

MAISONS DE SANTE UNIVERSITAIRES DANS LE 94 : POUR UN SOUTIEN INSTITUTIONNEL FORT

UNIVERSITE PARIS EST CRETEIL

Conférence territoriale de santé - Septembre 2015

Table des matières

ABREVIATIONS.....	3
I. Introduction.....	4
II. Les besoins de santé Val de Marnais.....	5
A. Caractéristiques démographiques	5
1. Démographie populationnelle	5
2. Démographie en professionnels de santé.....	5
B. Caractéristiques épidémiologiques	10
1. La prévalence des pathologies chroniques classées en affection longue durée.....	10
2. Les priorités sanitaires définies par l'ARS.....	12
3. Les orientations définies dans le SROS ambulatoire	13
4. Particularités du Val de Marne	13
III. Le projet de santé universitaire départemental	15
A. Le modèle de la maison de santé.	15
B. Critères d'universitarisation d'une maison de santé.	16
1. Personnel de la maison de santé :.....	17
2. L'activité de soins	17
3. La formation	17
4. La recherche	18
C. L'apport d'une labellisation universitaire pour les maisons de santé.....	18
1. Une activité de soin avec la garantie universitaire.	18
2. Le renforcement de la mission de formation des maisons de santé.	19
3. Une mission de recherche structurante pour les maisons de santé.....	20
4. Une démarche cohérente avec la mise en place d'une faculté de santé.....	20
D. Les engagements des maisons de santé du Val de Marne.....	21

ABREVIATIONS

ALD : Affection longue durée.

CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins.

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie.

DPC : Développement professionnel continu

DT-94 : Délégation territoriale ARS du 94.

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques.

IVG : Interruption volontaire de grossesse.

NMR : Nouveaux modes de rémunération.

ORS : Observatoire régional de santé.

PRS : Projet régional de santé.

SAMI : Service d'accueil médical initial.

SISA : Société interprofessionnelle de soins ambulatoires.

SROS : Schéma régional d'organisation des soins.

UPEC : Université Paris Est Créteil.

I. Introduction

Le Val de Marne présente des particularités démographiques et épidémiologiques se reflétant à travers des besoins de santé, de formation et de recherche particuliers. Ces besoins sont identifiés dans le Schéma régional d'organisation des soins (SROS). Le volet ambulatoire du SROS destiné à tracer une feuille de route de la construction d'une offre de soin ambulatoire cohérente définit à cet effet 8 axes ou objectifs prioritaires à mettre en place en vue d'améliorer l'offre de soin ambulatoire. Il identifie l'université comme un partenaire dans le cadre de la réalisation de ces objectifs.

Dans l'optique de sa politique de maillage territorial du Val de Marne, la faculté de médecine de l'Université Paris Est Créteil (UPEC) souhaite implanter des antennes universitaires de formation et de recherche dans tous les secteurs du département. La faculté de médecine de l'UPEC soutient donc le montage en cours de maisons de santé à vocation universitaire dans le Val de Marne qui répondent à cet objectif de maillage territorial. A cette fin, l'université souhaite donc proposer un partenariat avec la Délégation territoriale ARS du 94 (DT-94), le conseil général et la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du Val de Marne. Ce partenariat aura pour but d'aider la mise en place de ces maisons de santé universitaire. Ces structures fédérées autour d'un projet départemental seront en mesure de proposer des solutions aux enjeux se présentant pour le département.

Cette proposition se positionne en appui aux dispositifs déjà en place (centres de santé, maison de santé, PMI/CPEF) mais constitue une approche innovante en proposant en plus de sa mission de soin, des missions de formation et de recherche, apportant des solutions nouvelles aux axes définis par le SROS.

Ce projet de santé universitaire départemental regroupe donc comme acteurs les maisons de santé à vocation universitaire en cours de montage dans les communes de Sucy-en-Brie, Saint Maur-des-Fossés et Vitry-sur-Seine. En sus de leurs actions à visée locales, ces maisons proposent de coordonner leur offre de soin, de formation et de recherche afin de renforcer l'offre universitaire au sein du Val de Marne.

II. Les besoins de santé Val de Marnais

Les caractéristiques démographiques et épidémiologiques du Val de Marne sont identifiés par divers documents et organismes dont le Plan régional de santé (PRS), l'Observatoire régional de santé (ORS), L'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) ou encore l'atlas démographique du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM).

Les besoins de santé, de formation et de recherche qui en découlent sont développés dans le SROS et sont compatibles avec le projet de maillage territorial du doyen de la faculté de médecine.

A. Caractéristiques démographiques

1. Démographie populationnelle

En 2012, la population Val de Marnaise comptait 1.341.831 habitants dont 51,9% de femmes et 48,1% d'hommes. La répartition par âge est assez équilibrée avec, entre autres, 19,7% de la population âgée de moins de 15 ans et 7% âgée de plus de 75 ans.

Cette population se répartit sur une superficie de 245Km² soit une densité de 5476,2 hab/km². Elle continue de s'agrandir puisque le Val de Marne a une croissance populationnelle annuelle moyenne de 0,6% entre 2007 et 2012¹.

D'un point de vue économique, on constate une hausse régulière du nombre de ménages allocataires de minima sociaux (9% en 2009) et une hausse importante des familles monoparentales (17,4% en 2006).

La population du Val de Marne est importante, en augmentation, notamment celle en situation de précarité.

2. Démographie en professionnels de santé

a) Démographie médicale

Le Val de Marne compte sur son territoire 6472 médecins toutes spécialités confondues et tous exercices confondus soit 2,3% de l'effectif national.

La démographie et les projections sont très inégales entre les spécialités en particulier entre les médecins généralistes, les spécialités d'accès direct et les autres spécialités.

