet doit être construit de façon spécifique et s'adapter au contexte local, géographique, humain et d'organisation des soins.

▼ Objectif et contenu de ce livre

L'expérience des acteurs ayant mené à bien un projet est précieuse pour ceux qui s'intéressent à ce mode d'exercice. À ce titre, les fédérations des maisons de santé sont régulièrement sollicitées pour apporter leur expertise, organiser des visites de sites en fonctionnement et des rencontres avec les professionnels y exerçant.

Ce livre s'inscrit dans le prolongement de ces actions. Son objectif est de fédérer les parties prenantes de projets de maisons de santé en leur apportant des connaissances communes et des recommandations pratiques pour bâtir un projet et permettre qu'il s'inscrive dans la durée. Il est également de montrer, à travers le récit de plusieurs expériences, la diversité des réalisations et l'importance de l'adaptation des projets à leurs contextes locaux.

En première partie, le lecteur découvrira quatre expériences récentes de maisons de santé aux contours très différents (milieu rural ou plus urbain, initiative de soignants ou d'élus locaux, bâtiments construits par les professionnels ou par une collectivité). La présentation de ces projets suit volontairement une grille commune faisant écho au modèle en six briques de la construction et aux items importants du fonctionnement quotidien, détaillés dans la partie suivante.

La deuxième partie est structurée en trois chapitres. Le premier dépeint le projet de l'idée à l'inauguration : il présente les acteurs en jeu, décrit les six briques à assembler pour construire une maison de santé, expose les

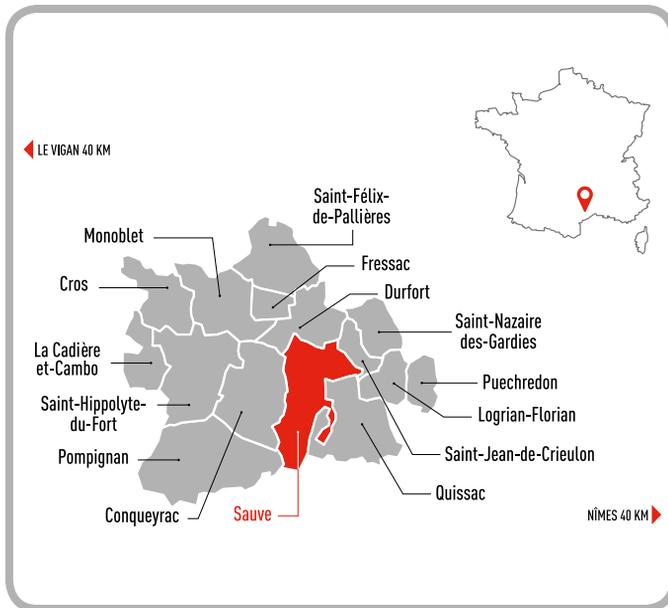
solutions clés en main et précise les conditions de la réussite. Le deuxième détaille tous les éléments importants pour le fonctionnement au quotidien, du management de la maison de santé aux outils de la démarche qualité, en passant par la coordination entre soignants, le système d'information, l'accueil de jeunes en formation, la gestion économique, les aspects assurantiels et les structures juridiques. Enfin, le troisième chapitre dresse les perspectives de ce nouveau mode d'organisation des soins.

La dernière partie présente le réseau des fédérations des maisons de santé, ressource pour les acteurs engagés dans un projet, ainsi qu'une bibliographie listant les publications importantes du domaine et donnant les références précises des articles ou documents cités dans le texte. En fin d'ouvrage, le lecteur trouvera la liste des sigles utilisés tout au long du livre.

Expériences de maisons de santé

La maison de santé du Haut-Vidourle

Une maison de santé d'initiative libérale, rassemblant tous les soignants de la commune, dont l'installation a été grandement facilitée par la municipalité.



