

CABINET MEDICAL
Tel: 05.49.28.08.59
En Cas d'urgence, Appelez le 15

Dr. PORTET - TIXIDOR
Marie-Gabrielle
Médecine Générale
Conventionnaire Secteur 1
Sur Rendez-Vous

Soline ROY
Diététicienne
Tel: 05 49 28 99 49
Sur Rendez-Vous

- Stopper l'hémorragie des professionnels de santé.
- La MSA de l'Ain, partenaire de l'organisation des soins.
- La Bourgogne lutte contre la désaffection des étudiants.
- Faire bouger les frontières entre médecins et infirmières.

L'offre de soins en milieu rural

Une urgence pour demain

Viellissement de la population, mauvaise répartition de l'offre de soins sur les territoires, perspectives démographiques peu optimistes pour les prochaines années, réticence des professionnels de santé à s'installer à la campagne... l'état des lieux est sévère. Il conduit la MSA à participer activement à la recherche de solutions efficaces et durables pour améliorer l'organisation des soins de premiers recours dans les zones mal dotées. Exercice regroupé, coordination entre différentes disciplines médicales et paramédicales, travail en réseau, promotion de la fonction de médecin généraliste, incitation des étudiants à exercer en milieu rural sont autant de voies dans lesquelles elle s'investit. Point sur sa politique et zoom sur quelques actions menées sur le terrain.

*Favoriser
de nouvelles
formes
d'exercice*



Stopper l'hémorragie professionnelle

Si on ne parvient pas à inciter les professionnels de santé à s'installer dans des zones déjà sous-médicalisées aujourd'hui, elles risquent de se transformer demain en déserts médicaux au détriment de la population locale. Pour écarter cette menace et ne pas se trouver confronté à une offre de soins à deux vitesses, il faut agir. La MSA s'y emploie avec les autres acteurs concernés.

Paris compte trois fois plus de médecins que le département de l'Eure. L'écart est le même entre les Alpes-Maritimes et le Pas-de-Calais, ce qui était déjà le cas dans les années 70. Pourtant, depuis, le nombre de médecins a quasiment doublé et la densité, notamment des généralistes, est une des plus élevées d'Europe. Le problème de l'offre de soins ne vient donc pas tant de la pénurie de praticiens – sauf pour certaines disciplines – que de leur répartition très inégale sur les territoires. Pour d'autres professions de santé, l'hétérogénéité des situations est encore plus sensible avec des évolutions par contre assez contrastées : les écarts de densité des infirmiers libéraux allaient de 1 à 8,5 en 1980 contre de 1 à un peu moins de 8 en 2005, tandis que, pour les kinésithérapeutes libéraux, l'amplitude est passée de 1 à 7 à de 1 à moins de 4 sur la même période.

Une répartition inégale

Si rien n'est fait, la coupure entre le Nord jugé – moins attractif – et le Sud, mais aussi entre la ville et la campagne risque de s'aggraver fortement dans les années à venir. Car les perspectives démographiques sont alarmantes en particulier du fait des nombreux départs à la retraite prévus, auxquels peuvent s'ajouter des départs anti-



cipés liés à un rythme et à une charge de travail difficilement acceptables, à l'absence de possibilités de remplacement pour prendre des vacances ou se former, à un trop fort isolement professionnel et social. Dans certaines zones rurales déjà mal loties, le risque de désertification menace alors que les besoins augmentent, notamment du fait de l'allongement de la durée de la vie. Il est donc temps de tirer la sonnette d'alarme. Sur ce constat, tout le monde s'accorde : pouvoirs publics, élus territoriaux, organismes d'assurance maladie, professionnels de santé eux-mêmes et populations concernées. Des études et expérimentations sont menées, des décisions prises comme la ré-augmentation progressive du numerus clausus et son

ragie des de santé

À NOUS
DEUX!



maintien à un niveau assez élevé (après sa réduction entre le début des années 80 et la fin des années 90); la reconnaissance de la médecine générale comme une spécialité à part entière; la proposition de mesures incitatives, financières et fiscales, visant à favoriser l'installation ou la maintenance des médecins dans des zones déficientes... Suscitent aussi bien des espoirs pour éviter une rupture de l'offre sur certains bassins de vie, l'adaptation du mode d'exercice libéral avec, par exemple, des incitations à l'exercice regroupé, ou le développement de la coopération entre les professionnels de santé médicaux et paramédicaux (voir page 29). Sur l'évolution de l'organisation du système de santé et l'accès aux soins des personnes

isolées, la MSA s'est engagée depuis longtemps. Son action, reconnue et légitime⁽¹⁾, s'est notamment traduite par l'accompagnement de projets ou l'expérimentation de nouvelles formes d'organisations sanitaires comme les réseaux gérontologiques⁽²⁾, les maisons de santé pluridisciplinaires, la prise en charge des urgences graves ou vitales dans des zones blanches, la création de maisons de garde fonctionnant en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux pour assurer la permanence des soins, la mise en place de services de transports, etc. Elle cherche aussi à mieux faire connaître la fonction de médecin généraliste, d'une part, et la spécificité de cette fonction en milieu rural, d'autre part. Comment y parvenir? En incitant notamment ceux en exer-