(1) Les médecins généralistes

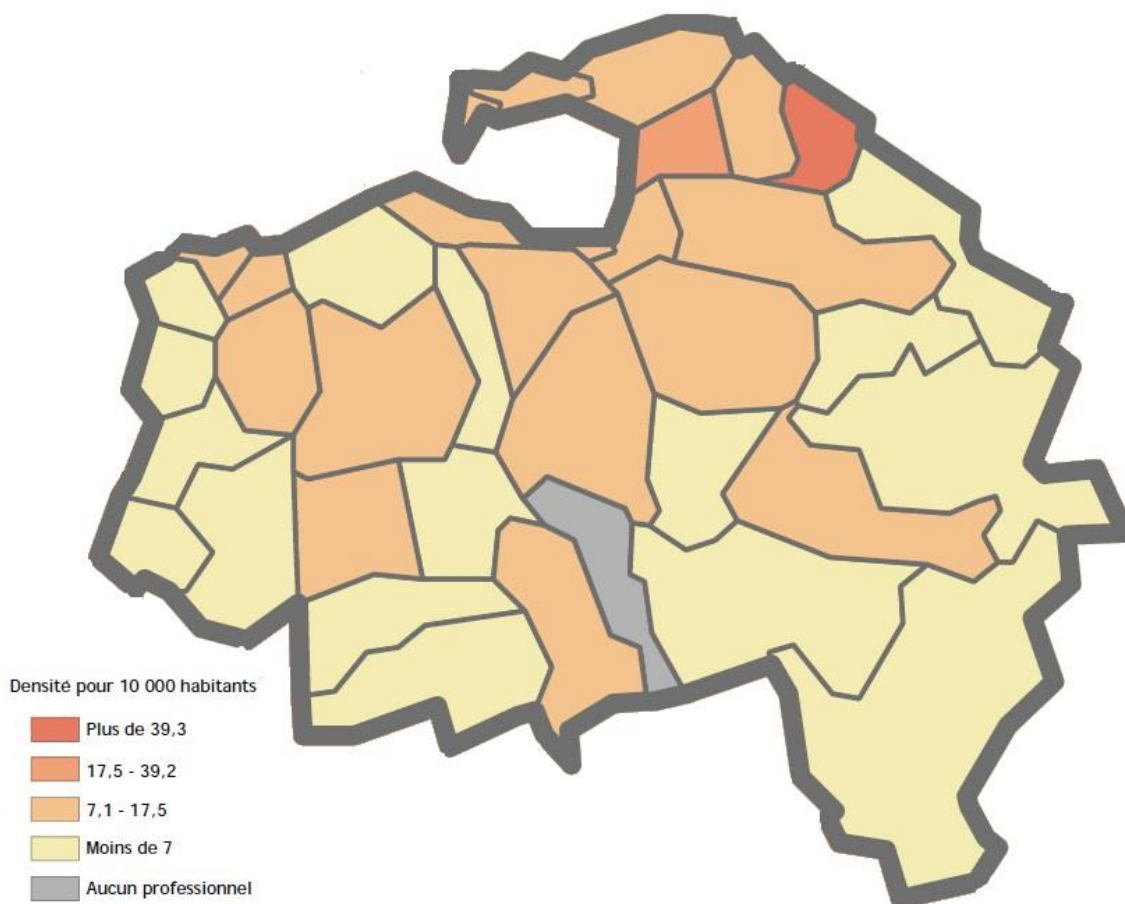
En 2015, la France comptabilise 58104 médecins généralistes en activité libérale ou mixte régulière soit une densité de 88,7/100.000 hab. Avec 896 médecins généralistes, le Val de Marne regroupe 1,5% de la population des médecins généralistes soit 66,7/100.000 hab c'est-à-dire nettement en dessous de la moyenne nationale. Cette population diminue rapidement puisque nous constatons une baisse de 10,3% sur le territoire national depuis 2007 et qu'une

¹ Données INSEE

nouvelle baisse de 6,8% est attendue jusqu'en 2020. L'Ile de France est particulièrement concernée cette tendance puisqu'elle a vu sa population baisser de 17,1% depuis 2007.

La population de médecins généralistes du Val de Marne est par ailleurs inégalement répartie sur le territoire. La figure 1 modélise la répartition des médecins généralistes. On peut opposer le nord et le centre bien dotés à l'est, le sud et l'ouest moins dotés.

Figure 1 : Répartition des médecins généralistes dans le Val de Marne (données ORS)



L'ensemble du territoire national est concerné par un phénomène de désertification médicale causé par une inégalité de répartition des médecins au sein du territoire, certains étant sous dotés par rapport à la moyenne. Il en résulte une inégalité d'accès aux soins entre les français. Ce phénomène, intéressant initialement les zones rurales, commence à concerner de plus en plus les zones urbaines. Le Val de Marne, épargné jusqu'ici, commence à être touché par ce phénomène avec l'apparition de zones déficitaires sur son territoire.

Ce phénomène multifactoriel s'explique par le retard à l'installation des jeunes médecins généralistes, par une préférence pour l'exercice regroupé et hospitalier avec une modification du mode de vie professionnel pour une part plus grande donnée au temps personnel.

La densité de médecins généralistes est plus faible que la moyenne nationale, est inégalement répartie et diminue plus vite que celle du reste de la France.

(2) Les spécialités d'accès direct

Le système de santé français compte 4 spécialités médicales hors médecine générale en accès direct selon la convention médicale en vigueur : L'ophtalmologie, la pédiatrie, la psychiatrie et la gynécologie-obstétrique.

Le tableau 1 résume les caractéristiques démographiques de ces 4 spécialités tous exercices confondus.

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques des spécialités médicales d'accès direct hors médecine générale.

Spécialité	Densité nationale	Densité Val de Marne	Evolution nationale en 2020
Ophtalmologie	6,6	Forte	=
Pédiatrie	3,7	Forte	-2,08%
Psychiatrie	7,4	Forte	-4,1%
Gynécologie	3,3	Forte	-18,13%

Le Val de Marne est un territoire bien doté en spécialités d'accès direct hors médecine générale. A part la gynécologie, ces spécialités ne vont pas observer de grosses diminutions au niveau national d'ici 2020.

