

# **Pôle Médicina**

**Vers une médecine raisonnée**

**Communauté  
d'Agglomération  
Sophia Antipolis**

Docteur Luc Fontaine  
Novembre 2011



# SOMMAIRE

|   |    |
|---|----|
| SYNTHESE .....  | 11 |
| EDITO .....   | 15 |
| CHAPITRE A : Le changement du système de santé, une évolution naturelle adaptée à celle de la société |    |
| I- Histoire de la médecine .....  | 17 |
| 1- Socle de l'évolution du système de soins .....   | 17 |
| 1-1- Historique des établissements de santé .....   | 17 |
| 1-1-1- Dans l'Antiquité .....   | 17 |
| 1-1-2- Au Moyen Age .....   | 18 |
| 1-2- Historique de la mission des hôpitaux.....   | 18 |
| 1-3- Historique du raisonnement médical .....   | 19 |
| 1-4- La médecine au XVII ème siècle .....   | 20 |
| 1-5- La médecine au XVIII ème siècle .....  | 21 |
| 1-6- La médecine au XIX ème et XX ème siècles.....  | 22 |
| 1-7- Les trente glorieuses (1945-1975).....   | 23 |
| 1-7-1- La période faste.....  | 23 |
| 1-7-2- L'apparition des contraintes.....  | 24 |
| 2- La Sécurité Sociale.....   | 25 |
| 2-1- Instauration d'un régime universel.....  | 25 |
| 2-2- La gestion de la Sécurité Sociale.....   | 26 |
| 2-3- La naissance des conventions.....  | 26 |
| II- La promotion de la santé .....  | 28 |
| 1- Définitions .....  | 28 |
| 1-1- La santé .....   | 28 |
| 1-2- La promotion de la santé.....  | 29 |
| 1-2-1- Définition .....   | 29 |

|   |    |
|---|----|
| 1-2-2- Mise en œuvre de la promotion de la santé.....                 | 29 |
| 1-2-2-1- Application d'une politique publique<br>saine.....           | 29 |
| 1-2-2-2- Création de milieux favorables .....                         | 30 |
| 1-2-2-3- Actions communautaires et d'éducation pour la<br>santé ..... | 30 |
| 1-2-2-4- Réorganisation du système de santé .....                     | 30 |
| <br>  |    |
| III- Evolution constante de notre système de soins.....               | 30 |
| <br>  |    |
| 1- Les dépenses de santé .....  | 30 |
| 1-1- L'évolution des dépenses de santé .....                          | 30 |
| 1-2- Les dépenses courantes de santé .....                            | 32 |
| <br>  |    |
| 2- Le pilotage du système de soins .....                              | 34 |
| 2-1- Pilotage national .....  | 34 |
| 2-2- Pilotage régional .....  | 36 |
| 2-2-1- Les Agences Régionales de Santé .....                          | 36 |
| 2-2-1-1- Pilotage .....   | 36 |
| 2-2-1-2- Composition .....  | 37 |
| 2-2-1-3- Missions .....   | 37 |
| <br>  |    |
| 3- Aspects de la loi HPST (juillet 2009) .....                        | 38 |
| 3-1- Constats du système de soins en 2009 .....                       | 39 |
| 3-1-1- Les dépenses de santé .....                                    | 39 |
| 3-1-2- L'offre et l'accès aux soins .....                             | 39 |
| 3-1-3- La qualité et la sécurité des soins .....                      | 39 |
| 3-1-4- Le dispositif de premier recours .....                         | 40 |
| 3-1-4-1- Définition .....   | 40 |
| 3-1-4-2- Les enjeux du système de soins de premier<br>recours .....   | 40 |
| 3-1-4-3- Les constats du dispositif de premier recours.....           | 40 |
| <br>  |    |
| IV-Evolution des professions et métiers de la santé.....              | 41 |
| <br>  |    |
| V- Les formations et qualifications .....                             | 42 |
| <br>  |    |
| 1- Formation des professions médicales et de<br>pharmacie.....        | 43 |

|   |    |
|---|----|
| 1-1- Les médecins .....                     | 43 |
| 1-1-1- Maquette DES médecine générale.....  | 44 |
| 1-2- Les odontologistes .....               | 44 |
| 1-3- Les sages femmes .....                 | 44 |
| 1-4- Les pharmaciens .....                  | 44 |
| 2- Formation des auxiliaires médicaux ..... | 45 |
| 3- La réforme Licence-Master-Doctorat ..... | 45 |

## CHAPITRE B : Les maisons et pôles de santé (MPS)

|   |    |
|---|----|
| <b>I-</b> Définitions .....                                 | 47 |
| 1- Objectifs des maisons et pôles de santé .....            | 47 |
| <b>II-</b> Création des maisons et pôles de santé .....     | 48 |
| 1- Projet territorial .....                                 | 48 |
| 2- Projet professionnel .....                               | 48 |
| 3- Projet de santé .....                                    | 48 |
| 4- Projet immobilier .....                                  | 49 |
| <b>III-</b> Les coûts des maisons et pôles de santé .....   | 49 |
| <b>IV-</b> Les aides et sources de financement des MPS..... | 49 |
| 1- les aides .....  | 49 |
| 1-1- Volonté de l'Etat .....                                | 49 |
| 2- Les sources de financement .....                         | 50 |
| 2-1- Aides financières mobilisables .....                   | 50 |

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| 2-1-1- Aides au démarrage .....       | 50 |
| 2-1-2- Aides à l'investissement ..... | 50 |
| 2-1-3- Aides au fonctionnement .....  | 50 |

**V- Les MPS, une véritable stratégie économique.....51**

**CHAPITRE C : La recherche**

**I- Définitions .....53**

**II- La recherche en soins primaires .....54**

**CHAPITRE D : Coopérations entre professionnels de santé**

**I- Contexte de la politique de santé .....55**

**II- Enjeux de la coopération .....55**

**III- Protocoles de coopération .....56**

**1- Principes généraux .....56**

**2- Une politique nouvelle des ressources humaines.....56**

**3- Les acteurs concernés par les protocoles de coopération .....57**

**4- Processus de création d'un protocole de coopération.....57**

**5- Adhésion à un protocole déjà autorisé au sein ou en dehors de la région .....58**

|   |    |
|---|----|
| 6- Adhésion à un protocole étendu à tout le territoire national ..... | 58 |
| 7- Evaluation des protocoles .....                                    | 59 |
| 8- Fin de l'adhésion à un protocole .....                             | 59 |

## CHAPITRE E : Les Technologies de l'Information et des Communications (TIC)

|   |    |
|---|----|
| I- Les enjeux des TIC .....                       | 61 |
| II- Les enjeux de la médecine libérale .....      | 62 |
| 1- Le dossier Médical Personnalisé (DMP) .....    | 62 |
| 2- Les nouveaux modes de rémunération (NMR) ..... | 63 |

## CHAPITRE F : Pôle Médicina « vers une médecine raisonnée »

|   |    |
|---|----|
| I- La médecine libérale .....                                     | 67 |
| II- Pôle Médicina .....   | 68 |
| 1- Définitions .....  | 68 |
| 1-1- Une taille adaptée à son ambition territoriale .....         | 68 |
| 1-2- Une architecture communicante .....                          | 69 |
| 1-2-1- Proposition d'ingénierie architecturale de Médicina .....  | 71 |
| 2- Projet territorial .....                                       | 72 |
| 3- Projet professionnel .....                                     | 73 |
| 3-1- Une charte de fonctionnement déontologique et partagée ..... | 74 |

|  |    |
|--|----|
| 3-2- Un nouvel édifice sanitaire et social inscrit dans le secteur ambulatoire.....                | 74 |
| 3-3- Une administration performante au service des professionnels de santé .....                   | 74 |
| 3-4- Un système d'information partagée sécurisé et performant.....                                 | 74 |
| 3-5- Une richesse d'activités médicales et paramédicales significative du secteur libéral .....    | 75 |
| 3-6- Un édifice offrant des modalités de coordination.....   | 75 |
| 3-7- Une coopération optimisée, guidée par l'ARS .....   | 76 |
| 4- Projet de santé .....   | 76 |
| 4-1- Un accès aux soins optimisé .....   | 76 |
| 4-2- Une valorisation de la permanence des soins .....   | 76 |
| 4-3- Un parcours de soins optimisé .....   | 76 |
| 4-4- Porter les valeurs de santé publique .....  | 77 |
| 4-5- Intégrer les valeurs universitaires .....   | 77 |
| 4-6- Une complémentarité avec les réseaux de soins identifiés par l'ARS .....                      | 77 |
| 4-7- Un regroupement entre les professionnels de santé et les acteurs du champ médico-social ..... | 77 |
| 5- Médecina dans son environnement territorial .....   | 77 |
| 5-1- Une véritable ambition de santé publique .....  | 77 |
| 5-2- Les partenaires de Médecina .....   | 78 |
| 5-2-1- Les patients : divers acteurs de santé .....  | 78 |
| 5-2-2- L'Etat, l'Union Européenne, les collectivités territoriales.....                            | 79 |
| 5-2-3- l'université, l'enseignement, les instances ordinales .....                                 | 79 |
| 5-2-4- L'ingénierie, la recherche.....   | 79 |
| 5-2-5- L'industrie .....   | 80 |
| 5-2-6- Les entreprises .....   | 80 |
| 5-2-7- Les professionnels de santé extérieurs .....  | 80 |
| 5-2-8- Les associations d'usagers, les institutions (hôpitaux, assurances, mutuelles...) .....     | 81 |
| 5-2-9- Les fédérations des spécialités médicales, la CNIL, l'URPS, les réseaux de santé .....      | 81 |

|   |         |
|---|---------|
| 5-3- Medicina : la réunion des 5 piliers organisationnels<br>de l'économie de la santé .....                  | 82      |
| 5-3-1- La personne : 1 <sup>ère</sup> économie socio-familiale .....  | 82      |
| 5-3-2- L'offre de soins (ambulatoire, hospitalière) : 2 <sup>ème</sup><br>économie libérale et publique ..... | 82      |
| 5-3-3- L'institution : 3 <sup>ème</sup> économie institutionnelle .....                                       | 82      |
| 5-3-4- L'industrie : 4 <sup>ème</sup> économie industrielle .....   | 83      |
| 5-3-5- La connaissance interprofessionnelle : 5 <sup>ème</sup><br>économie interprofessionnelle.....          | 83      |
| <br>CONCLUSION.....   | <br>87  |
| <br>ANNEXES.....  | <br>89  |
| <br>DEMARCHE DE CREATION MEDICINA .....   | <br>105 |
| <br>BIBLIOGRAPHIE.....  | <br>109 |
| <br>CONTACT .....   | <br>111 |



## SYNTHESE

L'augmentation des dépenses de santé engendrée par l'émergence des pathologies liées au vieillissement, la dépendance, le développement des maladies chroniques, les enjeux de santé publique actuels (tabac, alcool, obésité-«malbouffe»...), pousse notre politique de santé à relever le défi de la modernisation de notre système de santé dont la pérennité est fortement fragilisée.

La loi HPST du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, prolonge les deux principales réformes précédentes de notre système de soins : le plan JUPPE de 1996 et le plan MATTEI de 2003, et ouvre ses ambitions aux secteurs ambulatoire et médico-social.

Les grandes réformes expriment la volonté de l'Etat d'adapter le système de santé aux contraintes nouvelles, dans le but d'acquiescer une meilleure transparence d'arbitrage des masses budgétaires entre l'Etat, les collectivités territoriales et la santé qui composent toutes les trois la dette publique.

Les dépenses de santé s'élèvent actuellement à environ 230 milliards d'euros et représentent environ 12% du PIB. Le déficit du régime général (maladie, travail, famille, vieillesse, dépendance-handicap) s'élève à 33 milliards d'euros (14 Md € pour l'Assurance Maladie).

Le développement des technologies de l'information et des communications (TIC) en santé, la réforme des études médicales en niveau Licence-Master-Doctorat et du développement professionnel continu, les nouveaux modes de rémunération évoqués dans la nouvelle convention nationale, l'organisation de santé territoriale à travers les maisons et pôles de santé (MPS), constituent des moteurs supplémentaires à l'évolution culturelle des pratiques médicales.

Ces constats plongent les professionnels de santé actuels au cœur d'un véritable bouleversement du système de soins. Nous sommes encadrés par les attentes de la politique nationale de santé dont la stratégie sera rendue opérationnelle au niveau régional, et les attentes des jeunes professionnels de santé qui aspirent à d'autres pratiques que les nôtres. Pour autant, nous ne devons ressentir aucun complexe car nous participons depuis des années au fonctionnement d'un système de santé qui est reconnu comme un des meilleurs au monde...

En d'autres termes, cette réforme ne doit pas être ressentie comme une rupture avec notre réalité, mais une évolution, dans le respect de l'état de l'art, envers laquelle nous avons la responsabilité d'entreprendre des initiatives à la fois performantes et sécurisantes pour notre avenir professionnel et qui tendent à revaloriser nos conditions de travail, de vie et de transmission envers les

générations futures (serment d'Hippocrate), et à rejoindre également les objectifs nationaux d'amélioration de la qualité, la coordination et l'efficacité des soins.

L'évolution du secteur ambulatoire est un projet très ambitieux dans sa dimension coopérative. Elle doit, pour réussir, prendre en considération la réflexion collective, en intégrant toutes les catégories des professions de santé présentes et définies par le Code de la Santé Publique.

Les expériences actuelles, à travers les cliniques et les maisons de santé encore peu développées, n'apportent pas une valeur significative du secteur libéral ambulatoire, et de surcroît ne créent pas un environnement rassurant économiquement pour les professionnels de santé qui y exercent, en comparaison avec les situations classiques de cabinets isolés.

Les professionnels de santé, attachés à préserver leur avenir professionnel et qui s'engageront dans cette réforme, doivent connaître les constats et les enjeux du système de soins ayant motivé la nouvelle politique de santé. Cette réforme ne s'applique pas uniquement sur le terrain de nos pratiques, mais englobe tous les secteurs médico-économiques dont l'université à travers l'enseignement et la formation des métiers de la santé, l'industrie à travers le déploiement des TIC en santé, les entreprises et la santé au travail...

Ce rapport n'a pas vocation à mettre en valeur l'élaboration de la pensée d'une seule personne, mais aspire à vous communiquer, de manière neutre, objective et éducative, les informations pour vous permettre de vous accaparer, à travers Médicina, les motivations de cette évolution.

Les valeurs du changement ne pourront se mesurer que si elles reposent sur une participation de toute la communauté médicale, et à travers leur envergure déontologique qui, à l'instar de la faculté développant la capitalisation de la connaissance du savoir et de sa transmission, n'en fera pas qu'un effet de mode mais bel et bien les fondements de l'évolution de notre système de santé.

La médecine est une science humaine qui se transmet (serment d'Hippocrate : « respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leurs pères »), et il est nécessaire de s'approprier son histoire, dans laquelle nous prenons part aujourd'hui, pour comprendre la situation actuelle, et nous engager collectivement sur des valeurs partagées.

La santé est en évolution constante depuis l'Antiquité ; les structures de soins et leurs missions, le raisonnement médical n'ont cessé et ne cessent de progresser. Les pays développés ont fait apparaître, à travers une politique de promotion de la santé (charte d'Ottawa du 21 novembre 1986), des valeurs de santé publique en visant l'objectif de « la santé pour tous ».

Ce document vous apportera également les éléments de réflexion de la nouvelle politique de santé, à travers les dépenses de santé et son pilotage stratégique et opérationnel.

Quelques aspects de la loi HPST seront traités avec ses retentissements sur les métiers de la santé, sur les formations et qualifications des professions de la santé, sur l'organisation nouvelle du secteur ambulatoire à travers les MPS, au sein desquelles pourront s'épanouir la recherche et les coopérations entre professionnels de santé dans le cadre des nouveaux modes de rémunération...

Enfin, Médicina, reposant sur tous ces principes fondateurs, sera exposé selon ses missions et les partenaires impliqués dans son élaboration, autour de l'université et l'ingénierie dans le domaine de la recherche et l'enseignement, l'industrie à travers le déploiement des technologies de l'information et des communications en santé, mais également les institutions, les entreprises, les associations d'utilisateurs...

Cet édifice, par sa pluridisciplinarité cohérente médicale et paramédicale, offrira une véritable richesse interprofessionnelle apportant une haute valeur ajoutée médicale au sein du secteur libéral ambulatoire, en réalisant ainsi un projet à la fois innovant, ambitieux et totalement projeté, au regard des attentes des autorités sanitaires nationales et des jeunes professionnels de santé, au sein de la nouvelle politique de santé.

Sa présentation économique, juridique et financière, devrait vous permettre de percevoir Médicina comme un nouvel édifice du secteur libéral ambulatoire, évolutif, ouvert à tous les professionnels de santé du territoire, sécurisant et performant, en capacité de préserver nos acquis et d'en acquérir d'autres tant sur le plan professionnel que personnel.



## EDITO

Un grand projet n'appartient pas à une seule personne, il découle d'une action sincère et durable, autour d'un travail de concertation, mettant en jeu l'intervention de diverses personnalités dont la réflexion devient essentielle à son élaboration.

C'est dans cette dimension que je m'adresse à vous au sujet de la création d'une plate-forme de santé ambulatoire sur notre territoire, visant à l'amélioration de la qualité, la coordination et l'efficacité des soins.

La médecine fait partie des sciences qui, reposant sur ses bases déontologiques, répond aux mêmes règles d'évolution socio-culturelles que la société dans laquelle elle s'applique. Pour autant, elle doit rester compréhensible, acceptable par tous et opérationnelle par des actions menant vers la bonne santé.

Notre système de santé présente une situation fragile, préoccupante et urgente, mettant en jeu sa pérennité. Toutes les parties actuelles, médicales, politiques, économiques... s'accordent sur le principe que l'on se situe à l'aube d'un véritable bouleversement de notre système de soins.

Le vieillissement de la population, l'impact croissant des pathologies chroniques, le développement des TIC en santé, les évolutions de la société avec l'objectif de maintenir l'égalité républicaine de l'accès aux soins pour tous, poussent les professionnels de santé dans une nécessité d'organisation des soins, d'évolution de leurs pratiques, de leur environnement, leur interrelation et la configuration de leurs métiers.

La loi HPST est très ambitieuse, elle prolonge les réformes précédentes en les adaptant aux contraintes nouvelles de notre société et légifère à partir d'expériences favorables. Ainsi, elle nous laisse actuellement l'initiative d'organiser le secteur ambulatoire de manière à rejoindre les objectifs de santé nationaux.

Ce pôle de santé de 6300 m<sup>2</sup> sera opérationnel en 2014. Il prétend s'inscrire, à travers sa pluridisciplinarité cohérente, comme un site pilote et référent, ouvrant une fenêtre d'observation significative du secteur ambulatoire, autour des « objectifs santé » communs.

Il aspire à symboliser la responsabilité médico-sociale de chacun quant à l'évolution culturelle des pratiques médicales et à revaloriser le secteur libéral ambulatoire afin de retrouver les conditions favorables de transmission envers les générations futures.

Je suis convaincu que la réussite de cette plate-forme de santé, au sein de notre région, retentira dans toute la communauté médicale, comme le symbole fédérateur d'une médecine d'avenir.

Luc Fontaine



# **CHAPITRE A : Le changement du système de santé, une évolution naturelle adaptée à celle de la société**

## **I- Histoire de la médecine**

### **1- Socle de l'évolution du système de soins**

Dans l'histoire, la médecine, au même titre que les autres sciences, a été sous l'influence de divers courants de pensée.

L'intérêt qu'elle porte à l'esprit et au corps humain détermine un concept toujours présent dans l'approche actuelle du malade.

Les sciences ont apporté des idées, des lois, des observations que la médecine a utilisé pour progresser, mais l'application de cette science humaine a toujours été faite par des acteurs qui, enrichis de ces idées scientifiques, les adaptaient à la personne humaine individuelle, selon l'évolution de son état.

En effet, la médecine, chargée de son histoire, demeure une science évolutive ne pouvant reposer sur des règles d'uniformité puisqu'elle s'adresse à l'être humain dont une des définitions intemporelle est la singularité.

L'approche coopérative des soins ne pourra se dissocier de ce principe de profonde individualisation des parcours de soins.

#### **1-1- Historique des établissements de santé**

##### **1-1-1- Dans l'Antiquité**

Les premières structures de santé sont apparues en Egypte, à travers les maisons de la vie dans lesquelles les prêtres dispensaient des soins aux malades, et les maisons de la mort où les cadavres étaient embaumés de manière à laisser intact le corps pour permettre une existence dans une vie ultérieure.

Puis, en Grèce, sont apparus les asclépieions, placés sous le patronage d'Asklepios (Apollon = Dieu de la médecine), dont les plus célèbres étaient ceux de Kos (île natale d'Hippocrate), Epidore, Athènes.

Ils s'agissaient de constructions comprenant un temple dans lequel les médecins donnaient des consultations sous forme d'oracles. Les malades se reposaient à côté du temple sous de vastes portiques. Apollon était censé visiter les malades dans leur sommeil et les guérir. Les prêtres dispensaient une thérapeutique associant sacrifices, jeûnes, prières, cures de sommeil, tisanes, potions et remèdes.

A Rome, les premiers « hôpitaux » sont apparus au 1<sup>er</sup> siècle après JC, sous la forme d'infirmes réservées aux soldats de métier et aux esclaves appartenant aux riches propriétaires.

A Byzance, capitale de l'Empire Romain d'Orient (devenu Constantinople puis Istanbul), apparaît la première médecine d'assistance avec, dans chaque ville, la construction de xenodochions, destinés à recevoir les pèlerins, les voyageurs, les vieillards et les malades.

La médecine d'assistance prendra le pas sur la médecine de recherche, notamment au Moyen Age, où la réflexion scientifique s'efface devant les problèmes relatifs à la morale et à la religion.

### **1-1-2- Au Moyen Age**

A Byzance, le dispositif d'assistance et la structure hospitalière continuent de s'améliorer. Le grand Orphanotrope, nommé par l'Empereur, fait fonction de ministre de l'assistance et de la santé publique. L'armée dispose d'un corps médical qualifié, les institutions charitables, presque toujours gérées par des couvents, comportent des centres de soins.

Les infirmiers sont nombreux et compétents, l'hôpital du Monastère de Pantocrater fondé en 1112 par Jean II COMMENE, réunira 10 médecins, 8 assistants des deux sexes, 3 chirurgiens.

Dans les pays de l'Islam, le système hospitalier s'est calqué sur le modèle byzantin. A Bagdad, le sultan Haroun Al Raschid entama une politique de construction hospitalière avec huit réalisations, qui ont donné naissance à d'autres réalisations à la Mecque, à Damas, au Caire, à Médine...

Les bâtiments médicaux étaient adjacents à une mosquée et à une école, équivalent de l'église et du couvent en pays chrétien.

Les soins aux malades alternaient avec les cours aux étudiants.

En France, le premier hôpital construit fut celui de Lyon, en 512 par Chiledabert, fils de Clovis (site de l'actuel Hôtel Dieu de Lyon).

Le développement hospitalier n'a pas cessé jusqu'à l'heure actuelle.

### **1-2- Historique de la mission des hôpitaux**

L'évolution de la mission des hôpitaux n'a pas été linéaire avant d'aboutir à sa triple fonction actuelle : caritative-soins-enseignement.

Elle a, selon les époques, privilégiée telle ou telle fonction :

- La mission caritative a été la mission initiale des établissements chrétiens. Elle existait aussi en pays d'Islam. Elle était destinée à héberger les pauvres et les pèlerins, et éventuellement les soigner.
- La mission de soins est apparue au VI<sup>ème</sup>-VII<sup>ème</sup> siècle de notre ère. Il s'agissait de soins infirmiers, puis plus tardivement de soins médicaux et chirurgicaux. Ce mélange charité et soins coexistera jusqu'au milieu du XIX<sup>ème</sup> siècle. L'hôpital comme lieu de soins hautement compétent est une notion très moderne.
- La mission d'enseignement fût inaugurée surtout par les arabes (Al Magusi au X<sup>ème</sup> siècle). L'enseignement au lit du malade n'apparaîtra que tardivement en Europe, notamment en France avec la méthode anatomo-clinique de Laënnec (XIX<sup>ème</sup> siècle).
- Les missions moins avouables : certains hôpitaux vont se spécialiser dans un but à la fois de prévention et de maintien de l'ordre public. Ils auront la fonction d'isoler les indésirables, c'est à dire ceux dont l'état de santé correspond aux épidémies qui terrorisent les populations.

Ainsi, selon les périodes, sont apparues au Moyen Age les léproseries ou lazaret dans lesquels étaient isolés les lépreux, considérés comme des cadavres vivants, n'ayant aucun droit. Ces léproseries prendront ensuite un rôle d'isolement des maladies présumées contagieuses en les installant près des ports.

A la fin du Moyen Age au XV<sup>ème</sup> siècle, les malades mentaux sont reçus dans les hôpitaux, d'abord non spécialisés puis spécialisés.