Précédents échos

L'accès et l'offre de soins sur les territoires... ont fait l'objet d'articles dans de précédents numéros. Les derniers en date :

- « Urgences médicales : utiliser le 15 à bon escient », reportage en Loire-Atlantique (*Le Bimsa* de décembre 2007);
- « La maladie d'Alzheimer : isolés mais pas seuls », dans le dossier sur ce thème, un article fait le point sur les réseaux lancés par la MSA en Franche-Comté, Charente-Maritime et Aveyron (*Le Bimsa* de décembre 2007);
- « Les déplacements en milieu rural », exemples d'actions en Dordogne et dans le Maine-et-Loire (*Le Bimsa* de juin-juillet 2007);
- « Les réseaux ont la santé », le dossier comporte un article sur les réseaux gérontologiques, avec une interview de Roger Pruvost, président de la Fédération nationale (FNRG), un point sur la naissance d'un nouveau réseau soutenu par la MSA à Dieuze, en Moselle, et un reportage dans le Finistère sur l'expérimentation de réseau Alzheimer (*Le Bimsa* d'avril 2007);
- « Maisons de santé rurales : tous gagnants », reportage en Aveyron et zoom sur deux projets en Lorraine (*Le Bimsa* d'octobre 2006);
- « Déplacements en milieu rural : des initiatives qui transportent », avec une interview de Frédéric Dupuis, directeur adjoint de la MSA d'Alsace et coordonnateur du projet (*Le Bimsa* de décembre 2005);
- « Organisation des soins : les réseaux gérontologiques continuent », articles parus après quatre ans d'expérimentation et au moment où le projet de réseau Alzheimer voyait le jour (*Le Bimsa* de novembre 2005);
- « Feu vert pour neuf maisons de santé rurales », dossier sorti au moment du lancement de l'expérimentation (*Le Bimsa* de mai 2005).

(1) Sa légitimité a été réaffirmée par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie qui, dans son article 59, complète le code rural en précisant que les caisses de MSA peuvent « accompagner toutes actions visant à favoriser la coordination et l'offre de soins en milieu rural ».

(2) Cette solution valorise la coopération entre les professionnels de santé (notamment le médecin généraliste qui joue un rôle central dans ce type de réseau) et les acteurs du champ médico-social. Elle constitue une véritable alternative à l'hospitalisation des personnes âgées dépendantes.



➔ cice à devenir maîtres de stage et à accueillir des étudiants susceptibles de venir les remplacer, voire de leur succéder ultérieurement, ou de s'installer à la campagne en connaissance de cause. Car moins on connaît les conditions de vie et de travail, plus on les craint.

Un accompagnement de terrain

On sait que les réticences des professionnels de santé s'expliquent par des raisons multiples liées à l'environnement (travail du/de la conjoint/e, scolarisation des enfants, loisirs...), à l'isolement tant géographique que professionnel, plus que par un problème de rémunération, car l'activité sur des territoires sous-médicalisés est généralement forte et supérieure à celle de jeunes confrères établis en ville. Ce qu'ils recherchent surtout, ce sont de bonnes conditions d'exercice. Les maisons de santé rurales pluridisciplinaires – regroupant des médecins, des professionnels paramédi-

caux, des pharmaciens, des ambulanciers... – vont dans ce sens. Depuis début 2005, la MSA accompagne leur création. Elle n'intervient pas directement comme opérateur, mais elle met à disposition des acteurs locaux son savoir-faire d'ingénierie de projet sanitaire. Elle apporte des conseils et de l'information technique à l'aide d'outils méthodologiques élaborés spécialement. Un guide, qui sera prochainement enrichi d'une partie sur l'architecture, comprend déjà des volets sur l'initialisation du montage d'une structure de ce type, le projet de santé, le fonctionnement et le financement. Il ne se substitue toutefois pas à l'accompagnement de terrain proposé par les caisses MSA et assuré par un binôme composé d'un administratif et d'un médecin pouvant travailler au plus près des promoteurs. Car une des principales conditions de la réussite, c'est la qualité des relations entre les élus et les professionnels de santé locaux et leur forte implication dans le projet. ■