(3) Les autres spécialités

En 2015, la France comptabilise 26 550 médecins spécialistes hors accès direct exerçant en activité libérale ou mixte. Les effectifs ont augmenté de 6,2% depuis 2007 et devraient continuer d'augmenter avec une hausse de 3,8% attendue en 2020. Dans le Val de Marne, la densité des spécialités médicales hors accès direct est considéré comme forte.

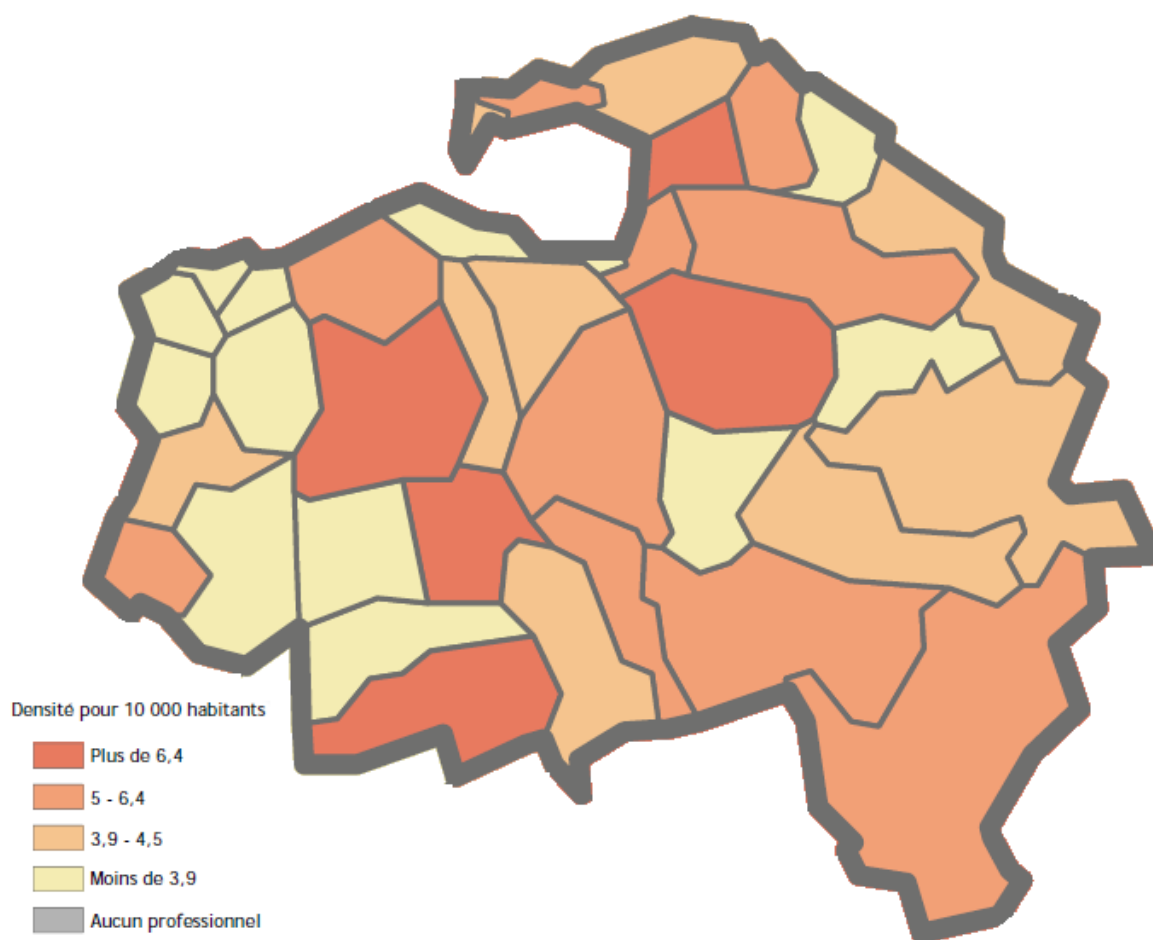
Les spécialités médicales hors accès direct sont très présentes dans le Val de Marne et leur nombre devrait continuer à augmenter.

b) Démographie paramédicale

(1) Les infirmiers libéraux

En 2013, le Val de Marne se classait à la 103/106^{ème} place en termes d'infirmiers libéraux installés sur le territoire. Ce retard ne semble pas en voie de se résorber car la densité des infirmiers libéraux a moins progressé que dans le reste de la France. La figure 2 modélise cette répartition dans le département. Malgré une densité moyenne très faible la répartition semble relativement homogène sauf une densité encore plus faible à l'ouest du département..

Figure 2 : Répartition des infirmiers libéraux dans le Val de Marne (données ORS)