Au XVI<sup>ème</sup> siècle apparaît la syphilis (grande vérole) appelée mal français par les italiens et mal italien par les français. Cette maladie contagieuse donnait lieu à un isolement.

Au XV<sup>ème</sup> siècle à Florence, au XVI<sup>ème</sup> siècle en France, sous l'influence de Saint Vincent de Paul sont créés des hôpitaux destinés aux enfants trouvés.

Au XVII<sup>ème</sup> siècle, sous l'initiative de Louis XIV, est créé l'hôpital général visant à incarcérer tous les ressortissants de la « cour des miracles ». Le régime à l'intérieur y est particulièrement sévère.

### **1-3- Historique du raisonnement médical**

Le concept de la maladie s'est développé d'abord sur un mode religieux avant de devenir laïque.

Dans la haute antiquité, la maladie est considérée comme une punition divine, les dieux sont responsables des maladies.

En Egypte, la maladie est considérée plus comme le résultat d'un envoûtement que d'une vengeance divine.

A la fin de l'antiquité apparaît une théorie monolithique qui considère que la maladie ne repose plus sur la volonté des dieux mais s'explique par un désordre unique.

Puis apparaît la théorie pluraliste affirmant que la maladie repose sur plusieurs causes.

Pour Hippocrate, les maladies résultent d'un déséquilibre entre le « tempérament » de l'individu (théorie des quatre humeurs : sang-phlegme-bile rousse-bile noire) et les « choses non naturelles » (facteurs extérieurs).

L'école anatomo-clinique au début du XIX<sup>ème</sup> siècle va, en attribuant une cause propre à chaque maladie, établir les bases de la nosologie encore employée aujourd'hui : la méthode consiste à confronter les symptômes constatés du vivant du malade aux données de l'autopsie (Laënnec).

On admet actuellement la théorie mixte, expliquant que certaines maladies sont dues à une réaction anormalement amplifiée de l'organisme vis à vis de certains agents déclenchant (l'allergie : découverte de l'anaphylaxie en 1902 « Richet et Porter », les maladies de système : maladies du collagène en 1930 « Pautier »).

Le raisonnement médical s'est construit en suivant les différents courants de pensée, en naissant du constat simple (Hippocrate), pour exploiter ensuite les ressources de l'expérimentation, la recherche de lésions spécifiques (Laënnec), puis des causes, de manière à formuler des hypothèses, que l'on cherche à démontrer par expérimentation animale pour en déduire des méthodologies.

## **1-4-La médecine au XVII<sup>ème</sup> siècle**

Le XVII<sup>ème</sup> siècle et surtout le XVIII<sup>ème</sup> siècle sont des périodes de transition entre la médecine médiévale et la médecine expérimentale. Certains esprits éclairés vont se détacher du traditionalisme pour faire émerger lentement la conception moderne, plus scientifique de la médecine.

Le raisonnement médical est sous l'influence de grands philosophes comme Bacon, Leibnitz, Descartes : conception dualiste : l'âme est pensante, et le corps obéit aux règles de la mécanique.

Les systèmes de pensées médicales, enrichis des découvertes de l'astronomie, de la mécanique des solides et des fluides, opposent les iatromécaniciens : l'homme est un assemblage de poulies, cordages, engrenages : la pathologie est le résultat d'un dérèglement mécanique et les iatrochimistes : tout est chimique, alternance de fermentations et d'effervescences au sein de l'organisme. Lutte entre l'acidité et l'alcalinité des humeurs.

Puis, ces deux systèmes se sont assemblés pour expliquer les maladies, faisant apparaître, avant la naissance de la nosologie, la première classification

des maladies aiguës et chroniques, en tenant compte de la tendance expérimentale en anatomie (Harvey décrit la circulation, Malpighi les capillaires pulmonaires...), et en embryologie (De Graaf décrit le fonctionnement des ovaires, Malpighi et Santorini décrivent le corps jaune et le rôle des spermatozoïdes dans la nidation...).

En parallèle de la connaissance de l'homme sain se développe la connaissance de l'homme malade.

L'examen clinique s'enrichit de l'interrogatoire et l'inspection avec l'examen du pouls sans le compter, l'examen de l'aspect des selles, des urines et du sang, pour développer la pratique clinique (regroupement des informations dans des ouvrages...).

Les premiers examens complémentaires apparaissent, on compte le pouls grâce à l'invention du chronomètre, la mesure de la température corporelle, la notion de diabète sucré selon que les urines ont un goût sucré ou ne l'ont pas...

La thérapeutique s'organise, tant sur le plan médical (l'usage du mercure dans la syphilis, le quinquina pour traiter les fièvres...), que chirurgicale (opération du buboncle « hernie étranglée » en 1650 par Gendry), que obstétricale (Louise Bourgeois « 1564-1644 » : premier enseignement aux sages femmes, invention du forceps par Chamberlein).

L'organisation des soins apparaît dans une grande inégalité de soins entre les villes et les campagnes, et de formation entre les médecins.

On distingue :

- Les médecins régents, les mieux formés et les médecins externes ou forains.
- Les maîtres chirurgiens et les chirurgiens externes. L'académie de chirurgie sera créée sous le règne de Louis XIV et séparera définitivement les barbiers des chirurgiens.
- Les sages femmes reçoivent également une formation très disparate. Les meilleures ont reçu une formation en deux ans, les autres sont autorisées à exercer en fonction de leur moralité, au vu d'un certificat délivré par le curé.
- Les soignants sont essentiellement des religieuses.

Les médecins les mieux formés exercent en ville. Les grands fléaux du XVIIème siècle sont représentés par la mortalité foeto-maternelle, la peste, la variole, la dysenterie, la rougeole, le paludisme, les maladies carencielles (le scorbut...).

## **1-5- La médecine au XVIII ème siècle**

Le XVIIIème siècle, surnommé à juste titre le « siècle des lumières » dans bien des domaines : celui de la pensée avec les philosophes (Diderot, Voltaire, Stahl, Brown, Boerhaave...), celui des sciences fondamentales avec l'émergence

de la chimie qui se distingue enfin de l'alchimie, celui de la médecine ou se prépare la « révolution anatomo-clinique ».

Les principales pathologies sont représentées par la mortalité infantile (50% de mortalité avant l'âge de 15 ans dont la moitié au cours de la première année de vie), les maladies carencielles (scorbut, pelagre), les maladies épidémiques (lèpre, peste, variole, typhus, dysenterie bacillaire, paludisme, typhoïde, diphtérie, coqueluche, rougeole).

La variole est la première maladie épidémique qui va bénéficier d'une prévention efficace ; qui deviendra le principal apport de la médecine du XVIIIème siècle. Son procédé sera appelé « inoculation » ou « variolisation » ; il sera diffusé et vulgarisé par Th .Tronchin, médecin de Voltaire, lequel rendra populaire ce procédé dans sa célèbre « lettre sur l'inoculation ».

A la fin du XVIIIème siècle, l'inoculation laissera sa place à la vaccination antivariolique qui sera abandonnée en 1979, date officielle du dernier cas de variole dans le monde. C'est le seul cas connu de disparition d'une maladie épidémique grâce à une vaccination systémique.

A la fin du règne de Louis XIV, une politique de santé se met en place, à travers le concept de prévention. La motivation en est d'avantage politique qu'humanitaire : la France, première nation européenne, doit rester forte, et pour cela ses sujets doivent être en bonne santé.

Cette préoccupation va se traduire par différentes mesures :

- La prévention des noyades : installation des postes de secours équipés le long des grandes voies navigables.
- Lutte contre la variole.
- Organisation des secours aux civils en cas de catastrophe naturelle.
- La formation des médecins : fondation de l'académie royale de chirurgie en 1731, décret créant trois écoles de santé à Paris, Strasbourg et Montpellier en 1794, décret intégrant les écoles de santé dans la nouvelle université en 1797.

## **1-6- La médecine au XIX ème et XX ème siècles**

Le XIXème siècle a été marqué par l'essor du mouvement mutualiste. Vers la fin de ce siècle, la contrainte économique du système de santé à fait évoluer la relation interpersonnelle médecin-malade vers une mise en place progressive d'une solidarité institutionnelle, qui répondait à deux objectifs forts : permettre à la population un accès aux soins et l'instauration d'une mutualisation des risques.

Les sociétés de secours mutuelles étaient au nombre de 13 000 en 1900 et comptaient 2,5 millions d'adhérents. En 1940, la mutualité revendiquait près de 10 millions d'adhérents.

Entre-temps avait été votée la loi sur les assurances sociales (1930), qui marque l'émergence de la protection sociale. Elle instaurait un régime de protection obligatoire pour les salariés de l'industrie et du commerce. Ce régime concernait cinq domaines : maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès.

## **1-7- Les trente glorieuses (1945-1975)**

### **1-7-1- La période faste**

Sur le plan socio-politique, on insiste sur la reconstruction du pays, sur les valeurs de solidarité avec la présence des forces syndicales.

Sur le plan économique, débute une ère d'augmentation continue de l'emploi, de la croissance, d'élévation du pouvoir d'achat.

Sur le plan sanitaire, l'espérance de vie est alors de 67 ans, les problèmes essentiels concernent la mortalité infantile, les maladies infectieuses et cardio-vasculaires.

La densité médicale est faible (31 000 médecins en France en 1945), l'offre hospitalière est peu développée.

Dans ce contexte se met en place le système d'assurance maladie, non universel, de type assurantiel, relevant d'une gestion paritaire et respectant la liberté d'installation, de prescription et de choix du médecin par le malade.

Bénéficiant de la croissance économique, toutes les catégories d'acteurs du système de soins (les pouvoirs publics, les professionnels de santé, les organismes de Sécurité Sociale, les patients), voient leurs intérêts converger.

La Sécurité Sociale, grâce à l'élargissement progressif de la couverture sociale, peut financer toutes les dépenses qui lui sont présentées pour remboursement.

Le système de santé ne cesse de s'améliorer, les hôpitaux se modernisent, les revenus des professionnels de santé s'élèvent fortement, les assurés-malades se soignent davantage tout en étant mieux couverts socialement.

C'est l'époque où l'on peut tout à la fois augmenter le nombre de voitures, de téléviseurs, de produits électroménagers, de professeurs, de médecins, de logements, d'autoroutes, de lits hospitaliers... sans être confronté à des arbitrages budgétaires délicats.

Chacun obtient, en gros, ce qu'il souhaite...

## 1-7-2- L'apparition des contraintes

Cette période s'achève avec le retour en force des contraintes à la fin des années 1970.

D'autres fonctions collectives pèsent sur l'Etat à côté de la santé : l'éducation, l'emploi avec l'arrivée du chômage, les problèmes sociaux liés à l'urbanisation et à l'éclatement des familles.

Les problèmes sanitaires se sont déplacés avec la diminution des maladies infectieuses (hormis le SIDA) et la croissance des maladies chroniques.

Le système de soins a connu une telle croissance que l'on commence à évoquer une offre globalement excédentaire.

Désormais, les intérêts des divers acteurs ne coïncident plus. L'Etat craint les conséquences d'une élévation des cotisations sociales qui affaiblirait la compétitivité du pays, les professionnels de santé, devenus nombreux et diversifiés, voient leurs intérêts diverger pour garder leur patientèle et donc leurs revenus (médecins généralistes versus médecins spécialistes, médecine ambulatoire versus médecine hospitalière, hôpital public versus cliniques privées).

La Sécurité Sociale est hantée par le déficit, incapable d'ajuster les recettes aux dépenses.

Les patients (assurés-malades) tentent de s'opposer à toute réduction de leur couverture sociale tout en revendiquant un accès aux soins de plus en plus coûteux.

Cette période engendre des divisions et des oppositions de points de vue, voire des affrontements face à des antagonismes opposant les soins... aux coûts (l'éthique... à l'économie, les soignants... aux gestionnaires, le droit à la santé... au coût de la santé), la médecine clinique... à la santé publique, l'individuel... au collectif, la morale de conviction... à la morale de responsabilité.

Au milieu des années 1970, la plupart des pays développés ont mis en œuvre des mesures tendant à limiter le taux de croissance des dépenses de santé.

En France, à partir de 1975, plusieurs plans se sont succédés dans l'objectif de maîtriser les dépenses de santé, en agissant sur la régulation de l'offre (carte sanitaire, numérisation), sur la modération des prix (faible revalorisation des lettres-clés, budget global), et sur la responsabilisation des usagers (ticket modérateur, forfait hospitalier).

## **2- La Sécurité Sociale**

La Sécurité Sociale est née officiellement avec l'ordonnance du 4 octobre 1945. Son organisation a d'abord concerné les ouvriers et leurs familles et son principe de généralisation à l'ensemble de la population a été mis en place par étapes successives. En effet, l'assurance maladie obligatoire a été étendue aux exploitants agricoles en 1961 et aux travailleurs indépendants non agricoles en 1966.

### **2-1- Instauration d'un régime universel**

L'instauration du régime universel, voté en 1974, comprenait la création d'un système d'assurance personnelle pour les personnes n'entrant dans aucune des catégories de population déjà couvertes.

Pour obtenir cette assurance, elles devaient acquitter une cotisation ou, si leurs ressources étaient insuffisantes, demander son financement par les collectivités locales départementales.

L'objectif de créer un régime unique, garantissant des droits uniformes pour tous, n'a pu être atteint du fait de l'opposition de certaines catégories socio-professionnelles, déjà protégées par des systèmes plus favorables, et qui ont obtenu de garder leurs régimes spécifiques, existant encore aujourd'hui (fonctionnaires, marins, mineurs, employés des chemins de fer, Banque de France...).

Néanmoins, trois grands régimes dominant : 95 % de la population est couverte par le régime général de Sécurité Sociale, dont bénéficient les salariés du commerce et de l'industrie, le régime des agriculteurs et le régime des travailleurs indépendants non agricoles.

Le dispositif de protection contre le risque maladie a été, dans les années 1980, confronté à la montée du chômage, car le fondement professionnel de l'affiliation conduisait à priver les chômeurs du droit à l'assurance obligatoire. Ainsi est apparue une réforme très importante créant la couverture médicale universelle (CMU), votée en juin 1999 et entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2000.

Cette loi instaure une généralisation effective de la couverture maladie. Elle déplace l'équilibre du système d'assurance maladie d'un système professionnel vers un système universel.

La loi JUPPE de 1996 avait engagée cette évolution avec une modification dans le mode de financement de l'assurance maladie, en substituant à une partie des cotisations sociales assises sur les salaires une cotisation sur l'ensemble des revenus, ayant plutôt les caractéristiques d'un impôt (CSG), et par l'intervention du parlement dans la gestion du système en fixant des objectifs sanitaires et financiers.

La loi sur la CMU comporte un deuxième volet qui constitue également une évolution majeure dans le système de protection social français : outre l'affiliation à un régime obligatoire, les personnes possédant des revenus inférieurs à un seuil fixé ont droit à une couverture complémentaire.

## **2-2- La gestion de la Sécurité Sociale : le partage des compétences entre les caisses et l'Etat**

Les caisses d'assurance maladie n'ont jamais vraiment eu les responsabilités de gestion, leur équilibre financier relève du gouvernement.

Le régime général de la Sécurité Sociale créé en 1945 se référait à l'idée de démocratie sociale. Il était constitué d'un réseau de caisses ayant à leur tête des conseils d'administration élus, dans lesquels siégeaient des représentants des salariés et des employeurs.

En 1967 une première réforme importante opère une séparation en quatre branches : assurance maladie, assurance vieillesse, prestations familiales, accidents du travail et maladies professionnelles.

D'autre part, les membres du conseil d'administration ne seraient plus élus mais nommés par les organisations syndicales, en respectant la parité employeurs et salariés, donnant ainsi plus de pouvoir aux employeurs.

La répartition des compétences entre l'Etat et l'assurance maladie resta toujours problématique, la bonne entente repose sur un partage par secteur : à l'Etat la politique de l'hospitalisation publique et du médicament, aux caisses d'assurance maladie la régulation de la médecine libérale (incluant les cliniques privées à but lucratif) sur les bases d'accords négociés. Quant aux décisions relatives au financement des caisses, elles relèvent de l'Etat.

Cet équilibre a progressivement basculé au profit d'une intervention de l'Etat, notamment depuis que la politique de maîtrise des dépenses de santé est à l'ordre du jour. Nous aborderons plus loin la réforme actuelle de notre système de santé et ses ambitions, notamment sur la médecine libérale.

Le 31 juillet 1997, une réforme de la Sécurité Sociale sous l'impulsion de Nicolas SARKOZY a créé la cinquième branche de l'assurance maladie : dépendance-handicap.

## **2-3- La naissance des conventions**

En 1945, les syndicats médicaux défendaient les principes fondamentaux de l'exercice libéral de la médecine, celui de l'accord direct avec le patient sur les tarifs pratiqués, tandis que l'assurance maladie souhaitait négocier ces tarifs.

Les médecins appliquaient leurs propres tarifs et les caisses remboursaient les soins sur la base des tarifs dits « d'autorité », très inférieurs aux tarifs pratiqués.

Face à ce conflit, en 1960, le gouvernement a mis en place une convention qui plafonnait les tarifs en encadrant les conditions de leur dépassement. Les médecins pouvaient adhérer individuellement à cette convention.

En 1971, le conventionnement des médecins devint national. En échange de ce conventionnement, la confédération des syndicats médicaux français obtint des avantages sociaux et fiscaux pour les médecins et la réaffirmation dans la convention des principes de l'exercice libéral de la médecine : libre choix du médecin, liberté de prescription, secret professionnel, paiement direct des honoraires par le patient.

Diverses conventions nationales se sont succédées dans le souci croissant de mieux maîtriser les dépenses de santé :

- L'instauration d'un deuxième secteur conventionnel, dans lequel les praticiens sont autorisés à dépasser les tarifs négociés, ces dépassements n'étant pas remboursés par l'assurance maladie, en contre partie, les praticiens du « secteur 2 » perdent des avantages fiscaux et sociaux.
- L'encadrement de la liberté de prescription par la définition de « références médicales opposables » que les médecins sont tenus de respecter dans le cadre des consultations de ville, sous peine de sanctions.

A partir de 1970, une politique de régulation de l'offre de soins est apparue, à travers le numérus clausus et la carte sanitaire qui, jusqu'en 2003, fixait des « indices de besoin » pour les installations de lits hospitaliers et de certains équipements.

Mais cet indice ne considérait que la fonction hébergement et non l'aspect qualitatif qui intègre la dynamique des progrès techniques se traduisant par une plus grande densité de personnel et d'équipement par lit.

La convention de 1971 a proposé une régulation des comportements par l'analyse individuelle de l'activité des médecins libéraux, grâce à des profils statistiques. Cela permettait de repérer certains comportements extrêmes, mais n'agissait aucunement sur l'évolution d'ensemble des comportements.

Le développement plus récent de l'évaluation médicale a permis de privilégier une approche plus qualitative avec l'élaboration de référentiels de pratique.

Cette maîtrise comptable a été à l'origine de nombreuses réactions d'opposition et de division entre les syndicats médicaux. Depuis 2002, les relations entre le corps médical, le gouvernement et les caisses d'assurance maladie semblent favoriser une reprise du dialogue, pour aboutir à des accords notamment sur le dernier projet de convention de juillet 2011 (revalorisation de la pratique clinique à travers les consultations longues, le paiement à la performance...).

## II- La promotion de la santé

Le rôle de la nation, d'après le préambule de la constitution de 1946, est de veiller à la « protection de la santé » des citoyens qui ont le droit à des soins de proximité de qualité quels que soient leurs revenus, leur lieu d'habitation et leur niveau d'information.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), à travers la charte d'Ottawa du 21 novembre 1986 sur la promotion de la santé, a amendé et complété l'approche de 1946 en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la « santé pour tous ».

### 1- Définitions

#### **1-1- La santé (extrait de Alain Colvez, François Grémy, Conception et définition de la santé : leurs implications politiques)**

Sa définition a évolué dans le temps, d'abord objective et simpliste, limitée au constat individuel de l'absence de maladie diagnostiquée par les professionnels de santé.

Elle a fait apparaître ensuite une dimension subjective « d'état de complet bien-être physique, mental et social, et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité ».

Une troisième approche, selon Dubos, a introduit la notion de durée et le caractère fonctionnel de la santé : « état physique et mental, relativement exempt de gêne et de souffrance, qui permet à l'individu de fonctionner aussi efficacement et aussi longtemps que possible dans le milieu où le hasard ou le choix l'ont placé ».

L'OMS, en 1986 à Ottawa, la définit comme une ressource de la vie quotidienne dont dispose l'être humain, conditionnant les autres ressources de l'homme (l'intelligence, la culture, l'aisance financière, la reconnaissance par autrui...), apparaissant comme une richesse qu'il faut entretenir ou restaurer, et qui donne à la personne « le pouvoir d'identifier et de réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu et s'y adapter », reprenant la dimension de bien-être social de 1946, sur la capacité qu'a la personne de s'adapter à son milieu, dans ce qu'elle en perçoit (assistance matérielle, respect, reconnaissance), mais également dans ce qu'elle peut lui donner (capacité de négocier et modifier le milieu).

La santé offre ainsi l'épanouissement de la personne, qui lui donne la capacité de tenir ses rôles fondamentaux dans les groupes sociaux auxquels elle appartient.

Plusieurs facteurs, appelés les déterminants de la santé, interviennent au détriment ou en faveur de la santé. Ils ne relèvent pas que du secteur sanitaire et font interagir des valeurs politiques, économiques, socio-culturelles, environnementales, comportementales et biologiques.

Certains échappent au contrôle direct des personnes concernées. Nous pouvons ainsi en citer quelques uns comme le revenu et le statut social (plus les écarts sont grands entre les personnes riches et les personnes pauvres, plus les différences sont importantes sur le plan de la santé), les réseaux de soutien socio-familiaux (les familles aidantes vis à vis de leurs proches atteints de maladies chroniques), l'emploi et les conditions de travail (le chômage fragilise la santé), l'environnement (l'air, l'eau, les maisons, les routes...), génétique, critères et habitudes personnelles (obésité...), le développement sain de l'enfant, les services de santé (accès aux soins...), le sexe (ratio homme femme vis à vis de certaines pathologies, conditions dont la société traite les hommes et les femmes), la culture (coutumes, tradition, croyances...).

## **1-2- La promotion de la santé**

### **1-2-1- Définition**

La promotion de la santé (charte d'Ottawa 21 novembre 1986) est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci.

Elle vise l'égalité en matière de santé. Ses interventions ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé, et d'offrir à tous les individus les mêmes ressources et possibilités pour réaliser pleinement leur potentiel santé.

Elle met en valeur les pays qui l'appliquent et démontrent ainsi leur capacité d'assurer les conditions préalables à la santé : la paix, un abri, de la nourriture et un revenu.

### **1-2-2- Mise en œuvre de la promotion de la santé**

La promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire. Elle met en œuvre diverses stratégies pour dépasser le concept statique, étroit et restrictif d' « état » et viser le bien-être.

#### **1-2-2-1- Application d'une politique publique saine**

La promotion de la santé va bien au-delà des soins. Elle éclaire et responsabilise les politiques sur les conséquences de leurs décisions sur la

santé. Il s'agit de législation, de mesures fiscales et sociales avec des changements organisationnels conduisant à la santé, une plus forte égalité, offrant ainsi des biens et des services de santé plus sains.

#### **1-2-2-2- Création de milieux favorables**

La promotion de la santé, dans son approche socio-écologique, attire l'attention sur la conservation des ressources naturelles en tant que responsabilité mondiale ; elle favorise une organisation du travail et des loisirs engendrant des conditions de vie et de travail plus sûres.

#### **1-2-2-3- Actions communautaires et d'éducation pour la santé**

La promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la population à des priorités de santé publique « être acteur de sa santé ». Cela exige l'accès illimité et permanent aux informations sur la santé.

Elle soutient le développement individuel et social en assurant l'éducation pour la santé et en améliorant les aptitudes indispensables à la vie.

#### **1-2-2-4- Réorganisation du système de santé**

Les groupes de population, les professionnels de santé, les institutions offrant des services et les gouvernements doivent œuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant les intérêts de la santé.

La réorientation des services de santé exige une attention accrue à l'égard de la recherche sanitaire, ainsi que des changements dans l'éducation et la formation professionnelle. Ceci doit mener à un changement d'attitude et d'organisation au sein des services de santé, recentrés sur l'ensemble des besoins de l'individu perçu globalement.

### **III- Evolution constante de notre système de soins**

#### **1- Les dépenses de santé**

##### **1-1- L'évolution des dépenses de santé**

La montée en charge de notre système de soins peut se découper schématiquement en trois périodes de trente ans, les trente glorieuses (1945-1975) que l'on peut considérer comme étant le premier cycle, puis trois grandes réformes, qui se sont succédées pour adapter le système de santé aux

contraintes nouvelles, témoignant de l'intervention de l'Etat dans le budget de la santé à des fins de maîtrise des dépenses.