Carte 1. Communes autour de Sauve

FICHE D'IDENTITÉ DE LA MAISON DE SANTÉ DU HAUT-VIDOURLÉ



Territoire : rural, département du Gard

Date d'ouverture : septembre 2012

Équipe des acteurs libéraux : 20 soignants

3 médecins généralistes, 9 infirmières, 4 masseurs-kinésithérapeutes,
2 chirurgiens-dentistes, 1 psychologue clinicienne et 1 diététicienne.

L'équipe travaille en étroite collaboration avec la pharmacienne ayant construit son officine en même temps à côté de la maison de santé et faisant partie de l'association Pôle santé du Haut-Vidourle.

Consultations accueillies par la maison de santé : consultations d'un médecin psychiatre hospitalier 2 jours par mois et consultations d'addictologie de l'association La Draille sur rendez-vous.

Bâtiment : neuf, 800 m². Projet immobilier porté par le promoteur, puis revendu à une SCI⁹ regroupant 14 professionnels, l'association Pôle santé du Haut-Vidourle (pour les logements étudiants et le local destiné à l'action sociale) et le promoteur (pour 4 cabinets restant à acquérir). Subvention de la commune de Sauve à l'association Pôle santé du Haut-Vidourle pour l'acquisition des logements étudiants et du local destiné à l'activité sociale.

Territoire

▼ Contexte

Sauve est un village médiéval situé dans le Gard, au pied des Cévennes, dans la région Languedoc-Roussillon. Près de 2 000 personnes y résident. Le territoire est en progression démographique, du fait de l'installation régulière de nouveaux habitants attirés par le site et l'ensoleillement. L'économie du secteur repose sur les commerces, les services, l'activité agricole et le tourisme en été. Le revenu par habitant est plus bas à Sauve que dans le Gard et le taux de chômage est important, à l'image des chiffres du département.

La départementale 999 relie Sauve à Nîmes vers l'est (40 kilomètres, soit un peu moins d'une heure), en passant par Quissac (6 kilomètres). En direction de l'ouest, elle relie la commune au Vigan (40 kilomètres) en traversant Saint-Hippolyte-du-Fort (9 kilomètres) et Ganges (21 kilomètres). Le Vidourle, qui a donné son nom à la maison de santé, est le fleuve qui prend sa source au-dessus de Saint-Hippolyte-du-Fort, traverse Sauve et poursuit son cours vers Quissac.

Un service de bus assure la liaison de Nîmes au Vigan en s'arrêtant à Sauve.

▼ Définition du territoire

Le bassin de vie de la commune, territoire du projet, est constitué de trois cantons : celui de Sauve, celui de Saint-Hippolyte-du-Fort et celui de Quissac. Sauve est le centre géographique de ce territoire.

Un peu plus de 15 000 habitants résident dans ce bassin. Le tableau 1 détaille les chiffres par canton.

Tableau 1. Population des cantons de Sauve, Saint-Hippolyte-du-Fort et Quissac au 1^{er} janvier 2009

Nom du canton	Population totale
Sauve	3 921
Saint-Hippolyte-du-Fort	5 184
Quissac	6 387
Total	15 492

Source : INSEE, RP 2009, exploitation principale.

Le nombre d'habitants du bassin a fortement progressé depuis 1999 (+ 17 %) et cette progression devrait se poursuivre, selon l'INSEE, jusqu'en 2030. En 2009, la densité des trois cantons est relativement faible; elle se situe entre 39 et 45 habitants par km² (pour 114 en France). Le canton de Sauve a la part des plus de 60 ans la plus faible (24 % de la population).

Le territoire couvert par la maison de santé, c'est-à-dire la zone d'intervention à domicile définie par les professionnels de santé, est à géométrie variable selon les disciplines des soignants. Celui des médecins est le plus important : il couvre le canton de Saint-Hippolyte-du-Fort et presque entièrement celui de Sauve. Il s'étend également sur la commune de Quissac et sur deux communes du canton de Lasalle, Monoblet et Saint-Félix-de-Pallières.