Marie-Luce Gazé Desjardins



Radiographie de l'offre de soins dans l'Ain

Un état et une cartographie détaillés de l'offre de soins dans chacun des cantons du département replacé dans son bassin de vie, une analyse des enjeux et des perspectives, une approche locale de l'attente des professionnels en formation par rapport à leur future installation, un éclairage sur la pertinence et l'effectivité des aides proposées aux étudiants et aux professionnels de santé... L'étude réalisée par la MSA de l'Ain fin 2007 à la demande du Conseil général constitue un outil de travail permettant aux acteurs locaux concernés d'engager une démarche partenariale prospective sur l'organisation de l'offre de soins sur leurs territoires ⁽¹⁾. Des réponses sont à anticiper rapidement car, avec une densité de professionnels de santé sensiblement inférieure à la moyenne nationale et à la moyenne de la région Rhône-Alpes ⁽²⁾, l'Ain connaît une situation particulièrement fragile. Les enjeux sont d'autant plus prégnants que l'âge moyen des professionnels de santé est élevé et laisse entrevoir de nombreux départs à la retraite, alors même que la demande de soins est appelée à croître du fait d'une forte progression démographique dans le département, conjuguée au phénomène général du vieillissement de la population. Une situation alarmante dont s'est préoccupé dès son élection le conseil d'administration de la MSA de l'Ain.

Canton par canton

En octobre 2005, une commission de travail est constituée. Après un premier diagnostic s'appuyant sur les chiffres de l'Urcam, il est très vite apparu que ces données qui dataient d'un ou deux ans devaient être actualisées. L'implantation géographique des professionnels de santé avait considérablement évolué. La commission a donc, en juillet 2006, demandé aux présidents et secrétaires d'échelons locaux d'effectuer canton par canton une analyse détaillée de l'offre et de l'organisation des soins. Afin de ne pas trop complexifier la démarche, le choix a été fait de circonscrire cette analyse aux trois professions médicales de première intervention

(médecins, infirmiers et kinésithérapeutes). L'état des lieux très précis remonté de ces enquêtes a permis d'engager une réflexion sur une échelle plus large que celle de la commune, qui offre une vision trop statique. Cette approche a intéressé le Conseil général, lui-même sensibilisé par les élus locaux et les professionnels de santé à cette problématique. Au printemps 2007, il confie à la MSA la réalisation d'une étude plus approfondie prenant en compte, au-delà des chiffres, les habitudes des patients par bassin de vie en fonction des réalités locales héritées des contraintes géographiques, des lieux d'habitation et de travail. Le Conseil général a souhaité que cette étude fasse aussi état des attentes des professionnels de santé en cours de formation par le biais d'enquêtes auprès des étudiants de la faculté de médecine de Lyon et des écoles d'infirmiers du département. Un recueil et une analyse des aides incitatives à l'installation et au maintien des professionnels de santé devaient également être effectués. Fin 2007, la MSA remet son rapport au Conseil général. Les constats mettent en évidence que les maisons de santé pluridisciplinaires représentent une solution

La MSA de l'Ain, à la demande du Conseil général, a dressé un état des lieux de l'offre de soins sur les territoires. Cette étude menée par ses délégués cantonaux a permis d'initier une réflexion commune des professionnels de santé et des élus locaux pour améliorer cette offre sur les bassins de vie.



Les attentes des étudiants

Sur 187 étudiants de la faculté de Lyon en 6^e année de médecine générale questionnés, 24 % sont prêts à s'installer en zone rurale, 71 % dans un bourg de moins de 5.000 habitants. Les critères de choix du lieu d'installation sont à 60 % l'épanouissement personnel et familial et 30 % le métier du conjoint. 37 % perçoivent l'Ain « comme un espace rural et agricole où il fait bon vivre » et 44 % n'ont pas d'avis sur le département. Parmi les mesures qui favoriseraient leur installation, ils citent en première position l'existence de maisons de santé pluridisciplinaires ou de cabinets de groupe, en deuxième les maisons médicales de garde et en troisième lieu des aides financières et la présence d'un hôpital de proximité. Sur les 161 élèves infirmiers interrogés dans des instituts de formation de l'Ain, 62 % sont prêts à exercer dans une ville de moins de 10.000 habitants, 40 % dans un bourg de moins de 5.000 habitants et 46 % en zone rurale. 85 % souhaitent être salariés, 24 % travailler dans un cabinet à plusieurs.



➔ intéressante pour les soins de première intervention. Elles fixent géographiquement une offre et assurent une permanence de soins pour la population. Elles sont appréciées en termes de projet de soins et de qualité d'exercice par les professionnels de santé qui expérimentent la formule et répondent aux attentes des nouvelles générations (voir encadré page 21).