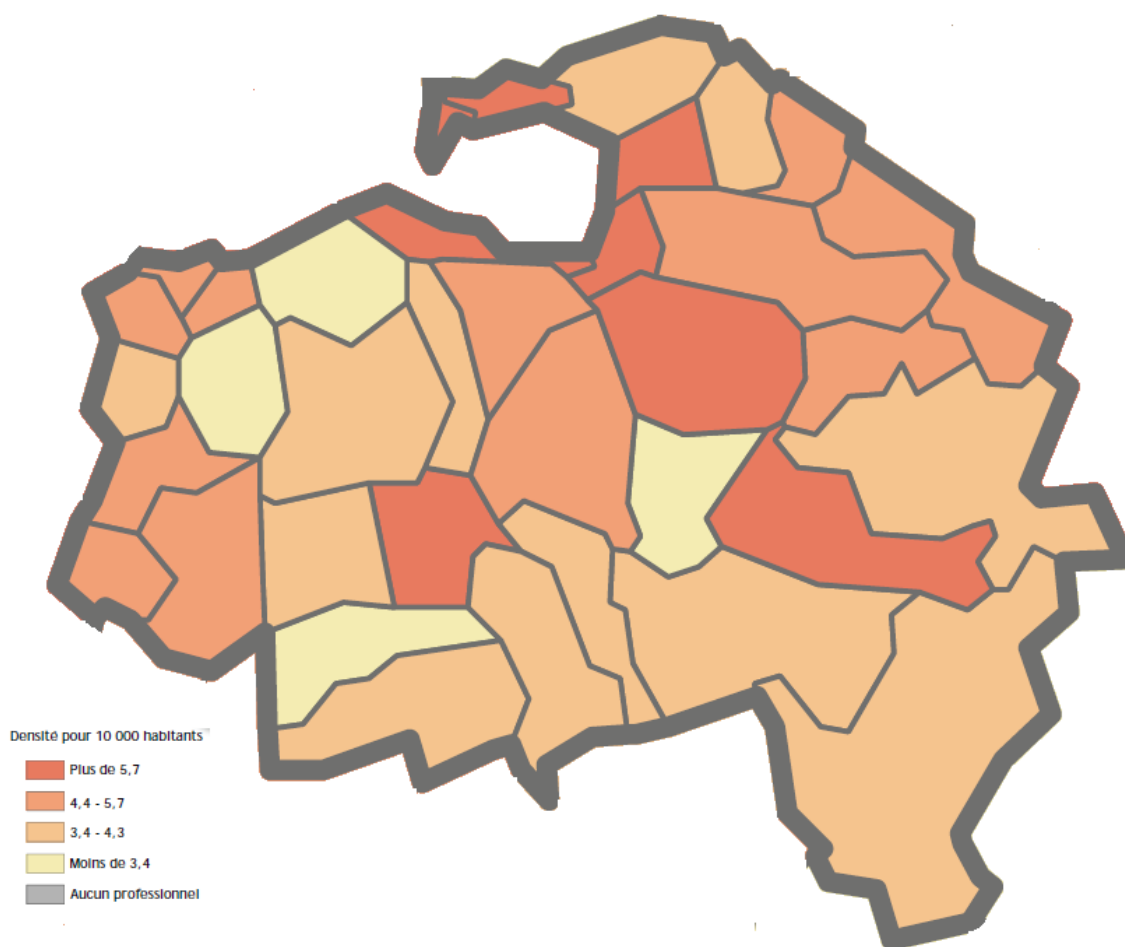


Les effectifs en infirmiers libéraux du Val de Marne sont faibles et augmentent beaucoup moins que sur le reste du territoire.

(2) Les chirurgiens-dentistes.

Le Val de Marne est correctement doté en chirurgiens-dentistes. En 2013, le Val de Marne était le 44^{ème} département le plus doté avec 712 chirurgiens-dentistes installés en libéral. La figure 3 modélise la répartition des chirurgiens-dentistes dans le Val de Marne. La répartition est relativement homogène mis à part l'ouest du département comme pour toutes les autres professions de santé.

Figure 3 : Répartition des chirurgiens-dentistes dans le Val de Marne (données ORS).

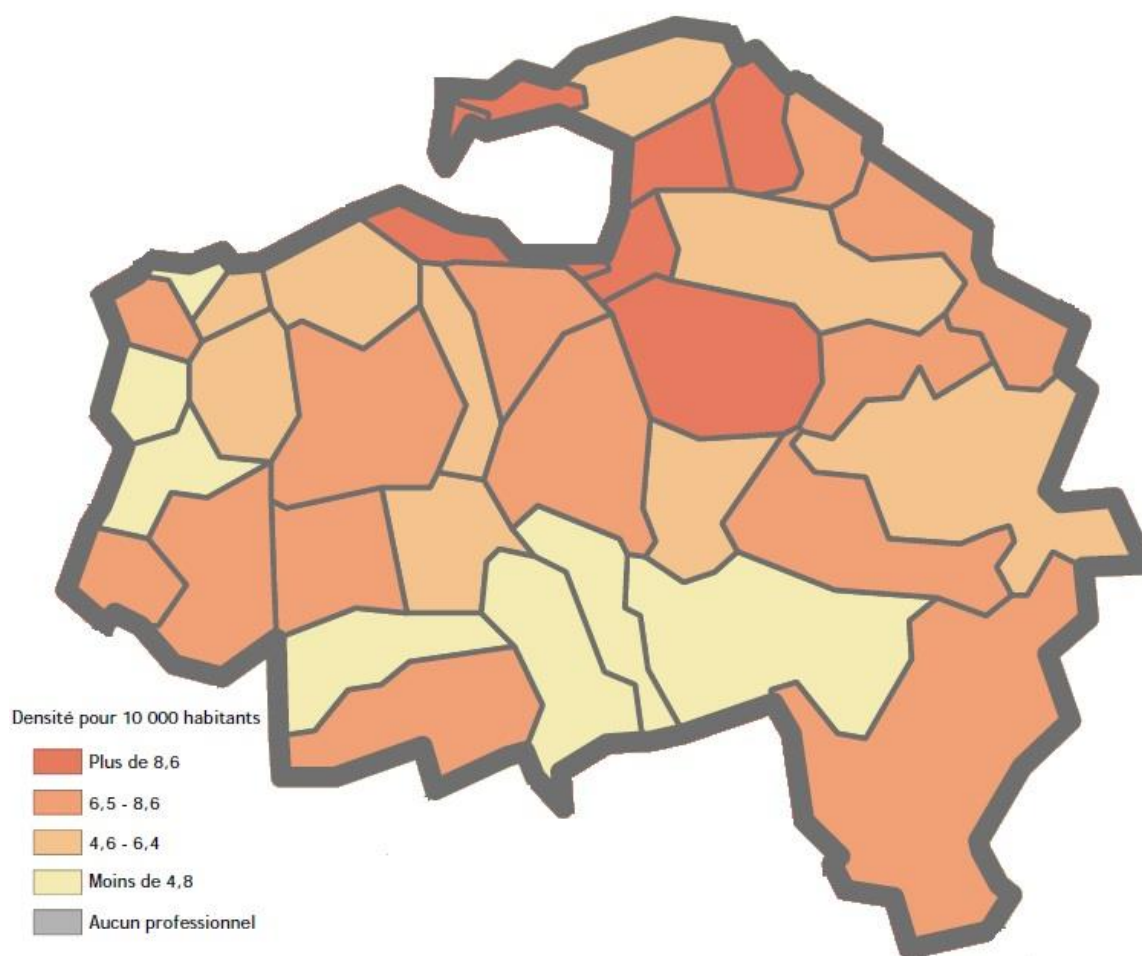


La densité des chirurgiens-dentistes est dans la moyenne. La répartition dans le territoire est relativement homogène mis à part l'ouest du département comme pour toutes les autres professions de santé.