Le plan JUPPE en 1996 puis le plan MATTEI en 2003 qui ont marqué le deuxième cycle de notre système de santé actuel puis la réforme BACHELOT de 2009, laquelle ouvre véritablement un nouveau cycle en portant ses ambitions sur tous les secteurs de notre système de soins (hôpital public, privé, ambulatoire et médico-social).

Dans les accords de la constitution de 1946, nous l'avons abordé, le budget de la santé était négocié entre les partenaires sociaux uniquement.

Jusqu'en 1970, le coût de la santé ne posait pas de problème car l'évolution des dépenses de santé suivait la croissance du produit intérieur brut (PIB). Depuis 1970, et, aggravé par la crise de 1974, l'écart grandit entre l'accroissement des dépenses de santé et celui du PIB.

En 1960, les dépenses de santé s'élevaient à 1,83 milliards d'euros, et ne représentait alors que 4,2% du PIB. Actuellement, elles ont atteint environ 234 milliards d'euros et représentent 12% du PIB.

L'intervention de l'Etat s'est organisée face à l'augmentation de la dette sociale qui regroupe l'augmentation des dépenses de santé mais également celle découlant des ressources allouées à la santé (augmentation des médecins, des technologies et de la consommation des services et biens de la santé). La dette sociale, associée aux déficits budgétaires de l'Etat et des collectivités territoriales, composent la dette publique qui rejoint et dépasse actuellement le PIB.

Dans l'espoir de maîtriser les dépenses de santé, et d'acquérir une meilleure transparence dans l'arbitrage des masses budgétaires de l'Etat, en 1996, sous la gouvernance du ministre A. Juppe, est apparue une grande réforme de financement, à travers le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFS), qui est débattu en octobre au parlement, pour aboutir à la loi de financement de la sécurité sociale, promulguée en décembre (LFSS).

Cette loi fixe l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM), qui concerne les dépenses remboursées par l'ensemble des régimes d'assurance maladie.

En 2010, le gouvernement a proposé un découpage de l'ONDAM en trois secteurs :

- Ambulatoire : 75,2 Md €
- Hôpitaux publics et privés : 71,2 Md €
- Médico-social : 15 Md €

La réforme de 96 a été remplacée par le plan Mattéï en 2003-2007, qui a maintenu le PLFS, la LFSS et l'ONDAM.

La réforme Mattéi a engendré une rupture sur le financement du budget des hôpitaux. La dotation globale a laissé place à la tarification à l'activité (T2A), qui propose une nomenclature des actes ; laquelle tient compte des différents actes, selon les difficultés d'intervention, de leur durée et du niveau de connaissance nécessaire du professionnel de santé, du stress...

Le financement de la sécurité sociale à travers l'ONDAM, et notamment des établissements de santé à travers la T2A, se calcule en tenant compte des dépenses de l'année précédente et des prévisions des dépenses à venir (état des prévisions des recettes et des dépenses : EPRD).

La réforme de 2009 portée par madame la ministre R. Bachelot, conserve le même plan de financement.

## **1-2- Les Dépenses courantes de santé « DCS » (annexe 5)**

La France occupe le 11<sup>ème</sup> rang des pays de l'OCDE vis à vis des dépenses de santé par habitant, avec un budget d'environ 2800€ par an par habitant.

Les DCS représentent en 2011 environ 234 Md€ (12% du PIB).

Elles regroupent les dépenses pour les malades (≈201 Md€), les dépenses pour la prévention (≈6 Md€), les dépenses en faveur du système de soins (≈11 Md€), et le coût de gestion de la santé (≈15,2 Md€).

Les dépenses pour les malades regroupent la Consommation de Soins et de Biens Médicaux « CSBM » (≈175 Md€ = 9,2% PIB), les indemnités journalières (≈11,3 Md€), et les soins de longue durée (≈15 Md€).

La CSBM représente environ les  $\frac{3}{4}$  du budget des DCS. Elle concerne les dépenses liées au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé. En sont exclues les dépenses liées aux personnes âgées et handicapées.

Les mesures économiques, notamment sur la baisse des prix du médicament, permettent de maintenir une croissance de la CSBM autour des 2% (2,3% en 2010 pour 3,2% en 2009).

La CSBM regroupe respectivement :

- les soins hospitaliers (≈46% CSBM = 75 Md€).
- les soins de ville ou ambulatoires (≈25% CSBM = 45 Md€), répartis entre les médecins (≈20 Md€), les dentistes (≈10 Md€), les laboratoires (≈5 Md€), les auxiliaires médicaux (≈10 Md€), le thermalisme (≈0,5 Md€).
- les transports sanitaires (≈4 Md€).
- les médicaments (≈35 Md€).
- les autres biens médicaux (≈12 Md€), concernant l'optique, la prothèse, le petit matériel et pansements.

Les trois ressources de financement de la CSBM proviennent de la sécurité sociale à hauteur de 76%, les autres assurances (mutuelles, sociétés d'assurance et institutions de prévoyance) à hauteur de 14%, et les ménages à travers « le reste à charge », hors Affections Longue Durée, à hauteur de 10% (le reste à charge a augmenté sous le poids des diverses mesures économiques dont le 1€ forfaitaire, la diminution du taux de remboursement pour les consultations hors parcours coordonné, la franchise sur les médicaments, la restriction sur les actes d'auxiliaires médicaux et les transports sanitaires...).

Les indemnités journalières « IJ » regroupent les IJ maladie (≈6,2 Md€), les IJ maternité (≈2,7 Md€), et les IJ Accident du Travail (≈2,4 Md€).

Les soins longue durée regroupent les soins aux personnes âgées et handicapées (≈7,4 Md€) et les suites de soins à domicile « SSAD » (≈7,6 Md€).

Les maladies chroniques concernent environ 15 millions de personnes, 10 million d'affections longue durée « ALD 30 » ont été déclarées en 2011.

Les dépenses pour la prévention regroupent la prévention individuelle et la prévention collective.

La prévention individuelle concerne :

- La lutte contre les épidémies (les problèmes liés à l'alcool, le SIDA, la toxicomanie à la charge de l'Etat, et la prise en charge des vaccins, du cancer, la tuberculose et le planning familial à la charge des collectivités locales).
- La médecine du travail.
- La santé scolaire.
- La PMI.

La prévention collective et du contrôle sanitaire prend en charge le contrôle des eaux et les campagnes d'information et d'éducation à la santé, ainsi que les dépenses non individualisables de nature comportementale (lutte contre l'alcool, le tabac, les drogues, les vaccins et le dépistage), et environnementale (lutte contre la pollution, veille et alerte sanitaire, hygiène du milieu et prévention des accidents du travail).

Les dépenses en faveur du système de soins regroupent :

- Les subventions (≈2 Md€) à travers la prise en charge par la sécurité sociale d'une partie des cotisations des professionnels de santé, et la dotation au Fonds d'Intervention à la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), et de l'aide à la télétransmission.
- La formation des professionnels de santé (≈1,3 Md€) médicaux et paramédicaux (Enseignement supérieur, école d'infirmières et d'auxiliaires médicaux...).
- La recherche médicale et pharmaceutique (≈7,5 Md€) de différents organismes (Inserm, institut Pasteur, Curie, CNRS, industrie pharmaceutique, hôpitaux publics...).

Les coûts de gestion du système de santé représentent l'ensemble des coûts des organismes qui interviennent dans le domaine de la santé. Ils comprennent les frais de gestion des différents régimes de Sécurité Sociale (y compris les contributions versées aux ARS), des divers organismes complémentaires (mutuelles, assurances et institutions de prévoyance), du Fonds CMU, ainsi que le budget de fonctionnement du ministère chargé de la santé et les financements publics affectés au fonctionnement des opérateurs publics pilotant le système de santé (HAS, ATIH, CNG, ANAP...).

## 2- Le pilotage du système de soins

Depuis 1996, face aux constats du système de santé autour de l'offre de soins, de l'accès aux soins, de l'exigence sur la qualité et la sécurité des soins, des dépenses de santé, du vieillissement de la population, de la démographie médicale (numerus clausus), des directives européennes (réduction du temps de travail, repos compensateur après une garde de nuit...), des problèmes de santé publique (tabac, alcool, mal-bouffe...), un pilotage national s'est organisé en définissant la stratégie de la politique nationale de santé, s'appuyant sur un pilotage régional centré sur l'opérationnel qui décline, au niveau régional, la politique nationale en fonction de la spécificité de la région.

Les spécificités sont liées à la population (variation de l'état de santé des patients d'une région à une autre, proportion de personnes âgées, problèmes de santé liés à l'environnement...), et à l'offre de soins (démographie médicale, présence d'établissements de santé...).

### 2-1- Pilotage national

**Les institutions nationales** définissant l'administration de santé sont représentées schématiquement par :

- La Direction Générale de l'Offre de Soins (**DGOS**), qui remplace la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (**DHOS**) depuis 2010.

Elle pilote l'offre de soins du secteur hospitalier public et privé, du secteur ambulatoire et du secteur médico-social.

- La Direction Générale de la Santé (**DGS**), pilote les objectifs de santé publique (prévention, risques, accès aux soins...), les plans de santé aux différents âges de la vie (santé mentale, addiction, prévention des maladies chroniques, lutte contre la douleur, accompagnement de fin de vie...), et la politique des droits et respects des malades (éthique et bioéthique, agence du médicament, risques infectieux, vaccinal...).

- La Direction de la Sécurité Sociale (**DSS**), interministérielle (Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité, Ministère du Budget, des Comptes Publics et de la réforme de l'Etat, Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale).

Elle assure la tutelle des organismes de sécurité sociale (régime général, régime des professions indépendantes autres qu'agricoles, régimes spéciaux). Elle participe aux réformes de l'assurance maladie et des retraites, pilote le PLFS et prépare les rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale.

- La Conférence Nationale de Santé (**CNS**), organisme consultatif rattaché au Ministère de la Santé, participant à la réflexion de l'amélioration du système de santé.

- Le Comité National d'Organisation Sanitaire et Social (**CNOSS**), donne son avis pour arrêter la carte sanitaire ainsi que le schéma d'organisation sanitaire et social (SROSS).

- Le Centre National de Gestion (**CNG**), participe aux carrières et compétences des praticiens hospitaliers, aux systèmes d'information partagée, organise les élections professionnelles et les concours nationaux.

La DGOS garde la main sur le stratégique et le CNG gère l'opérationnel.

**Les structures d'expertise et autorités indépendantes** placées auprès de l'administration :

- Le Haut Comité de la Santé Publique (**HCSP**), créé en 1991, placé auprès du ministre chargé de la santé. Il apporte des éléments d'orientation et d'aide à la décision sur des problèmes de santé publique ou d'organisation des soins. Il établit régulièrement les bilans de l'état de santé de la population, des analyses globales et prospectives sur des problèmes de santé publique, contribue à la définition des objectifs de santé publique et fait des propositions pour le renforcement des actions de prévention. Il établit, depuis 1996, un rapport annuel adressé à la CNS et au parlement.

- En matière de sécurité sanitaire, veille et alerte, un dispositif est en place avec deux agences chargées respectivement de la sécurité sanitaire des produits de santé (**AFSSAPS**) et des produits alimentaires (**AFSSA**) et un institut de veille sanitaire.

En 2001, l'agence française de sécurité sanitaire environnementale (**AFSSE**) a complété ce dispositif.

- L'**ANAES** créé en 1996 devenue la **HAS**, élabore et diffuse les recommandations des pratiques cliniques, favorise le développement de l'audit clinique (hôpital et ville) en élaborant des guides, certifie les établissements de santé publics et privés, donne un avis sur l'opportunité de la prise en charge financière des actes médicaux.

- Le comité économique des produits de santé (**CEPS**), interministériel, fixe le prix des médicaments et des dispositifs médicaux, suit l'évolution des dépenses de médicament par rapport aux objectifs prévisionnels.

**Les caisses d'assurance maladie :**

La population est couverte, selon son statut professionnel par :

- Le régime général des travailleurs salariés du commerce et de l'industrie, qui couvre également les bénéficiaires de la CMU.
- Les régimes agricoles.
- Les régimes des professions indépendantes non agricoles.
- Les régimes spéciaux qui se sont maintenus après 1945 pour certaines catégories (mines, marins...), certains de ces régimes étant gérés par la régime général (fonctionnaires, étudiants).

Chacun des trois grands régimes compte une caisse nationale et des structures locales (régionales incluses dans les ARS et les CPAM en charge d'affilier les assurés et de rembourser les soins).

**Les collectivités territoriales**, bien que situées au niveau départemental :

Un certain nombre de services sanitaires et sociaux relèvent des collectivités élues au niveau départemental, les conseils généraux :

- Des établissements et services pour personnes âgées et handicapées.
- Le financement des dépenses d'hébergement des personnes âgées et handicapées dans ces établissements en cas d'insuffisance de ressources, mais aussi le financement d'aide à domicile.
- La protection de l'enfance, avec notamment la gestion des centres de PMI.
- La prévention sanitaire de certaines maladies : tuberculose, maladies sexuellement transmissibles, cancers.

## **2-2- Pilotage régional**

### **2-2-1- Les Agences Régionales de Santé (ARS)**

En 2009, nommées par le Conseil des ministres, ont été créés les ARS dans chacune de nos régions.

#### **2-2-1-1- Pilotage**

Les ARS offrent un pilotage unifié (c'est à dire une ARS avec plusieurs missions), permettant de mieux adapter les politiques de santé aux spécificités territoriales (meilleure réponse aux besoins) et d'améliorer l'efficacité du système de santé (meilleure maîtrise de la dépense sans altérer la qualité des soins).

« Améliorer l'efficacité » se définit par une meilleure utilisation financière des moyens de l'assurance maladie (héritage de la libération), une amélioration de la qualité des soins et des conditions de travail pour les professionnels de santé.

Les ARS sont pilotées par un Conseil National qui réunit les ministres compétents dans le champ de la santé, le DG de l'Assurance Maladie, le directeur de la Caisse Nationale de la Solidarité et de l'Autonomie, les directeurs d'administrations centrales dans le champ de la santé.

Ce Conseil National permet aux ministres de mettre en place la politique nationale de santé et les objectifs pour les ARS.

### **2-2-1-2- Composition**

L'ARS est un établissement public administratif, elle rassemble l'URCAM, reprend une partie des effectifs de la CRAM, les services d'Etat régional et départemental (DRASS, DDASS) et l'ARH.

Elle est dirigée par un directeur général (après le Président et le ministre).

### **2-2-1-3- Missions**

Trois missions essentielles autour de l'offre de soins (ville et hôpital), de thématiques de santé publique (veille et sécurité sanitaire, crises sanitaires, prévention et promotion de la santé), et le champ médico-social.

Ces missions fixent quatre objectifs essentiellement : réduire les inégalités territoriales, améliorer l'accès aux soins selon les besoins, améliorer la coordination des parcours de soins, notamment entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, et améliorer l'efficacité.

L'ARS organise les conférences de territoire (en général, un territoire pour un département) et fixe le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Social (SROSS).

Le SROSS n'est pas opposable, c'est à dire qu'il ne s'impose pas actuellement aux libéraux qui conservent donc leur liberté d'installation.

L'ARS s'appuie sur la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA), qui définit le Projet Régional de Santé (PRS).

Cette CRSA rassemble toutes les catégories (professionnels de santé, gestionnaires d'établissement, élus, associations, usagers, instances ordinales...).

Elle est composée par une commission permanente (gestion du bureau), trois commissions spécialisées dans les domaines de la prévention, l'offre de soins pour l'ambulatoire et l'hôpital public et privé, et l'offre médico-sociale.

Ces trois commissions spécialisées définissent le PRS qui détermine trois SROSS (prévention, offre de soins, médico-social).

Enfin, une commission sur les droits des usagers du système de santé.

Le PRS possède trois volets : un plan stratégique régional, selon les objectifs prioritaires conformes aux objectifs nationaux, les trois SROSS, et les programmes qui traitent des modalités opérationnelles, notamment les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et les contrats d'amélioration des pratiques.

Le CPOM établi entre l'ARS et les établissements de santé ou les professionnels de santé, peut se réaliser sur plusieurs champs stratégiques, autour des missions de soins, de l'offre de soins, de l'accès des soins, la sécurité et l'amélioration des risques, l'efficacité et la rigueur de gestion des établissements et des cabinets.

L'ARS organise la Communauté Hospitalière de Territoire (loi HPST) dans le but d'améliorer la cohérence hospitalière, tant sur le plan géographique que médical (mutualisation de services entre divers hôpitaux), et d'autoriser des accords opérationnels entre les hôpitaux et les établissements privés ou participants aux services public/hospitalier (autour de la permanence des soins, de la prévention...).

L'interface entre l'ARS et les ministères est le Secrétaire Général des ministères en charge des affaires sociales. L'interface entre l'ARS et les professionnels de santé est l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS).

L'URPS est une fédération de professionnels (médecins, pharmaciens, infirmiers...), symbolique de la coordination des soins. Elle est l'interlocuteur principal de l'ARS face à l'organisation des soins de premier recours et a des missions autour de la permanence des soins, le DPC (FMC + EPP) et la démographie médicale.

### **3- Aspects de la loi Hôpital Patients Santé Territoires (loi HPST du 21 juillet 2009)**

La loi HPST, du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, a prolongé le plan Mattéi de 2003, lequel avait prolongé le plan Juppe de 1996, dans le but d'adapter notre système de santé aux contraintes nouvelles de la société.

Elle est très ambitieuse, ouvre un nouveau cycle de santé pour plusieurs années, élargit le pilotage de l'offre de soins de l'hôpital à l'ambulatoire et au médico-social.

Elle ne trouvera de réponses favorables dans le secteur libéral, qu'à travers la rencontre d'initiatives de professionnels de santé du terrain.

Elle comporte de nombreuses dispositions ayant une influence sur les professionnels de santé.

Elle pose les bases de l'éducation thérapeutique du patient et conduit donc à s'interroger sur les moyens humains et les organisations nécessaires pour y répondre.

Elle vise à faire évoluer les modalités d'exercice et de rémunération, et, dans son article 51, rénove le cadre des coopérations entre les professionnels de santé, notamment en modifiant le partage des rôles et les modalités d'exercice.

Les incidences de cet article sont fortes sur les ressources humaines en santé. Une nouvelle répartition des tâches engendre une évolution des contours des métiers à partir de nouvelles compétences dont les formations et qualifications doivent être revisitées.

### **3-1- Constats du système de soins en 2009**

Un des meilleurs système de soins au monde, fragilisé dans sa pérennité car peu efficient.

#### **3-1-1- Les dépenses de santé**

L'augmentation des dépenses engendrée par l'émergence des pathologies liées au vieillissement de la population, la dépendance, le développement des maladies chroniques, les enjeux de santé publique actuels (tabac, OH, malbouffe), pousse notre politique de santé à relever le défi de la modernisation de notre système de santé.

#### **3-1-2- L'offre et l'accès aux soins**

L'état de l'hôpital avec les inégalités de charge dans les soins, dans l'enseignement, dans les modes de prise en charge, dans les statuts, les inégalités d'accès aux soins sur le territoire, le manque de coordination entre l'hôpital public-privé, l'ambulatoire et le médico-social, sont à l'origine des réflexions de la loi HPST.

#### **3-1-3- La qualité et la sécurité des soins**

Dans le domaine de la qualité et la sécurité des soins, la loi HPST maintient la Haute Autorité de Santé (HAS) avec la certification V2 et rend obligatoire le Développement Professionnel Continu (DPC) associant la Formation Médicale Continue (FMC) et l'Evaluation des Pratiques Professionnels (EPP).

L'ancêtre de la HAS était l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) créé lors de la réforme Juppe de 96.

L'organisation des établissements de santé repose sur une nouvelle gouvernance. Les services deviennent des pôles, intégrant à la notion de soins une notion de gestion. Les pouvoirs exécutifs sont attribués au DG (placé sous le DG de l'ARS) qui nomme le chef de pôle. Les médecins sont recentrés sur la qualité et la sécurité des soins.

### **3-1-4- Le dispositif de premier recours**

#### **3-1-4-1- Définition**

Il regroupe les soins de proximité : l'éducation thérapeutique, la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients.

Il oriente vers le système plus spécialisé de second recours.

L'OMS définit les soins de santé primaires comme une priorité de santé publique car, à travers leurs missions, organisent la gamme complète des soins, du foyer à l'hôpital, en donnant autant d'importance à la prévention qu'à la guérison, en investissant tous les niveaux de soins.

Cette définition pose les bases de la coordination des soins, mettant en jeu une orientation des soins au sein d'une coopération de santé pluridisciplinaire.

L'ensemble des services de santé de première ligne regroupe la médecine générale et d'autres spécialités médicales (ophtalmologie, pédiatrie, odontologie...), la kinésithérapie, les intervenants du champ médico-social...

Il assure la prise en charge globale des soins de la population, actuellement, seul 1 patient sur 1000 est vu au CHU.

#### **3-1-4-2- Les enjeux du système de soins de premier recours**

C'est préserver l'accès de la population aux soins primaires, la disparition d'une offre libérale de santé aurait de lourdes incidences sur l'offre hospitalière.

C'est prendre en compte les attentes des professionnels de santé, qui aspirent à une amélioration de la qualité d'exercice et des conditions de travail, en faveur du respect de la qualité de vie.

#### **3-1-4-3- Les constats du dispositif de premier recours**

Les constats que l'on en tire en font un système à bout de souffle :

- Il repose souvent sur une pratique isolée et centrée sur le seul soin, sans lien avec la prévention, l'éducation, la veille sanitaire et l'action sociale de terrain.
- Il ne répond plus aux attentes des professionnels de santé qui estiment, qu'il ne permet pas d'améliorer la qualité de prise en charge des patients, la continuité des soins, ni d'obtenir des missions de santé publique.
- Il s'appauvrit de ses médecins qui ne seront pas renouvelés, et les jeunes professionnels de santé aspirent à une meilleure qualité de vie professionnelle et personnelle.

- Il n'assure pas les préoccupations des autorités publiques (accès aux soins, égalité de répartition géographique des professionnels de santé, maillage territorial fluide).
- Il n'est plus apte à répondre aux évolutions démographiques et épidémiologiques de la population.

Ainsi, une organisation nouvelle de coopération pluridisciplinaire s'impose dans la transformation et l'impérative refonte du paysage sanitaire ambulatoire de notre système de santé.

## **IV- Evolution des professions et métiers de la santé**

Le Code de la Santé Publique (CSP) donne une typologie des professions de la santé en trois catégories :

- Les professions médicales : les médecins, les sages femmes, les odontologistes.
- Les professions de la pharmacie : les pharmaciens, les préparateurs en pharmacie.
- Les professions d'auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les pédicures-podologues, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les orthophonistes, les orthoptistes, les manipulateurs d'électroradiologie médicale, les audioprothésistes, les opticiens-lunetiers, les prothésistes et orthésistes, les diététiciens.

D'autres professions du secteur de la santé sont citées également par le CSP :

- Les techniciens en analyse biomédicale, les préparateurs en pharmacie hospitalière, les ambulanciers.
- Les aides soignants, auxiliaire de puériculture et aides médico-psychologiques.
- Les conseillers en génétique.
- Les ostéopathes, les psychothérapeutes.

Les métiers de la santé se caractérisent en France par une bipolarité entre les métiers médicaux d'une part et les métiers paramédicaux d'autre part.

La profession médicale, située au centre du système d'organisation des soins, est définie par un « monopole médical », fondé sur le principe d'une exonération au principe de protection de l'intégrité corporelle et la capacité à engager des dépenses financées collectivement.

Les interventions des autres professionnels de santé sont conçues comme des dérogations à ce monopole.

Pour les sages femmes, odontologistes, ces dérogations sont autorisées dans le cadre d'un modèle fondé sur les missions qui leurs sont imparties.

Les infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, disposent d'un décret d'exercice codifié, comportant une liste d'actes pris en application de l'article L4161-1 du CSP.

Les règles juridiques de la responsabilité des professionnels de santé reposent sur ce cadre.

La DHOS, devenue la DGOS, définit les conditions nécessaires permettant l'exercice d'une profession de santé ainsi :

- Possession d'un diplôme, titre ou certificat précis ou autorisation d'exercice pour les ressortissants communautaires.
- Enregistrement du diplôme auprès des services de l'Etat (sauf pour les préparateurs en pharmacie et les techniciens de laboratoire).

La profession d'infirmier reconnaît trois spécialités supplémentaires inscrites dans le décret d'exercice et la formation, mais ne faisant pas l'objet d'un titre spécifique dans le CSP : l'infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat (IBODE), l'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat (IADE) et la puéricultrice diplômée d'Etat, pouvant exercer en dehors d'un hôpital (Protection Maternelle et Infantile, crèches, centres éducatifs).

Trois professions d'auxiliaires médicaux sont regroupées en « ordre » professionnel : masseurs kinésithérapeutes, pédicures-podologues, infirmiers.

Les métiers de l'encadrement des soins (cadre de santé, directeurs des soins) et de formateur en soins, ne sont pas inscrits dans le CSP.