▼ Offre de soins et médico-sociale en 2008

En 2008, au commencement de la réflexion, l'offre en professionnels de santé libéraux de la commune de Sauve se compose de 2 médecins généralistes de plus de 50 ans exerçant à la même adresse mais dans 2 cabinets séparés, de 9 infirmières dans 2 cabinets de groupe, d'1 dentiste, de 2 kinésithérapeutes associés, d'1 ostéopathe, d'1 orthophoniste et d'1 pharmacien. Quissac et Saint-Hippolyte-du-Fort, dont les cantons sont plus peuplés, accueillent davantage de soignants : respectivement 6 et 4 médecins, 9 et 10 infirmières, 9 et 10 kinésithérapeutes, 2 et 3 dentistes, 2 et 2 orthophonistes. Enfin, 1 pédicure-podologue, 1 ophtalmologiste et 1 échographiste exercent à Saint-Hippolyte-du-Fort, tandis que 7 psychiatres (au sein d'une clinique psychiatrique), 1 psychologue, 1 pédicure-podologue et 1 sage-femme travaillent à Quissac.

5 pharmacies desservent le bassin : 1 à Sauve, 2 à Quissac et 2 à Saint-Hippolyte-du-Fort.

1 laboratoire d'analyses médicales est implanté à Saint-Hippolyte-du-Fort.

La garde médicale est organisée sur les trois cantons et mobilise 13 médecins généralistes.

Les établissements hospitaliers auxquels les médecins peuvent adresser leurs patients sont l'hôpital local du Vigan, le centre hospitalier d'Alès, la clinique Saint-Louis à Ganges, qui a une vocation de service public et dispose d'un SMUR¹⁰ et d'une maternité, plusieurs cliniques privées à Alès et Nîmes, les centres hospitaliers universitaires de Nîmes et Montpellier et l'hôpital psychiatrique de Saint-Hippolyte-du-Fort. Des services de soins de suite et de réadaptation existent au Vigan, à Anduze et à Quissac.

Concernant l'offre pour les personnes âgées, trois maisons de retraite desservent le bassin, une dans chaque chef-lieu de canton. Deux services à domicile pour personnes âgées interviennent : l'association ADMR¹¹, qui assure des permanences à Saint-Hippolyte-du-Fort et Quissac, et l'association Présence 30, basée à Quissac. Un service de soins infirmiers à domicile fonctionne à Saint-Hippolyte-du-Fort. Un centre local d'information et de coordination (CLIC) est implanté à Quissac.

10. Service mobile d'urgence et de réanimation.

11. Association du service à domicile.

Concernant le handicap, un centre de rééducation de l'ouïe et de la parole est implanté à Saint-Hippolyte-du-Fort, deux foyers d'accueil médicalisés à Saint-Hippolyte-du-Fort et Pompignan et deux lieux de vie pour autistes à Saint-Hippolyte-du-Fort et Monoblet.

Plusieurs réseaux de santé sont actifs sur le territoire. Ils concernent l'obésité infantile, la périnatalité, les soins palliatifs, l'addictologie, la gérontologie, le diabète, la santé respiratoire et la « santé vie sociale ». Ils sont regroupés au sein de RESEDA, l'association pour la coordination des réseaux de santé du bassin alsésien. Le réseau pédopsychiatrique de l'hôpital d'Alès intervient également sur le territoire. D'autres réseaux couvrent la région Languedoc-Roussillon : le réseau d'experts plaies et cicatrisation en télémédecine (CICAT LR) et le réseau ChronÉduc LR dédié à l'éducation thérapeutique du patient.

▼ Politique régionale ou départementale en 2008

Dans le Gard, au moment où le projet émerge, les institutions soutenant la création des maisons de santé sont l'URCAM¹² et l'ARH¹³, associées dans la mission régionale de santé. Ce qui préoccupe ces instances est avant tout la démographie des professionnels de santé et son évolution attendue.