(3) Masseurs kinésithérapeutes

Le Val de Marne dispose d'un effectif de masseurs kinésithérapeutes dans la moyenne nationale. La Figure 4 modélise la répartition des masseurs kinésithérapeutes dans le Val de Marne. L'ouest et le sud sont particulièrement peu dotés.

Figure 4 : Répartition des masseurs-kinésithérapeutes dans le Val de Marne (données ORS).



Les effectifs de masseurs kinésithérapeutes sont dans la moyenne nationale. L'ouest et le sud du département sont en revanche particulièrement peu dotés.

B. Caractéristiques épidémiologiques

1. La prévalence des pathologies chroniques classées en affection longue durée

La proportion des affections longue durée (ALD) au sein du Val de Marne est similaire à celle de l'Île de France. Le tableau 1 reprend les effectifs des patients admis au titre d'une ALD en 2012. On constate que les pathologies les plus prévalentes sont les affections cardiovasculaires ou générant un risque (diabète), les pathologies cancéreuses et les affections liées à la santé mentale.

L'ARS identifie ces pathologies comme étant une priorité. L'offre de soin doit pouvoir répondre à ces maladies de manière prioritaire.

Tableau 1 : Répartition des ALD au sein du Val de Marne et de l'Île de France en 2012 (données SNIIRAM).

ALD	Intitulé de l'ALD	Effectif Val de Marne	Effectif Ile de France
N° ALD8	Diabète de type 1 et diabète de type 2 ;	55 680	479 472
N° ALD30	Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.	52 415	451 650
N° ALD12	Hypertension artérielle sévère ;	30 312	252 627
N° ALD23	Psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale	30 125	260 127
N° ALD13	Maladie coronaire ;	23 871	197 529
N° ALD5	Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves ; cardiopathies congénitales graves ;	19 912	167 331
N° ALD14	Insuffisance respiratoire chronique grave ;	12 490	114 604
N° ALD3	Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	9 513	79 891
N° ALD1	Accident vasculaire cérébral invalidant ;	9 494	81 741
N° ALD15	Lèpre ;	9 321	73 716
N° ALD6	Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	7 069	55 263
N° ALD9	Forme grave des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ;	6 520	58 106
N° ALD7	Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine	5 724	57 069
N° ALD22	Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave ;	4 608	38 138
N° ALD19	Néphropathie chronique grave et syndrome néphro	4 349	35 239
N° ALD24	Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	3 656	32 811
N° ALD16	Maladie de Parkinson ;	2 725	24 160
N° ALD21	Périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive ;	2 586	22 664
N° ALD27	Spondylarthrite ankylosante grave ;	2 284	18 583
N° ALD25	Sclérose en plaques ;	1 790	15 546
N° ALD17	Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé ;	1 437	12 509
N° ALD10	Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères ;	1 386	10 399
N° ALD11	Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	858	7 676
N° ALD29	Tuberculose active ;	855	7 969

N° ALD26	Scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne	813	7 353
N° ALD2	Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	636	4 941
N° ALD20	Paraplégie ;	628	6 228
N° ALD28	Suites de transplantation d'organe ;	521	2 411
N° ALD18	Mucoviscidose ;	120	1 282
N° ALD4	Bilharziose compliquée ;	18	144

Les pathologies cardio-vasculaires, le diabète, les pathologies cancéreuses et liées à la santé mentale sont les ALD les plus représentées.

2. Les priorités sanitaires définies par l'ARS

L'Île-de-France est la région française la plus favorisée mais aussi la plus inégalitaire en matière de santé. Région riche, dynamique et jeune, on y vit en moyenne plus vieux que sur le reste du territoire métropolitain. Mais la part de la population la plus défavorisée sur le plan socioéconomique est aussi la plus fragile du point de vue de la santé.

Les inégalités sont importantes entre les territoires : Les habitants de Paris (75), des Hauts-de-Seine (92) et des Yvelines (78) ont l'espérance de vie à la naissance la plus élevée. En revanche, les habitants de Seine-Saint-Denis (93), de Seine-et-Marne (77), du Val-de-Marne (94) et du Val-d'Oise (95) ont une espérance de vie moins importante.

Cette inégalité existe dès la naissance : Le taux de mortalité infantile de l'Île-de-France est plus élevé que la moyenne nationale.

Compte tenu de ce constat, l'ARS a défini les priorités en termes de politique de santé à l'échelle régionale dans le projet de santé pour la période 2013-2017. Il se compose de 2 volets « organisation des soins » « prévention ». Ces 2 volets proposent donc un diagnostic régional des besoins en santé.

Le volet « organisation des soins » du projet régional de santé met en évidence :

- Une inégalité de répartition des médecins généralistes sur le territoire régional.
- Une offre de formation inadaptée à la pratique libérale
- Une densité très faible des infirmières (moins de 2 fois la moyenne nationale).
- Une pratique de tarifs conventionnés secteur 2 (honoraires libres) beaucoup plus importante que sur le reste du territoire national
- Une pyramide des âges défavorable avec un renouvellement insuffisant des médecins libéraux
- Une coordination insuffisante entre professionnels de santé

Le volet « prévention » du projet régional de santé met en évidence :

- Un taux de mortalité périnatale et infantile supérieur à la moyenne nationale
- Des inégalités de soins en termes de caries non soignées, d'obésité et de surpoids
- Des conduites sexuelles à risque d'infections VIH et de grossesses non désirées
- Un taux de tentatives de suicide plus élevé avec une souffrance psychique importante
- Des projets de prévention reposant sur des acteurs difficilement évaluable
- Des thématiques sous représentées dans les projets de prévention

3. Les orientations définies dans le SROS ambulatoire

A partir de ces constats sur les caractéristiques démographiques et épidémiologiques l'ARS définit un SROS composé de 3 volets : Préventif, médico-social et ambulatoire.