Des réponses au cas par cas

Autre constat: la très grande hétérogénéité de la situation concrète de chaque canton et bassin de vie interdit tout raisonnement global. Le Conseil général souligne donc que les réponses sont à examiner au cas par cas par le biais d'une concertation entre élus locaux et professionnels de santé de chaque secteur. Il s'est engagé à participer au financement des études nécessaires à l'élaboration de ces projets. Celle-ci requiert en effet une capacité d'ingénierie qui n'est généralement pas présente au niveau local. Le Conseil général souligne à cet égard l'expertise de la MSA qui a déjà travaillé avec les collec-

tivités locales sur les Marpa. Après avis du comité départemental « exercice médical et aménagement du territoire », il apportera une aide financière à leur réalisation. Celle-ci passera par une aide à l'investissement pour la création de maisons de santé pluridisciplinaires et la mise en place d'aides financières complémentaires aux aides régionales pour favoriser les stages d'étudiants en médecine dans l'Ain et former des maîtres de stages. Par ailleurs, il va tout prochainement développer une action de communication en faveur des jeunes professionnels de santé en formation afin de leur faire découvrir le département que beaucoup d'entre eux méconnaissent et les sensibiliser sur ses atouts géographiques, sociaux et économiques. ■

Nicole Nolfo

(1) Cette étude est consultable sur le site Internet du Conseil général de l'Ain: www.ain.fr

(2) Pour 10.000 habitants: 7,9 médecins généralistes contre 10,4 au niveau national et 10,6 pour la région; 7,22 masseurs kinésithérapeutes contre 8,21 en France et 9 en Rhône-Alpes; 5,41 infirmiers contre 7,1 en France et 8,9 en Rhône-Alpes.

[TÉMOIGNAGES]

Le regard des acteurs locaux



© Nicole Noffo

Pierre De Haas, médecin généraliste, responsable de la maison de santé de Pont-d'Ain.

Ouverte en mai 2006, la maison de santé de Pont-d'Ain est pionnière dans le département. Elle regroupe quatre médecins généralistes, deux infirmières, deux kinésithérapeutes, trois orthophonistes, un neuropsychologue, une diététicienne, un podologue et un psychocogniticien. Elle accueille également à l'étage le centre médico-social de secteur. La pharmacie est attenante aux locaux médicaux. Pour Pierre de Haas, promoteur du projet, le travail pluridisciplinaire est une source d'amélioration de la qualité des soins et de vie des praticiens. *« Une maison de santé, ce n'est pas seulement un projet immobilier. Au-delà des locaux, nous partageons un projet de soins autour d'une logique de santé publique beaucoup plus riche en terme de mission qu'une logique "patientèle". »*

Une large place est faite à la prévention et à l'éducation des patients. Avant de prescrire un médicament à un diabétique, le généraliste commence par exemple par l'orienter vers la diététicienne qui adaptera son régime alimentaire. La pluridisciplinarité permet de mettre en place des protocoles communs, d'initier des pratiques innovantes telles que l'alerte de relance informatique des patients pour les vaccins et examens de dépistage. Elle favorise la délégation de tâches. Les prises de sang, les vaccins, les pansements sont systématiquement effectués par une infirmière. Le temps gagné sur ces actes infirmiers et sur les actes administratifs permet aux médecins de consacrer leurs 40 à 45 heures de travail hebdomadaire à une activité de soins décisionnelle. L'esprit d'équipe qui nous anime est un plus pour la prise en charge des patients. Le mode de fonctionnement de la maison de santé est collégial, rythmé par des réunions régulières qui permettent d'échanger sur les dossiers. La proximité quotidienne favorise également des échanges informels. » Pour le docteur Pierre de Haas, le mouvement qui se crée autour de la création de maisons de santé répond aux attentes des professionnels. *« Les stagiaires que nous recevons ont en partant une autre vision de la médecine générale, ils sont prêts à s'impliquer dans ce type de structures. »* Il souligne toutefois que le paiement à l'acte constitue un frein à l'approche santé publique que privilégient les maisons de santé. *« Il faut revoir le système de rémunération des praticiens. Ils supportent d'importants frais de fonctionnement induits par les actions de prévention sans en être indemnisés. »*



La maison de santé de Pont-d'Ain.

© Nicole Noffo



Le regard des acteurs locaux

[TÉMOIGNAGES]



© Nicole Nefio

M. Mouroz,
secrétaire de
l'échelon local
du canton
de Chalamont.

« Il a fallu faire jouer tous les réseaux dans lesquels nous sommes impliqués pour dresser un état des lieux de l'offre de soins telle qu'elle est ressentie sur les cantons. Ces réseaux se sont construits grâce à l'action que nous menons, comme délégués MSA, sur les territoires. Les conférences santé, les actions de prévention accidents du travail ont permis de nouer des contacts avec les professionnels locaux. J'ai mené aussi, il y a quelques années, un plan local pour l'enfance dans le cadre d'un contrat de développement social sur le canton. J'ai beaucoup travaillé dans ce cadre avec les élus. Je viens de participer à la mise en place d'un groupe de paroles d'accompagnement psycho-oncologique... Toutes ces actions font que la MSA est connue et reconnue au plan local. Nous n'aurions pas pu mener ces enquêtes sans cette légitimité. Elle nous a été très précieuse pour sensibiliser les élus locaux sur les besoins des populations en matière d'offre de soins et participer à la mise en place de solutions, à l'exemple d'un projet de maison de santé déposé depuis peu au Conseil général. »





© Nicole Nolfo

Olivier de Seyssel, président de la MSA de l'Ain.