## **V- Les formations et qualifications**

Les formations proposées aux professionnels de santé sont marquées par un écart important en termes de durée (9 à 11 ans après le bac pour les médecins, 3 ans souvent pour les auxiliaires médicaux), et de nature de l'enseignement dispensé (universitaire avec un cursus de recherche pour certaines professions, professionnel pour les auxiliaires médicaux et les sages femmes, sans possibilité d'évolution autre que managériale).

# **1- Formation des professions médicales et de pharmacie**

## **1-1- Les médecins**

La formation se fait en 9 à 11 ans, au cours de trois cycles d'études.

Un premier cycle de 2 ans, un deuxième cycle de 4 ans, et un troisième cycle de 3 à 5 ans.

La formation en première année est commune aux professions de santé (première année commune aux études de santé « PACES »).

Une partie du programme est commune et une autre spécifique à chaque filière.

Quatre concours différents sanctionneront cette première année, correspondant aux quatre filières (Médecine, Odontologie, Pharmacie, Maïeutique).

Le deuxième cycle des études médicales (DCEM) dure quatre ans avec une partie théorique, et une partie pratique comportant des modules transversaux interdisciplinaires et des modules d'organes. Ces modules définissent le programme de l'Epreuve Classante Nationale (ECN).

Un stage hospitalier est réalisé en DCEM 1 pour apprendre à rédiger une observation médicale.

Les étudiants, à partir de DCEM 2, participent à l'activité hospitalière. Ils effectuent 36 mois de stage et certains étudiants, dans certaines universités, ont la chance de pouvoir effectuer un stage initial en médecine générale de 8 semaines (actuellement, 1 étudiant sur 3 en France).

La dernière année de DCEM est relativement pauvre sur le plan de son contenu pédagogique et est avant tout utilisée pour préparer l'ECN.

L'ECN donne le choix parmi 11 spécialités existantes (modifiées par la création de filières d'urgences).

Le Diplôme d'Etude Supérieure (DES) s'effectue entre 3 et 5 ans selon les spécialités (la discipline chirurgicale est subdivisée en quatre spécialités, la discipline médicale en 16 spécialités).

Le DES permet, après la soutenance d'une thèse d'exercice, d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine et le DES de spécialité.

La formation peut être complétée par des Diplômes d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC) de groupe I non qualifiants (sport, urgences, nutrition en cours de négociation pour obtenir une reconnaissance à la qualification de médecin nutritionniste) et de groupe II (gériatrie, réanimation médicale) qualifiants.

Une réflexion est menée actuellement sur la réforme des études médicales en raccourcissant le DCEM en 3 années (harmonisation européenne) et en considérant le classement des étudiants sur les contrôles continus, les appréciations de stage, et pas uniquement la sanction d'une épreuve unique avec de nombreux ex-aequo au centième de point...

### **1-1-1- La maquette DES de Médecine Générale**

Elle s'organise sous la forme de deux semestres en services agréés au titre de la médecine générale (médecine interne, gériatrie, médecine polyvalente) et aux urgences.

Un semestre en pédiatrie ou gynécologie, un semestre en médecine ambulatoire accueilli par un maître de stage et si possible une année en Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisés (SASPAS), dans un cabinet libéral ou dans des services hospitaliers.

### **1-2- Les odontologistes**

Les études durent 6 à 8 ans. Le premier cycle est de 2 ans, le deuxième de 3 ans et le troisième de 1 an pour la plupart des étudiants, et de 3 ans via l'internat pour quelques étudiants passant l'ECN.

### **1-3- Les sages femmes**

La formation se déroule en 5 ans, la première année est commune à la première année PACES au sein de l'université.

Les candidats admis intègrent par la suite des écoles professionnelles, les écoles de formation de sage femmes, avec deux phases qui durent deux années chacune (L1-L2, M1-M2).

Ces études sont sanctionnées par un diplôme d'Etat de sage femme.

La loi HPST autorise l'intégration des écoles à l'université. Les écoles sont financées par la Région, tandis que l'université est autonome, depuis la loi du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités (loi LRU ou loi Pécresse), dans les domaines budgétaires et de gestion de leurs ressources humaines (loi qui revalorise certaines universités françaises).

### **1-4- Les pharmaciens**

Les études durent pour la plupart des étudiants 6 ans avec trois cycles de 2 ans, conduisant au métier de pharmacien d'officine ou d'industrie.

Certains étudiants passent l'ECN et le troisième cycle dure alors 4 ans, permettant d'intégrer les métiers de la biologie.

La première année est commune aux études de santé.

## **2- Formation des auxiliaires médicaux**

Les études durent presque toutes 3 ans. Dans le cadre de l'universitarisation, la promotion qui se verra attribuer un diplôme sera reconnue niveau bac+3 (licence).

Deux ministères certificateurs se partagent la tutelle des formations aux professions et métiers de la santé : le ministère chargé de la santé et le ministère de l'enseignement supérieur.

Le diplôme est délivré par l'Etat, il est personnel, intemporel et territorial (confère les mêmes droits à tous ses titulaires sur le plan national).

Il possède des caractéristiques propres :

- Il est en relation avec un métier donné et un seul.
- Il s'inscrit dans le cadre législatif et réglementaire qui précise les règles d'autorisation d'exercice des professions concernées.
- Lorsque la profession est réglementée, il est nécessaire de posséder le diplôme pour exercer le métier (diplôme d'exercice).
- L'exercice des métiers paramédicaux s'effectue en dérogation à l'exercice illégal de la médecine, dans le cadre de décrets autorisant des actes et précisant le champ des responsabilités.
- Il est considéré comme une garantie que la personne possède les connaissances et les savoir-faire nécessaires pour la qualité et la sécurité des soins.

Le diplôme certifie que son titulaire possède les compétences (savoir et savoir-faire) décrites dans le référentiel de certification qui est appliqué dans le cadre de la formation initiale et continue.

## **3- La réforme Licence-Master-Doctorat (LMD)**

Système de réforme sur l'enseignement supérieur et la formation continue.

Il tend à organiser l'harmonisation européenne et mondiale des diplômes et favoriser le rapprochement entre l'Université, les grandes écoles et le monde professionnel.

C'est une organisation en trois niveaux qui facilite les équivalences de diplôme entre les pays et la réalisation d'une partie du cursus de formation à l'étranger.

Elle améliore la flexibilité des parcours de formation et la transversalité des disciplines.

Elle constitue une offre large et lisible des formations à l'Université, favorise les coopérations de divers domaines d'enseignement (management, ingénierie, santé...).

Cette réforme permet d'harmoniser les maquettes pédagogiques selon un mode unique et un découpage en modules. Les Unités de Formation et de Recherche (UFR) des universités sont en charge de construire ces modules, pour répondre à la loi de 2002 sur la validation des acquis de l'expérience (VAE), c'est à dire l'élaboration des domaines à acquérir en lien avec la notion de compétences.

# **CHAPITRE B : Les maisons et pôles de santé (MPS)**

## **I- Définitions**

Les maisons et pôles de santé (MPS) sont des organisations nouvelles sur les territoires de santé de coopération pluridisciplinaires (médicale et paramédicale), qui assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L.1411-11 du CSP et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L.1411-12 du CSP.

Les MPS visent à l'amélioration de la qualité, la coordination et l'efficacité des soins.

La maison de santé regroupe, au sein de murs, au moins trois corps professionnels qui élaborent un projet de santé.

Le pôle de santé est un regroupement de maisons de santé, de cabinets individuels, d'établissement de santé, d'établissement et de services médico-sociaux, de réseaux de santé, autour d'un projet de santé.

Les MPS peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L.1434-5 du CSP.

### **1- Objectifs des maisons et pôles de santé**

C'est le maintien d'une offre de soins ambulatoires répondant aux besoins de la population, rejoignant ainsi les enjeux nationaux sur la sauvegarde de l'égalité républicaine de l'accès aux soins pour tous.

C'est participer à l'amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé, en facilitant notamment la continuité des soins.

C'est contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients, par le partage d'expérience, la complémentarité des approches, et l'insertion des professionnels de santé partenaires au sein de la MPS, dans un tissu sanitaire médico-social et social.

C'est contribuer à la formation des jeunes professionnels de santé. La formation actuelle « CHU-centrée » des étudiants, les rend aveugles sur la médecine de proximité, dont il n'existe aucun service représentatif au sein de l'hôpital. Il est nécessaire que ces nouvelles structures fassent découvrir cette activité de soins aux étudiants qui la choisiront d'autant mieux qu'ils la connaissent.

## **II- Création des maisons et pôles de santé**

Les MPS se construisent autour d'un projet d'élaboration de santé, qui répond aux critères du cahier des charges national des MPS (annexe 3 et 4).

Les projets de MPS se déposent concomitamment auprès de l'ARS et auprès de la Préfecture du Département.

Le projet de santé oblige à une période de réflexion de 4 à 6 ans, nécessaire à l'appropriation et à la maturation du projet par les professionnels de santé.

Il repose sur la combinaison d'un projet territorial, d'un projet professionnel qui définit un projet de santé.

### **1- Projet territorial**

Il définit une unité de lieu offrant à la population une prise en charge des besoins de santé la plus globale possible.

Il tient compte de l'environnement sanitaire, des projets existants, de l'offre de soins adjacente et des modalités de recours aux soins de la population.

### **2- Projet professionnel (logique de patientèle)**

Il correspond à l'organisation professionnelle :

- Le nombre de professionnels.
- Les modalités de coordination (dossier partagé, réunions pluridisciplinaires...).
- Le mode de répartition des rémunérations.
- L'implication dans les réseaux de soins (soins palliatifs, HAD...).
- L'articulation avec l'hôpital, le secteur médico-social (PMI, personnes âgées...), et le secteur social (lutte contre la pauvreté, la précarité).

### **3- Projet de santé (logique de population)**

Il est tourné vers les patients et traite :

- De l'accès et la permanence des soins.
- Du parcours de soins avec la continuité des soins.
- Du suivi coordonné et l'orientation du patient.
- De missions de santé publique individuelle et collective, de prévention (vaccinations...), de dépistage, d'éducation thérapeutique.
- De participation à la veille sanitaire et à l'observation épidémiologique.
- De la participation à la formation des étudiants.

## **4- Projet immobilier**

De ce projet d'élaboration de santé découle le projet immobilier.

Le projet immobilier mis en avant génère des édifices vides ; le temps d'appropriation et de maturation du projet par les professionnels de santé est incontournable.

## **III- Les coûts des maisons et pôles de santé**

Ils sont de trois types :

- D'investissement : immobilier et équipement.
- D'ingénierie et d'accompagnement du projet d'élaboration de santé.
- De fonctionnement (conseil d'administration, secrétariat, professionnel coordinateur, nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé...).

## **IV- Les aides et sources de financement des MPS**

### **1- les aides**

Elles sont souvent nombreuses et disparates, souvent peu évaluées et pas toujours pérennes.

Il est nécessaire de créer un lien fort entre les professionnels de santé, les ARS et les collectivités territoriales.

#### **1-1- Volonté de l'Etat**

Le Comité Interministériel de Développement et de l'Aménagement du Territoire (CIADT) a décidé du lancement, le premier juin 2010, d'un programme national visant à financer 250 MPS sur la période 2010-2013.

Le programme national sera mis en œuvre au niveau régional au travers d'un comité de sélection associant les ARS et les préfets, en concertation avec le Conseil Régional, les Conseils Généraux et les représentants des professionnels.

## **2- Les sources de financement**

peuvent être de différente nature :

- L'ARS (FIQCS : Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins, qui va devenir le FIR : Fond d'Intervention Régionale).
- L'Etat et les Collectivités territoriales (Conseils Régionaux, Collectivités locales telles les communes...).
- L'Union Européenne dans le cadre de l'aménagement et du développement du territoire.
- Privées : professionnels de santé, assurances privées, hôpital (les MPS représentent la première porte d'entrée de l'hôpital).

Un guichet unique associant ARS-Région-URPS est prévu dans chaque région dans le but de recevoir et faciliter la démarche des porteurs de projets.

### **2-1- Aides financières mobilisable**

#### **2-1-1- Aides au démarrage**

- FIQCS.
- Conseils Généraux et Communes ou communauté de communes.

#### **2-1-2- Aides à l'investissement**

Pour la construction :

- FEDER (Fonds Européen de Développement Régional).
- FNADT (Fonds National pour le Développement et l'Aménagement du Territoire).
- DDR (Dotation de Développement Rural).
- Conseils Régionaux et Généraux.
- FSE (Fonds Social Européen-urbain).
- ANRU (Agence Nationale de Renovation Urbaine).
- ACSE (Agence pour la Cohésion Sociale et l'égalité des chances en Zone Urbaine Sensible).

Pour le matériel médical :

- FIQCS.

Pour le système d'information :

- FIQCS.
- FEDER.

### **2-1-3- Aides au fonctionnement**

- Frais de personnel : FIQCS et CPOM.
- Maintenance informatique : FIQCS et CPOM.
- Indemnisation des professionnels de santé pour la coordination : FIQCS et CPOM.
- Projets de santé publique, éducation thérapeutique, lien avec le social : FIQCS (NMR), CPOM et ACSE (via Atelier Santé Ville).

## **V- Les MPS, une véritable stratégie économique**

Ces organisations appellent à de nouvelles fonctions voire de nouveaux métiers de la santé (assistants administratifs, assistants chargés d'organiser le système d'information, gestionnaire manager de groupement d'exercice pluridisciplinaire, chargés d'actions de prévention, de dépistage, d'éducation thérapeutique...).

Elles engagent une politique d'amélioration continue de leurs performances, au bénéfice de l'offre et la qualité des soins.

En effet, elles vont permettre de moderniser les outils, notamment d'informatisation et de recentrer les professionnels de santé sur leur cœur de métier et donc sur leur véritable valeur ajoutée.



# CHAPITRE C : La Recherche

## I- Définitions

L'innovation : c'est la capacité à s'interroger et à organiser l'interaction entre pratiques et recherche.

L'évaluation : c'est l'espace visant à l'amélioration constante du système, en répondant aux questions qui se posent.

La « réforme Debré » de 1958, sur la création des Centres Hospitalo-Universitaires (CHU), a permis d'intégrer, au cœur des facultés, la recherche scientifique, favorisant le progrès des connaissances et leurs diffusions dans les pratiques.

Aujourd'hui, toutes les spécialités médicales, y compris la médecine générale, considèrent la recherche comme un moteur essentiel de l'amélioration de la qualité et l'efficacité des soins.

Elle favorise une culture médicale fondée sur les preuves, et engendre des retombées positives sur la formation initiale des étudiants et sur les pratiques médicales.

Toute recherche peut être définie par ses objets (maladies...), ses concepts et méthodes (observation directe, évaluation des pratiques...), et ses effecteurs (professionnels de santé...).

Elle possède plusieurs champs d'investigation :

- Dépistage.
- Prise en charge des facteurs de risque.
- Suivi de maladies chroniques.
- Education à la santé.
- Clinique et épidémiologique, évaluation des pratiques (adaptée à la recherche en soins primaires).

Elle emprunte volontiers aux sciences humaines et sociales (psychologie, psycho-sociologie, sociologie, anthropologie, économie...), dans le but d'analyser les comportements des professionnels de santé, des malades et leur interaction.

Elle est finalisée vers l'amélioration des pratiques médicales, et ses résultats ont vocation à être opérationnels.

## **II- La recherche en soins primaires : permettre aux MPS de devenir des lieux de formation universitaire et d'évaluation des pratiques**

Il est nécessaire d'intégrer dans la médecine de proximité la même volonté que la « réforme Debré » de 1958 envers les hôpitaux.

Elle permettra de rejoindre une cohérence internationale, notamment sur l'éducation thérapeutique où certains pays de la communauté européenne ont pris de l'avance dans le domaine de la recherche en soins primaires.

Elle permettra d'évaluer les avantages médico-économiques des MPS, en impulsant une étude visant à mieux cerner l'intérêt médico-économique à travers les coûts réels des MPS, mais également les éventuelles économies réalisées sur les dépenses des médicaments, des examens complémentaires, de recours aux urgences ou hospitalisations.

Elle développera une complémentarité ville-hôpital, en favorisant une prise en charge globale du patient, à la hauteur de sa définition socio-familiale, biologique et psychologique.

Elle permettra d'intégrer les filières universitaires en participant à la formation initiale des étudiants et à la découverte de la médecine de proximité.

Elle inclue deux valeurs fondamentales, l'ensemble des professionnels de santé intervenant dans les soins de proximité et la dimension de fonctionnement entre eux : la coordination.

La recherche clinique et épidémiologique a vocation à observer, analyser et rechercher les facteurs explicatifs de la survenue des maladies et leur histoire, pour en déduire des modalités d'intervention.

Elle inclue nécessairement dans ses investigations les problématiques de santé primaire abordées par la médecine de ville.

# **CHAPITRE D : Coopérations entre professionnels de santé « pratique adaptée à l'évolution du système de santé »**

## **I- Contexte de la politique de santé**

Les conclusions des Etats Généraux de l'Organisation de la Santé (EGOS) de 2008, au travers des rapports (2002-2003) sur des expérimentations de coopération de santé, affirment la nécessité de poursuivre le développement des coopérations entre les professionnels.

La loi HPST, dans son article 51, étend le principe des coopérations médicales en les sortant du cadre expérimental.

Elle agit ainsi sur les missions des professionnels de santé en modifiant le partage des rôles et les modalités d'exercice.

Elle met en place un système de dérogation des conditions légales d'exercice de leur métier.

Trois moteurs supplémentaires orientent l'évolution culturelle des pratiques professionnelles vers des modes de coopération :

- Nouveaux modes de rémunération au sein des MPS.
- Réforme des études médicales en niveau LMD et du DPC.
- Développement de la télémédecine.

## **II- Enjeux de la coopération** (annexes 1 et 2)

Les enjeux des nouvelles formes de coopération sont multiples :

- L'amélioration de la qualité des soins est recherchée en garantissant un accès aux soins et une prise en charge des patients au sein d'une coordination pluridisciplinaire performante, de façon à optimiser leurs parcours de soins.
- L'amélioration des conditions d'exercice correspondant aux attentes des professionnels de santé.
- L'amélioration du système de santé en termes d'efficience.
- L'amélioration de l'attractivité des professions en permettant une évolution de l'exercice professionnel et une extension des champs d'intervention des professions paramédicales (transfert d'activités par dérogation « annexe 2 »).
- La récupération, pour les médecins, du temps médical, leur permettant de se recentrer sur leur cœur de métier, faisant apparaître leur véritable valeur ajoutée.

## **III- Protocoles de coopération**

### **1- Principes généraux**

Les protocoles de coopération s'inscrivent dans une démarche qualité, en capacité d'évaluer et de transmettre le résultat des indicateurs retenus.

Ils découlent de l'initiative des professionnels de santé, volontaires pour s'engager dans une démarche de coopération ayant pour objet, de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient et d'opérer entre eux à des transferts d'activité.

La dérogation aux règles d'exercice permet ces transferts d'activité. Elle consiste à autoriser des professionnels de santé à effectuer des actes de soins ou des activités qui ne sont pas prévus par les textes régissant leur exercice professionnel.

Une période de formation sera nécessaire avant la mise en œuvre du protocole, et garantira la responsabilité civile professionnelle couvrant les activités décrites dans le protocole.

Seuls les professionnels de santé répertoriés dans l'article L.4011-1 du CSP peuvent soumettre un protocole à l'ARS (annexe 2).

### **2- Une politique nouvelle des ressources humaines**

La loi HPST définit les organisations nouvelles de santé à partir des besoins spécifiques territoriaux.

Ces besoins doivent engendrer une politique nouvelle des ressources humaines en santé, avec la nécessité d'élaborer des référentiels métiers adaptés à la nature des besoins de la population.

La HAS, dans son rapport de 2007 sur les coopérations de santé, souligne avec force la nécessité de faire évoluer les formations des professionnels de santé et de disposer de référentiels métiers avec des référentiels compétences qui en découlent.

Les référentiels métiers permettent de recenser pour chaque métier les activités qui en relèvent (référentiel activité) et les compétences requises pour réaliser ces activités (référentiel compétence).

Les travaux sont conduits profession par profession sur le triptyque « référentiel activité-référentiel compétence-référentiel formation ».

Les référentiels métiers pour les spécialités médicales sont élaborés sous l'autorité de la Commission Nationale de l'Internat et du Post-Internat (CNPI).

Pour les professions paramédicales, c'est le ministère de la santé (DGOS) qui élabore les référentiels.

Ces référentiels sont ensuite comparés les uns aux autres, dans le cadre d'une étude transversale, de manière à mettre en évidence des zones communes entre elles, tant sur le plan des activités qu'au niveau des compétences, ouvrant ainsi une voie à des formations communes pour ces différentes professions.

Pour les référentiels de formation, notamment dans le cadre de ces coopérations professionnelles, il faut distinguer les actes transférés dont les compétences requises figurent dans le référentiel formation et ceux qui devront relever d'une formation complémentaire.

Ainsi, certains actes transférables des professions médicales à des professions paramédicales pourraient s'ajouter dans leur décret de compétence sans modifier les formations de base, d'autres nécessitent des formations courtes d'approfondissement (nutrition, plaies, douleurs, hémodialyse...), en tenant compte de la loi de 2002 sur la procédure de validation des acquis de l'expérience (VAE) et la formation universitaire professionnelle (FMC), ou plus longues, s'inscrivant dans le dispositif des masters.

### **3- Les acteurs concernés par les protocoles de coopération**

Quatre acteurs sont concernés :

- Professionnels de santé : à l'initiative de la création des protocoles et de leur adhésion à un protocole déjà autorisé.
- ARS : elle statue sur la recevabilité des protocoles, vérifie qu'ils répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional, autorise leur mise en œuvre par arrêté et leur suivi, enregistre les adhésions pour les protocoles déjà validés.
- HAS : délivre un avis conforme sur les protocoles qui lui sont soumis par l'ARS.
- Le patient : informé de la nouvelle forme de prise en charge par les professionnels.

### **4- Processus de création d'un protocole de coopération**

Le délai pour la mise en œuvre de la demande est d'environ 2 mois.

5 étapes se succèdent :

- La formalisation de la démarche qui doit répondre aux principes généraux (professionnels répertoriés au CSP, activités dérogatoires avec période de formation acquise et justifiée, le protocole répond bien à un besoin de santé au niveau régional, informer les patients concernés).

- Soumettre le protocole à l'ARS selon un modèle type.

- L'ARS vérifie la recevabilité du protocole et s'assure qu'il répond à un besoin de santé régional puis transmet à la HAS.

- Le protocole conduisant la HAS à émettre un avis conforme sur le protocole transmis par l'ARS comprend quatre étapes :

- Recevabilité du protocole venant de l'ARS.

- Consultation de l'ensemble des parties (instances ordinales des professions de santé concernées).

- Instruction du protocole par un groupe d'expertise (présidé par un membre du Collège et composé d'acteurs de la santé). Il donne son avis sur le protocole (en insistant sur les indicateurs de suivi...).

- Délibération du Collège de la HAS.

- Avis favorable de la HAS : l'ARS autorise la mise en œuvre du protocole.

Dès lors, les professionnels de santé formulent leur demande d'adhésion. Ce protocole est mis sur site du ministère de la santé et de la HAS. L'ARS informe l'instance régionale ou interrégionale de l'ordre compétente et l'URPS.

## **5- Adhésion à un protocole déjà autorisé au sein ou en dehors de la région**

Trois étapes se succèdent :

- Réflexion sur la faisabilité de la mise en œuvre du protocole autorisé (principes généraux, besoin de santé régional, moyens humains, techniques et matériels adéquats, temps de formation acquis et justifiés, acceptation des patients, mise en place d'un dossier de recueil de suivi des indicateurs).

- Formuler la demande d'adhésion à l'ARS qui procède à l'instruction de la demande (renseignements aux instances ordinales, URPS...) et autorisation dans les 2 mois du DG de l'ARS. Les instances régionales ou interrégionales de l'ordre et l'URPS sont informées, de même que le ministère de la santé.

- Information du patient de l'engagement dans un protocole.

## **6- Adhésion à un protocole étendu à tout le territoire national**

la démarche est semblable sans besoin de justifier l'intérêt général.

La HAS peut étendre un protocole de coopération à tout le territoire national, au vu des résultats des indicateurs après une période de mise en œuvre de 1 an.

Un décret détermine alors les modalités d'intégration d'un protocole étendu dans la formation initiale des étudiants et dans le DPC.

## **7- Evaluation des protocoles (5 étapes)**

1- Les professionnels s'engagent à effectuer un suivi de la mise en œuvre du protocole au cours de la première année (réunions de type staff, coordination pluridisciplinaire, groupes d'analyse et de suivi des pratiques).

2- La démarche qualité comprend quatre étapes :

- Planifier : c'est définir la démarche idéale (traduite dans le référentiel), identifier les professionnels, programmer les étapes successives de l'étude.

- Faire : c'est l'étape de pratique clinique (recueil de données).

- Analyser : la pertinence des soins analysée, en comparaison avec les référentiels traduisant « la pratique idéale » et la constatation d'écart entre les deux.

