

Paris, le 27 JUIL. 2010

Le Ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et
des collectivités territoriales

La Ministre de la santé et des sports

Le Ministre de l'espace rural et de
l'aménagement du territoire

à

Madame et Messieurs les préfets de région

Mesdames et Messieurs les préfets de
département

Mesdames et Messieurs les directeurs
généraux des agences régionales de santé

Objet : Lancement d'un plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural

Réf. : Circulaire NOR N°EATV1018866C

P.J. : - Cahier des charges national des maisons de santé
- Conclusions du CIADT du 11 mai 2010.

Le Président de la République, lors de la clôture, le 9 février dernier, des Assises des Territoires Ruraux a annoncé le lancement d'un plan de développement de maisons de santé pluri-professionnelles en faveur des territoires ruraux, répondant ainsi à l'une des plus fortes attentes exprimées à l'occasion de ces assises. La question de l'accès aux soins apparaît en effet comme la première préoccupation des habitants des territoires ruraux en termes de services.

Il s'agit d'un objectif prioritaire qui nécessite pour sa réussite votre mobilisation et la cohérence de vos démarches.

Le Comité Interministériel d'Aménagement et de Développement du Territoire du 11 mai 2010 a décidé du lancement d'un programme national visant à financer 250 maisons de santé pluridisciplinaires sur la période 2010-2013

1. Le contexte – les enjeux

Les maisons de santé, définies par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires¹, contribuent à assurer l'accès aux soins de la population. Elles constituent une forme d'exercice rénovée, autour de la coordination des professionnels, dans le cadre d'un projet de santé, conforme au Schéma Régional d'Organisation des Soins.

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

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

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

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

La signature des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre les porteurs des maisons de santé et le directeur général de l'ARS est le gage de la bonne intégration des maisons de santé dans l'offre de soins de premier recours.

Le maintien d'une offre dans les territoires où la démographie médicale est fragile sera privilégié. Il convient en effet de cibler le développement de maisons de santé dans des territoires dont la démographie médicale nécessite d'être confortée, et non dans les zones totalement dépourvues de médecins, les chances de réussite des projets dans ce dernier cas étant très compromises.

Ces schémas seront établis en 2011 ; il convient donc de mettre en place des mesures transitoires pour la sélection des projets (voir ci-dessous).

¹ Art. L6323-3 du CSP : « les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. (...) Les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant dans une maison de santé élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. »

2. Les financements

Les financements relatifs aux études préalables et à l'ingénierie ainsi que ceux afférents au fonctionnement de ces structures (secrétariat, informatique...) pourront être assurés par les Agences Régionales de Santé (Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins dans le cadre de financements plafonnés à 50 000 € par projet) et éventuellement par les collectivités territoriales ou leurs groupements.

Pour couvrir **les dépenses de fonctionnement**, les maisons de santé pourront également proposer leur participation aux expérimentations des nouveaux modes de rémunérations des professionnels de santé prévues à l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

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

Il est essentiel que les financements au titre de la Dotation Globale d'Équipement et de la Dotation de Développement Rural, dotations dont la gestion est déconcentrée et qui relèvent de la responsabilité des préfets de départements, soient orientés en priorité en faveur sur ces opérations. Ceux-ci proposeront la prise en compte de cette priorité à la commission départementale d'élus qui, en application de l'article L. 2334-35 du CGCT, fixe les catégories d'opérations prioritaires et les taux minima et maxima de subvention au titre de la DGE. Les circulaires relatives à la mise en œuvre pour l'année 2011 de la DGE et de la DDR préciseront cette orientation.

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

La contribution de fonds européens pourra être sollicitée.

3. Procédure en vue d'obtenir un soutien financier de l'Etat à l'investissement.

Le dossier de demande de financement finalisé, qui comprend à la fois un volet investissement porté par une collectivité territoriale ou un EPCI à fiscalité propre et un volet projet de santé porté par les professionnels de santé, est déposé concomitamment auprès de l'agence régionale de santé et auprès du préfet de département.

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

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

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

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

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

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

Le secrétariat du ou des comités de sélection est assuré par l'ARS.

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

5. Critères de sélection

Pour 2010, dans l'attente du volet ambulatoire du SROS et afin de pouvoir lancer dès cette année le programme national maison de santé, les projets de MSP retenus doivent

- être conformes au cahier des charges national des maisons de santé du ministère de la santé,
- s'inscrire dans un territoire dont l'offre de soins nécessite d'être confortée conformément au SROS. Pour 2010, dans l'attente du SROS, les projets devront s'inscrire dans un territoire dont l'offre de soins nécessite d'être confortée au regard de la démographie médicale, des projets existants, de l'offre de soins adjacente et des modalités de recours aux soins de la population.

6. Calendrier

Vous réunirez les comités régionaux de sélection dès réception de cette circulaire.

Nous vous demandons de nous faire part pour le 30 octobre 2010 des projets 2010 d'ores et déjà sélectionnés par le comité de sélection régional et des objectifs fixés pour 2010, 2011 et 2012.

Les prévisions 2011 et les objectifs 2012 actualisés en termes de nombre de projets devront nous parvenir pour le 31 décembre 2010. A partir de ces éléments, un cadrage national sera réalisé pour le déploiement sur 2011 et 2012.

Vous adresserez au 31 janvier n+1 un bilan annuel année n de la mise en œuvre de ce plan. Les modalités précises d'élaboration de ce bilan vous seront communiquées ultérieurement.



Brice HORTEFEUX

Roselyne BACHELOT-NARQUIN



Michel MERCIER