« Il y a une véritable inquiétude des populations et des élus locaux quant au déficit de l'offre de soins. Il est de notre devoir de participer à l'émergence de solutions construites durablement, prenant donc en compte les attentes des professionnels de santé. Cette étude confiée à la MSA témoigne de l'atout que représente pour le Conseil général un réseau de délégués en capacité de se mobiliser pour appréhender de manière très fine les réalités de fonctionnement sur le terrain. Elle est également la résultante du partenariat étroit qui s'est établi de longue date entre la MSA et les collectivités locales sur des projets ancrés sur les territoires, notamment au travers de la création de petites unités de vie et des Marpa (Maisons d'accueil rurales pour personnes âgées). La capacité d'ingénierie que la MSA de l'Ain a développée auprès des collectivités locales pour mener à bien la réalisation de ces projets constitue un capital d'expérience. Nous sommes prêts à le mettre à disposition des élus et des professionnels de santé pour les aider à monter des projets de maisons de santé inscrits dans une dynamique locale. Ces projets, qui participent de la même démarche de développement social local puis d'expertise technique mises en œuvre pour les Marpa, pourraient s'inscrire dans une perspective "MSA Services". Je pense qu'à terme il faudra aussi se pencher sur la création de services de transports à la demande pour compléter cette offre médicale et sociale. »



Une capacité d'ingénierie à disposition des élus et des professionnels de santé



© Nicole Nolfo

Denis Perron, médecin généraliste à Saint-Etienne-du-Bois, maire de sa commune et conseiller général du canton.

« Il est indispensable pour les élus d'anticiper les problèmes qui vont se poser sur les territoires. Si nous attendons que la situation s'aggrave, que les médecins ou les kinés dévissent leurs plaques, il sera très difficile de les réimplanter. Les maires doivent travailler en concertation avec les professionnels de santé encore présents qui connaissent les besoins de la population sur le bassin de vie dans lequel ils exercent. Un maire tout seul n'a pas les cartes suffisantes pour apprécier la situation. Il ne suffit pas de mettre à disposition un local à loyer modéré ou de recruter un médecin roumain ou bulgare. Recruter des médecins étrangers, même si cela se pratique déjà, pose un problème éthique :

n'est-ce pas déposséder des nations plus démunies que la nôtre ? Les maires qui partent sur cette voie courent à l'échec. Notre ambition doit être de se mettre ensemble autour d'une table et de construire une offre de soins pérenne quitte à ce qu'elle ne soit pas à proximité immédiate. Les nouvelles attentes des professionnels de santé en matière de conditions d'exercice doivent être prises en compte. Les jeunes médecins, d'autant que la profession se féminise largement (68 % des étudiants à la faculté de médecine sont des femmes), ont des aspirations différentes de celles de leurs aînés. Ils veulent plus de temps pour leur vie privée et familiale. La démarche participative du Conseil général autour de projets de soins au cas par cas sur la base de l'état des lieux réalisé par la MSA et d'études de bassin qu'il subventionne est la bonne démarche. Les maisons de santé pluridisciplinaires présentent des atouts, mais elles ne constituent pas une réponse unique. Il est important de veiller à ce qu'elles gardent une taille humaine et qu'elles ne nuisent pas à la présence de médecins isolés. Des solutions intermédiaires telles que des pôles de bassin travaillant en lien avec des cabinets satellites sont également des pistes à explorer dans un souci d'équilibre territorial. »

Propos recueillis par Nicole Nolfo

Face au nombre insuffisant des professionnels de santé en milieu rural, que faire ? En Bourgogne, la MSA et le Conseil régional s'adressent directement aux étudiants pour les inciter à sortir des villes lors de leur installation. Compte rendu.

Etudiants, UN AVENIR EN VERT

Au problème de la pénurie d'offre de soins, la MSA apporte, depuis longtemps déjà des éléments de réponse, avec par exemple les réseaux de soins ou les maisons de santé rurales. Une autre approche est amorcée, en amont cette fois, car il s'agit de donner aux étudiants des disciplines médicales une image plus attractive du milieu rural. Le but ? Qu'ils soient plus nombreux à s'y installer, une fois leur formation achevée. Afin d'attirer ces futurs professionnels de santé, la MSA s'associe au Conseil régional de Bourgogne pour organiser une soirée d'échanges. Elle a lieu le 24 avril 2008 au siège de la Région, à Dijon, en présence d'une centaine de participants – nombreux praticiens, professeurs de médecine, doyen de la faculté de médecine et surtout praticiens exerçant en milieu rural. La Bourgogne faisant partie des régions les moins bien dotées en médecins généralistes et en professionnels libéraux et hospitaliers, cette initiative est particulièrement bien accueillie.