- Améliorer : pour diminuer les écarts constatés à l'étape précédente.

3- Le suivi des indicateurs qui servent les objectifs poursuivis, figurant dans le protocole autorisé selon la périodicité définie par la HAS.

4- La transmission des résultats à l'ARS et la HAS se fait selon la demande.

5- Alerter l'ARS des difficultés (événements indésirables, lorsque les indicateurs définis dépassent le seuil d'alerte qui leur est affecté).

## **8- Fin de l'adhésion à un protocole**

Un professionnel de santé peut à tout moment et librement mettre fin à son adhésion, le DG de l'ARS peut mettre fin au protocole si le retrait du professionnel compromet son application.

L'ARS peut mettre fin au protocole s'il ne répond plus à un besoin de santé au niveau de la Région, si la sécurité des soins n'est plus appliquée.



## **Chapitre E : les technologies de l'information et des Communications (TIC)**

Ce chapitre sera développé sur le cas précis de Médicina, piloté par un chef de projet informaticien, selon les missions qui seront attribuées au pôle.

Les TIC englobent le développement des systèmes d'information et la télémédecine.

Leur développement appliqué aux usages en matière de santé joue un rôle central.

Le déploiement des systèmes d'information partagée de santé et sécurisés, constitue le support indispensable au développement des modes d'exercice regroupé et coopératif.

La télémédecine est un formidable outil d'appui à l'organisation territoriale de l'offre de soins.

L'ASIP (Agence Nationale des Systèmes d'Information Partagée) est chargée par la DGOS et la DSS de publier :

- Un cahier des charges relatif aux systèmes d'information des MPS.
- Des référentiels sécurité et la DMP compatibilité (Dossier Médical Personnalisé), qui consiste à rendre les logiciels des professionnels de santé interopérables dès le démarrage du DMP.

### **I- Les enjeux des TIC**

C'est l'amélioration de la coordination, par le partage et la mutualisation de l'expérience.

C'est favoriser le décloisonnement ville-hôpital. Quelques exemples reposant sur des dispositifs classiques de messagerie sécurisée (carte CPS) et cryptés, fonctionnent dans certaines régions comme le programme DOMELIS/RESOMEL/Santé Limousin.

Les échanges ville-hôpital regroupent :

- Lettre de sortie.
- Résultats d'examens complémentaires.
- Avis spécialisé.
- Prise en charge commune par un réseau de professionnels de santé hospitaliers et libéraux.
- Protocole de soins.
- Préconisations thérapeutiques pour les intervenants à domicile.

C'est l'amélioration de l'accès aux soins et la couverture des zones désertifiées.

C'est l'amélioration de la qualité des soins par la rapidité, la fluidité et la pertinence des informations transmises entre les professionnels de santé.

C'est la garantie de la traçabilité et de la sécurité des données, dans le respect des droits des patients.

C'est développer un dispositif de veille sanitaire grâce à la rapidité de transmission de l'information entre les autorités de tutelle, les institutions en charge de la santé publique, les établissements de santé et les professionnels de santé.

C'est la structuration et l'exploitation des données médicales rendues anonymes.

C'est créer des gains d'efficience qui contribuent à optimiser les dépenses de santé, grâce au recueil et à l'analyse des données médico-économiques.

## **II- Les enjeux de la médecine libérale**

C'est le partage des données entre tous les professionnels de santé du territoire.

C'est l'interopérabilité entre tous les secteurs : hôpital-groupements médicaux-EHPAD...

C'est l'exploitation d'un document de synthèse par l'équipe de soins de premier recours.

L'hébergement externe des données.

L'extraction des données puis leur analyse.

### **1- Le dossier Médical Personnalisé (DMP)**

Document opérationnel intégrant une information structurée, coordonnée et pertinente.

Il comprend :

- Données permettant d'identifier le patient et son médecin référent.
- Données générales (ATCD, historique des consultations, vaccins, allergies...).
- Données de soins (examens complémentaires, compte-rendu, pathologie en cours, traitement...).
- Données de prévention (facteurs de risque, compte-rendu d'actes préventifs...).

- Données d'imagerie médicale.
- Un espace d'expression personnelle du patient.

Pour une lecture immédiate du DMP, dans le respect du désir d'exploitation par les professionnels de santé, les informations seront sélectionnées et hiérarchisées sous la forme d'un volet médical de synthèse.

## **2- Les nouveaux modes de rémunération (NMR)**

Le principe de paiement à l'acte, bien que largement soutenu encore par les professionnels de santé comme un mode de rémunération proportionnel au nombre d'actes, ne constitue pas pour autant un système exclusif.

L'UNCAM et les syndicats représentatifs des médecins libéraux ont signé en juillet 2011 la nouvelle convention médicale qui s'attache à moderniser l'activité libérale, conforter la qualité des pratiques et valoriser l'activité du médecin dans la prise en charge globale du patient, de la patientèle et plus généralement au profit de la santé publique.

Les parties signataires s'accordent sur la nécessité de mettre en place des NMR complémentaires, valorisant l'engagement des médecins sur des objectifs de santé publique relatifs à la prévention, au suivi des patients chroniques, à l'efficacité et à l'organisation du cabinet pour répondre aux besoins de santé de l'ensemble des assurés sociaux.

Cette réforme apporte une reconnaissance nouvelle de l'implication des médecins libéraux dans l'amélioration de la qualité des soins.

Elle convient de la nécessité de valoriser :

- La fonction du médecin traitant par l'atteinte d'objectifs de santé publique dans les domaines du dépistage, de la prévention, de la prise en charge des pathologies chroniques ainsi que l'optimisation des prescriptions.
- La fonction du médecin correspondant intervenant en coordination avec le médecin traitant et garantissant le niveau de second recours aux soins et l'accès aux soins les plus spécialisés.  
Le médecin correspondant aura la possibilité, au terme de plusieurs consultations, de compléter son avis de consultant par une consultation de synthèse.
- Le maintien des unités cliniques d'accès direct : les gynécologues, les ophtalmologues, les psychiatres et neuro-psychiatres, les stomatologues et les chirurgiens-dentistes.

Les parties signataires conviennent d'organiser désormais la rémunération autour de trois piliers :

- La rémunération à l'acte, principe fondateur de l'exercice libéral, dans l'attente de la mise en place de la CCAM clinique d'ici fin 2012 et des consultations à haute valeur ajoutée de santé publique.
- La rémunération forfaitaire valorisant les missions de suivi des patients chroniques ou souffrant d'affections de longue durée.  
Elle se prête bien aux activités de prévention et d'éducation thérapeutique, et tend à se développer sur les temps de coordination (« temps médical passé en dehors du patient ») au sein des coopérations de santé.
- La rémunération à la performance versée en fonction de l'atteinte d'objectifs de santé publique et d'efficience, destinée à se développer à l'ensemble des médecins qui le souhaitent.  
Elle a d'ores et déjà été initiée avec les médecins traitants dans le cadre des contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) conclu sur la base de l'article L.162-12-21 du code de la sécurité sociale, respectant la liberté d'engagement de chaque médecin.

Ce dispositif des NMR repose sur le suivi de 29 indicateurs répartis en quatre grandes familles :

- 5 indicateurs adressés à l'ensemble des médecins et destinés à l'incitation à moderniser le cabinet. Ils portent sur l'organisation du cabinet et la qualité de service (utilisation de logiciels métiers professionnels pour la gestion des données du dossier médical et celle des logiciels d'aide à la prescription afin d'optimiser le suivi des patients et leur prise en charge).
- 24 indicateurs adressés initialement aux médecins traitants et qui ont vocation à être étendus progressivement à toutes les spécialités médicales, portant sur la qualité de la pratique médicale.
- 9 indicateurs mesurent l'implication des médecins dans le suivi et la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques (diabète, HTA),
- 8 indicateurs de prévention (dans le domaine des vaccinations recommandées par les autorités sanitaires, des dépistages des cancers),
- 7 indicateurs d'efficience mesurant l'optimisation des prescriptions en privilégiant la prescription dans le répertoire des génériques et en préférant des molécules à efficacité comparable, moins onéreuse.

Chaque indicateur est assorti d'un nombre de points maximum qui correspond à l'atteinte de l'objectif cible fixé sur cet indicateur. Chaque point vaut 7€ avec la possibilité d'obtenir 1300 points (400 points pour l'organisation du cabinet et la qualité de service, 250 points pour la prévention, 250 points pour le suivi des pathologies chroniques, 400 points pour l'efficience).

L'ARS a validé en 2010 deux expérimentations sur les nouveaux modes de rémunération :

- Le forfait « missions coordonnées » qui rémunère le temps de coordination au sein de la structure en plus du paiement à l'acte habituel

Il est calculé selon le nombre de professionnels participant et la taille de la patientèle ; son emploi est libre et garanti jusqu'en 2012, venant d'être reconduit jusqu'en 2013 (sauf abandon par la structure), il est versé en totalité la première année puis réévalué les années suivantes selon l'atteinte d'objectifs visant à s'assurer d'une plus value de la coordination pour les patients.

Il oblige la structure à être en capacité de fournir les indicateurs validés par la HAS.

Les indicateurs concernent :

- La qualité des pratiques : prévention des cancers et de la grippe, la lutte contre l'HTA, le diabète, l'obésité, la maladie d'Alzheimer, la prescription des paramédicaux, la prise en charge des lombalgies chroniques, du risque CV...

- L'objectif de coordination sur la continuité des soins (DMP), le partage des informations (réunions pluridisciplinaires...), et l'existence de protocoles sur support papier ou électronique.

- L'objectif d'efficience sur le bon usage des génériques et des transports sanitaires.

Les promoteurs de cette mission ont été invité à choisir les indicateurs les plus adaptés à leurs pratiques, avec l'obligation d'en choisir quatre parmi les indicateurs de qualité des pratiques, quatre parmi les indicateurs de réalisation du travail coordonné et deux sur l'efficience.

- Le forfait « nouveaux services aux patients » concerne l'éducation thérapeutique dans le domaine du diabète, de l'asthme, la BPCO, l'HTA...

Il nécessite au moins deux professionnels de santé coordonnés par un médecin.

La prise en charge doit intégrer au moins 50 patients la première année, et augmenter de 10%/an les années suivantes.



## **CHAPITRE F : Pôle Médicina « vers une médecine raisonnée »**

### **I- La médecine libérale**

La médecine libérale fait partie de l'histoire de la médecine et conserve les mêmes valeurs déontologiques dont une que l'on peut citer avant toute réflexion : la liberté du patient de choisir son médecin.

Elle correspond à une attitude médicale, découlant d'une évolution de la santé publique, adaptée aux comportements démographiques de la population et aux volontés sanitaires d'un pays développant l'accès aux soins pour tous.

La loi HPST (juillet 2009) vise à l'amélioration de l'accès à des soins de qualité.

Elle tend à favoriser une évolution vers un mode d'exercice plus coopératif et pousse ainsi le secteur libéral dans une organisation nouvelle de regroupement pluridisciplinaire médical et paramédical.

Celle-ci ne peut se concevoir qu'à travers le développement de véritables entreprises de santé, en capacité d'apporter, par le regroupement des professionnels de santé du territoire, une haute valeur ajoutée interprofessionnelle de santé, à l'origine d'une innovation par la qualité médicale.

Ces entreprises de santé feront évoluer notre système de soins en poussant le secteur ambulatoire actuel, fait de disparités individuelles cloisonnées, vers une organisation collective mieux structurée et ainsi plus cohérente envers les établissements de santé publics/privés, afin d'atteindre les objectifs de l'amélioration de la qualité, la coordination et l'efficacité de notre système de soins, et ainsi, de sa pérennité.

Elles auront la capacité de répondre au SROSS autour de ses trois axes : l'offre de soins, les thématiques de santé publique (éducation thérapeutique, prévention, veille et sécurité sanitaire, crises sanitaires et promotion de la santé), et le champ médico-social.

Cette nouvelle organisation engendre une évolution nécessaire de nos pratiques, dans le respect de l'état de l'art, en plaçant la prise en charge de la maladie sur ses trois versants de soins : la prévention-dépistage-éducation, les soins curatifs et la surveillance-rééducation-réinsertion.

La nouvelle politique de santé engage notre responsabilité dans cette nouvelle organisation du secteur libéral. Cela signifie également que nous en gardons l'initiative et donc toute la valeur dans son pilotage, autour d'objectifs prolongeant à chaque instant l'action démarrée par nos prédécesseurs, réévaluant constamment ses modes d'application et d'enseignement, créant ainsi des conditions favorables de transmission envers les générations futures.

## II- Pôle Médicina

### 1- Définitions

#### 1-1- Une taille adaptée à son ambition territoriale

Médicina dessinera une plate-forme de santé ambulatoire qui fonctionnera comme une maison de santé avec un regroupement d'une grande richesse d'activités médicales et paramédicales représentatives du secteur libéral, mais également comme un pôle de santé, articulé avec les structures extérieures au centre et partenaires dans les soins coopératifs (hôpitaux, cabinets extérieurs...).

Elle répondra au cahier des charges national des MPS (annexes 3 et 4).

Elle s'étendra sur une surface de  $\approx 6300$  m<sup>2</sup>, permettant d'y développer un véritable projet de santé, performant par la présence d'une haute valeur ajoutée interprofessionnelle de santé, et d'y intégrer un projet de vie, par la présence d'activités naturelles (cafétéria, centre de balnéothérapie-bien-être) et intellectuelles (salles de réunions, de formation, de séminaires...).

Sa taille lui attribuera des capacités d'évolution favorables pour l'intégration des professionnels de santé, dont certains interviendront sous forme de vacations avec la possibilité de s'y installer progressivement et librement, d'autres, en conservant leur lieu d'exercice habituel, utiliseront la plate-forme comme l'outil territorial à la fois adapté aux nouvelles pratiques médicales, tout en étant encadré par les nouvelles règles économiques définies par la dernière convention nationale de juillet 2011 « NMR », dans le domaine des coopérations de santé avec les protocoles, de l'enseignement (maître de stage, chefs de cliniques), de l'éducation thérapeutique, de la prévention, de la permanence des soins, de la télémédecine...

Sa taille permettra de réaliser, autour du noyau des professionnels de santé, tout un environnement intégrant les partenaires impliqués dans l'organisation de la santé et indispensables au fonctionnement de notre système de soins dans son contexte actuel :

- L'Université, à travers des salles de visio-conférence, de télémédecine, et un espace d'hébergement pour accueillir les jeunes professionnels de santé en stage.
- L'ingénierie et la recherche, à travers une salle de « recherche appliquée » situé dans les espaces d'attente par exemple, et l'équipement de la plate-forme d'un système utilisant les nouvelles technologies et indispensable au fonctionnement et à l'évaluation des pratiques coopératives.
- L'industrie, dans le domaine du médicament et des dispositifs médicaux, mais également dans le champ médico-environnemental. En effet, la prise en charge individualisée des

parcours de soins de chaque patient, évoluera dans des systèmes physiopathologiques de plus en plus complexes et chroniques, indissociables d'une personnalisation de leur environnement.

- Les institutions, à travers l'Etat (HAS, ARS, ASIP...), les assurances (CPAM, mutuelles, compagnies d'assurance, institutions de prévoyance), les collectivités territoriales (PMI...), les partenaires sociaux dans le cadre de la santé au travail et du vieillissement avec ses répercussions sur la santé de la personne, et du sport-santé...
- Les associations d'usagers.

## **1-2- Une construction architecturale communicante (annexe 6)**

Trois niveaux de construction seront gradués et indissociables les uns des autres pour former l'identité architecturale de Médicina :

- Le premier niveau sera celui de la mise en sécurité de l'existant, ajustée à la situation actuelle de chaque professionnel de santé.
- Le deuxième niveau concernera l'organisation et l'adaptation des unités d'activité homogènes (visuelle : ophtalmo-orthoptiste, auditive : ORL-orthophoniste etc...) au nouveau contexte économique (NMR).
- Le troisième niveau sera celui de l'innovation par la qualité médicale, par un système interprofessionnel à haute valeur ajoutée mettant en relation toutes les unités d'activité homogènes entre elles.

Chaque activité libérale sera construite selon la volonté initiale exprimée par les professionnels de santé, dont ils conserveront la maîtrise totale.

Les conditions de sécurité individuelle de chaque professionnel de santé seront placées graduellement en tête des objectifs à atteindre (maintien des honoraires par la rémunération à l'acte, accès à l'investissement professionnel, modernisation du cadre d'exercice par l'optimisation des conditions de travail, des loyers et charges de fonctionnement...).

Ces diverses activités seront incitées à se regrouper en unités d'activité homogènes, non imposables (c'est à dire que chacun conservera le pilotage de sa propre activité), mettant en lien les professionnels de santé directement intéressés par l'activité concernée.

Cette organisation en unités d'activité homogènes permettra de mettre en place notamment les quatre unités cliniques d'accès direct :

- L'unité de santé visuelle/auditive.
- L'unité de santé périnatale.
- L'unité de santé mentale.
- L'unité de santé bucco-dentaire.

Elle orientera également vers une amélioration des conditions de l'exercice de chacun, adaptée aux changements fondamentaux introduits par la succession des réformes institutionnelles de la santé (loi HPST, nouvelle convention médicale, DPC, DMP...), et aux progrès technologiques nécessaires aux nouvelles pratiques médicales.

Médecina développera en son sein une haute concentration interprofessionnelle de santé qui sera également enrichie par les professionnels de santé situés à l'extérieur du centre, et autant concernés par le développement de la connaissance interprofessionnelle.

Ainsi, se dessineront l'unité de maïeutique, l'unité des spécialités médicales dont la médecine générale, l'unité médico-technique (radiologie, laboratoire, pharmacie), l'unité paramédicale, l'unité du sport, l'unité des commerces et bien-être, l'unité médico-sociale, l'unité médico-environnementale (handicap, médecine du travail, médecine scolaire, gérontologie), l'unité de la douleur...

A l'égard des professions médicales, l'unité de médecine générale sera construite avec la volonté d'intégrer la plupart des médecins généralistes du territoire (dans le domaine de la PDS, l'enseignement, les protocoles, la télémédecine...), créant ainsi une concentration autour de laquelle se développeront plus naturellement les autres unités des spécialités cliniques.

Celles-ci bénéficieront de l'unité médico-technique (radio, labo...) pour optimiser leurs expertises médicales. D'autres unités médicales formeront la spécialité de la médecine environnementale (médecine du travail, médecine gérontologique...).

Au delà de ces unités d'activité médicales se développeront les unités des professionnels de santé (infirmiers, kiné...) et du champ psycho-social (psychologues, assistantes sociales...).

Et au delà encore les commerces de santé (opticien, audioprothésiste...) et le bien-être (balnéothérapie).

La construction architecturale de Médicina se réalisera donc graduellement, par la libre volonté exprimée par chaque professionnel de santé qui se déterminera d'abord par rapport à son projet professionnel personnel, puis par rapport à l'unité professionnelle homogène au sein de laquelle il sera amené à coopérer, et seulement enfin, entre les diverses unités d'activité cliniques, médico-techniques, de médecine générale etc...

Ce modèle de santé créera un niveau de production de santé bien au delà du niveau que chaque professionnel de santé peut produire par lui-même et dans l'unité professionnelle qui le concerne.

Il permettra par exemple de développer de longs parcours de soins en médecine générale, intégrant une profonde individualisation des systèmes physiopathologiques par les spécialités cliniques et médico-techniques, et une large personnalisation de leur contexte avec les spécialités médico-environnementales.

Cette richesse interprofessionnelle permettra naturellement de réaliser une véritable innovation par la qualité médicale, en mettant toutes les unités d'activité homogènes en relation et en ouvrant les coopérations de santé aux NMR par l'économie réalisée (moins de recours aux hospitalisations...).

Ce modèle permettra enfin d'accroître le périmètre de sécurité de la santé de chacun.

La performance de ce modèle de santé sera optimisée par le fait que toutes les unités d'activité reposeront sur un cadre constitué d'une administration (formalisation des protocoles...), de salles communes (accueil, séminaires, enseignement, éducation thérapeutique...), et d'un pôle de recherche et d'enseignement supérieur (PRES) en charge de capitaliser la connaissance interprofessionnelle en lien avec l'ARS, la HAS et les Fédérations des Spécialités Médicales...

L'administration, au service de tous les professionnels de santé, assumera le management et la gestion de toutes les missions de Médicina, tant sur le plan sanitaire que médico-social et social...

### **1-2-1- Proposition d'ingénierie architecturale de Médicina**

La richesse interprofessionnelle de Médicina permettra de construire un modèle de production de santé à plusieurs couches complémentaires.

Les unités médicales pourront se classer en 4 groupes :

- **Les unités cliniques :**
  - D'accès direct : santé périnatale, visuelle et auditive, bucco-dentaire et mentale.
  - Spécialisées : cardio, pneumo, dermato, neuro etc...
- **Les trois unités médico-techniques :** radio, labo , pharmacie.

Ces deux groupes d'unités permettront une profonde individualisation des systèmes physiopathologiques, allant du simple au complexe.

- **Les quatre unités médico-environnementales :**
  - Médecine du travail.
  - Médecine scolaire.
  - Médecine de la famille/handicap.
  - Médecine gériatrique.
- **L'unité de médecine générale.**

Ces deux groupes d'unités permettront de personnaliser les environnements de ces systèmes physiopathologiques individuels, et d'intégrer l'ensemble en médecine générale (parcours de soins...).

**Les unités paramédicales** : Kiné, IDE, orthophoniste...

**L'unité psycho-sociale** : psychologues, assistantes sociales...

Ces deux groupes d'unités permettront de rationaliser les services paramédicaux prescrits pour ces systèmes médicaux de soins et de prévention, au sein de la population.

**L'unité des commerces et bien-être** : opticien, audioprothésiste, balnéothérapie, produits de nutrition...

Elle permettra de rationaliser l'accès aux produits de santé et bien-être et de « coacher » les parcours de bien-être à partir de la santé.

Chacune des unités pourra concevoir ses propres protocoles interprofessionnels, mais des protocoles pourront être conçus entre les unités.

Ainsi, une coopération entre la médecine du travail et la médecine générale par exemple, pourrait proposer une prise en charge médico-environnementale de la personne, en offrant aux employés/employeurs une prestation de santé personnelle/professionnelle allant dans le sens du développement de la compétence au travail...

## **2- Projet territorial**

L'ARS, à travers ses conférences de territoire, dessine le SROSS, qui regroupe tous les secteurs sanitaires. Dans le secteur ambulatoire, Biot-Sophia Antipolis est rattachée à Antibes et Vallauris (environ 100 000 habitants).

Médecina est ciblé par l'ARS comme le projet référent sur ce territoire. Son implantation ne se résume donc pas en termes de commune uniquement.

Son élaboration s'accompagne d'un véritable projet urbanistique, en termes d'accès routiers (sortie d'autoroute prévue à terme), de parking (parking souterrain de 500 places), de développement démographique et économique (Sophia Antipolis).

Biot, surnommé « le rocher d'Antibes », se situe également très proche des hôpitaux publics-privés avoisinants, facilitant le lien ville-hôpital.

Cette localisation du centre n'a pas vocation à contredire la réalité actuelle de la démographie médicale, mais repose sur des valeurs de neutralité et de complémentarité à l'égard des institutions et des professionnels de santé avoisinants.

Elle tient compte des besoins de santé locaux en intégrant en priorité les professionnels de santé déjà existants, et propose un recrutement libre d'activités adaptées et cohérentes avec les réalités présentes.

Quel meilleur projet territorial que celui reposant sur les rencontres entre tous les professionnels de santé présents sur le territoire concerné ?

La notion de « désert médical », largement abordée actuellement par les autorités, ne repose pas plus sur la raréfaction des professionnels de santé (moins de 1 étudiant sur 10 deviendra praticien...) et le non renouvellement des départs à la retraite, que sur l'évolution naturelle de la démographie dont on sait que 80 % de la population vivra à terme en zone urbaine, laquelle couvre 22 % du territoire.

L'implantation de ces entreprises de santé ne doit pas être réservée aux seuls déserts médicaux, mais bel et bien définie dans les zones actives où les besoins sont réels et autant menacés.

D'autant plus que l'objectif de leur véritable avantage, qui repose sur leur fonctionnement coopératif, sera atteint plus facilement par un système interprofessionnel riche et représentatif.

De plus, elles formeront de véritables plateformes de télémédecine qui, situées aux portes de ces déserts évoqués, pourront leur apporter des solutions de maintien de l'accès aux soins.

### **3- Projet professionnel (annexe 7)**

Il correspond à l'organisation professionnelle qui permettra de construire le projet de santé.

La construction du noyau médical interprofessionnel se fera progressivement, au fur et à mesure de l'intégration des professionnels de santé intéressés.

Cette construction préfigurera le comité médical, dont le représentant sera désigné pour un temps donné, et s'organisera juridiquement sous la forme d'une Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA).

Cette SISA sera promotrice d'un projet d'études (Recherche/Enseignement), associant trois piliers complémentaires, représentés par les protocoles de coopération avec les supports technologiques nécessaires et l'organisation économique de la plate-forme.