Les SROS définissent les stratégies à adopter dans leurs domaines respectifs. Le SROS ambulatoire définit ainsi 8 axes prioritaires :

- Axe 1 : Promouvoir et faciliter l'installation de professionnels de santé notamment dans les zones fragiles.
- Axe 2 : Favoriser la promotion, l'implantation et le maintien des structures d'exercice collectif
- Axe 3 : Garantir l'accessibilité d'une offre de soin
- Axe 4 : Garantir la disponibilité d'une offre de soins ambulatoire sur l'ensemble du territoire
- Axe 5 : Développer la transversalité et favoriser la fluidité du parcours de soin
- Axe 6 : Renforcer la qualité et la performance de l'offre de santé en ville
- Axe 7 : Favoriser la participation des professionnels de santé aux activités et programmes de pratiques cliniques préventives.
- Axe 8 : Impliquer les acteurs ambulatoires collectifs et individuels dans les dispositifs de veille et de gestion des alertes et crises sanitaires

4. Particularités du Val de Marne

Compte tenu de l'hétérogénéité des caractéristiques sanitaires au sein de la région Île de France, le Val de Marne présente ses propres particularités.

Comme indiqué dans le tableau 1, la répartition des ALD est similaire. En revanche, il existe des disparités.

Concernant les soins de la femme, il y a un déficit dans la demande d'IVG. Cette offre est particulièrement déficitaire dans le secteur ambulatoire puisque seules 26,3% ont été réalisées en ville. Avec 18,1 demandes d'interruption volontaire de grossesse pour 100000 habitants, le Val de Marne représente la deuxième demande en IVG de la région. Cette demande importante et en constante augmentation (+12,4% en 2 ans) contraste avec une offre de soin relativement faible contraignant 26,6% des Val de Marnaises à effectuer une IVG en dehors du territoire.

Par ailleurs, en 2011, le taux de découverte de séropositivité était moins important que la moyenne régionale avec tout de même 19 découvertes pour 100000 habitants par an. Durant la période 2007-2010, le taux de décès par tuberculose a été de 0,5 par 100000 habitants soit à peu près équivalent à la moyenne régionale de 0,57 par 100000 habitants.

III. Le projet de santé universitaire départemental

A. Le modèle de la maison de santé.

Le principe d'une maison de santé est défini dans l'article L6323-3 du code de santé publique. Il s'agit d'une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ces professionnels assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours et, le cas échéant, de second recours. Ils peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux.

En pratique, les maisons de santé peuvent se constituer en Société interprofessionnelle de soins ambulatoire (SISA). Cette structure juridique introduite par la loi du 10 Août 2011 permet aux maisons de santé de percevoir des financements publics et de les redistribuer ces sommes entre ses membres. Elle peut également facturer certains actes à l'assurance maladie dans le cadre des nouvelles rémunérations prévues par la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST).

L'ARS fait des maisons de santé une réponse aux enjeux stratégiques définis plus hauts. Elle propose des financements aux maisons de santé sous réserve d'un respect d'un cahier des charges. Ce cahier est cohérent avec les axes prioritaires définis plus haut par le volet ambulatoire du SROS.

Pour l'obtention de financements accompagnant la création des maisons, il est demandé l'engagement de tous les professionnels concernés dans un projet en cohérence avec le SROS et adoptant une démarche ancrée dans un territoire de santé, s'appuyant sur une première analyse de l'offre en santé et des problématiques de santé propres au territoire. D'autres éléments sont valorisés comme l'accueil des étudiants et internes.

Après l'ouverture, l'accès aux Nouveaux modes de rémunération (NMR) est conditionné par le respect de plusieurs critères socles eux aussi en accord avec le volet ambulatoire du SROS. Ces critères socles sont présentés dans la figure 5.

Figure 5 : Critères socles de l'ARS pour les maisons de santé.

Socle minimal obligatoire pour toute MSP financée

La maison de santé pluri-professionnelle est le lieu principal d'exercice des professionnels de santé de façon à favoriser la mutualisation des fonctions support.

La maison de santé pluri-professionnelle est clairement identifiable par la population. L'ensemble des professionnels partenaires formalisent un projet de santé qui fait état.

I – DU DIAGNOSTIC DES BESOINS DE SANTE DU TERRITOIRE

Les professionnels prennent en compte les besoins de santé du territoire et proposent un projet de santé en cohérence avec le volet ambulatoire du SROS.

II - DE L'ORGANISATION DE LA STRUCTURE

II 1) – le projet professionnel

- L'exercice est pluri-professionnel : la structure ou le projet doivent comprendre au minimum deux médecins et un professionnel paramédical (infirmier, masseur kinésithérapeute, ...).
- La MSP formalise l'organisation du travail entre les différents professionnels de la structure ;
- La MSP s'engage à accueillir et à encadrer des professionnels de santé en formation (étudiants en médecine en stage de 2^{ème} cycle, internes, étudiants infirmiers...).

II 2) – l'organisation de la prise en charge des patients

A – La prévention

La MSP propose :

- des actions de prévention : promotion de la santé, éducation thérapeutique... ;
- une information et une orientation des patients en fonction de leurs besoins et de leurs attentes.

B – La prise en charge pluri-professionnelle et coordonnée.

La MSP a mis en place des moyens pour organiser la prise en charge globale et coordonnées des patients : organisation de réunions pluri-professionnelles régulières, élaboration de protocoles de prise en charge.

C. La coordination des soins avec les autres acteurs de santé du territoire

La MSP a conclu des partenariats avec les autres acteurs du territoire : acteurs de santé, médico-sociaux et sociaux (hôpital, SSIAD, autres MSP, CLIC etc.).

D – La continuité des soins

La MSP propose une organisation permettant de répondre aux demandes de soins non programmées en dehors des horaires de PDS, par exemple :

- une large amplitude horaire d'ouverture ;
- des consultations non programmées.