Témoignages et expériences

À l'entrée de la grande salle du Conseil régional, cette affiche : « Exerçer en milieu rural, une différence qui fait la différence. » Une quarantaine d'étudiants ont répondu à l'appel. Ils proviennent pour l'essentiel des écoles de médecine et de kinésithérapie de la région, sollicitées par Isabelle Saporta, chargée de mission à la direction de la santé de la CCMSA, et Cécile Onillon, responsable de la cellule d'appui du contrôle médical. Pour elles, la date n'a pas été facile à fixer : « Entre les instituts et la fac, les agen-



das sont peu compatibles, nous n'avons disposé que d'un créneau de quinze jours, sans compter quelques incertitudes sur des journées d'examen encore non annoncées. Et les étudiants sont très sollicités», précisent-elles. Mais ils sont là, certains un peu intimidés par le cadre, une grande salle de délibération. Françoise Tenenbaum, vice-présidente du Conseil régional de Bourgogne, chargée de la santé publique et des établissements de soins, ouvre la séance par un mot d'accueil. Sans attendre davantage, un court métrage réalisé par la CCMSA introduit la problématique du jour. Des personnalités de la région bourguignonne y témoignent, comme Alain Lagneau, directeur de l'Association régionale des organismes MSA (Aromsa), ou Marie-Josèphe Beaumont, présidente de l'Aromsa et de l'Urcam. Ils abordent les thèmes de l'accès aux soins et de leur continuité, ou encore les motivations qui président à une installation. Guy Ferez, vice-président du Conseil régional, rappelle quant

à lui que la Région finance des bourses d'études, en contrepartie d'un « contrat récipro-santé » par lequel les infirmières et les sages-femmes s'engagent à démarrer leur activité dans une zone rurale. Les étudiants médecins peuvent bénéficier quant à eux d'une indemnité de stage s'il est réalisé en milieu rural grâce à l'allocation « Bourgogne médecin ». Après le film, la parole est donnée à des praticiens exerçant en zone rurale. Installés à la tribune, ce sont eux que les étudiants sont venus écouter en priorité, puisqu'ils peuvent se confronter directement à leur expérience. Il s'agit de trois médecins, dont deux sont implantés à Clamecy dans la Nièvre, Stéphane Casset et Yannick Blet. Didier Chassery, le troisième, a son activité en Saône-et-Loire, à Givry. Avec eux, Jocelyne Chevalier, une infirmière libérale établie à Saulieu, chef-lieu du Morvan. Et un masseur-kinésithérapeute, Guillaume Baczkiewicz, qui travaille à Venarey-les-Laumes, chef-lieu de canton rural en Côte-d'Or.

MIS, VOUS VERREZ,
ON S'Y FAIT TRÈS
BIEN !



Priorité à la qualité de vie

Chacun évoque l'histoire de son installation et son vécu professionnel. Stéphane Casset, médecin expérimenté âgé de 48 ans, a monté il y a cinq ans un groupe médical avec d'autres confrères, rejoint depuis peu par Yannick Blet, qui n'a que 28 ans. Pour le docteur Casset, le choix de son lieu d'exercice procède en partie de raisons familiales, mais aussi de son goût pour la médecine générale en milieu rural. La difficulté de s'installer en ville a été un autre argument. Yannick Blet, quant à lui, a privilégié « la dynamique de groupe, la continuité des soins, la possibilité de développer des projets de santé publique ». Didier Chassery, 46 ans, travaille dans une maison de santé pluridisciplinaire, après avoir exercé chez Médecins du Monde « dans l'hyper-ruralité et dans des conditions difficiles ».

Il se rappelle avoir été seul pendant une douzaine d'années, puis « une grève a permis d'échanger avec d'autres médecins, et ça a été le début des démarches pour monter une maison médicale. Elle a ouvert le 3 décembre 2007 et compte aujourd'hui cinq médecins généralistes, un gynécologue, trois kinésithé- »





© D. Eugène/CCMISA/service image(s)



© D. Eugène/CCMISA/service image(s)

Une soirée d'échanges, organisée au Conseil régional de Bourgogne, a réuni des professionnels de santé exerçant en milieu rural et une quarantaine d'étudiants, pour la plupart des écoles de médecine et de kinésithérapie de la région.