Elle devra associer les professionnels de santé avec le PRES (pôle de recherche et d'enseignement supérieur de Nice-Sophia Antipolis) associant les disciplines universitaires, les écoles professionnelles et les laboratoires de recherche, avec les partenaires compétents dans le champ des nouvelles technologies de la communication et de l'information et les industriels motivés pour s'engager dans le domaine de la santé.

Le 4<sup>ème</sup> pilier sera représenté par l'enveloppe dessinée par la plate-forme, qui sera en capacité d'intégrer le fonctionnement du pôle au sein de sa construction.

La SISA capitalisera le résultat des études mises en œuvre au fur et à mesure de leur obtention.

### **3-1- Une charte de fonctionnement déontologique et partagée**

le projet professionnel répondra à une charte, dans le respect de la liberté de travail individuel de chacun, mettant le patient au centre du dispositif.

Cette charte, définie collectivement, prendra en considération des valeurs autour du respect du libre choix, de la transmission des données médicales, de la confidentialité des informations, de la participation aux formations, de l'implication aux actions collectives, de la volonté d'optimiser les soins aux patients...

### **3-2- Un nouvel édifice sanitaire et social inscrit dans le secteur ambulatoire**

Médecina dessinera, dans la carte sanitaire, un établissement accueillant du public, aux normes d'hygiène et de sécurité, et offrant une mutualisation de secrétariat, de salles d'attentes, d'urgences, de réunions...

### **3-3- Une administration performante au service des professionnels de santé**

La gouvernance de Médecina reposera sur une administration située en parallèle de la SISA, jouant le rôle d'une direction en charge des missions de management-gestion, ressources humaines, et, en lien avec la SISA, de coordination par exemple, par la formalisation des protocoles de coopération, l'optimisation dans la gestion et la répartition des nouveaux modes de rémunération et la gestion des emplois du temps internes et externes.

L'entretien et la sécurité du bâtiment, les mises aux normes et réparations, la maintenance du mobilier, l'aménagement des salles de réunions etc... seront assurés par les services généraux.

Cette administration permettra d'alléger les professionnels de santé qui pourront ainsi se recentrer sur leur cœur de métier et faire apparaître ainsi leur véritable valeur ajoutée, au service de la qualité et la sécurité des soins.

### **3-4- Un système d'information partagée sécurisé et performant**

Médecina s'équipera d'un système d'information partagée (SIP), sécurisé et performant, interopérable au sein du pôle, mais également avec les structures extérieures (hôpitaux, cabinets extérieurs...).

La maintenance et l'évolution du SIP, ainsi que l'exploitation des données de santé, seront assurés par Médicina, au profit du temps médical et de la valeur ajoutée interprofessionnelle.

Le SIP sera compatible avec le DMP, sur lequel est prévu d'apparaître la note de synthèse et le plan de prévention (date des prochains examens de dépistage, de suivi...).

La note de synthèse correspond au relevé de l'état de santé en cours du patient, à ce jour du suivi, dont tout professionnel de santé peut s'approprier pour assumer la continuité des soins, et qui peut être édité aisément pour accompagner le patient en soins secondaires, en plateau technique ou lors de ses déplacements.

Le SIP permettra une extraction des données statistiques au sein de la coopération et donnera la possibilité d'ouvrir un véritable programme de recherche, notamment en soins primaires, et d'accueillir une plateforme de télémédecine (annexe 1).

### **3-5- Une richesse d'activités médicales et paramédicales significative du secteur libéral**

Le projet professionnel définira le nombre de professionnels de santé.

Toutes les professions de santé, médicales et paramédicales, répertoriées au CSP, seront représentées et offriront ainsi, à ce centre, une valeur significative, performante et attendue du secteur libéral ambulatoire.

Cette valeur ajoutée interprofessionnelle de santé apportera une qualité médicale de haut niveau (protocoles de coopération pluridisciplinaires), en capacité de prendre en charge des parcours de soins, aussi bien de manière individualisée (la personne humaine) que dans leur globalité (du cas simple au cas complexe), en étant en position de négocier une réduction significative des dépenses publiques (moins de recours aux hospitalisations par exemple).

### **3-6- Un édifice offrant des modalités de coordination**

Le projet professionnel définira également les modalités de coordination avec des salles attribuées aux diverses réunions de concertation, staff..., pouvant être utilisées par les professionnels du centre et ceux installés en dehors du pôle, étant tous concernés par les protocoles de coopération, et souhaitant participer également à l'enseignement, aux programmes de prévention, d'éducation thérapeutique, à la télémédecine..., dans le cadre des NMR.

### **3-7- Une coopération optimisée, guidée par l'ARS**

Enfin, le projet professionnel concernera les missions de coopération internes avec les protocoles de coopération, et externes entre le pôle et les professionnels de santé situés à l'extérieur du centre souhaitant participer aux protocoles, mais également les hôpitaux publics et privés dans les domaines médico-chirurgical, obstétrique et urgences, les réseaux de santé (HAD, palliatif, diabète...), le secteur médico-social.

## **4- Projet de santé (annexe 8)**

La richesse d'activités de Medicina permettra d'offrir un projet de santé complet, évolutif, en capacité d'assumer toutes les missions appartenant au cahier des charges national des MPS ; optimisant ainsi les ressources financières de l'ARS quant aux NMR.

### **4-1- Un accès aux soins optimisé**

L'enjeu principal de l'Etat, à travers la loi HPST de 2009, est de préserver l'accès aux soins pour tous, en faisant correspondre l'offre globale de santé (libérale et hospitalière) sur chaque territoire selon les besoins de la population.

Le maintien de cet objectif ne passera que par une nouvelle organisation de santé du secteur ambulatoire, dont seule la valeur interprofessionnelle de haut niveau recherchée et utilisant les technologies innovantes en santé, créera une véritable performance en faveur d'une offre globale de soins de qualité, reposant sur une meilleure coordination entre l'offre libérale et l'offre hospitalière.

Le projet de santé optimisera l'accès aux soins pour les patients, en respectant les habitudes individuelles de chacun, à travers une offre de premier recours à tarifs opposables, de second recours et un exercice de consultations non programmées.

### **4-2- Une valorisation de la permanence des soins**

Le projet de santé permettra d'assurer la continuité et la fluidité des soins, en offrant des plages horaires suffisantes, et une participation à la permanence des soins.

### **4-3- Un parcours de soins optimisé**

Le projet de santé assurera une coordination interne à travers le dossier partagé et la gestion des réunions pluridisciplinaires rémunérées.

#### **4-4- Porter les valeurs de santé publique**

Il assumera des missions de santé publique individuelles et collectives, en termes de prévention, d'éducation thérapeutique (« les ateliers du goût » avec la cafétéria), de dépistage.

Il participera à la veille sanitaire et à l'observation épidémiologique.

Il donnera accès aux personnes à mobilité réduite.

#### **4-5- Intégrer les valeurs universitaires**

Le projet de santé proposera, en partenariat avec l'université, un accueil pour la formation initiale des étudiants et la création d'une Maison Médicale Universitaire (MMU), avec éventuellement des gardes assurées par des internes et supervisées par des séniors, dans l'objectif de la coordination ville-hôpital (urgences).

#### **4-6- Une complémentarité avec les réseaux de soins identifiés par l'ARS**

Il participera aux réseaux de santé existants.

#### **4-7- Un regroupement entre les professionnels de santé et les acteurs du champ médico-social**

Le projet de santé développera une mission médico-sociale qui englobe la gérontologie, la Protection Maternelle et Infantile (PMI), la santé scolaire, la médecine du travail, le handicap, la prise en charge de la précarité-pauvreté, en faisant intervenir les acteurs du champ médico-social concernés.

### **5- Médicina dans son environnement territorial**

#### **5-1- Une véritable ambition de santé publique**

Il n'existe pas, à l'heure actuelle, de projet dans cette dimension en France, pour plusieurs raisons probables :

- La difficulté pour les porteurs de projet de s'investir pendant plusieurs années.
- Les MPS actuelles se sont développées sur des territoires de densité médicale inférieure menacés par la désertification à court terme, et leur

projet d'élaboration de santé n'a pas intéressé tous les professionnels de santé ou n'a pas pris le temps suffisant d'appropriation et de maturation.

- Des expériences immobilières pures, ne considérant pas l'appropriation par les professionnels de santé du projet d'élaboration de santé, ont engendré des coques vides et éloigné ainsi les partenaires financiers nécessaires à l'accompagnement de ces projets.

Médicina représentera, sur le territoire national, la première expérience significative interprofessionnelle de santé du secteur ambulatoire, et sera perçu comme un édifice pionnier et référent, complémentaire des structures sanitaires existantes, et en capacité de faire converger toutes les ressources impliquées dans l'organisation nouvelle de notre système de santé, et qui créeront un environnement performant et pérenne tant sur le plan technique, que économique et déontologique, autour des professionnels de santé (Industrie, Etat-institutions, Université-Recherche-Enseignement, BTP, partenaires sociaux, associations d'usagers...), et qui sont intéressés pour être associé au développement de Medicina.

Médicina aspire à devenir « *le laboratoire pilote* » du secteur ambulatoire situé au « *carrefour du bouleversement* » de notre système de santé, où tous les partenaires, concernés par la revalorisation et l'avenir de la santé, convergeront et pourront s'engager ensemble sur le bon chemin de l'innovation par la performance médicale, et non le chemin de la recherche d'un ancien monde perdu.

Médicina pourrait permettre de réaliser collectivement le premier pas nécessaire pour relever le défi d'une véritable révolution culturelle des pratiques médicales, ouvrant le chapitre ambulatoire du nouveau cycle de notre système de santé.

## **5-2- Les partenaires de Medicina (annexe 9)**

### **5-2-1- Les patients : divers acteurs de santé**

Ils seront toujours placés au cœur du dispositif, et bénéficieront des performances de Medicina en termes d'accès et de permanence des soins, de parcours de soins optimisés au sein des coopérations, d'orientation vers les plateaux techniques et de suivis post-hospitalisations...

Tous les patients quelques soient leurs statuts, pourront trouver des réponses à leurs demandes, tant sur les soins que les ateliers thérapeutiques, de prévention, d'éducation, mais également le sport-santé et bien-être, ainsi que le handicap, de manière à ce que les conditions de travail et de vie, dans Medicina, se partagent au sein d'un tissu humain à la fois solidaire et non cloisonné.

## **5-2-2- L'Etat, l'Union Européenne, les collectivités territoriales**

Trois instances nationales sont concernées par Médicina, le Ministère de la Santé à travers l'ASIP, l'ARS à travers son PRS, la HAS au sujet des protocoles de coopération et de l'EPP, le Secrétariat d'Etat de l'Aménagement et le Développement du Territoire et de la Politique de la Ville, avec les Collectivités territoriales : Conseils Régionaux et Généraux (PMI, santé scolaire, personnes âgées, précarité-pauvreté), les communes (Ateliers Santé-Ville)..., et le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, dans le cadre des dérogations de tâches et des référentiels d'activités.

L'Union Européenne est concernée par Médicina dans le cadre de l'aménagement et du développement du territoire.

## **5-2-3- l'université, l'enseignement, les instances ordinales**

Médicina mettra en relation toutes ses activités avec les facultés et écoles de formation.

Un système de vidéo-conférence permettra de compléter les cours magistraux.

Médicina aspire à devenir le lieu de stage privilégié du secteur libéral ambulatoire, pouvant recevoir plusieurs étudiants encadrés, dans chaque corps professionnel, mais également de donner la possibilité à plusieurs étudiants de divers corps professionnels de se former ensemble, symbolique de la coordination face à cet enjeu de coopération de santé.

Médicina, portant ces valeurs, aspire à devenir une maison médicale universitaire, et éventuellement une maison universitaire de garde.

Les partenaires de Médicina, dans les domaines de l'ingénierie et de la recherche, pourront élaborer également un programme d'enseignement en santé sur le site.

## **5-2-4- L'ingénierie, la recherche**

Elle participera au développement et au fonctionnement de Médicina dans le domaine de la recherche et du SIP.

L'élaboration des nouvelles pratiques coopératives ne peut se concevoir sans l'apport des nouvelles technologies qui, par un nouveau système d'information inter-opérationnel, permettront de capitaliser la connaissance interprofessionnelle, d'évaluer les pratiques envers les recommandations, et d'extraire des données dans le cadre de la recherche en soins de proximité...

### **5-2-5- L'industrie**

L'industrie pharmaceutique abordera Médicina dans la recherche médicamenteuse et des dispositifs médicaux.

Le CNR Santé a été nommé par le ministère de l'Industrie en 2009, il est en charge de préparer l'industrie aux nouvelles technologies en santé.

Médicina se placera au centre du développement des TIC en santé, notamment dans l'objectif du maintien à domicile des personnes dépendantes, engageant directement l'intervention des professionnels de santé du secteur libéral, et de la télémédecine.

L'approche industrielle se développe sur divers champs de santé :

- Le champ des « géron-technologies » et de la télémédecine autour du patient (solutions pour la santé à domicile et l'autonomie, évaluation des performances du patient, modes d'intervention sur la personne), et de l'habitat (installation de capteurs biomédicaux, vidéo-conférence).
- Le champ « santé-environnement » par l'étude des facteurs ayant des impacts sur la santé (pathologies respiratoires, CV, dermatologiques...).
- Le champ « traçabilité en santé » par des capteurs placés au domicile des personnes, des patchs électroniques, et la gestion des données de santé.
- Le champ « imagerie et diagnostic » à travers les filières de soins (AVC...).

Tous ces thèmes, autour de l'habitat (BTP) et de l'environnement (air, eau, alimentation), pourront être portés par Médicina du fait de son implantation au sein d'un quartier de vie et placeront l'industrie au cœur de la réflexion sur la santé de proximité.

### **5-2-6- Les entreprises**

Les partenaires sociaux font également partie intégrante de l'organisation de la santé.

ils trouveront en Médicina le partenaire adapté et équipé pour rendre l'évaluation de la santé au travail et du sport-santé-bien être, performante.

### **5-2-7- Les professionnels de santé extérieurs**

Ils pourront intervenir dans le cadre de vacations (professionnels libéraux et hospitaliers), de participation aux protocoles de coopération, aux programmes de prévention, d'éducation thérapeutique, d'enseignement, dans l'organisation et la participation à la PDS, de télémédecine...

### **5-2-8- Les associations d'usagers, les institutions (hôpitaux, assurances, mutuelles...)**

les associations d'usagers trouveront en Médicina le partenaire à la hauteur de leur représentation dans les soins.

Médicina, par ses salles de réunions, aspire à devenir l'outil performant pour la réflexion autour de la protection des individus présentant un risque social, en intégrant tous les acteurs concernés (soignants, malades, familles, élus...).

Les assurances (CPAM, mutuelles, les institutions de prévoyance et les compagnies d'assurance) s'inscrivent aussi pleinement dans l'organisation de la santé.

Médicina pourrait devenir le lieu de rencontre entre les professionnels de santé hospitaliers et libéraux, l'ARS, la CPAM, les mutuelles..., dont le rapprochement favoriserait la connaissance de chacun autour d'une réflexion collective sur la performance et la pérennité de notre système de santé.

### **5-2-9- Les fédérations des spécialités médicales (FSM), la CNIL, l'URPS, les réseaux de santé**

La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, autorité administrative indépendante, sera le conseiller, au côté de l'ASIP, dans l'élaboration du SIP de Médicina.

L'URPS sera concernée par Médicina du fait de son rôle dans les missions de santé publique (démographie médicale, PDS, DPC), et étant l'interlocuteur principal de l'ARS.

Les FSM seront représentées dans le cadre du DPC (FMC + EPP). Les sociétés professionnelles élaborent des recommandations professionnelles, validées par la HAS ; l'EPP consiste à se mesurer à ces recommandations.

Les réseaux de santé trouveront en Médicina un lieu de rencontre mettant en valeur leurs actions en partenariat avec les professionnels de terrain.

## **5-3- Médecina : la réunion des 5 piliers organisationnels de l'économie de la santé**

Médecina dessinera une entreprise libérale de santé ambulatoire où toutes les économies présentes dans la santé interagiront.

### **5-3-1- La personne : 1<sup>ère</sup> économie socio-familiale**

Médecina aura la capacité d'accueillir la personne dans toute sa dimension (ou tous ses rôles en tant qu'acteur de sa santé).

La personne, au sein de notre système de santé, possède une définition qui repose sur divers facteurs, et pas uniquement la maladie qui la définit comme un patient.

Elle peut être définie selon son âge, ses activités, son travail, son habitat, son environnement socio-familial...

Par conséquent, la personne peut devenir successivement un patient, un employé, un touriste, un client pour les commerces de santé et le bien-être, ou représenté par une association d'usagers...

### **5-3-2- L'offre de soins : 2<sup>ème</sup> économie libérale et publique**

D'un côté l'économie publique concernant les établissements hospitaliers médico-chirurgical et obstétricaux (MCO), les établissements de suites de soins et réadaptation (SSR), de santé mentale, les EHPAD, les établissements de longs séjours, médico-sociaux et sociaux, dont l'avenir économique sera de plus en plus maîtrisé par l'Etat.

De l'autre côté l'économie libérale, représentée aujourd'hui par un système ambulatoire médical, médico-social et social dispersé, cloisonné et dont l'organisation par ces nouvelles entreprises de santé, avec l'objectif de le structurer par l'association de trois forces interactives, la connaissance interprofessionnelle, la numérisation des infrastructures par l'ingénierie et le management économique (RH, modèle économique, cadre juridique...), engendrera une amélioration de la qualité des soins, de l'efficacité, et une meilleure coordination notamment avec le secteur public.

### **5-3-3- L'institution : 3<sup>ème</sup> économie institutionnelle**

L'Etat à travers les ARS, l'ASIP, la CPAM, la HAS... constitue le socle des institutions (procédures de certification).

L'institution est représentée également par les autres assurances (compagnies d'assurance, institutions de prévoyance, mutuelles), les collectivités territoriales (PMI...), les partenaires sociaux dans leur rôle sur la santé au travail, les associations d'usagers qui jouent un rôle important dans la santé, notamment dans le domaine de l'éducation thérapeutique sur les programmes d'accompagnement...

Médecina assurera un pilotage cohérent et conforme aux demandes d'expertises professionnelles et scientifiques des institutions.

#### **5-3-4- L'industrie : 4<sup>ème</sup> économie industrielle**

Médecina, par sa conception pluridisciplinaire et significative de l'activité libérale de proximité et son implantation au sein d'un quartier de vie (logements, écoles, hôtel, entreprises, commerces, jardins...), intéressera et pourra faire évoluer et rationaliser les relations avec les industriels, qui pourront développer des thématiques de santé au delà du champ du médicament et des dispositifs médicaux, notamment dans le champ des nouvelles technologies (TIC) en santé, mais également dans le champ de l'environnement ayant une influence sur l'état de santé de la personne, l'air, l'eau, l'alimentation, mais aussi l'habitat dans la réflexion du maintien à domicile des personnes dépendantes...

#### **5-3-5- La connaissance interprofessionnelle : 5<sup>ème</sup> économie interprofessionnelle (annexe 10)**

L'économie interprofessionnelle, dont le moteur sera représenté par le développement professionnel continu (DPC), permettra de réaliser l'économie de la santé.

Le système de santé se régénère en tenant compte des grandes dimensions de la médecine, en adoptant un raisonnement nouveau sur l'identification et le développement des professionnels de santé, à travers le DPC.

La Fédération des Spécialités Médicales (FSM), structure paritaire représente chaque spécialité médicale sur les versants hospitalier et libéral.

La FSM est chargée de la promotion de la qualité de l'exercice professionnel à travers le développement professionnel continu (DPC) qui englobe la formation médicale continue (FMC) et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), l'accréditation des équipes à risque par la déclaration et l'analyse des événements porteurs de risque, et la charte des compétences en développant un compteur de FMC (objectif souhaité de 1 programme par médecin par an).

La FMC est le processus qui permet aux professionnels de santé d'exister et de se développer, par l'amélioration des connaissances.

Elle est devenue obligatoire en 2004, dans le cadre de la « réforme Mattéi ». Depuis, plusieurs décrets se sont succédés jusqu'à nos jours pour aboutir en 2012 à l'annonce par le conseil d'Etat de 2 décrets sur la définition et l'organisation du DPC.

La loi HPST (2009), dans son article 59 définit le DPC par le regroupement de la FMC, l'EPP, l'accréditation en faveur de l'amélioration de la

qualité et la sécurité des soins, la prise en compte des priorités en santé publique, et l'amélioration de la maîtrise des dépenses de santé.

Le DPC est un processus individuel qui s'adresse à tous les professionnels de santé (hôpital et libéral), dont chacun s'appropriera, dans son parcours personnel, de manière à adapter sa formation à sa propre activité professionnelle.

La FSM fédère les conseils nationaux professionnels (CNP), constitués pour chaque spécialité, réunissant tous les organes de chaque spécialité (pédagogique avec les collèges d'enseignants, scientifique avec les sociétés savantes et juridique avec les syndicats des spécialités), et en charge du DPC.

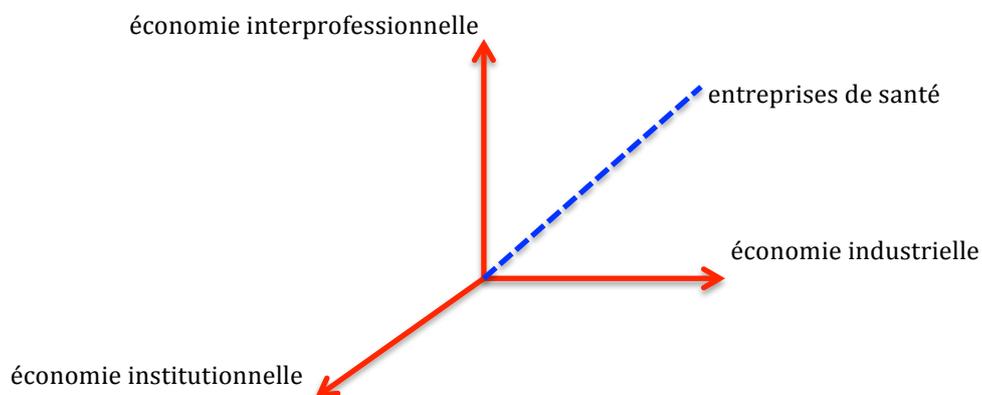
Une convention est signée avec la HAS sur des programmes pilotes, un comité scientifique indépendant (CSI) est en charge d'évaluer les organismes de DPC.

La FSM avec les CNP représentent ainsi une structure en capacité de prendre en charge la capitalisation de la connaissance interprofessionnelle en liaison avec les PRES, et la validation des nouveaux protocoles de coopération en accord avec les demandes d'expertises des institutions.

Cette capitalisation sera à l'origine des ressources du DPC dont les professionnels de santé devront s'accaparer dans le cadre de leur formation individuelle.

L'économie de la connaissance interprofessionnelle devient la première dimension de l'économie de la santé, en amont de l'économie industrielle et institutionnelle. Elle va permettre aux 5 économies qui composent l'économie de la santé d'interagir, au service de la santé.

Les entreprises de santé libérales, avec les établissements publics, à l'origine de l'offre de soins au niveau microéconomique, doivent se concevoir dans cette échelle macroéconomique à trois dimensions.



Les entreprises de santé libérale et les établissements publics pourront se coordonner par des systèmes interprofessionnels, avec des réseaux industriels dans des ensembles institutionnels.

Médecina, en intégrant cette dimension coopérative interprofessionnelle de haut niveau, sera en mesure d'apporter les garanties suffisantes aux professionnels de santé, leur permettant de s'adapter aux changements économiques reliés entre eux.



## CONCLUSION

L'histoire de la médecine a démontré le cheminement d'une évolution constante du système de santé, pour répondre aux nouvelles contraintes, aussi bien humaines que socio-culturelles avec des nouveaux enjeux de santé publique et, après 1975 et notamment depuis 1996, économiques avec une politique de santé appliquée, dans l'espoir de maîtriser les dépenses de santé qui ne cessent d'augmenter, afin de pérenniser un système de soins performant, accessible et transmissible.

La loi HPST (juillet 2009), engage notre système de santé dans une réforme ambitieuse et durable dans ses grandes lignes stratégiques appliquées sur les territoires de santé, même si quelques évolutions peuvent apparaître, telle la proposition de loi Fourcade (article 1 et 2) sur la création des Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires (SISA) comme structure juridique propre aux MPS.

Elle ouvre un nouveau cycle de santé, dans le prolongement des réformes précédentes, dont l'évaluation nécessaire sur plusieurs décennies, maintiendra son application par les divers gouvernements successifs, toujours responsabilisés sur la protection de la santé.

Elle nous laisse l'initiative d'organiser le secteur libéral ambulatoire pour atteindre les « objectifs santé » communs.