E – Le dispositif d'information :

La maison de santé s'engage à mettre en place un dispositif de partage d'informations sécurisé, informatisé ou non, pour ses besoins propres de gestion et de coordination entre professionnels de la structure. Ce dispositif favorise la continuité des soins, notamment en cas d'absence d'un médecin.

B. Critères d'universitarisation d'une maison de santé.

La reconnaissance d'une maison de santé par l'université permet d'ajouter des missions de formation et de recherche qui deviennent complémentaires de la mission de soin.

La labellisation universitaire d'une maison de santé n'est pas encore reconnue par le code de santé publique. En revanche, il existe une charte publiée par le Collège National des Généralistes Enseignants qui définit les conditions nécessaires à une reconnaissance d'une

maison de santé par l'université. Ces éléments ont fait l'objet de discussion avec les tutelles, et d'un engagement de Madame la Ministre de la Santé de porter ces éléments au niveau réglementaire. Ces conditions portent sur la nature des professionnels de santé y exerçant, sur la qualité des activités cliniques, de formation et de recherche de la maison de santé.

1. Personnel de la maison de santé :

Le personnel médical de la maison de santé doit comporter des enseignants universitaires (titulaire ou associé) de médecine générale exerçant une activité de soins, d'enseignement et de recherche en soins primaires. L'investissement direct de la faculté et de l'université réside dans la localisation de l'activité de personnel médical universitaire, et notamment de Chef de clinique des universités ou d'enseignant universitaire contractuel.

Le caractère pluri-professionnel de l'activité de la structure en soins primaires nécessite la présence d'autres professionnels, sage-femme, infirmière, kinésithérapeute, orthophoniste, etc... dont la diversité, le nombre et les éventuelles fonctions enseignantes sont à discuter au cas par cas.

2. L'activité de soins

L'activité clinique est définie sur plusieurs points sur lesquels les professionnels y exerçant s'engagent à travers la signature d'une charte et un travail régulier :

- Caractéristique : Il s'agit de soins primaires de premier recours avec des actions de santé publique.
- Fonctionnement : Il fait appel d'une part à la coordination entre professionnels de santé et d'autre part à des décisions pluri professionnelles.
- Qualité : L'activité s'appuie sur les données de la science en privilégiant une approche centrée sur le patient. Elle doit faire appel aux compétences définies dans la définition de la médecine générale, publiée au plan national comme européen. La qualité s'appuie sur la promotion et la déclinaison des critères de l'*Evidence Based Medicine* (EBM ou médecine fondée sur le niveau de preuve).
- Quantité : A l'instar de la charte nationale des Maîtres de stage, les professionnels s'engagent sur un plafond d'actes à ne pas dépasser pour permettre le développement de la qualité.

L'activité clinique répondra à des standards de qualité en se basant sur les données de la science et les compétences définies de la médecine générale.

Une labellisation universitaire suppose donc un axe de travail autour des soins primaires que ce soit pour l'activité clinique, pour la recherche ou l'enseignement.

3. La formation

La formation des étudiants fait partie des conditions nécessaires à l'universitarisation. Elle prend la forme de propositions de lieux de stage et de formation en situation réelle de soins, ou de cours au sein de la maison de santé.

Cette formation concerne les professions de la santé. Elle concerne donc les étudiants en médecine de 2^{ème} et 3^{ème} cycle (externes et internes en médecine générale).

Pour le 2^{ème} cycle, seront ouverts des postes de stage sur le modèle des nouveaux stages longs conformément aux textes réglementaires en vigueur.

Pour le 3^{ème} cycle, seront ouverts des postes de stage en médecine générale de niveau 1, et en médecine générale de niveau 2 (Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée ou SASPAS), voire d'autres en fonction des possibilités locales et des évolutions à venir dans la réforme du 3^{ème} cycle des études de médecine.

La maison de santé constituera également un terrain de formation par l'accueil en stage d'étudiants infirmiers, kinésithérapeutes ou autres selon le projet de la maison de santé.

4. La recherche

Les maisons de santé universitaires participent également à des projets de recherche dont la caractéristique est la connexion directe avec des thématiques de soins ambulatoires. Le but de ces projets est, de produire des données scientifiques relatives aux soins de premier recours ambulatoire, dans la perspective à terme, d'améliorer la qualité de la prise en charge proposée à la population en ville.

Les projets de recherche seront issus de contextes de soins ambulatoires. Ils pourront concerner des axes très divers :

- État de santé populationnelle
- Procédures de soins
- Prévention, suivi, éducation
- Collaboration interprofessionnelle
- Nouveaux modes de rémunération

Pour mettre en place ces projets, la maison médicale doit disposer d'un système d'informations structuré, informatisé, partagé entre les différents professionnels, et de postes universitaires dédiés (Chef de Clinique, Enseignant associé ou titulaire).

Les projets seront montés en collaboration avec les structures de recherche universitaires pour permettre une plus grande pertinence et un meilleur accès aux financements et aux publications.

La part universitaire d'une maison de santé renforce et sécurise l'activité de formation avec un nombre d'étudiants accueillis toutes professions confondues plus important. Elle introduit une mission de recherche.

C. L'apport d'une labellisation universitaire pour les maisons de santé

Parallèlement aux solutions que propose une maison de santé, la valence universitaire les dote de caractéristiques propres en mesure de répondre aux axes identifiés dans le volet ambulatoire du SROS.

1. Une activité de soin avec la garantie universitaire.

Indépendamment de la qualité de ses professionnels de santé, la valence universitaire d'une maison de santé apporte des garanties concernant pour une activité de soin de qualité.

A travers leurs missions pour l'université, les professionnels de santé d'une maison de santé universitaire prennent des engagements de développement professionnel continu (DPC). La charte qu'ils signent avec l'université les engage à pratiquer une activité de soin de qualité et à se tenir à jour de leurs compétences de manière concrète par le suivi de programmes de DPC de façon régulière (Axe 6).