➔ *peutes, trois infirmières et une secrétaire*». Le témoignage de Jocelyne Chevalier met tout à la fois en valeur la qualité de vie à la campagne et le regroupement avec d'autres professionnels de santé. Infirmière depuis trente ans, elle a connu un parcours varié, avant de s'installer à Saulieu, d'abord seule, puis avec quatre collègues. Très investie dans sa commune, elle est également sapeur-pompier volontaire. Enfin, le benjamin des orateurs de la tribune, Guillaume Baczkiewicz, a travaillé comme salarié pendant deux ans avant de s'établir en libéral dans sa commune d'origine. Il s'en excuse presque : « *M'installer en zone rurale, ça a été naturel pour moi* », confesse-t-il. Il apprécie la vie à la campagne, l'espace, et affirme ne manquer ni de vie sociale ni de loisirs.

« On suit des familles entières sur plusieurs générations »

Le quotidien à la campagne

Un débat est engagé dans la salle. En écho au témoignage des docteurs Casset et Blet – le second a rejoint le premier après un stage –, la question du développement des stages en milieu rural pour des étudiants est largement abordée. C'est un moyen précieux pour se rendre compte des conditions de vie et de travail des praticiens qui y exercent, mais ils sont loin d'être faciles à organiser. Un étudiant de sixième année en médecine le regrette : « *En règle générale, dit-il, on a peu d'image de la pratique. J'ai dû prendre sur mes vacances pour aller voir comment ça se passe, et c'était en ville.* » Le deuxième film projeté pendant la soirée, qui montre le quotidien de plusieurs pro-

fessionnels de santé à la campagne, lui a bien plu. Au-delà du lieu d'implantation, c'est « *le fait de regrouper les professions* » qui a éveillé son intérêt. À la tribune, on répond de façon directe sur les contraintes administratives liées au regroupement, jugées très lourdes. On raconte par le menu une journée de travail type, à l'étonnement de certaines personnes dans l'auditoire, car la qualité de vie y apparaît non seulement comme sauvegardée, mais comme une priorité. « *J'y vois la combinaison d'une bonne organisation matérielle et relationnelle* », affirme Guillaume Baczkiewicz. « *On*

est moins stressé, les contacts sont plus sympa, vous connaissez tout le monde, et les aides ne sont pas négligeables pour les jeunes installés. » Jocelyne Chevalier renchérit : « *Les relations avec les médecins sont meilleures qu'à l'hôpital* », constate-t-elle avec satisfaction. Quant à Stéphane Casset, il souligne une qualité de la pratique médicale propre au milieu rural : « *On suit des familles entières sur plusieurs générations, explique-t-il, et personnellement j'apprécie cette notion de médecin de famille, qui permet d'avoir une approche globale des patients.* »

Grâce à un minutage précis de la soirée, l'heure du cocktail dinatoire est respectée, et l'assistance poursuit la discussion par petits groupes conviviaux. Cette rencontre aura confirmé le lien fort entre une motivation à exercer en milieu rural et l'attraction des professionnels pour un cadre de travail regroupé. La qualité des relations humaines à la campagne, souvent méconnue, pourrait – pourquoi pas ? – séduire des citadins lassés du stress et de l'anonymat des grandes villes. ■

Thomas Bousquet

Faire bouger les frontières entre les professions



À l'heure où la Haute autorité de santé (HAS) plaide pour une nouvelle répartition des tâches entre les professions, la MSA lance une expérimentation de suivi coordonné du patient par le médecin généraliste et l'infirmier libéral. Précisions.

« Les nouvelles formes de coopération constituent une opportunité d'évolution du système de santé en termes d'attractivité des professions de santé, de qualité de la prise en charge des patients et d'efficience », indique la Haute autorité de santé (HAS) dans sa recommandation ⁽¹⁾ rendue publique en avril 2008. Reconnaisant que celles-ci se heurtent à des freins importants, elle estime que des évolutions structurelles

sont souhaitables. C'est sur trois piliers de l'organisation actuelle qu'elle recommande d'agir : le système de formation initiale et continue ; le cadre juridique de définition des professions en ne se fondant plus uniquement sur la base d'actes prédéterminés, mais plutôt sur un référentiel de missions ; enfin les conditions économiques d'exercice en valorisant les coopérations à travers la rémunération et





➔ les perspectives de carrière, par exemple. Ce nouveau partage des rôles, la MSA fait le pari de le tester. La Caisse centrale met en place, en partenariat avec l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale), une expérimentation de suivi coordonné des patients atteints d'une maladie chronique – en l'occurrence, le diabète et l'hypertension artérielle – entre médecins généralistes et infirmières libérales. But de l'opération: démontrer que la coopération entre ces deux professions est pertinente et qu'une tarification alternative à la rémunération traditionnelle à l'acte