Elle s'étend dans tous les secteurs de la santé, ambulatoire, hospitalier, médico-social, la formation initiale aux côtés de la réforme LMD, le DPC, et implique des partenaires compétents pour répondre, avec les professionnels de santé, aux enjeux du système de santé, dans les domaines de l'ingénierie et l'industrie sur le développement des TIC en santé et la recherche en soins primaires.

Nous sommes amenés à modifier nos pratiques, nos contours de métiers, nos conditions de travail et de vie, pour nous projeter, dans le respect de nos acquis, vers une médecine plus coopérative.

Les situations de praticiens isolés seront de moins en moins soutenues par les autorités de santé, de moins en moins adaptées avec le fonctionnement des institutions sanitaires, et de moins en moins transmissibles face aux attentes des jeunes professionnels de santé et des patients.

Médecina aspire à représenter le projet interprofessionnel de santé pilote du secteur libéral ambulatoire, par sa capacité d'intégration de toutes les professions de santé définies par le CSP, dans des conditions sécurisantes et performantes.

Les professionnels de santé recentrés sur leur cœur de métier, les partenaires présents dans le centre, dans les domaines de l'ingénierie, l'industrie, les entreprises, mais également du secteur médico-social, du sport-bien être, de l'enseignement..., projettent Médecina, dans la carte sanitaire territoriale, comme un édifice à haute valeur ajoutée, autour d'un projet de santé ouvert à tous les praticiens du territoire, et d'un projet de vie plaçant la prise en charge de la santé dans toute sa dimension, à la hauteur de la définition socio-familiale, biologique et psychologique de la personne.

Médecina aspire à devenir l'entreprise de santé des professionnels de santé du secteur ambulatoire, qui souhaitent s'engager dans la modernisation de leur exercice, par une amélioration globale de leur situation actuelle et future, de manière à transmettre à leurs justes valeurs les efforts qu'ils auront fourni pour dispenser les soins et préserver ainsi le devoir déontologique de la transmission de leur art.

Ce document a été rédigé pour vous permettre de vous accaparer et vous approprier les fondements de la naissance de Médecina, dans le respect de la liberté de chacun. Il démontre l'engagement et les attentes de la nouvelle politique de santé, et devrait apporter les bases communes de la réflexion collective sur l'évolution de nos pratiques.

Les diverses rencontres effectuées depuis 2008, politiques, universitaires, institutionnelles, médicales... pour présenter ce projet de santé, placent Médecina, comme l'édifice sanitaire ambulatoire attendu sur notre territoire.

*« Quand pour une grande cause, tous les hommes d'un grand pays mettent en commun ce qu'ils ont de grand, ils sont plus grands que le plus grand des hommes. » (Paul Raynal)*

# **ANNEXE 1**

## **définitions**

(article 51 et 78 de la loi HPST, article L.1161-1 à 1161-3, L.4011-1 à 4011-3 du CSP)

### **Coopération**

Démarche volontaire de professionnels de santé pour organiser entre eux une nouvelle prise en charge des patients qu'ils soignent.

### **Protocole de coopération**

Document décrivant la démarche de coopération des professionnels de santé : qui fait quoi, quand, comment et pourquoi.

### **Acte de soins**

Actions et pratiques mises en œuvre pour participer au rétablissement ou à l'entretien de la santé d'une personne.

Pour un même acte de soins, certaines tâches peuvent être effectuées par des professionnels différents.

### **Dérogation**

Autorisation donnée à des professionnels de santé pour effectuer des actes de soins et des activités qui ne sont pas prévus par les textes régissant leur exercice professionnel.

### **Transfert d'activité ou d'actes de soins**

Action de déplacer l'acte de soins, d'un corps professionnel à un autre.

Le transfert signifie que les professionnels qui réalisent l'acte sont responsables, autonomes (dans la décision et la réalisation), compétents et qualifiés.

### **Compétence**

Maîtrise d'une combinaison de savoir (connaissance, savoir-faire, comportement et expérience en situation) . Elle renvoie à une personne et donc ne se délègue pas.

### **Déléquant/Délégué**

L'un transfère son activité ou son acte, l'autre accepte sa réalisation.

# **ANNEXE 1**

## **définitions**

(article 51 et 78 de la loi HPST, article L.1161-1 à 1161-3, L.4011-1 à 4011-3 du CSP)

### **Education thérapeutique**

S'inscrit dans le parcours de soins, a pour objectif de rendre le patient plus autonome, en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade. Les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient sont déterminées par un décret. Les programmes d'éducation thérapeutique du patient sont conformes à un cahier des charges national, et sont appliqués après autorisation de l'ARS. Les actions d'accompagnement font partie de l'éducation thérapeutique (assistance et soutien aux malades ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie).

### **Continuité des soins**

C'est la façon dont les soins sont vécus par un patient, comme cohérents et reliés dans le temps ; cet aspect des soins est le résultat d'un bon transfert de l'information, de bonnes relations interpersonnelles et d'une coordination des soins.

Elle fait converger la continuité clinique (bonne connaissance collective du patient par les soignants), la continuité de l'information (DMP) et la continuité d'approche (cohérence des soins prodigués).

### **Télé médecine**

Forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

On distingue :

- La téléconsultation : entre le patient et le médecin
- La télé-expertise : échanges entre professionnels
- La télésurveillance : transmission d'indicateurs
- La téléassistance : aide d'un professionnel assistant à un autre à distance.

# ANNEXE 1

## définitions

(article 51 et 78 de la loi HPST, article L.1161-1 à 1161-3, L.4011-1 à 4011-3 du CSP)

### Indicateur

Information choisie, associée à un phénomène, destinée à observer périodiquement les informations au regard des objectifs périodiques à atteindre, dans un contexte donné. Il sera utilisé pour atteindre l'objectif souhaité par celui qui le choisit, le met en œuvre et en exploite les résultats. Il contribue à éclairer la question que l'on se pose. Il n'a de sens qu'accompagné de ses éléments d'interprétation (critères précis de sa définition et le contexte de sa mise en œuvre).

### Evaluation des pratiques professionnelles

Démarche pluridisciplinaire d'activités cliniques ou médico-techniques à visée diagnostique, thérapeutique ou préventive, au sein d'un secteur d'activité ou de manière transversale entre les différentes spécialités. Elle contribue à l'amélioration de la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins. Elle appartient au DPC, à côté de la FMC. Elle se mesure aux recommandations des pratiques professionnelles.

### Evaluation de la qualité des soins

D'après l'OMS, l'évaluation de la qualité des soins « *doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût, pour un même résultat, au moindre risque iatrogène, et pour sa plus grande satisfaction, en termes de procédure, de résultat et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* ».

## **ANNEXE 2**

### **Liste des professionnels de santé concernés par les protocoles de coopération**

(article L.4011-1 du CSP)

- **Aide-soignante**
- **Audioprothésiste**
- **Auxiliaire de puériculture**
- **Chirurgien-dentiste**
- **Conseiller génétique**
- **Diététicien**
- **Ergothérapeute**
- **Infirmier(e)**
- **Manipulateur d'électroradiologie médicale**
- **Masseur-kinésithérapeute**
- **Médecin**
- **Opticien lunetier**
- **Orthophoniste**
- **Orthoptiste**
- **Prothésistes et orthésistes**
- **Pédicure-podologue**
- **Pharmacien**
- **Psychomotricien**
- **Sage-femme**

## **ANNEXE 3**

### **Critères obligatoires du cahier des charges national des MPS**

#### **Autour du projet professionnel**

- Exercice pluri-professionnel (nombre minimum de trois types de professionnels de santé : médecin, IDE, Kiné...).
- Formalisation de l'organisation entre professionnels : engagements, modes de rémunération entre les professionnels, organisation des emplois du temps, mode de coordination et de coopération autour du parcours de soins (transfert de tâches et d'activités conformément à la loi HPST).
- Existence d'une fonction de coordination (formalisation des protocoles).
- Fonction de coopération interne à la structure et externe (hôpital, HAD, SSIAD, associations, lien exprimé avec les structures médico-sociales et sociales, CLIC « Centre Local d'Information et de Coordination pour le maintien à domicile »).
- Fonction de management et de gestion.
- Dossier patient unique et partagé (transmission d'informations avec précision des accès spécifiques selon le type de professionnels, recueil de données épidémiologiques à partir d'indicateurs choisis de façon concertée).
- Locaux aux normes d'hygiène et de sécurité favorisant salles d'attentes et secrétariats communs, salles de réunion et salles d'urgences.

#### **Autour du projet de santé**

- Lieu principal d'exercice, clairement identifiable par la population.
- Déterminer un projet de santé pluridisciplinaire, témoignant d'un exercice coordonné, allant de la prévention au suivi des patients :
  - Continuité des soins : plages horaires suffisantes et participation des membres du centre à la PDS, en cohérence avec l'organisation locale (SAMU, SOS).
  - Accès aux soins : garantie d'une offre de premier recours à tarifs opposables et exercice de consultations non programmées.
  - Coordination interne à la structure : dossier partagé, staffs pluridisciplinaires réguliers.
  - Observations épidémiologiques et de veille sanitaire en lien avec un recueil harmonisé d'informations.
  - Prévention individuelle et collective dans un cadre organisé.
  - Engagement d'un accueil et d'un encadrement des professionnels de santé en formation (étudiants, internes...).
- Participation à un ou plusieurs réseaux de santé existants sur le territoire, sur les priorités de santé publique (maladies chroniques, prise en charge des enfants et adolescents et du handicap), facilitant l'orientation des patients et la coordination des parcours de soins.
- Accès aux personnes à mobilité réduite.
- Possibilités d'hébergement d'une maison médicale de garde.

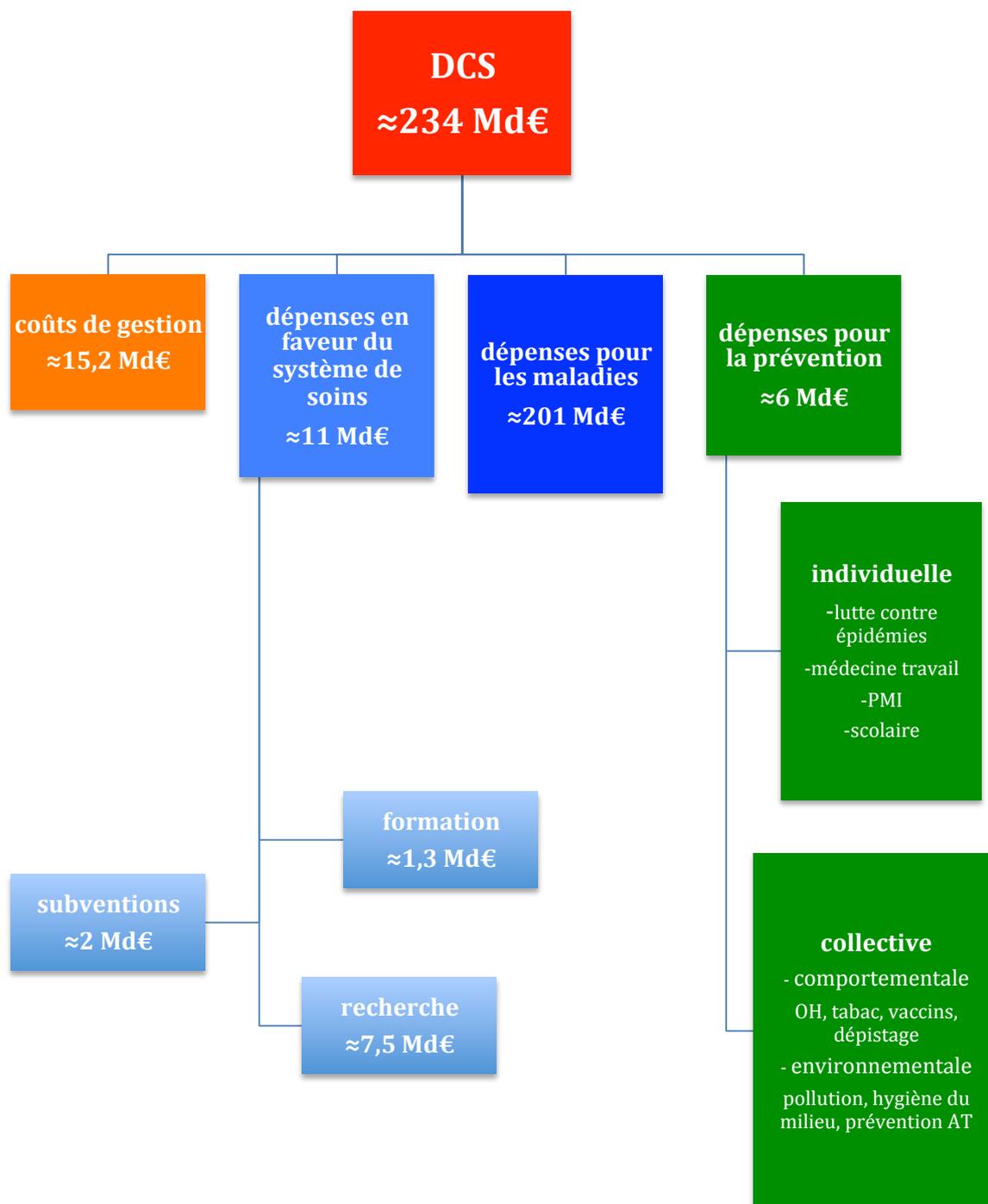
## **ANNEXE 4**

### **Critères juridiques des MPS**

- Recevoir des subventions globales (investissement et fonctionnement), y compris de type forfaitaire, en laissant une place à l'investissement privé venant des professionnels.
- Définir un poste de gérant pour une durée à déterminer dans le projet professionnel.
- Pouvoir exclure un membre sur la base d'une majorité de voix, clause définie dans le projet professionnel.
- Laisser le choix aux professionnels de santé des modes de répartition des subventions, honoraires et rémunérations entre eux, ainsi que du mode d'exercice de chacun. Le projet professionnel sera en charges des protocoles pluridisciplinaires (article 6133-1 du CSP, article 23 de la loi HPST).
- Missions de santé publique à but non lucratif (article 6112-1 et 6112-2 du CSP, article 1 de la loi HPST).
- Intégration possible et souple d'activités différentes complémentaires (association avec des centres de santé volontaires, des cabinets libéraux...).

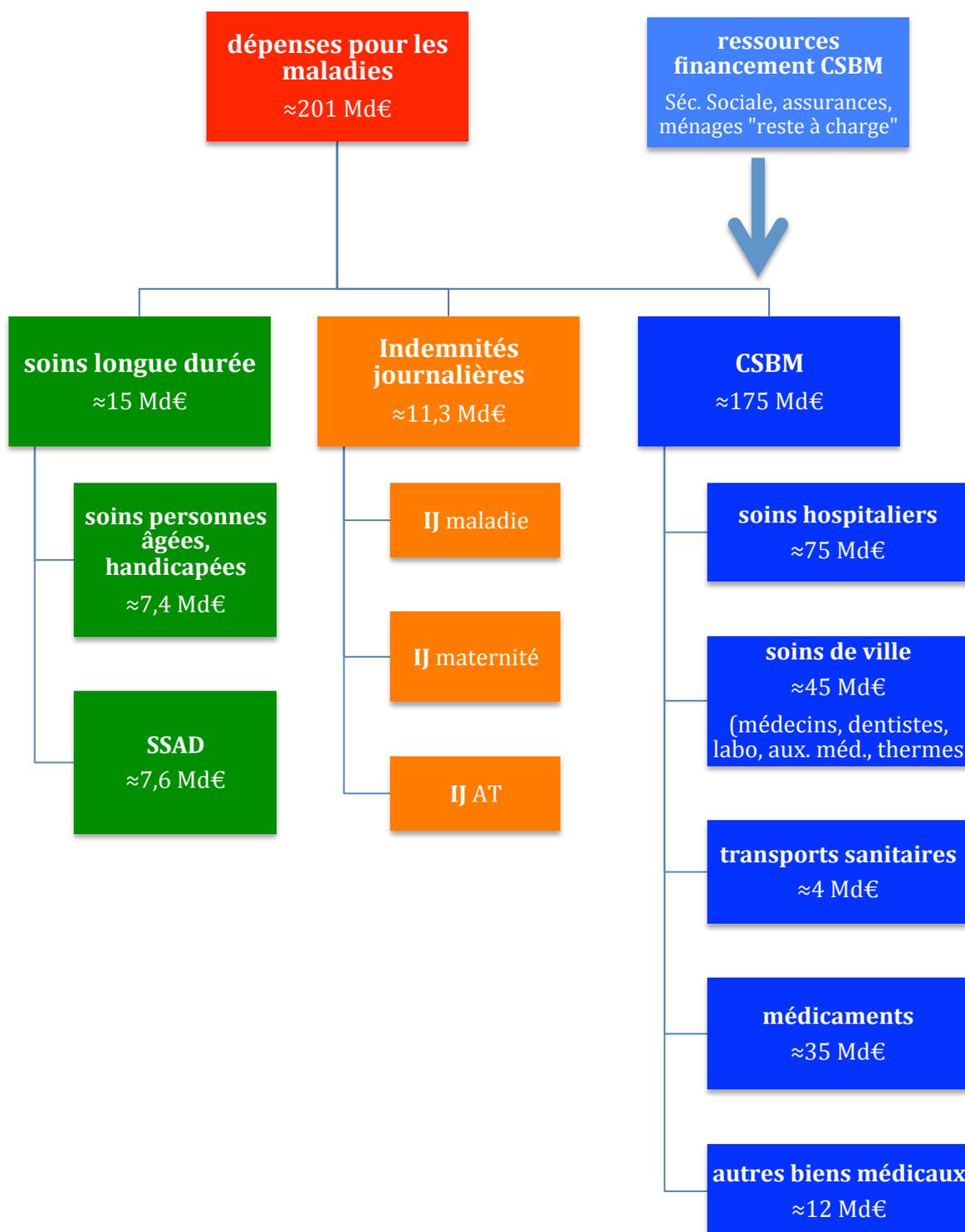
## ANNEXE 5

### Les dépenses courantes de santé « DCS » 2011

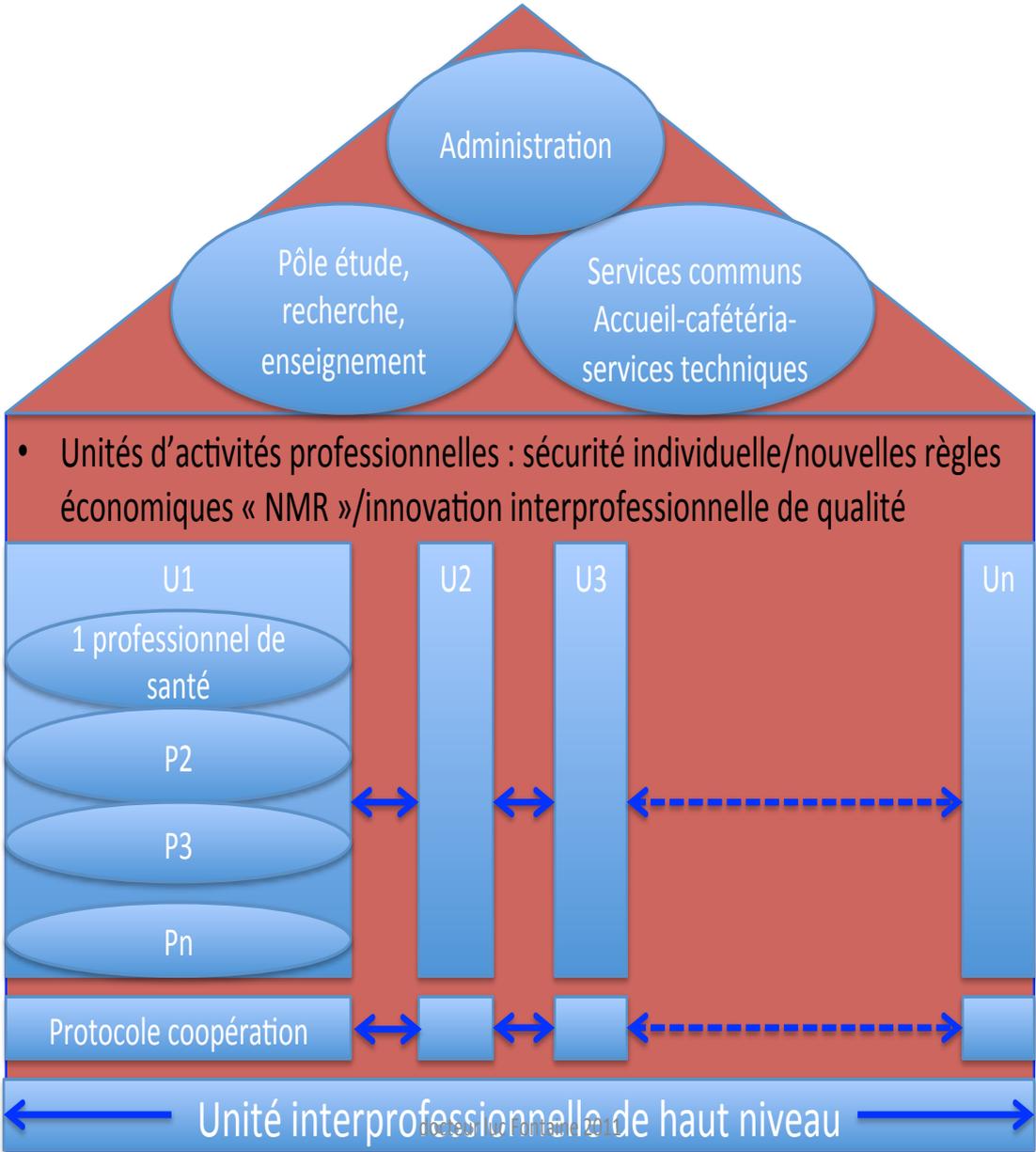


## ANNEXE 5

### Les ressources et dépenses pour les maladies 2011



# ANNEXE 6 Architecture Médicina



## ANNEXE 6

### Unités d'activités

# Unités professionnelles

#### Médecine générale

#### Maïeutique

#### Spécialités cliniques

Ophthalmo/cardio/rhumato/endocrino-  
nutrition/neuro/dermato/psychiatrie/ORL/  
odontologie/orthodontie/gynécologie/  
stomato/pédiatrie/pneumo/médecine  
interne/HGE

#### Médico-technique

Laboratoire analyses  
Pharmacie  
Radiologie

#### Paramédicale

Kiné/IDE/ostéopathie/sophrologie/  
psychologie/ergothérapie/psychomotricité/  
orthophonie/orthoptie/podologie/  
diététique/prothésiste

#### Médico-environnementale

Handicap/gérontologie/santé-scolaire/santé-  
travail

#### Médico-sociale

Assistantes sociales/PMI

#### Bien-être

Sport-santé/balnéothérapie/spa

#### Commerces

Cafétéria/Opticien/audioprothèse/  
cosmétologie/relaxation/  
produits de nutrition

#### Espace interactif

Réseaux de santé/mairie/associations  
usagers/CPAM/paroles et cancer...

docteur luc Fontaine 2011

## ANNEXE 6

### Unités cliniques d'accès direct

#### Unités interprofessionnelles

- Unités cliniques d'accès direct

##### Santé visuelle/auditive

Ophthalmo/médecine générale/orthoptie/opticien/ORL/orthophonie/psychologie/IDE

##### Santé mentale

Psychiatrie/psychologie/médecine générale/IDE

##### Santé périnatale

Gynéco-obstétrique/sage femme/échographie/pédiatrie/médecine générale/pédo-psychiatrie/ostéopathie/kiné/IDE/psychologie