Dans la mesure où les professionnels de santé des maisons de santé universitaires sont particulièrement impliqués dans le cadre des enseignements facultaires, ils sont sensibilisés aux thématiques des enseignements réalisés aux étudiants. Ces enseignements reprennent pour la plupart les priorités du SROS ambulatoire (dépistage, prévention, approche de situations complexes) (Axe 7).

Compte tenu de leur proximité avec le Collège national des enseignants en médecine générale, ils se forment et peuvent avoir accès à la mise en place de projet de DPC dont les thématiques peuvent servir les problématiques locales (Axe 6).

Les maisons de santé universitaires présentent des garanties supplémentaires pour l'activité de soin à travers les engagements que prennent les professionnels auprès de l'université, de leurs sensibilisations aux thématiques de prévention ainsi qu'à leur accès facilité à la réalisation de programmes de DPC.

2. Le renforcement de la mission de formation des maisons de santé.

La définition du code de santé publique de la maison de santé ne prévoit pas d'obligation d'offre de formation pour les maisons de santé.

L'ARS introduit cette donnée dans son cahier des charges (cf figure 5). Proposer une formation initiale pour les professionnels de santé devient obligatoire afin de pouvoir bénéficier des NMR. L'ARS n'impose cependant aucun objectif chiffré en termes de formation. L'accueil d'un seul étudiant peut donc suffire à respecter ce point du cahier des charges.

Avec l'existence d'objectifs chiffrés en termes de maîtrise de stage et de formation, les maisons de santé universitaires prennent un engagement important en termes de formation. Outre l'apport de la formation pour le système de santé de demain, une offre de formation importante en professionnels de santé apporte une plus-value en termes :

- Organisationnel : La présence d'étudiants en capacité d'effectuer des actes en autonomie (en particulier pour le SASPAS en médecine générale) permet de proposer une offre de soin plus importante et plus modulable. En cas de besoin, ces étudiants peuvent se mobiliser plus rapidement pour des consultations ou des visites à domiciles urgentes. Par ailleurs, les étudiants SASPAS de l'UPEC participent à la permanence des soins ambulatoires (SAMI) (Axes 3, 4 et 6).
- D'amélioration des conditions de travail des professionnels de santé : La maîtrise de stage a mis en évidence une action positive dans la diminution du syndrome d'épuisement professionnel (burnout) chez les médecins (Axe 2).

- De viabilité économique : Au même titre que l'hôpital, l'accueil d'étudiants en autonomie permet d'augmenter l'offre de soin avec un impact minime sur les coûts de fonctionnement (Axe 2).
- D'attractivité du territoire : L'accueil d'étudiants quelle que soit leur ancienneté ou leur discipline permet de les familiariser avec la pratique ambulatoire des soins et territoire d'exercice. La maîtrise de stage est un levier fort pour améliorer l'attractivité et les installations futures au sein des territoires dans lesquels ils prennent place. Ce dernier point est parfaitement identifié par l'ARS (Axe 1).

Les maisons de santé universitaires prennent un engagement en faveur de l'accueil d'étudiants en nombre important. Cet accueil d'étudiants améliore l'organisation des maisons de santé, améliore la viabilité économique et l'attractivité du territoire pour les installations futures.

3. Une mission de recherche structurante pour les maisons de santé

Les maisons de santé universitaire ont également une activité de recherche. Outre l'intérêt évident en termes de génération de données de littérature adaptées à la pratique en soins primaires, la recherche structure l'activité des maisons de recherche et apporte une plus-value en termes :

- D'attractivité de la structure : La participation à des activités de recherche permet de diversifier ses activités. Il s'agit par exemple d'une demande forte de certaines infirmières permettant ainsi de diversifier leur pratique (Axe 2).
- De viabilité économique : La participation à des activités de recherches rémunérées permet à la maison de santé de diversifier ses apports et de sécuriser ses revenus (Axe 2).

4. Une démarche cohérente avec la mise en place d'une faculté de santé.

Une faculté de santé regroupe la formation de l'ensemble des professionnels de santé. Il s'agit d'un projet porté par le doyen de la faculté de médecine de l'UPEC et soutenu par le président de l'université, dans le cadre de l'évolution de l'exercice des professions de santé évoluant vers une interdépendance de plus en plus importante entre elle.

Une maison de santé universitaire propose une offre de stage élargie à plusieurs professions de santé en fonction du personnel qu'elle accueille en son sein. A l'instar de ce qui se passe à l'hôpital où les étudiants des différentes professions de santé se côtoient, cette proximité est souhaitable en ambulatoire pour favoriser les échanges inter professionnels (Axe 5).

Les maisons de santé universitaires proposent une offre de formation pour plusieurs professions de santé. Cette démarche est cohérente avec le projet de faculté de santé où les étudiants de plusieurs professions seraient formés au même endroit.

D. Les engagements des maisons de santé du Val de Marne

Les maisons de santé universitaires du Val de Marne prennent en outre des engagements propres allant également dans le sens des axes du SROS ambulatoire :

- Pratique de tarifs conventionnés secteur 1 (Axe 3).
- Participation au programme des NMR
- Mise aux normes accessibilité pour les patients handicapés (Axe 3)
- Proximité des zones en cours de fragilisations ou zone soumise à un CLS (Axe 3).
- Proposition d'une offre de soin d'IVG et de soin de la femme
- Participation à la PDSA (Axe 4).

Compte tenu de l'implication des différents médecins dans leurs fonctions universitaires, il existe des liens privilégiés avec les centres hospitalo-universitaires, les PMI, les centres de planification et d'éducation familiale ainsi qu'avec les autres médecins généralistes du Val de marne pour un travail coordonné.

L'implantation de maisons de santé pluri professionnelles de soins primaires universitaires de l'UPEC a donc vocation à dynamiser les soins primaires sur le département, à donner un élan à la formation et à l'implantation future des professionnels, à s'engager dans la recherche clinique en ambulatoire, et à promouvoir l'excellence et la qualité des soins.

Elle a pour ambition dans le respect de l'offre de soins existante de constituer des pôles fédérateurs, innovants et visant à améliorer le service médical rendu à la population.