La répartition des rôles s'appuie sur les compétences de chacun

(plus axée sur la qualité des soins et valorisant des actes de prévention) est envisageable. Le postulat dont part l'expérimentation, c'est que la délégation d'actes techniques sur des champs précis (comme la réalisation

d'un électrocardiogramme qui sera interprété par le médecin, l'éducation nutritionnelle, les vaccinations...) aboutit à une meilleure prise en charge globale des malades, sur un plan à la fois curatif et préventif. Il peut aussi répondre, au moins partiellement, au problème de surcharge d'activité des généralistes et avoir ainsi un impact sur l'installation de professionnels dans des zones où la démo-

graphie médicale et paramédicale est particulièrement tendue. « *On sait que les infirmiers ont tendance à s'installer plus facilement là où sont les médecins, et ces derniers, s'ils peuvent être déchargés de certaines tâches – qui se sont multipliées avec l'augmentation du nombre de personnes âgées atteintes de maladies chroniques ou de polyopathologies – seraient peut-être moins réticents à exercer en milieu rural. Valorisation de l'activité infirmière tant intellectuelle que financière du fait d'une plus grande diversité du travail, d'un côté; gain de temps susceptible d'être consacré à des actions mieux ciblées, et parfois non réalisées aujourd'hui ou à des activités personnelles, de l'autre... ce mode d'exercice mérite d'être exploré* », souligne Arnaud de la Seiglière, médecin conseiller technique national à la CCMISA.

Une expérimentation sur deux sites

« *En outre, un suivi coordonné entre médecin et infirmière permet d'apporter une véritable plus-value au niveau de la prise en charge d'un patient diabétique ou hypertendu, en ré-impulsant une dimension préventive avec une action sur les facteurs de risques impliquant activement le malade lui-même dans la gestion de sa pathologie. Si la gestion de son temps s'améliore, le médecin traitant pourra effectuer des examens cliniques complémentaires, tandis que l'infirmière – formée à la pratique de l'éducation thérapeutique – pourra travailler sur des notions comme l'observance du traitement, la connaissance de la maladie, la maîtrise des règles d'hygiène de vie ou encore le dépistage de complications secondaires. Faire jouer au patient un rôle plus actif, c'est aussi faire évoluer ses relations avec les professionnels de santé.* » Par souci de qualité et d'efficacité, la répartition des rôles, qui s'appuie sur les compétences de chacun, doit être définie par concertation entre les professionnels impliqués, et formalisée par un « protocole » de délégation et de coordination par pathologie. Il faut également bien entendu que le patient soit consentant pour être inclus dans l'étude.

C'est sur deux sites que celle-ci est lancée, sur la base du volontariat des professionnels locaux : l'un autour de la maison de santé rurale de Salles-Curan, dans l'Aveyron, qui représente donc un lieu d'exercice commun pour les deux médecins géné-

ralistes et les trois infirmières partants, et l'autre sur le secteur de Geneston Montbert, en Loire-Atlantique, où l'équipe soignante est composée de trois médecins généralistes et une infirmière. Ces professionnels libéraux bénéficient de l'appui d'un binôme d'experts – médecin conseil et responsable administratif – des caisses MSA concernés, sensibilisés à la problématique de l'offre de soins en milieu rural⁽²⁾. Une expérience, d'une durée prévisible de deux ans, dont seront tirés des enseignements pour l'avenir, après son évaluation. ■

Marie-Luce Gazé Desjardins

(1) La HAS a été chargée par le ministre de la Santé d'élaborer – en collaboration avec l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) – une recommandation sur les conditions de nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé et d'identifier les évolutions qui pourraient les faciliter.

(2) À la MSA Tarn-Aveyron-Lot, il s'agit du docteur Geneviève Lasne et de Gérard Laffite et à la MSA de Loire-Atlantique, du docteur Jean-Paul Legrand et de Patrice Hauray.

La démarche proposée au patient

- Lors d'une **première consultation médicale**, le généraliste, s'il identifie un patient pouvant être inclus dans l'étude, lui en parle et lui remet un document d'information sur ce projet et une fiche de consentement.
- À la **seconde consultation médicale**, il enregistre dans le dossier diverses données administratives et médicales qui vont, pour ces dernières, lui permettre de proposer un plan de suivi et éventuellement des examens complémentaires. Il indique au patient qu'il sera contacté par l'infirmière.
- Une **réunion initiale de concertation** entre le médecin et l'infirmière leur permet d'échanger et de discuter du suivi clinique et biologique, des objectifs thérapeutiques, des complications à surveiller...
- La **première visite infirmière** prévoit une nouvelle explication sur le principe de la prise en charge proposée, un recueil de données administratives ou médicales complémentaires, si nécessaire, et la diffusion d'informations sur la maladie. Le plan de suivi du patient est alors élaboré (périodicité des appels téléphoniques ou des visites, remise ou non de prescription médicamenteuse ou d'examen complémentaires...).
- Pour le **suivi ultérieur**, chaque consultation est programmée (hors cas d'urgence) conformément au référentiel de la Haute autorité de santé et donne lieu à une prise de notes dans une fiche navette permettant les échanges entre les deux professionnels.