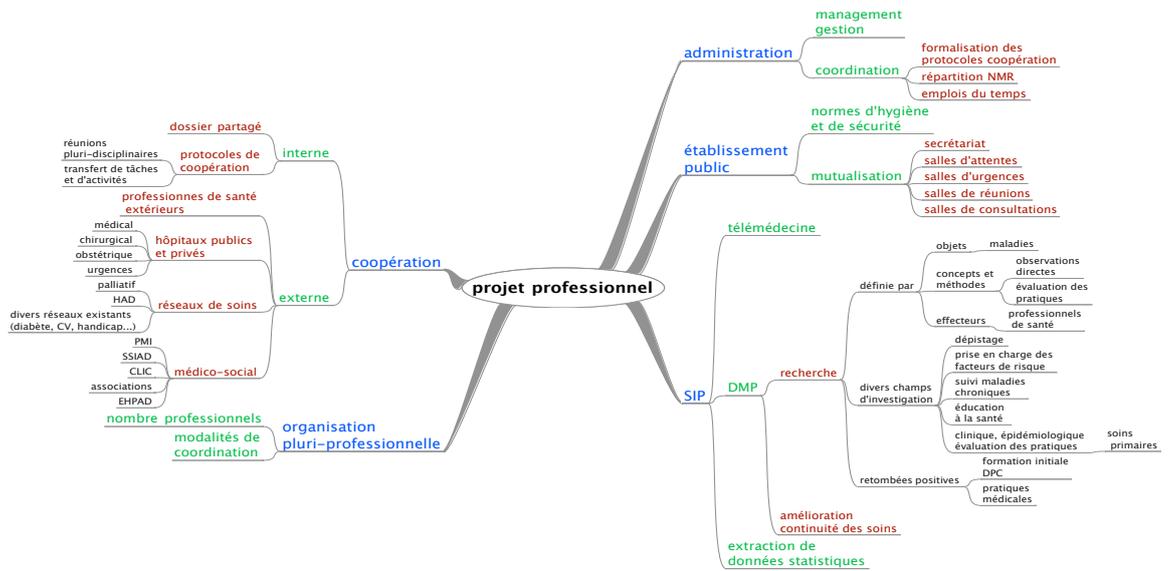
##### Santé bucco-dentaire

ORL/stomato/chirurgie dentaire/orthodontie/prothésiste dentaire/orthophonie

docteur luc Fontaine 2011

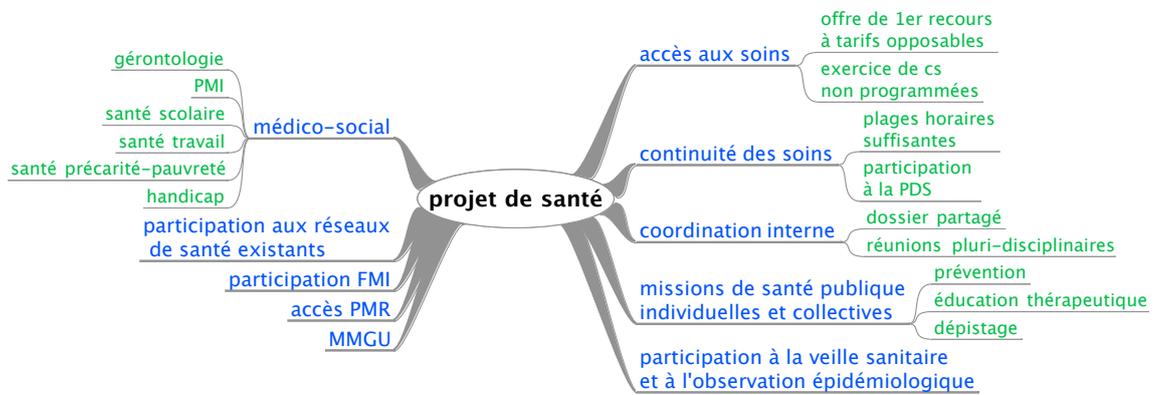
# ANNEXE 7

## Projet professionnel Médicina



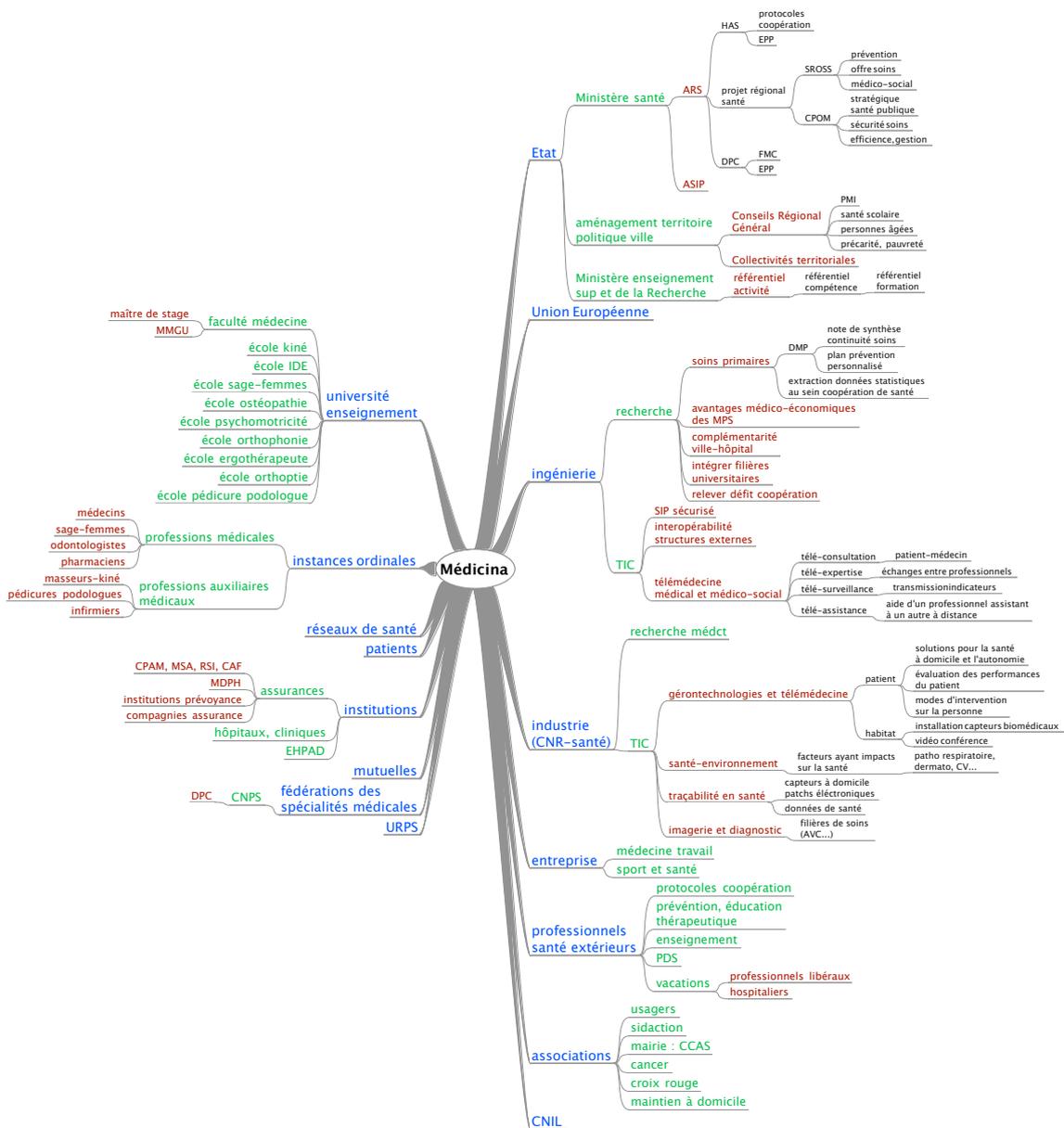
## ANNEXE 8

# Projet de santé Médicina



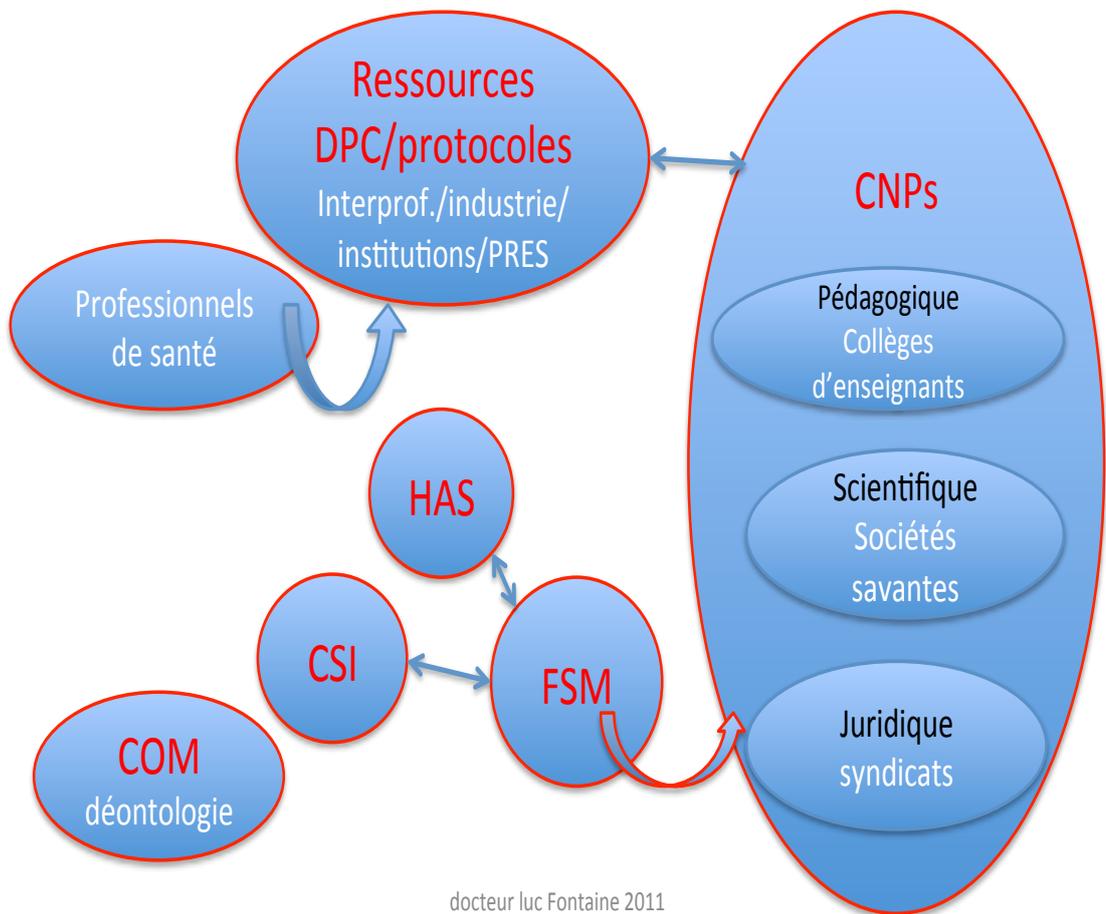
# ANNEXE 9

## MEDICINA dans son environnement



**Annexe 10**  
**La connaissance interprofessionnelle : 5<sup>ème</sup> économie**  
**Le moteur de l'économie de la santé**

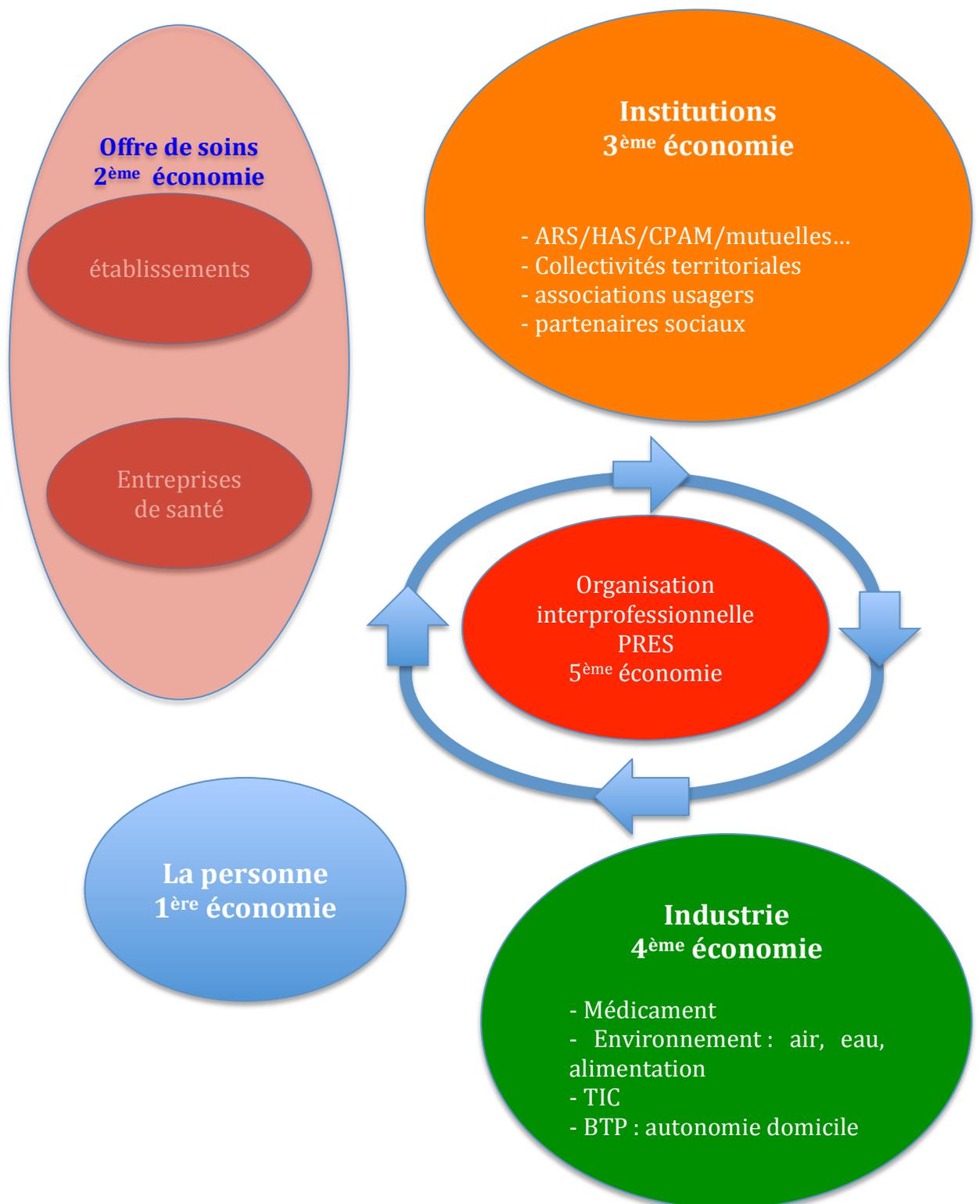
**L'organisation interprofessionnelle**  
**5<sup>ème</sup> économie interprofessionnelle**



docteur luc Fontaine 2011

## Annexe 10

### Les flux en santé : la réunion des 5 composantes de l'économie de la santé



## DEMARCHE DE CREATION MEDICINA

juin 2007 : premiers échanges avec la municipalité de Biot (X. Boucand) sur l'évolution de la santé publique à Biot.

10 avril 2008 : première présentation du projet à la mairie (J.P. Dermit, J.P. Prevost - adjoint urbanisme).

24 avril 2009 : proposition de la mairie sur l'intégration du centre médical dans le projet "Bachettes".

A partir de mai 2009 : réunions successives avec les professionnels de santé.

1 septembre 2009 : réunion en Mairie pour valider la surface utile à attribuer au centre (3500 m<sup>2</sup>) (J.P. Dermit, J.P. Prevost, P. Bahier, G. Rasse).

16 septembre 2009 : réunion avec Atelier 9 (cabinet d'architecture en mission sur la ZAC des Bâchettes).

5 octobre 2009 : présentation du projet à la CASA « Comité d'Agglomération de Sophia Antipolis » (J. Leonetti + J.P. Dermit).

4 novembre 2009 : présentation projet doyen de la faculté de médecine (Pr Benchimol) avis favorable sur le partenariat universitaire du pôle, en signant des conventions sur les stages en cabinets des étudiants concernés.

6 novembre 2009 : présentation projet directeur clinique St-jean (Dr Alemanno).

10 novembre 2009 : présentation projet sous préfet (C. Serra).

4 décembre 2009 : réunion publique Biot : présentation projet Bachettes, ouverture de l'enquête publique.

15 décembre 2009 : présentation projet conseiller général 7ème circonscription (E Pauget).

05 janvier 2010 : présentation projet directeur école kiné (M Laot).

19 janvier 2010 : présentation projet président Conseil Ordre Médecins ( Dr J. Schweitzer).

12 mars 2010 : présentation projet direction CPAM (J.J. Greffeuille, J.F. Gourdon et Mme I. Martinelli).

26 mars 2010 : présentation projet équipe de l'opposition municipale (F.X. Boucand, C. Sens-méyé).

13 avril 2010 : réunion mairie sur le thème création de la ZAC (P.Bahier, G.Rasse).

15 avril 2010 : réunion conseil municipal : signatures création ZAC des Bâchettes.

27 avril 2010 : présentation projet et discussion à l'INRIA Sophia Antipolis (J.P. Merlet, Y. Papegay) en travail depuis 2008 sur la création d'une activité de robotique autour de l'assistance à la personne dépendante (aide au handicap, maintien à domicile de la personne âgée ...).

29 avril 2010 : réunion mairie de Biot : présentation du projet ZAC des Bâchettes aux préfet et sous préfet (J.P. Dermit, F. Lamy, C. Serra).

04 mai 2010 : présentation projet directoire de l'ARS Marseille (N. Massiot, D. Deroubaix Dr Nabet).

16 juillet 2010 : présentation projet Pr Schneider (chef de service nutrition Hôpital l'Archet) et discussion sur un partenariat thérapeutique.

10 août 2010 : rencontre groupe Nexity (B. Catania, D. Maury « architecte ») : présentation Médicina.

25 août 2010 : présentation projet aux professeurs Sadoul et Bechler ( Hôpitaux l'Archet et Lenval) et discussion sur un partenariat thérapeutique et la formation éventuelle des étudiants au sein du pôle Médicina.

Novembre 2010 : remplacement de la ZAC par la création d'une DSP pour le parking et appel à projet pour la partie émergente du projet Bâchettes. La mairie devient propriétaire de la totalité du foncier, cette formule juridique étant plus sécurisante pour le projet.

23 novembre 2010 : rencontre groupe Marignan (L. David, A. Ducic, F. Ducic « architecte ») : présentation Médicina.

30 novembre 2010 : visite inauguration centre de balnéothérapie « forum des eaux » à Saint-François de Lonchon, intéressé pour intégrer Médicina.

5 janvier 2011 : présentation projet au club des dirigeants de Sophia Antipolis et en présence du sénateur maire de Valbonne M. Donis.

13 janvier 2011 : présentation projet à l'association Télécom-Valley Sophia Antipolis, dans l'enceinte de l'INRIA, sur l'intégration des TIC au service de la santé.

01 février 2011 : réunion de travail société Couzane Paris sur l'étude de programmation de Médicina et l'élaboration de la structure juridique de Médicina.

08 février 2011 : rencontre avec Accelis Vepro sur l'implantation du système d'information partagée et de plateforme de télé-médecine de Médicina, au travers d'un exemple d'une plateforme de télé-imagerie dans la région Nord-Pas de Calais.

03 mars 2011: réunion Conseil Ordre des Médecins (Dr Schweitzer, avocat) sur l'élaboration de la structure juridique de Médicina.

03 mars 2011 : présentation avec l'équipe du Forum des eaux (B. Hinault) du programme définitif du pôle au maire de la commune J.P. Dermit.

08 mars 2011 : rencontre avec le groupe Bouygues (C. Dubly, P. Bories « architecte »), présentation de Médicina.

10 mars 2011 : rencontre avec groupe Vinci/Constructa (G. Giribaldi, M. Raspor, OneWay architectes), présentation Médicina.

15 mars 2011 : présentation Médicina Conseil Régional (L. Polski).

23 mars 2011 : réunion et création Fédération Régionale des maisons et pôles de santé « femaspaca » en lien avec la Fédération Nationale des MPS.

05 avril 2011 : présentation Médicina conseil ordre des sages femmes.

18 avril 2011 : présentation projet UPE « Union pour l'Entreprise des Alpes Maritimes » (J. Vandamme) : discussion sur le lien sport-entreprise-santé et la médecine du travail au sein des nouvelles organisations professionnelles libérales.

18 avril 2011 : présentation Médicina Dr J. Durant (hôpital Archet), M.A. Sérini (hôpital Archet) et J.N. Bareau (représentant industrie pharmaceutique) : discussion sur la coopération ville-hôpital.

14 juin 2011 : séminaire organisé par l'UPE 06, faculté des sciences sur le thème sport et santé (Y. Grosso pdt UPE 06, A. Marouani pdt Université Nice-Sophia Antipolis, A. Koubi pdt Comité Régional Olympique Côte d'Azur, D. Benchimol doyen faculté de médecine).

16 juin 2011 : présentation, par les promoteurs au jury de la commune de Biot, de la DSP pour le parking et de l'appel d'offre pour les constructions supérieures du projet « Bâchettes ».

29 juin 2011 : présentation Médicina directoire agence entreprises du Crédit Agricole (M.Perna, J-F. Richardoz, W. ).

05 juillet 2011 : rencontre entre la mairie et les promoteurs sur l'équilibre financier du projet « Bâchettes ».

20 juillet 2011 : nouvelle présentation du projet « Bâchettes » par les concurrents au jury de la commune.

14 octobre 2011 : présentation projet Jean Canneva (à l'origine de la loi de 2005 sur la reconnaissance du handicap psychique) : Pdt UNAFAM sur l'intégration du pôle handicap au pôle Médicina.

07 novembre 2011 : présentation du projet au CNRS Sophia Antipolis dans les locaux du CSTB (Alain Anfosso, Nhan Le Thanh) : discussion sur l'intégration de la recherche et formation, l'expérimentation et l'évaluation du maintien à domicile de la personne dépendante.

08 décembre 2011 : décision du jury et choix par la commune du lauréat en charge du parking des « Bâchettes » (l'infra-structure = VinciPark), et appel à projet pour la super-structure.

31 janvier 2012 : réunion avec l'UPE 06 (Jérôme Vandamme) et l'AMETRA 06 (Pascale Desvallées), présentation du projet et réflexion sur l'intégration d'une unité de médecine du travail.

31 janvier 2012 : présentation projet Pr Alain Franco, Bruno Charrat, Patrick Malléa, au sein du Centre National de Référence Santé à Domicile et Autonomie.

14 février 2012 : réunion interprofessionnelle de santé, présentation de la plate-forme au sein de l'organisation de la santé, rencontre entre les professionnels de santé, l'ingénieur en santé (Pr M. Daigne : Ecole Centrale Paris) et l'ingénieur financier (A. Fillet).

21 février 2012 : présentation projet sous directeur de la santé Conseil Général des Alpes Maritimes (Dr F. Jossier) : l'intégration d'une unité de PMI au sein de la plate-forme de santé ambulatoire.

21 février 2012 : conférence de presse organisée par le maire de la commune de Biot pour annoncer le lauréat pressenti (ADIM et CONSTRUCTA) en charge de réaliser la superstructure du projet Bâchettes (18 à 20 000 m<sup>2</sup> SHON).

22 février 2012 : rencontre avec le doyen de la faculté de médecine (Pr D. Benchimol) : l'universitarisation de la plate-forme de santé ambulatoire.

28 février 2012 : présentation du projet à la ligue contre le cancer (Pr M. Schneider Pdt du comité, G. Van den bulcke directeur du comité)

10 avril 2012 : rencontre et présentation projet équipe « Collectif des Bâchettes » (I. Pitchers, M. Jactat, R. Marlin)

A venir :

présentation MDPH, Orange, Jean Canneva président de l'UNAFAM, direction des divers hôpitaux concernés...

## BIBLIOGRAPHIE

- Aubin C, Daniel C, Schaetzel F, Billon A, Blémont P, Eliot A, Veyret J, Bizot C. « *Le post-internat, constats et propositions* » Inspection Générale des Affaires Sociales, Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche, juin 2010.
- De haas P, *Monter et faire vivre une maison de santé*, 2010.
- De Pourville G, *Recherche en médecine générale, produire des connaissances en soins primaires*, la revue du praticien, n°11, juin 2007.
- DHOS-DSS-CNAMTS-MSA. *Référentiel des maisons de santé pouvant bénéficier d'un soutien financier du FIQCS*, juin 2008.
- Door J.P, « *relative aux personnels enseignants de médecine générale* », Assemblée Nationale n°630, janvier 2008.
- Faculté de Médecine, Université Nice Sophia Antipolis, *Sciences humaines et sociales*, PCEM 1.
- Haute Autorité de Santé, *Coopération entre professionnels de santé, conditions de succès et retour sur les expérimentations de 2004 à 2007, élaboration d'un protocole de coopération*, juillet 2010.
- HAS, *Délégations, transferts, nouveaux métiers..., comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ?*, recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS, avril 2008.

- Hénart L, Berland Y, Cadet D, *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire, professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*, remis aux Ministres du Travail, de l'Emploi et de la Santé (X Bertrand), de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche (V. Péresse), et à la Secrétaire d'Etat chargée de la Santé (N. Berra), janvier 2011.
  
- Juilhard J-M, Crochemore B, Vallancien G, Chambaud L, Schaetzel F, *Le bilan des maisons et pôles de santé et les propositions pour leur déploiement*. Ministère de la Santé et des Sports, Secrétariat d'Etat à la Politique de la Ville, Secrétariat d'Etat à l'aménagement de Territoire, janvier 2010.
  
- Mintzberg H, *Le management, voyage au centre des organisations*, 1989.
  
- Siwek P, *Gouvernance de la santé, les acteurs institutionnels*, 2011.
  
- *Rapport de docteur E Hubert, Mission de concertation sur la médecine de proximité*, novembre 2010.
  
- Ritter P, *Rapport sur la création des Agences Régionales de Santé*, Ministère de la Santé et des Sports, janvier 2008.

# Contact

**Docteur Luc Fontaine**  
Quartier des Bâchettes  
06410 Biot-Sophia Antipolis  
tél cabinet : 04 93 65 00 23  
tél mobile : 06 14 40 36 85  
mail : fontaine-luc@orange.fr