La Région Languedoc-Roussillon soutient quelques projets de maisons de santé menés par des collectivités publiques. Le Département du Gard n'a pas de politique particulière par rapport aux projets de regroupement de soignants. Il se préoccupe cependant de l'aménagement du territoire.

L'URML¹⁴ Languedoc-Roussillon, en 2008, n'est pas investie dans les projets de maison de santé.

Histoire de la maison de santé

▼ Les porteurs du projet et leur démarche

En 2008, un médecin, auparavant maire de Sauve, s'inquiète de la démographie des professionnels de santé dans la commune et à Saint-Hippolyte-du-Fort : les soignants en place vieillissent et aucune relève ne s'annonce. Il partage son inquiétude avec Jean-Paul Kerjean, un ami kinésithérapeute qui l'a accompagné durant son mandat, et conçoit avec lui un projet de maison de santé. Tous deux décident de se présenter aux élections municipales en inscrivant le projet dans leur programme. Mais leur liste est battue. Les élections passées, le nouveau maire propose à Jean-Paul Kerjean de devenir membre du centre communal d'action sociale, charge qu'il a déjà assurée

12. Union régionale des caisses d'assurance maladie.

13. Agence régionale de l'hospitalisation.

14. Union régionale des médecins libéraux.

quelques années plus tôt. Celui-ci accepte, à condition que la municipalité soutienne le projet de maison de santé. Marché conclu. Une infirmière faisant partie du centre communal d'action sociale rejoint le duo formé par le médecin et le kinésithérapeute et s'investit dans le projet. Elle réunit le groupe infirmier et arrive à le convaincre d'adhérer à ce nouveau mode de travail coordonné. Le maire engage alors des discussions avec l'État et le conseil général et obtient leur appui.

En septembre 2008, le maire invite tous les soignants de la commune à une réunion autour du projet de maison de santé. Tous se montrent intéressés et une dynamique professionnelle s'initie. Le podologue et la sage-femme de Quissac rejoignent la démarche. Les soignants se réunissent à plusieurs reprises et se répartissent le travail. Ils invitent un médecin de la maison de santé de Bletterans, dont les médias ont parlé, à venir leur présenter son expérience. Celui-ci accepte et vient, accompagné du promoteur immobilier qui a réalisé l'extension de la maison de santé de Bletterans. Un médecin de Saint-Hippolyte, ayant la volonté de créer un regroupement dans sa commune, est invité à assister à la rencontre. Au cours de la réunion, le promoteur présente son offre de services particulière : accompagnement des professionnels pour l'élaboration du projet dans ses différents aspects jusqu'au dépôt du permis de construire, puis portage immobilier et rémunération seulement si le projet aboutit. Les soignants acceptent la proposition du promoteur.

Les professionnels constituent un comité de pilotage avec un représentant de chaque profession (médecin, pharmacien, infirmière, kinésithérapeute, dentiste). Ceux-ci se retrouvent tous les mercredis midis pour déjeuner et discuter du projet. Jean-Paul Kerjean prend naturellement le leadership de la démarche. Des réunions dans lesquelles sont débattus les fondements du projet et les questions opérationnelles ont lieu au moins une fois par mois, en présence de tous les professionnels.

En novembre, le médecin de Saint-Hippolyte, qui ne trouve pas de soignants dans sa commune pour s'associer dans un regroupement, rejoint le projet.

En décembre, un avant-projet est rédigé entre professionnels et équipe municipale. Il est utilisé auprès des partenaires pour montrer les contours de la maison de santé à venir, les objectifs et la détermination des professionnels.

Parallèlement, grâce aux contacts d'une conseillère municipale avec l'école des mines d'Alès, trois étudiants en quatrième année d'études d'ingénieur sont missionnés pour réaliser une étude de faisabilité comprenant une enquête auprès de la population et une réflexion sur le montage juridique et financier du projet. Pendant leur mission, ils font régulièrement le point avec le comité de pilotage le mercredi midi.